



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2016 / N°

LA PSYCHIATRIE, UNE MEDECINE A PART

**LES DANGERS DE SA REMEDICALISATION ACTUELLE
ET L'INTERET QU'ELLE GARDE SON STATUT DE DISCIPLINE MARGINALE SECANTE.**

THESE

Présentée

À l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le 5 avril 2016
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Marie-Dominique GUYOMARD-BOTTREAU

Née le 24/06/1985 à Saint-Brieuc

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2016 / N°

LA PSYCHIATRIE, UNE MEDECINE A PART

**LES DANGERS DE SA REMEDICALISATION ACTUELLE
ET L'INTERET QU'ELLE GARDE SON STATUT DE DISCIPLINE MARGINALE SECANTE.**

THESE

Présentée

À l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le 5 avril 2016
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Marie-Dominique GUYOMARD-BOTTREAU

Née le 24/06/1985 à Saint-Brieuc

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	François-Noël GILLY
Président du Comité de Coordination des Études Médicales	François-Noël GILLY
Directeur Général des Services	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE BIOLOGIE HUMAINE	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directrice : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEURE DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST
LISTE DES ENSEIGNANTS 2015/2016

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 1

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Claris	Olivier	Pédiatrie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale

Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Ducurf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieü	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederý	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie cliniques ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion

Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Éric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Allouachiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie

Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie ; économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Éric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Baverel	Gabriel	Physiologie
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchab	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Éric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Éric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénérologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Figon	Sophie

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Nicolas GEORGIEFF,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ce jury de thèse.

Je n'ai pas eu la chance de travailler dans votre service en tant qu'interne mais j'ai pu admirer votre regard en tant que membre du jury de plusieurs de mes collègues internes. Merci de l'intérêt que vous avez suscité pour ce travail. Votre contribution à l'évolution de l'état des connaissances en psychiatrie est un exemple pour ma pratique clinique.

Veillez trouver ici l'expression de ma grande considération.

A Monsieur le Professeur Mohamed SAOUD,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail de thèse.

J'ai eu la chance d'approfondir mes connaissances en travaillant au sein de votre service de psychiatrie de liaison au cours de mon internat. Malgré les nombreuses sollicitations dont vous êtes l'objet, vous vous êtes toujours rendu disponible pour échanger autour de la clinique des patients. J'ai ainsi pu apprécier votre regard bienveillant et humain sur les malades rencontrés lors de ce stage. Par ailleurs votre contribution à la recherche dans le domaine des soins psychiques force mon admiration.

Veillez trouver dans ces quelques lignes l'expression de ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Liliane DALIGAND,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de participer à ce jury de thèse.

Je n'ai pas eu la chance de bénéficier de votre enseignement clinique au cours de mon internat mais en tant que responsable pédagogique du DU Troubles du comportement alimentaire, j'ai immédiatement pensé à vous en incluant le cas de Solange dans ma thèse.

Veillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A mon directeur de thèse :

A Monsieur Jean PEUCH-LESTRADE,

Merci Jean, d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans mon passage en stage à tes côtés à Givors. Ton humanisme, ta grande liberté de pensée et ta curiosité clinique forcent mon admiration et m'ont poussé à me lancer dans ce travail de réflexion. Ton écoute, tes conseils et ta disponibilité ont été d'un grand soutien durant l'écriture de cette thèse.

J'espère pouvoir transmettre à mon tour à travers ce travail de thèse cet intérêt que tu portes à l'autre dans toute sa singularité, qu'il soit patient ou membre de l'équipe soignante.

Que ce travail, je l'espère, soit à l'image de la qualité de ce que tu m'as offert.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ASPD	: Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
AVS	: Auxiliaire de Vie Scolaire
CATTP	: Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CMP	: Centre Médico-Psychologique
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBM	: Evidence-Based Medicine
ECG	: Electrocardiogramme
ES	: Economique et Social
HAS	: Haute Autorité de Santé
HDJ	: Hôpital De Jour
IMC	: Indice de Masse Corporelle
IMV	: Intoxication Médicamenteuse Volontaire
IRS	: Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine
SAMU	: Service d'Aide Médicale Urgente
TCA	: Trouble du Comportement Alimentaire
TEACCH	: Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children
TED	: Trouble Envahissant du Développement
TED-NOS	: Trouble envahissant du développement non spécifié
UHCD	: Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UMA	: Unité Médicale d'Accueil

SOMMAIRE

Introduction	2
1. Souffrance actuelle des soignants en psychiatrie	2
2. Le choix de la psychiatrie et le désir de se battre pour une pratique clinique plus humaniste, adaptée à la singularité de chacun.....	3
3. Cadre de la réflexion.....	4
Partie A : Naissance et Evolution de la psychiatrie a travers l’histoire de la médecine.....	6
1. L'Antiquité	6
2. Le Moyen-âge	8
3. De la Renaissance au siècle des Lumières	10
4. Fin 18 ^{ème} siècle-Début 19 ^{ème} siècle : Naissance de la psychiatrie et du concept d’aliénation mentale	14
5. La psychiatrie au 19 ^{ème} siècle	21
6. La psychiatrie au 20 ^{ème} siècle	27
Partie B : Bouleversements actuels du métacadre socioculturel et conséquences sur la pratique psychiatrique.....	36
1. Caractéristiques des transformations contemporaines du cadre socioculturel	36
2. Les conséquences en psychiatrie des évolutions socioculturelles de notre époque...	43
Partie C : Illustrations cliniques.....	58
1. Solange, une jeune fille de seize ans hospitalisée pour la cinquième fois dans le cadre d’une anorexie mentale restrictive	59
2. David, un enfant de dix ans, pris en charge en cothérapie avec une psychomotricienne	81
3. Monsieur D., un homme de quarante- trois ans pris en charge dans un hôpital de jour suite à plusieurs hospitalisations pour passage à l’acte suicidaire	97
Partie D : La psychiatrie, un statut de discipline marginale sécante au sein de la médecine.....	110
1. La psychiatrie, définition	110
2. La psychiatrie, une discipline médicale	111
3. En quoi la psychiatrie se définit par une certaine marginalité vis-à-vis de cette médecine ?	112
Conclusion	119
Table des matières.....	124
Bibliographie	128

1. Souffrance actuelle des soignants en psychiatrie

Le monde psychiatrique actuel est en souffrance par sa difficulté à conserver et à légitimer sa singularité et sa marginalité au sein des disciplines médicales.

En effet, l'évolution entre autres du cadre socioculturel actuel tend à uniformiser les différentes pratiques psychiatriques du fait d'exigences d'évaluation et de transparence. Cette logique entrepreneuriale et gestionnaire s'impose à la pratique psychiatrique où elle apparaît difficilement applicable à une souffrance humaine singulière, qu'il n'est pas aisé de quantifier de manière objective.

Afin de survivre aux exigences administratives et politiques, une partie des soignants tente de légitimer leur pratique en se rapprochant notamment des neurosciences avec ce fantasme que l'on va réussir à objectiver des lésions ou anomalies cérébrales ou biochimiques qui nous permettront de déterminer l'étiologie des pathologies mentales. Cette « médicalisation » et « technicisation » de la psychiatrie renvoient à la toute puissance de certaines disciplines médicales avec par conséquent la conviction que l'on détient (ou que l'on va détenir) la vérité sur telle ou telle pathologie. Or, devant la complexité de l'être humain dans sa globalité, comment pourrait-on avoir cette prétention ?

L'aura actuelle des neurosciences fait aussi que les autres modèles de pensée et de prise en charge en psychiatrie sont relégués au dernier rang, ne faisant plus partie des bonnes pratiques recommandées voire imposées par les tutelles. Prenons ainsi l'exemple de l'autisme et des recommandations de l'HAS (haute autorité de santé) en 2012 qui ne juge pas pertinente la psychothérapie institutionnelle et la psychanalyse dans la prise en charge de patients atteints d'autisme. En attendant, ce sont les institutions fonctionnant sur ce mode de psychothérapie institutionnelle qui s'occupent actuellement des patients souffrants d'autisme sévère, ces derniers présentant par exemple trop de troubles comportementaux pour pouvoir bénéficier des protocoles codifiés existants. Nous faisons face de nouveau, comme à l'âge d'or de la psychanalyse, à un seul mode de pensée qui en devient alors dogmatique ; ce qui réduit considérablement à mon avis les possibilités de se représenter la complexité de l'origine des souffrances présentées par nos patients. Contrairement à l'époque de la psychanalyse, cette vision dogmatique du soin en psychiatrie est reprise par les politiques pour des questions, entre autres, économiques avec pour conséquence des bonnes pratiques imposées et le risque de voire des institutions fermer, si l'on ne s'y soumet pas.

La psychiatrie, une médecine à part.

L'autre dérive est la vulgarisation psychologique qui répond à une fascination de la population pour tout ce qui a trait au « psy ». Les psychiatres sont alors de plus en plus présents dans les médias afin de délivrer des conseils généraux sans aucun fondement scientifique concernant le bonheur conjugal, les troubles du sommeil chez l'enfant ou tout autre sujet, niant la singularité du parcours de chacun.

2. Le choix de la psychiatrie et le désir de se battre pour une pratique clinique plus humaniste, adaptée à la singularité de chacun

La passation d'une thèse marque un tournant important dans le cursus des études médicales. C'est l'occasion, me concernant, d'un questionnement sur le pourquoi du choix de cette discipline et la manière dont je souhaite la pratiquer.

En tant qu'étudiante en médecine, je me suis dirigée vers la psychiatrie par goût du lien, de la relation humaine, et de cette aventure passionnante et sans fin qu'est la rencontre de l'autre ainsi que par le désir de prendre soin. Durant mes stages en médecine, j'ai pris conscience de la complémentarité de l'approche psychologique et de l'approche purement médicale dans le soin aux patients. Ces malades rendus dépendants des soignants du fait de la fragilisation liée à leur pathologie attendaient de nous l'expérience et le savoir technique mais aussi l'empathie et l'écoute. Etre médecin était ce « tout » et je trouvais que la fonction de psychiatre comme celle de généraliste, si on nous en donne les moyens, répondait à la discipline scientifique et humaniste à laquelle je souhaitais me consacrer. Or, j'avoue avoir ressenti des manques dans la formation universitaire reçue pendant l'internat de psychiatrie. On nous y enseigne effectivement des techniques, des protocoles et des bonnes pratiques faisant de nous d'excellents techniciens mais on nous nourrit insuffisamment en tant qu'être pensant, nous laissant alors démunis face à la violence mortifère déployée par la pathologie mentale. En effet, pour pouvoir écouter la souffrance psychique, l'accueillir et l'intégrer dans la globalité bio-psycho-sociale du sujet, il nous faut développer en tant que psychiatre une pensée critique porteuse de sens. Il me semble ainsi nécessaire d'aménager des temps et des lieux d'échanges en équipe pour penser nos patients et leurs prises en charge à travers ce qu'ils nous manifestent et ce que nous vivons auprès d'eux. En outre, cette activité de pensée qui nous permet de mettre en mots les symptômes présentés, réclame la liberté de s'ouvrir à différentes théories et pratiques venant des sciences « exactes », des sciences humaines et d'autres domaines afin d'enrichir notre réflexion et de s'approcher toujours plus près de la problématique des patients.

La psychiatrie, une médecine à part.

Dans ma pratique clinique en tant qu'interne j'ai souvent constaté que c'est le fait de donner sens aux symptômes, suite à une réflexion partagée entre soignants, qui permet de contenir psychiquement les patients et qui nous donne en tant que soignant la capacité de survivre à la destructivité de la pathologie psychiatrique. C'est pourquoi ce sont les références psychanalytiques qui m'ont le plus aidée durant mon internat. Non pas que j'exclus les autres modèles tels que les neurosciences mais ce sont elles qui m'ont permis dans la pratique quotidienne de penser les patients, d'imaginer des dispositifs de prise en charge qui puissent les aider et de les accompagner au long cours.

3. Cadre de la réflexion

C'est pourquoi j'ai décidé dans cette thèse de m'interroger sur le malaise actuel dans la psychiatrie. Comme l'explique très justement Marcel SASSOLAS dans son ouvrage *Malaise dans la psychiatrie- Changements dans la clinique, malentendus dans les pratiques* : « ce n'est pas le malaise de la psychiatrie en tant que discipline comme branche médicale mais plutôt un malaise des acteurs de la psychiatrie » [100]. Ceux-ci voient leur conception du soin en psychiatrie bouleversée par les modifications du cadre socioculturel et l'emprise actuelle des exigences de la gestion technocratique construite autour de trois objectifs : rentabilité, efficacité, sécurité. Face à cela plusieurs impasses : l'ennui et la lassitude des équipes quand le psychisme des soignants ne trouve plus les conditions nécessaires à son libre arbitre, la vulgarisation psychologique qui permet de sauvegarder une légitimité sociale quand on perd la légitimité médicale et enfin la technicisation médicale de la psychiatrie nous dispensant du côté éprouvant de la relation humaine. Or, comment les soignants peuvent-ils aider les patients à retrouver une capacité de penser, d'éprouver et d'assumer la réalité matérielle et émotionnelle de leur existence si on ne leur permet plus le libre exercice de leur propre capacité à penser et à créer ? Comment la psychiatrie peut elle conserver sa légitimité aujourd'hui, c'est à dire relever du champ de la médecine tout en gardant une certaine liberté de fonctionnement et de pensée indispensable à sa pratique ?

Dans le premier temps de cette étude, **je propose de retracer l'histoire de la psychiatrie (Partie A)**. Comment et quand est elle née ? Comment s'est-elle ancrée comme discipline médicale ? Quelles libertés a-t-elle pris vis-à-vis de la culture médicale pour s'en différencier ?

Dans un second temps, **nous tenterons de comprendre en quoi les bouleversements du métacadre socioculturel actuel impactent la pratique psychiatrique (Partie B)**. Quelles sont les caractéristiques des transformations contemporaines du cadre socio-culturel ? Quelles sont les conséquences de ces

La psychiatrie, une médecine à part.

évolutions sociétales sur la pratique psychiatrique, les institutions de soins, les soignants et les patients ?

Dans un troisième temps, **nous nous arrêterons sur trois histoires cliniques (Partie C)** venant de ma pratique en tant qu'interne et qui sont à l'origine de la réflexion menée dans ce travail de thèse. Ces prises en charge viennent parfaitement illustrer les aménagements spécifiques nécessaires dans notre pratique psychiatrique quotidienne et en quoi le soin de chaque patient, au-delà du diagnostic posé, nous demande de nous adapter à ce qu'il est dans toute sa singularité de sujet. Des protocoles ou des trajectoires de soin dessinés au préalable en fonction du diagnostic m'apparaissent alors inapplicables. Dans une société qui cherche à se protéger de l'imprévu, de l'inconnu en tentant de maîtriser le sujet par un savoir qui n'aurait plus de limites et un fonctionnement très opératoire, la psychiatrie par la liberté qu'elle se doit de conserver peut être un véritable témoin de l'intérêt d'un autre modèle de fonctionnement. Au quotidien, en tant que psychiatres et soignants en psychiatrie dans ces cas cliniques, nous avons été confrontés à nos limites personnelles, nous avons pu avancer dans les prises en charge en acceptant de remettre en question nos pratiques et nos théories, en nous appuyant sur les autres membres de l'équipe et en prenant le risque de nous laisser toucher par la rencontre avec le patient. C'est ainsi que nous avons pris ou retrouvé du plaisir en tant que clinicien et pu faire un travail de qualité auprès des patients.

Enfin, **nous terminerons cette thèse par une réflexion sur la place de notre discipline au sein de la médecine (Partie D)**. En quoi la psychiatrie ne peut-elle pas relever du seul champ de la médecine ? En quoi sa richesse réside dans sa marginalité ? Qu'est-ce que son côté marginal peut apporter au monde médical aujourd'hui ?

« A nous tous incombe la tâche de défendre cette conception du soin, de montrer sa validité, sa pertinence, son utilité. De la transmettre aux nouveaux venus dans nos professions, eux qui sont désormais l'objet d'une formation orientée, pour l'essentiel, vers la dimension somatique ou biologique de la pathologie et du soin. »

Marcel SASSOLAS

Malaise dans la psychiatrie-Changeements dans la clinique, malentendus dans les pratiques (2004)

La psychiatrie, une médecine à part.

Partie A : NAISSANCE ET ÉVOLUTION DE LA PSYCHIATRIE A TRAVERS L’HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Cette première partie inscrit le sujet de réflexion dans une histoire, celle de notre discipline, la psychiatrie. Ce regard historique n’est pas seulement tourné vers le passé. Il permet de repérer les points de rupture, de passage et les inflexions que peuvent prendre les idées, autour de cette grande énigme de la folie, en fonction du contexte historique dans lequel elles évoluent. Nous allons ainsi prendre conscience que dès sa naissance à la fin du 18^{ème} siècle, la psychiatrie s’est caractérisée au sein de la médecine par des spécificités qui en ont fait une discipline à la fois particulière et bientôt éclairante quant au nouveau pouvoir médical qui s’étendra sur notre société. Spécialité qui s’est concrétisée dans son détachement de la matrice médicale, qui connaissait alors sa révolution clinique, en un corps spécifique regroupant des médecins au savoir, à l’enseignement et aux pratiques particuliers, les « aliénistes ». La psychiatrie tentera, par son divorce originaire d’avec la médecine, de donner une vision de la maladie mentale, et au-delà de l’homme, qui lui est propre avant de reprendre le flambeau de l’idéologie médicale et de l’ordre qui en découle. Ces oscillations entre ces deux positions idéologiques que l’on peut caricaturer de « psychogénétique » et « organogénétique », « aliéniste » et « médicale » ont continué d’orienter nos pratiques. Cependant, nous faisons face actuellement à une médicalisation de la psychiatrie, qui reprise à son compte par l’économie, s’impose à nous et réduit notre liberté de pratique et de pensée. C’est pourquoi je vous propose ce retour en arrière vers les origines de notre discipline, les valeurs qui l’ont fondée et faite évoluer afin que nous réalisons l’intérêt à se battre aujourd’hui pour qu’elle conserve toute son indépendance.

1. L'Antiquité

1.1 Le monde gréco-romain

Plusieurs courants théoriques ont marqué l’Antiquité gréco-romaine (Les dogmatiques, les méthodistes, les pneumatistes, les éclectistes). Le propos de cette thèse n’étant pas de refaire une histoire détaillée de la psychiatrie, nous ne nous attarderons principalement que sur deux médecins et leurs théories :

La psychiatrie, une médecine à part.

- La théorie humorale est établie par le Grec HIPPOCRATE (460 AVJC-370 AVJC) ; il est le premier à rechercher une explication rationnelle de la maladie. Pour lui, la santé repose sur l'équilibre des humeurs (sang, phlegme, bile jaune et bile noire) et sur l'équilibre des qualités qui les accompagnent (chaud, froid, sec et humide). Les maladies s'expliquent par leurs déséquilibres. Il n'y a pas de dichotomie entre maladies du corps et de l'esprit, toutes sont des maladies physiques et ont une explication physiologique. Elles se traitent donc toutes de la même manière : modification de l'alimentation et/ou administration de plantes médicinales (dont la très célèbre ellébore et ses vertus purgatives) afin de restaurer un équilibre humoral. Remarquons que l'abord psychothérapique du malade n'est pas absent du traitement dans la mesure où le médecin attache une grande importance au dialogue qu'il noue avec son malade. Hippocrate n'exclut pas cependant la notion de parties du corps et c'est le cerveau qui est atteint dans ce que nous appelons aujourd'hui la maladie mentale. On retrouve ainsi dans son ouvrage sur **la Maladie sacrée** : « *Il faut savoir que d'une part les plaisirs, les joies, les ris et les jeux, d'autre part les chagrins, les peines, les mécontentements ne proviennent que du cerveau [...] C'est par là encore que nous sommes fous, que nous délirons [...] Tout cela nous l'éprouvons par le cerveau quand il n'est pas sain.* » [93, p.4].

- Par la suite GALIEN (129 APJC-216APJC), éclectique mais fort original, effectue un travail de synthèse des doctrines antérieures et élabore la théorie des tempéraments : les quatre humeurs forment la base des tempéraments sanguin, bilieux (ou colérique), atrabilaire (ou mélancolique) et flegmatique. Le sang est responsable du tempérament sanguin (humide-chaud) ; la bile jaune favorise la colère et l'irascibilité est liée au tempérament bilieux (sèche-chaude) ; la bile noire que l'on dit fabriquée par la rate, favorise les accès de d'hypochondrie et de mélancolie et son excès supposé détermine le tempérament (sèche-froide) mélancolique ou atrabilaire et enfin le phlegme ou pituite détermine le tempérament phlegmatique ou lymphatique (humide-froid). « *Les maladies de l'âme sont essentiellement des lésions de la sensibilité et de l'intelligence survenues ou bien à la suite de l'atteinte primitive du cerveau, ou bien, par sympathie, à la suite de l'atteinte primitive d'un autre organe* » [93].

A la fin de l'Antiquité on peut retenir quatre grandes pathologies qui ont des effets considérables et caractéristiques sur l'état de l'âme, de l'esprit et du caractère. Elles ont un rôle fondateur dans l'émergence d'une psychiatrie autonome. Ce sont la frénésie et la léthargie d'une part, considérées comme des folies aiguës avec fièvre, et la manie et la mélancolie d'autre part, considérées comme des folies chroniques sans fièvre.

Les traitements médicaux se dégagent lentement des rites magiques. Le rôle du médecin est de restaurer un équilibre par l'alimentation, les exercices physiques, les voyages, les bains, les saignées,

La psychiatrie, une médecine à part.

les purgations, les plantes médicinales... ces méthodes constitueront la base du traitement de la folie pendant près de deux millénaires.

On remarque dès le début deux orientations de traitement en fonction des hypothèses étiologiques : ainsi, le grec ACSLEPIADE (1^{er} siècle AVJC) s'orientant vers une cause affective des maladies mentales proposera des traitements « doux » de type hydrothérapie, musique, gymnastique et massage alors que Cornelius CELSIUS (1^{er} siècle APJC) suggère dans son traité de médecine les chaînes, le fouet, l'inanition, la terreur et la douche froide.

1.2 Le monde hébraïque

Il se distingue des cultures voisines par le passage d'une conception polythéiste à une conception monothéiste du monde. Ce changement de culture s'accompagne entre autres du sentiment de culpabilité, qui trouve son expression dans l'accent mis sur la punition à cause des péchés. La maladie physique ou psychique résulte d'un péché et en représente la punition : il y a assimilation de la folie et de la faute, de la maladie et de l'impureté, de la déraison et du péché, et de ce fait on observe une tendance à confondre le châtement et le remède avec l'idée d'une pénitence purificatrice forcée. Le traitement associe aussi des rites sacrés, des prières et des exorcismes.

On peut lire dans *le Deutéronome*, chapitre 28 (28-29) « *Si vous ne voulez point écouter la voix du Seigneur votre Dieu, et que vous ne gardiez et ne pratiquiez pas toutes ses ordonnances et les cérémonies que je vous prescris aujourd'hui, toutes ces malédictions fondront sur vous, et vous accableront* »

Suivent les divers malheurs annoncés, dont : « *Le seigneur vous frappera de frénésie, d'aveuglement et de fureur ; de sorte que vous marcherez à tâtons en plein midi, comme l'aveugle a accoutumé de faire, étant tout enseveli dans les ténèbres, et que vous ne réussirez point en ce que vous aurez entrepris* »

Et dans *les Proverbes* (29,9) : « *La pensée de l'insensé est péché* »

2. Le Moyen-âge

Durant la très longue période qui sépare la disparition de l'Empire romain d'Occident (476) et la chute de Constantinople (1453) que Henri EY dénomme « l'ère antépsychiatrique », la science ne

La psychiatrie, une médecine à part.

progresses que peu dans le domaine de la folie. L'idée prévalente reste que la folie est une manifestation du péché, une punition divine quant elle n'est pas le signe d'une possession démoniaque. Le traitement de prédilection reste le recours aux prêtres pour l'exorcisme ainsi qu'aux saints avec des pèlerinages.

On note cependant la montée en puissance de la médecine arabe avec notamment AVICENNE (980APJC-1037APJC) dont **le Canon de Médecine** achevé en 1025 devient l'ouvrage de référence de l'enseignement de la médecine jusqu'au 16^{ème} siècle. Celui-ci tente de fonder une classification des « maladies de la tête », d'une part sur la présence ou non d'une lésion anatomique et d'autre part sur la présence ou non d'une fonction perturbée. « Il classe ainsi les maladies qui provoquent des troubles mentaux en trois groupes :

- *Les apostèmes ou inflammations d'une partie du cerveau (membranes, substance...), comme la frénésie ou la léthargie.*
- *Les affections entraînant une perturbation des sens (facultés mentales), qui comprennent l'aliénation d'esprit ou confusion de la raison, la stupidité ou amoindrissement de la raison, la corruption de la mémoire, la corruption de l'imagination, puis, la manie, la mélancolie, la lycanthropie et l'amour.*
- *Les affections entraînant une perturbation du mouvement, comme le vertige, l'épilepsie ou l'apoplexie. » [93, p.40].*

C'est au 11^{ème} siècle que le terme de « fol » apparaît dans la littérature en langues vulgaires pour désigner de manière générale « celui qui a perdu la raison ». Il renvoie en français à la notion de vide : le cerveau du fou est creux, rempli d'air à l'image d'un soufflet de forge « follis » en latin.

Au 13^{ème} siècle, l'œuvre de Saint Thomas d'AQUIN (1225-1274) a marqué pour des générations la pensée de l'Europe chrétienne. La théologie thomiste est avant tout une théologie morale qui explore la conduite humaine pour en dégager la dynamique propre, fondée sur la raison. Sa morale apparaît comme une lutte pour l'harmonie des dimensions matérielles et spirituelles de l'homme. La raison doit prendre le dessus sur les passions dans le but de conduire l'homme vers le chemin qui mène au bien et au bonheur, celui qui conduit à Dieu.

L'inaptitude du fou (nous employons souvent ce terme de « fou » car à l'époque l'expression « malade mental » n'existe pas) à comprendre le sens de ses actes, son immaturité et parfois sa dangerosité entraînent d'inévitables restrictions imposées soit par le droit canonique, soit par le droit civil. Très tôt dans l'histoire, le fou a eu un statut juridique particulier (il ne peut se marier car il ne peut consentir, mis sous curatelle ou tutelle...).

La psychiatrie, une médecine à part.

La place du malade mental à l'époque féodale est difficile à cerner et présente des contrastes voire des contradictions, soulignant la complexité des rapports à l'altérité que le fou incarne. D'un côté la souffrance des malades est reconnue et on essaie d'y remédier : l'importance des soins médicaux en tout genre (phytothérapie, hydrothérapie, règles hygiéno-diététiques, psychothérapie, contention) et le succès des pèlerinages thérapeutiques traduisent cet intérêt. Par ailleurs, bien que le malade mental soit bien souvent soigné à domicile ou plus rarement hébergé dans un monastère, l'hospitalisation des fous se développe lentement dans un esprit de charité comme à l'Hôtel-Dieu de Paris. On assiste aussi à une politisation de la folie avec la multiplication des fous à gages dans les cours royales et seigneuriales dès le 11^{ème} siècle, ces fous « légers » sont soit des débilés mentaux soit des personnalités légèrement pathologiques. « *Ils ne sont pas soignés mais utilisés en raison même de leur disgrâce, ce qui leur permet d'ailleurs d'être intégrés socialement et de survivre* » [93, p.72]. D'un autre côté, la mise à l'écart des fous augmente au cours de l'époque féodale et s'institutionnalise progressivement selon la forme et le degré de la maladie mentale, le milieu familial et social, la région. « *On continue ainsi d'incarcérer un certain nombre d'aliénés dans les prisons afin de préserver le maintien de l'ordre public* » [93, p.70]. D'autres sont reclus à domicile ou dans les cachots aménagés dans des « tours de fous » ou les murs des remparts des villes. Les « fous étrangers » qui vagabondent sont expulsés d'une ville à l'autre.

3. De la Renaissance au siècle des Lumières

3.1 De l'assistance à l'enfermement : l'avènement du pouvoir absolu et de l'ordre social

On assiste progressivement à un abandon de la démonologie à la Renaissance. La maladie mentale surnaturelle, considérée tantôt comme manifestation divine, tantôt comme possession par le démon, devient une maladie naturelle. Il y a « *passage de la notion d'Esprit du Mal à celle de Maladies de l'esprit* », selon la belle formule d'Henri EY. Une des conséquences de cet effacement de la théologie au profit de la science va être la modification progressive du statut réservé au fou qui de « possédé » deviendra asocial, improductif voire dangereux.

Au début de la Renaissance, une faible proportion des fous est alors hospitalisée ou enfermée dans les institutions religieuses : 4000 à 5000 mendiants enfermés alors que Paris à l'époque contenait près de 40000 mendiants et vagabonds de toutes sortes. On mène dans ces institutions une vie

La psychiatrie, une médecine à part.

presque conventuelle, et si elles sont destinées à aider les indigents et les malades, on y trouve souvent des cellules de détention et des quartiers de force où on enferme des pensionnaires pour lesquels le roi ou la famille payent pension. Ce qui fait écrire à Michel FOUCAULT que « *dans ces institutions viennent se mêler (...) les vieux privilèges de l'église dans l'assistance aux pauvres et dans les rites de l'hospitalité, et le souci bourgeois de mettre en ordre le monde de la misère ; le désir d'assister, et le besoin de réprimer ; le devoir de charité, et la volonté de châtier* » [42, p.64]. Elles ont donc déjà à la fois un rôle d'assistance et de coercition.

« *Mais les errants se multiplient du fait des contingences sociales difficiles qui accentuent la misère et rendent les conditions de vie encore plus précaires (crise économique, guerres, urbanisation...). Cela conduit à la création de nouvelles institutions charitables dont l'Aumônerie générale à Lyon en 1544 et à un certain recours à l'ordre afin d'endiguer ce flot grandissant d'indigents* » [99].

Evelyne PEWZNER note que « *c'est dans ce contexte que nous devons situer et examiner le fameux édit de 1656 dont Michel Foucault a fait l'édit du Grand Renfermement. Si cette mesure n'a pas été la première visant à séparer les individus de manière stricte et méthodique, elle a été, c'est vrai, une expression exemplaire de l'exercice du pouvoir absolu. L'indigence, l'errance et la folie ont payé le prix du désir du contrôle social et de la centralisation du pouvoir* » [88, p.72]. L'édit de 1656 est celui qui fonde l'Hôpital général de Paris, il sera suivi d'un second édit royal en 1662 qui invite à fonder des hôpitaux généraux dans toutes les villes et gros bourgs du royaume. Que ce soit dans les raisons de sa fondation, dans son fonctionnement, ou dans son objet, l'Hôpital général ne s'apparente à aucune idée médicale. Il reste une instance de l'ordre monarchique et bourgeois qui s'organise à cette époque.

Cet enfermement des errants est loin d'être cantonné à la France, c'est un phénomène largement européen.

En effet le 17^{ème} siècle est un siècle de réorganisation de la société qui se veut d'autant plus impitoyable qu'il survient après une période de désordres et de guerres intestines. Ce siècle de la raison est celui du roi soleil et du cartésianisme. DESCARTES publie en 1637 son ***Discours de la méthode*** pour bien conduire sa raison et chercher la vérité dans les sciences. Cette première grande œuvre philosophique française, représente le point d'orgue de la grande révolution de l'esprit qui s'opère. Bien que la folie ne soit pas visée en tant que telle, elle sera, comme les autres formes de déviance, d'errance, emportée par le grand mouvement de remise en ordre qui visera à gommer toute altérité, source potentielle de contestation, de désordre et de subversion. « *Le cartésianisme qui proclame l'universalité du bon sens, la toute puissance de la raison et ce dualisme, va dès lors triompher dans la seconde moitié de ce siècle* » [88, p 80].

La psychiatrie, une médecine à part.

Michel FOUCAULT démontre de manière évidente comment la folie fut prise dans ce grand mouvement de remise en ordre : « *L'internement est une création institutionnelle propre au 17^{ème} siècle. Il a pris d'emblée une ampleur qui ne lui laisse aucune commune dimension avec l'emprisonnement tel qu'on pouvait le pratiquer au Moyen Age. Comme mesure économique et précaution sociale, il a une valeur d'invention. Mais dans l'histoire de la déraison il désigne un évènement décisif : le moment où la folie est perçue sur l'horizon social de la pauvreté, de l'incapacité au travail, de l'impossibilité de s'intégrer au groupe ; le moment où elle commence à former texte avec les problèmes de la cité. Les nouvelles significations que l'on prête à la pauvreté, l'importance donnée à l'obligation du travail, et toutes les valeurs éthiques qui lui sont liées, déterminent de loin l'expérience qu'on fait de la folie et en infléchissant les sens (...) en moins d'un demi-siècle, elle s'est trouvée recluse, et, dans la forteresse de l'internement, liée à la Raison, aux règles de la morale et à leurs nuits monotones* » [42, p.91]. Par l'intermédiaire de la condamnation de l'oisiveté comme péché suprême, ce qui relie les individus enfermés, c'est l'impossibilité de participer au système économique de manière active c'est-à-dire de prendre part à la production, à la circulation ou à l'accumulation des richesses. C'est dans cet espace d'exclusion que s'est créée une certaine analogie de sens social entre la misère et la folie, celles-ci tissant des liens avec les culpabilités morales et sociales qu'elles persistent à avoir.

3.2 L'arrivée de la folie dans le champ médical

Le 18^{ème} siècle fait face aux limites des hôpitaux généraux de province notamment qui présentent de sérieuses difficultés financières et qui voient affluer des invalides mourant de faim, ruinant ainsi le projet d'enfermement des mendiants valides à l'origine de l'institution. Seuls Bicêtre pour les hommes et la Salpêtrière pour les femmes contiennent quelques centaines d'insensés dans leur population (soit 5 à 10% de leur population). C'est ainsi que de nouveaux établissements vont apparaître afin de prendre le relais des hôpitaux généraux :

- Les maisons de force, dont la plupart sont à la base des institutions religieuses encouragées par le pouvoir royal à accueillir des correctionnaires dans leurs murs, du fait du manque chronique de locaux de correction au siècle précédent. Parmi ces sujets, placés tantôt par lettre de cachet, tantôt par ordre de justice ou de police, les insensés constituent une proportion constante, qui oscille autour de 20%. Certaines se spécialisant dans l'accueil des « fous » en contiennent plus de 50%.

- Les dépôts de mendicité créés par arrêt du Conseil d'Etat en 1767 sont institués dans chaque chef-lieu et « *placés sous l'autorité de l'intendant vont conduire cette fois à un enfermement beaucoup plus massif à l'échelle du royaume* » [91, p.115]. « *En 1790, le Comité de mendicité estimera que*

La psychiatrie, une médecine à part.

230000 individus ont séjourné dans les dépôts de mendicité entre 1768 et 1789 [...] ce nombre considérable mériterait cette fois qu'on parle de « Grand Renfermement », s'explique par une rotation rapide des internements, on relâche assez vite les mendiants, et surtout la mortalité est effrayante (40% dans certains dépôts) et les évasions nombreuses » [93, p.116]. Les insensés y restent pour leur part, souvent jusqu'à leur mort.

Ce siècle fait face aux revendications des libertés individuelles, de conscience et d'expression. Cette relation différente à la réalité et à la connaissance apporte un souffle nouveau aux sciences naturelles et à la médecine. Si la science du 17^{ème} siècle était cartésienne, celle du 18^{ème} se veut newtonienne. C'est en 1751 que DIDEROT et d'ALEMBERT publient *'Encyclopédie*, ouvrage emblématique du siècle des Lumières. Les auteurs souhaitent y rassembler toutes les connaissances artistiques et scientifiques de l'époque et les mettre à la portée de tous. Ils désiraient également placer l'homme au centre de l'univers ce qui n'a pas été sans provoquer la colère de l'Eglise catholique et du roi.

La médecine va pleinement bénéficier de ce mouvement par son rapprochement avec la philosophie et son éloignement de l'idéologie religieuse. On assiste à l'essor de la chirurgie, de l'anatomie, de la lutte contre les épidémies avec tout d'abord la variolisation puis la vaccination. Le médecin se découvre alors une place importante, valorisée dans la société.

La folie et l'hôpital intègrent progressivement le champ d'investigation de la médecine. Si la théorie étiopathogénique des humeurs reste la référence, d'autres voient le jour, notamment l'hypothèse nerveuse avec le développement de la connaissance de l'anatomie. Quelques applications thérapeutiques apparaissent dont les humectants, variante de l'hydrothérapie déjà bien connue, destinés à rendre leur élasticité aux fibres nerveuses desséchées des patients atteints d'hystérie, ou « maladie des vapeurs ». Et surtout, une notion importante fait son chemin, « celle de la curabilité de la folie, qui devient prometteuse de guérison » [99, p. 17].

Cette époque est aussi marquée par l'entreprise nosographique. Ainsi dans le sillage de la botanique et de la zoologie, la médecine tente de mettre en place une classification basée sur la raison et sur l'observation, qui se doit d'être exhaustive et logique. Le travail le plus important avant PINEL est celui de François BOISSIER de SAUVAGES (1706-1767) en 1763 dans sa *Nosologica Methodica* où il décrit deux milles maladies dont la huitième classe est consacrée aux troubles mentaux, définis comme « une maladie de l'esprit, une erreur de l'imagination, des désirs et du jugement, ou un égarement, un caprice ou un délire » [99].

A la fin de ce siècle des voix s'élèvent pour dénoncer la condition tragique de l'internement des insensés, avec pour corollaire un changement d'attitude à l'égard de la folie. L'inspection générale et la psychiatrie, une médecine à part.

permanente des hôpitaux civils et maisons de force est fondée en 1781 et dirigée par COLOMBIER et DOUBLET qui publient en 1785, une circulaire décrivant *l'instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés*. En 1788 les *Mémoires sur les hôpitaux de Paris* rédigés par TENON sont édités. Il ne suffit plus alors de séquestrer les fous, il faut les aider, car ils ne sont plus exclus de l'humanité, et les soigner car la notion de curabilité de la folie tend à s'imposer peu à peu. A cet effet, deux types d'institutions sont à même de les recevoir : l'Hôtel-Dieu, ancêtre de nos hôpitaux actuels, qui a pour charge de les traiter et les Hôpitaux généraux où sont enfermés ceux considérés comme incurables. Le principe de l'Assistance publique se prépare. Par ailleurs, on sépare le monde de la maladie et celui de la misère. Le pauvre est réintroduit dans la communauté, il va servir de main d'œuvre bon marché, ce qui permettra de résorber la misère et de participer à l'essor du commerce et de l'industrie.

4. Fin 18^{ème} siècle-Début 19^{ème} siècle : Naissance de la psychiatrie et du concept d'aliénation mentale

4.1 La Révolution française et l'essor de la médecine

C'est la révolution française « *par sa dynamique de sécularisation mais aussi de déthéocratisation et de déthéologisation qui a permis l'émergence d'une médecine dégagée des impératifs théologiques. La médecine a alors pu se développer dans une relation dialectique entre la laïcisation politique et l'essor du capitalisme* » [31].

Pour médicaliser l'hôpital il a fallu :

- Evacuer les religieux et les policiers des hôpitaux,
- Evacuer la dimension humaine et subjective de l'homme afin de correspondre au prototype de « *l'homme machine* » [31], tel que défini par DE LA METTRIE, en le segmentant en une série d'objets ou de fonctions. La médecine s'est en effet segmentée, c'est à dire qu'elle s'est subdivisée en spécialités exclusives. Le découpage des spécialités s'est appuyé sur une classification biologique. « *En effet les hépatologues, cardiologues et néphrologues sont définis en fonction de l'organe qu'ils soignent. La classification des spécialités médicales revient donc à définir le corps médical comme organisé en petits cercles, intérieurement très homogènes mais mutuellement exclusifs et aux standards professionnels variables de l'un à l'autre* » [44].

La psychiatrie, une médecine à part.

- Evacuer les non-patients des hôpitaux au profit de malades appréhendables par des outils sémiologiques, physiopathologiques et étiopathogéniques
- Et enfin évacuer la théologie, le droit et la métaphysique au profit de la quantification par les sciences de la vie.

Plusieurs lois ont de même assis la légitimité de la médecine hospitalière avec la création de l'externat et de l'internat en 1802, la création du clinicat en 1823, la création de l'assistance publique en 1849 et le rattachement administratif à la commune des hôpitaux en 1851. Cette légitimité médicale au sein d'hôpitaux dénués d'inspiration théologique et policière a permis qu'en 1892 une loi soit votée imposant que nul ne puisse exercer la médecine sans être muni d'un diplôme de médecin délivré par le gouvernement français.

4.2 Philippe PINEL et l'avènement de la psychiatrie

Philippe PINEL (1745-1826) reste la figure emblématique de l'humanisation du traitement et de la condition des insensés. « *Cette place éminente peut être discutée car de nombreux personnages tels J.Ch.Reil en Allemagne (qui a créé le terme de « Psychiaterie »), V.Chiarugi à Florence, J. Daquin à Chambéry et bien d'autres ont indiscutablement participé à la genèse de cette nouvelle spécialité médicale consacrée à la folie* » [93, p.152]. Néanmoins, la position alors centrale de Paris à l'époque, tant sur le plan culturel que sur le plan politique, a donné à Philippe PINEL une place privilégiée dans cette histoire, où il a pris selon Georges LANTERI-LAURA « *le rôle d'un éponyme* » [93].

4.2.1 Une nouvelle vision de la folie

« *La naissance de la psychiatrie, c'est d'abord une rupture dans la pensée de la folie, une novation radicale dans la visée thérapeutique à l'égard du fou sans lesquelles il n'y aurait pas eu de clinique des maladies mentales* » affirme Gladys SWAIN [104].

De fait, les premiers patients qu'il rencontre en tant que médecin à Bicêtre, puis à la Salpêtrière, les reclus de l'Hôpital général, et le refus de reconnaître une origine somatique à leurs troubles, vont l'amener à envisager leur curabilité et les modifications de leur traitement. Aussi affirme-t'il que « *L'aliénation de l'entendement est en général regardée comme le produit d'une lésion organique du cerveau, et par conséquent comme incurable, ce qui dans un très grand nombre de cas est contraire aux observations d'anatomie. Les asyles publics consacrés aux aliénés, ont été considérés comme des lieux de réclusion et d'isolement pour des infirmes dangereux et dignes d'être séquestrés de la*

La psychiatrie, une médecine à part.

société, et dès lors leurs gardiens, le plus souvent inhumains et sans lumière, se sont permis envers eux les actes les plus arbitraires de dureté et de violence, tandis que l'expérience prouve sans cesse les heureux effets d'un caractère conciliant et d'une fermeté douce et compatissante » [90, p. 3-4]. Cette reconnaissance d'une subjectivité et d'un reste de raison à l'aliéné permet en effet le traitement moral, et une communauté de vie où il n'est plus isolé dans sa loge, mais invité à une véritable convivialité. Cet espace de la rencontre rendu possible avec le fou est à l'origine de l'asile, qui n'est pas seulement conçu comme lieu de renfermement et d'exclusion.

Par ailleurs, pour Philippe PINEL, « *le plus aliéné des aliénés garde encore un peu de raison, qui va permettre de le traiter et peut être de le guérir* » [104]. Gladys SWAIN l'expose ainsi : « *toujours subsiste en quelque manière un rapport de l'individu à sa folie, toujours quelque chose d'une dimension réfléchie se conserve qui met une distance entre le trouble de l'âme et le sujet* » [105]. La folie, bien que prise sur tout le sujet ne se fait jamais annulation pure et simple de la fonction subjective. De ce fait Philippe PINEL pense qu'il est possible pour l'individu de ne pas adhérer aux troubles de l'entendement, au délire et même de s'en défaire. Ainsi l'aliéné est curable !

Par l'intermédiaire de la description clinique, du développement d'une théorie du soin de la folie (le traitement moral) et de la tentative institutionnelle de sa mise en pratique (dans l'asile), il apporte au début de ce 19^{ème} siècle, un regard nouveau sur la folie et une certaine remise en question du sujet en tant que tel.

La philosophie a beaucoup influencé la naissance de la psychiatrie, ainsi c'est bien ***un Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*** qu'écrivit en 1801 Philippe PINEL. Psychiatres et Philosophes partagent un objet d'étude commun, à savoir l'esprit humain et ensuite, peu à peu s'impose « *la conviction que les formes anormales étant dans la nature étroitement liées à leurs formes normales équivalentes, leur étude pouvait offrir un mode privilégié aux principes du fonctionnement normal* » [52]. Mais les psychiatres ne vont pas se contenter d'inviter les philosophes à visiter leur asile, ils inscriront la spéculation philosophique parmi leurs propres fonctions. De ce fait la médecine mentale de part ses implications philosophiques et ses recherches théoriques avec notamment l'élaboration de la folie sans délire, va permettre d'éclairer une des vérités obscures qui a dominé toute la réflexion du 19^{ème} siècle sur l'homme : c'est le passage à la folie qui va permettre d'objectiver l'homme. La folie est en effet la forme par laquelle l'esprit humain va passer du côté de l'objet et devenir accessible à une étude scientifique. C'est donc aussi cela la rupture dans l'abord de la folie, dorénavant c'est au contraire « *à travers la folie que l'homme, même dans sa raison, pourra devenir vérité concrète et objective à ses propres yeux. De l'homme à l'homme vrai, le chemin passe par l'homme fou [...] La vérité de l'homme ne se dit que dans le moment de sa disparition ; elle ne se manifeste que devenue déjà autre qu'elle-même* » [42].

La psychiatrie, une médecine à part.

4.2.2 Abandon de la folie pour l'Aliénation mentale

Dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* publié en 1801, PINEL a défendu l'idée d'une épistémologie psychiatrique s'appuyant sur la nosologie médicale, pour rapprocher sa pratique de la profession médicale qui émergeait. Le fou était censé accéder au rang de patient, c'est à dire de vrai malade, en devenant un aliéné, grâce à un examen le plus souvent pratiqué au sein d'une expertise judiciaire. Bien que légitimant l'appartenance de l'aliénation mentale au monde médical, il a su sauvegarder la spécificité de cette pathologie. Celle-ci comprend « *les diverses pathologies de l'entendement et de la volonté, manifestées au dehors par des changements dans l'habitude du corps, par des gestes et des paroles propres à faire connaître l'état intérieur, et par des dérangements physiques non équivoques. Ces manifestations placées sous le regard médical deviendront donc des symptômes, qu'il s'agira de nommer, de repérer et de classer en quatre espèces d'égarement qu'indique de manière générale le titre d'aliénation mentale* » [90]. Dès lors, on peut tracer l'histoire fidèle de leurs égarements considérés comme maladie. Mais en posant l'aliénation mentale comme une et une seule (bien que comprenant quatre entités sous son nom : manie, mélancolie, démence et idiotisme), et en conservant une vision ontologique de la maladie, il va aussi la tenir à l'écart du mouvement médical de l'époque, basé sur une clinique nouvelle issue de l'anatomo-pathologie, qui entreprend de distinguer les unes des autres des espèces morbides naturelles. Ainsi, comme le discerne Henri EY : « *la pathologie mentale n'a pu se constituer avec son objet propre que dans la mesure où précisément elle ne se confond pas purement et simplement avec les affections organiques, qui menacent l'homme dans sa vitalité, c'est-à-dire celles qui font l'objet de la pathologie générale. Or, pour cela, il a fallu que la maladie mentale apparaisse dans la société humaine comme une pathologie non pas de la vie organique qui menace plus ou moins mortellement la vie mais comme une pathologie de la vie psychique qui menace l'homme dans son humanité. C'est évidemment ce que signifie la notion d'aliénation mentale comme forme en quelque sorte extrême de la maladie mentale* » [39].

4.2.3 Le traitement moral

Le traitement moral recommandé par Philippe PINEL est destiné à remplacer les traitements physiques agissant sur le corps tels que la purge, la saignée, les aspersion d'eau froide... par des traitements s'appliquant de manière plus particulière à l'intellect et aux émotions, c'est-à-dire au psychisme et qui se doivent d'être développés au sein de l'asile.

L'adjectif moral renvoyait non pas à la morale mais au « *moral de l'homme* » tel que Pierre-Jean Georges CABANIS (1757-1808) « *l'opposait au physique* » [15].

La psychiatrie, une médecine à part.

Il existait 3 composantes au traitement [67] :

- L'isolement : non comme un châtement carcéral mais déduit logiquement de la causalité morale de l'aliénation mentale, il mettait l'aliéné à l'abri des sensations pathogènes, troublantes et excitantes du monde moderne, susceptibles de déclencher les « passions ».
- L'immersion dans un entourage parfaitement rationnel, la raison devait revenir du dehors (l'hospice) vers le dedans (l'aliéné). Le but du traitement étant d'annuler le désordre de la maladie mentale par une restructuration de la personnalité des insensés. La répression a alors toujours sa place et on y retrouve finalement un véritable régime de terreur où s'affrontent une force morbide et une force « thérapeutique » dans laquelle l'aliéné voit sa fureur se désarmer par l'idée de son impuissance.
- L'influence majeure du médecin qui détenait l'autorité absolue (médicale, administrative et politique) et jouait de son propre prestige. Jacques POSTEL note que « *la guérison ne peut être obtenue que par la neutralisation, la soumission de cette force morbide à celle de l'aliéniste, qui va, pour cela déployer tous les attributs de sa puissance à l'intérieur de l'hospice* » [93]. Georges LANTERI-LAURA ira jusqu'à affirmer que « *la seule forme de gouvernement qui corresponde à l'œuvre de PINEL à Bicêtre et surtout à la Salpêtrière, c'est l'état despotique* » [99, p.74].

4.2.4 La création de l'asile

Grace à la loi sur les aliénés du 30 juin 1838 qui fixe un statut médico-juridico-administratif pour l'aliéné, l'asile, qui découle des Hôpitaux généraux et des établissements religieux, devient le lieu au sein duquel le traitement moral vise à ramener l'insensé à la raison.

La réussite du traitement moral au sein de l'asile dépend d'après les aliénistes de l'ordre qui y règne et des qualités morales que présentent les personnes au contact des aliénés, et principalement, leur chef, le médecin.

Philippe PINEL va y isoler et classer les aliénés, hospitalisés sous contrainte, en fonction de leurs symptômes. Cette distribution méthodique des insensés a introduit par elle-même une rationalité de la maladie. Le savoir qui va constituer la psychiatrie aliéniste est alors à lire dans la disposition spatiale de l'hôpital comme dans les pages d'un livre. Robert CASTEL rajoute qu' « *une science est fondée à partir du moment où la population des insensés est classée : ces reclus sont bien des malades car ils étalent des symptômes qu'il n'y a plus qu'à observer* » [17].

Mais l'asile, pour devenir un authentique lieu de développement de la psychiatrie comme segment médical, va devoir se différencier de l'hôpital général de l'ancien régime par [31] :

La psychiatrie, une médecine à part.

- Le savoir des aliénistes, qui reposait sur un discours médical spécialisé concernant une maladie, l'aliénation mentale.
- Le maintien de l'ordre public, qui était sous-tendu par un avis ou une expertise psychiatrique.
- Les recherches des aliénistes, qui posaient la question de l'ancrage corporel des maladies mentales par analogie avec la paralysie générale.

On retrouvait cependant des ressemblances avec l'hôpital général [31] :

- Les aliénés étaient hébergés voir enfermés.
- L'hospitalisation était le résultat d'une alliance avec la justice et la police.
- Le dispositif placement volontaire/placement d'office ressemblait par certains aspects aux lettres de cachet.

4.2.5 La naissance de la psychiatrie

Par sa vision ontologique de la maladie, qui consiste à concevoir la maladie comme ayant une existence indépendante de son expression particulière dans les cas individuels, la psychiatrie se fonde sur une position théorique en marge de la médecine moderne naissante basée sur l'anatomopathologie. La pensée de Philippe PINEL qui donne lieu à l'éclosion de la psychiatrie, de structure classificatoire et ontologiquement déterminée, s'inscrit dans une optique médicale basée sur la nosologie, où pour pouvoir déterminer les maladies, il convient d'abord de les classer, donc de les définir et de les caractériser. Comme Michel FOUCAULT l'expose, ce que PINEL localisait « *ce n'étaient pas les maladies mais les signes : et la valeur locale dont ils étaient affectés n'indiquait pas une origine régionale, un lieu primitif d'où la maladie aurait tiré à la fois sa naissance et sa forme ; elle permettait seulement de reconnaître une maladie qui se donnait ce signal comme symptôme caractéristique de son essence* » [43]. La médecine mentale n'a donc pas, pour PINEL, fonction de rechercher le siège de la folie dans l'organisme mais de repérer les signes et les symptômes de l'aliénation.

La psychiatrie hospitalière s'est donc développée à la marge de la médecine segmentée corporellement dans la mesure où elle a su conserver certains axes non médicaux de l'hôpital général [31] :

- Le droit comme discipline constitutive de la pratique psychiatrique avec la loi de 1838.

La psychiatrie, une médecine à part.

- L'alliance avec les policiers comme interlocuteurs pour l'accès aux soins. « *La psychiatrie se définit alors d'emblée comme une médecine sociale et non une médecine organique par le fait que l'aliénation mentale se présente sous la forme d'un désordre dans l'organisation de la sociabilité d'où un travail conjoint avec les forces de l'ordre qui lui adressent ces sujets, puisque qu'elle seule déteint le savoir et la pratique capables de combattre ses turbulences* » [16].

- Le maintien de la dimension humaine subjective de l'homme comme élément de compréhension de la science psychiatrique.

- L'absence d'authentique neutralité affective (travail avec l'analyse du transfert et du contre transfert).

- L'absence de définition par l'organe ou l'appareil atteint, ni par les agents pathogènes, ni par l'étiologie. La question des étiologies ne tenait guère de place dans les préoccupations de l'époque. On sous-entendait plutôt des facteurs favorisants, physiques et moraux. Quant au rôle imparti au cerveau, on ne connaissait pas grand-chose que ce soit d'un point de vue anatomique ou fonctionnel. Ce n'est qu'à partir des années 1860-1870, avec les travaux de BROCA puis de WERNICKE sur les centres corticaux du langage, puis à la fin du 19^{ème} siècle avec l'histologie du système nerveux émanant des recherches de Camillo GOLGI et de Santiago RAMON Y CAJAL, que nous découvrons cet organe.

C'est ainsi la première discipline à se spécialiser, si l'on excepte la chirurgie. « *Son champ d'investigation se trouvant délimité dans la mesure où les sujets dont elle s'occupe ont en commun des singularités tant de l'expérience vécue (hallucinations, obsessions, angoisses par exemple) que du comportement (par exemple suicide, mutisme, refus d'alimentation)* » [68].

Cependant malgré ces rapprochements avec l'hôpital général, on peut considérer que la psychiatrie hospitalière telle qu'elle a été élaborée par Philippe Pinel constitue une discipline médicale à part entière du fait des critères suivants [31] :

- Un savoir clinique qui s'appuie sur l'examen ou l'expertise psychiatrique.

- Un savoir faire diagnostique qui s'appuie sur une nosologie psychiatrique scientifique à l'aide notamment du traité sur les maladies mentales d'ESQUIROL (1772-1840) publié en 1838 (***Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal***). Ce sera le seul ouvrage français consacré aux maladies mentales dans leur ensemble qui constituera la base de la connaissance en psychiatrie durant tout le 19^{ème} siècle jusque KRAEPELIN (1856-1926).

- Un savoir scientifique qui décrit des pathologies originales comme la schizophrénie.

La psychiatrie, une médecine à part.

- Un savoir faire thérapeutique, à savoir le traitement moral au sein des asiles qui est spécifique et qui n'existe dans aucun autre segment médical.

Et c'est tout le paradoxe de notre discipline, la psychiatrie, de fonder sa légitimité sur des pratiques non strictement médicales comme le lien avec la police et la justice, dans une logique de différenciation de la médecine hospitalière affranchie des logiques compassionnelle et sociale tout en ne cessant de revendiquer sa qualification médicale, grâce à laquelle elle va se développer et qui est nécessaire à sa survie. En effet, la psychiatrie, discipline médicale n'existe que si la maladie mentale existe, c'est-à-dire que si la folie est une maladie, alors la psychiatrie existe en tant que médecine ; mais c'est une maladie qui se doit d'être différente, car à ces conditions la psychiatrie peut exister en tant que spécialité originale et singulière.

Comme n'a cessé de le répéter Henri EY, « *La psychiatrie, pour répondre à son objet, ne doit périr, ni par excès d'autonomie ni par excès de dépendance* » [38].

5. La psychiatrie au 19^{ème} siècle

5.1 L'aliénisme rejoint la médecine en s'éloignant de son objet original

Le 19^{ème} siècle fait face à l'essor de la médecine moderne et à sa méthode anatomo-clinique. On assiste à une véritable identification du malade au mal. « *Ce qui intéresse désormais le médecin, ce n'est plus le malade mais la phase terminale de sa maladie et son corps livré au scalpel de l'anatomopathologiste* » [99].

Le mouvement des aliénistes s'appuyant sur un modèle ontologique de la maladie va devoir s'adapter à l'avancée de cette médecine de plus en plus scientifique et objectivable pour ne pas disparaître. A cette époque, ils sont en effet dans une position difficile, qui ne fera que perdurer (il en est de même aujourd'hui), quant au repérage, au diagnostic de la maladie mentale et à la gestion de la notion de danger qui lui est désormais intimement liée. Soit ils déclarent un individu fou, dangereux, et l'identifient donc à ce statut particulier de l'aliéné, ce qui le conduit à une hospitalisation, à un isolement au sein de l'asile, prêtant ainsi le flanc aux accusations d'internement arbitraire et aux critiques qui font des aliénistes de simples représentants du pouvoir destinés à lutter contre la déviance sociale. Soit ils réfutent ce diagnostic, et le déclarent donc sain d'esprit, et dans le cas où cet individu transgresserait par la suite les lois, on irait alors leur reprocher leur

La psychiatrie, une médecine à part.

incompétence et remettre en cause le savoir sur lequel ils s'appuient. Une des problématiques essentielles de la médecine mentale au tournant de ce siècle est donc de pouvoir déterminer médicalement la dangerosité, le risque de passage à l'acte de l'aliéné et donc de le prévenir. « *En quelque sorte, il faudrait pouvoir anticiper et lire l'avenir de manière objective, scientifique, car fondée sur un diagnostic immédiat et certain qui engagerait le sujet sur une trajectoire irrémédiable et déterminée vers la déviance sociale* » [99, p.292]. Les aliénistes tentent de répondre à cette ambition par l'identification d'espèces morbides telles les monomanies et autres mais cette prévention jugée trop laxiste ou trop répressive selon les cas et opinions personnels, comporte l'inconvénient de se baser sur le diagnostic d'aliénation, donc sur une théorie médicale encore contestée et reconnue peu fiable, peu rationnelle, et sur l'enfermement de l'aliéné, dont le coût économique, social et politique entrave fortement l'application et le développement.

C'est la recherche de la lésion cérébrale que la psychiatrie entreprend dès le début de ce siècle dans la mouvance de l'anatomopathologie, qui en dehors de son intérêt médical et scientifique, va permettre d'asseoir socialement une profession en donnant ainsi un modèle à la pathologie mentale qui lui confère un rôle social inattaquable, légitimant la participation des aliénistes au traitement de la folie et l'existence des asiles. C'est l'adoption du critère biologique, comme référence absolue de la maladie mentale, qui va permettre à cette recherche d'aboutir pour un temps et de renforcer la justification médicale de la protection de l'aliéné contre lui-même, et de la protection de la société contre l'aliéné. La biologie représente dès lors la caution scientifique, positiviste et matérialiste de sa théorie et de sa pratique, nécessaire et commune aux autres démarches médicales de l'époque. La psychiatrie rentre dans le rang médical.

5.2 Quelques grands noms de ce siècle

5.2.1 Franz-Joseph GALL (1758-1828) et la localisation cérébrale de la maladie mentale avec la phrénologie

Il va se consacrer à l'étude de l'anatomie du cerveau et devient le fondateur de la théorie de localisation cérébrale. Le cerveau devient alors une confédération d'organes, les organes cérébraux gouvernant les facultés intellectuelles et les sensations, c'est « l'organologie ». Il va ainsi localiser à la surface du cerveau, et cela de manière bilatérale et symétrique, vingt-sept facultés. La pathologie mentale devient alors une maladie cérébrale et on continue de chercher sa localisation même « *si dans quelques maladies mentales, on ne trouve pas dans l'encéphale de vice qui saute aux yeux, il n'est pas prouvé pour cela qu'il n'y existe réellement aucune altération* » [99, p.101].

La psychiatrie, une médecine à part.

Son œuvre aboutit à la création de la « phrénologie » : elle fait correspondre chaque faculté, chaque sentiment à une partie du cerveau. Chaque partie pouvant être repérée à la palpation. C'est « la cranoscopie » qui révèle ainsi sur le crâne étroitement moulé à son contenu, des zones plus saillantes, si la faculté est particulièrement développée ou atrophiées si elle est déficiente.

Cette théorie de la phrénologie aura un grand retentissement dans les milieux aliénistes du début du 19^{ème} siècle. Car si l'anatomie pathologique est destinée à trouver la lésion responsable des troubles chez les malades mentaux, en affirmant son origine somatique cérébrale, la phrénologie, en prouvant la localisation cérébrale de tous les phénomènes psychiques, devrait confirmer que le siège de la folie est bien le cerveau.

Ce que F.J GALL affirme par sa théorie c'est surtout le déterminisme biologique de l'individu.

5.2.2 Etienne-Jean GEORGET (1795-1828) et la préservation de la médecine mentale

Il est le premier à faire du délire un simple symptôme de l'aliénation mentale, à ne pas confondre avec la nature de la maladie. La présence d'un délire ne signifie donc pas qu'il y a aliénation. GEORGET distingue alors « la folie idiopathique » qu'on pourrait appeler « psychose » et le délire aigu symptomatique ou troubles mentaux secondaires à des maladies organiques. Il différencie donc les domaines respectifs de la psychiatrie et de la neuro-psychiatrie.

Bien que se déclarant organiciste, GEORGET n'est pas un adepte de l'organogénèse systématique et il conserve, étonnamment, à la causalité morale une place prééminente, les causes physiques étant « *extrêmement rares* » [50]. Quant au traitement, il va confirmer la nécessité et l'efficacité du traitement moral.

Il lui sera reproché par Laurent CERISE (1807-1869) sa confusion systématique du physique et du moral pour ce qui est de ses explications sur l'origine de la folie. Cette difficulté de GEORGET à se positionner illustre bien cette dichotomie concernant les deux types d'approche de la maladie mentale, l'une médicale et l'autre psychologique qui hantera tout le 19^{ème} siècle malgré la médicalisation de plus en plus importante de notre discipline.

5.2.3 Antoine-Laurent BAYLE (1799-1858) et la cause organique de la maladie mentale enfin identifiée

BAYLE avec l'aide de son maître ROYER-COLLARD, va isoler en 1822 une entité neuro-psychiatrique de causalité organique, associant à des troubles mentaux, des manifestations neurologiques et un état démentiel progressif. La Paralyse Générale, correspond au modèle médical idéal au moment où la psychiatrie, une médecine à part.

se développe la méthode anatomo-clinique. Cette maladie neuropsychiatrique devient la caution scientifique de tout le mouvement qui va faire basculer la psychiatrie morale de PINEL et d'ESQUIROL vers une psychiatrie organogénétique. Progressivement, BAYLE fait basculer résolument la causalité de la folie du côté de la pathogénèse organique en affirmant que la plupart des maladies mentales sont liées à une inflammation chronique des méninges. Ce sera le point de départ de l'annexion du champ de la folie par la neurologie.

FOUCAULT soutient qu' « avec la paralysie générale, la folie enferme l'homme dans l'objectivité » [42, p.542].

Ce n'est que bien plus tard que la syphilis tertiaire sera reconnue comme étant la cause de la paralysie générale.

5.2.4 La fondation de la Société médico-psychologique

Dans la première partie du 19^{ème} siècle, la plupart des psychiatres partageait cette conviction que l'anatomie pathologique allait mettre en évidence et identifier l'origine somatique cérébrale de l'aliénation mentale et que la phrénologie prouverait la localisation de toutes les facultés, de tous les phénomènes psychiques dans une région déterminée de l'organe de la pensée. Cette conviction avait été renforcée comme nous l'avons vu par la découverte de BAYLE. Mais à l'autopsie, le corps du patient n'avait toujours pas révélé la lésion du cerveau, cause de la folie et malgré quelques découvertes, l'invisible visibilité tardait à se montrer.

Progressivement, certains médecins ont commencé à dire que l'adoption du caractère quasi exclusif de cette voie théorique et d'une intervention purement médicale par l'ensemble des psychiatres avait détourné la médecine mentale de ses préoccupations essentielles que constituaient l'étude des causes de l'aliénation mentale et l'élaboration de son traitement, en particulier le traitement moral.

C'est suite à ces revendications et au risque de voir disparaître la profession du fait des divergences de points de vue théorique qu'est née la Société médico-psychologique en 1852 à Paris. Elle a permis de professionnaliser l'aliénisme et s'est voulu multidisciplinaire (avocats, philosophes, médecins, religieux, historiens, poètes...), afin d'élargir et d'enrichir l'étude de la folie. Le but était d'abandonner l'hégémonie médicale qui limitait considérablement la vision de la folie.

Leurs comptes-rendus étaient publiés dans *les Annales médico-psychologiques*.

La psychiatrie, une médecine à part.

5.2.5 Jean-Pierre FALRET (1794-1870), de l'aliénation aux maladies mentales

FALRET crée la théorie de la résultante psychique qui sous entend que « *les idées et les sentiments qui naissent dans la tête humaine, à l'état sain comme à l'état malade, par la suite de l'action combinée de l'âme et du corps, deviennent à chaque instant causes de nouvelles idées ou de nouveaux sentiments, lesquels en engendrent d'autres à leur tour par un enchaînement successif* » [40].

Se référant à sa théorie de la résultante psychique, il ne peut que réfuter la notion d'unité du délire, de monomanie qui découlerait de l'exaltation d'une passion ou de la lésion isolée d'une faculté. Pour lui le délire est global, pluriel, car le délire engendre le délire et c'est l'ensemble des facultés et de la personnalité qui est envahi. De plus, il reproche à l'aliénation mentale son monolithisme qui selon lui éloigne définitivement la psychiatrie de l'évolution positive et novatrice de la médecine dans son ensemble.

C'est ainsi qu'il crée le concept de maladies mentales qui viendra progressivement prendre la place de celui d'aliénation. Désormais la psychiatrie s'occupera donc des maladies mentales c'est-à-dire « *d'espèces morbides différentes vraiment naturelles, caractérisées par un ensemble de symptômes physiques et moraux, et par une marche spéciale, par une évolution particulière, au sein d'une sémiologie médicale* » [40] ; le paradigme de la pluralité prend une position prévalente.

5.2.6 Benedict-Augustin MOREL (1809-1873) et la théorie de la dégénérescence

Dans le contexte social du 19^{ème} siècle où on cherche à s'approprier la folie en la rationalisant et en l'objectivant, la notion d'hérédité de la maladie mentale en tant que déterminisme biologique de la folie, va se développer et prendre une ampleur que nous pourrions qualifier d'irrationnelle.

« *L'hérédité va fournir une justification scientifique à ce paradoxe de la maladie mentale de relever d'une cause à la fois organique et invisible* » [59].

Par l'intermédiaire de l'hérédité, et de sa conséquence, la dégénérescence, MOREL va identifier l'élément originel organique, la lésion unique causale de la maladie mentale, au-delà des catégories anatomique et fonctionnelle où on avait cherché jusque là à la repérer. Il va ainsi réaliser le passage de la sémiologie des maladies mentales à leur étiologie. Sa doctrine à l'opposé de celle de PINEL présente cependant une similarité, celle de voir la maladie mentale comme une pathologie globale, unique, monopole des aliénistes.

La psychiatrie, une médecine à part.

MOREL définit la dégénérescence comme « *une déviation malade d'un type primitif* » [99]. La dégénérescence est donc une maladie.

Avec MOREL et la théorie de la dégénérescence, l'aliéné n'est plus désormais un individu avec lequel la communication est possible, mais un dégénéré, véritable handicapé moral et physique, déterminé biologiquement par les éléments héréditaires. L'aliénation n'est plus un état transitoire que l'on peut espérer guérir, mais une maladie chronique, incurable, transmissible par voie de génération, et donc capable de causer l'extinction d'un peuple. Ainsi, les aliénés sont condamnés par l'étiologie organique et le processus dégénératif inéluctable à demeurer dans les asiles. Il convient de les isoler, non pas pour des motifs thérapeutiques mais pour préserver la société de leur dangerosité potentielle. Ce n'est donc plus vers une relation avec le fou que doivent tendre les efforts thérapeutiques des médecins mais vers la guérison de son organe malade : le cerveau. La médecine mentale s'éloigne alors de son objet originaire : l'aliéné et on abandonne progressivement une certaine approche psychothérapeutique.

Jacques HOCHMANN décrit que « *le mythe de l'hérédité maintenant constitué dans sa double dimension contradictoire, métaphysique et biologique, représente une forme de compromis efficace entre le plus grand nombre possible de fantasmes individuels sur les origines [...] il réunit ceux qui croient au ciel et ceux qui n'y croient pas. Le mythe de l'hérédité, parce qu'il s'inscrit dans la théologie de la culpabilité originelle tout en permettant de la dénier scientifiquement, est donc particulièrement efficace. Il fonde le pouvoir des médecins sur la vie sociale, industrielle et sexuelle, et inspire l'eugénisme. De plus, cette explication passe-partout, cette cause des causes répond à la marche inlassable du 19^{ème} siècle vers l'équation universelle [...] une loi unique viendrait imposer sa prééminence à toutes les lois, et une seule science générale résumer toutes les sciences spéciales. En psychiatrie, l'hérédité est cette formule explicative qui réunit, en un seul tout, les variations individuelles et nosologiques* » [59].

6. La psychiatrie au 20^{ème} siècle

6.1 La psychiatrie d'avant la seconde guerre mondiale

6.1.1 Déclin de l'aliénisme

La psychiatrie commence à se dégager de l'aliénisme en jetant des ponts et en concluant des alliances, d'un côté avec la neurologie et la médecine, et de l'autre avec la psychologie à ses débuts. L'équilibre apparaît instable entre tous ces territoires aux frontières mal définies mais peut être aussi source de confrontations d'une grande richesse empêchant la psychiatrie de s'aliéner telle ses patients.

L'aliénisme est donc en plein déclin en ce début de 20^{ème} siècle. Deux figures vont tout de même tenter de résister en ce début de siècle :

- Valentin MAGNAN (1835-1916) qui va reprendre à son compte la théorie de la dégénérescence de MOREL en l'enrichissant des connaissances neurophysiologiques de son temps. Nous lui devons les concepts de bouffée délirante aiguë et de délire chronique à évolution systématique. Il s'intéressera de très près aux conséquences psychiques de l'alcoolisme.

- Emil KRAEPELIN (1856-1926) qui a marqué la psychiatrie européenne en imposant une classification nosologique des maladies mentales fondée sur des critères essentiellement évolutifs. Il distingue, dans le groupe des psychoses, la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive. Il affirme la nature endogène du trouble et donc la nécessité d'interner les aliénés dangereux pour eux et la société, puisqu'on ne peut pas véritablement les traiter.

Mais c'est le courant neurologique porteur d'espoir qui va triompher de l'aliénisme, perçu comme profondément pessimiste. « *La découverte de troubles mentaux dus à un virus (l'encéphalite épidémique de Economo-Cruchet) va ainsi servir de paradigme pour une orientation neurologique de la psychiatrie, renouant avec le modèle de la paralysie générale et rompant avec le dogme de l'endogénéité des psychoses* » [93, p.344]. L'espoir renaît alors de trouver d'autres agents pathogènes capables de provoquer des troubles mentaux eux-mêmes susceptibles d'une thérapeutique étiologique.

Du fait d'une vision de plus en plus médicalisée de la psychiatrie, émergent de nombreuses thérapeutiques biologiques :

La psychiatrie, une médecine à part.

- La malariathérapie de Julius Wagner VON JAUREGG (1857-1940) qui revendique pouvoir traiter la paralysie générale en provoquant artificiellement de la fièvre.
- L'insulinothérapie dénommée aussi cure de SAKEL (Manfred SAKEL 1900-1957), qui provoque un coma hypoglycémique avec convulsions, était utilisée dans la prise en charge de la schizophrénie dans les années 50.
- Le cardiazol de Ladislav VON MEDUNA (1896-1924), servait aussi à provoquer des convulsions pour traiter la schizophrénie.
- Les électrochocs utilisés pour la première fois en 1938 par Ugo CERLETTI (1877-1963) et Lucio BINI (1908-1964) chez un patient schizophrène présentant de graves hallucinations permettront un retour à un état normal. Par la suite on prendra conscience de son intérêt plus important dans le traitement des troubles dépressifs.
- La psychochirurgie avec la première intervention de leucotomie réalisée par Egas MONIZ (1874-1955). Sa méthode sera reprise par des américains qui développeront la technique de lobotomie.

En 1937, l'asile devient l'hôpital psychiatrique dépendant du conseil général et plus tard centre hospitalier spécialisé. Mais malgré ce décret ministériel, Paul BALVET écrira désabusé que « *L'asile d'aliénés a changé de nom, la réalité est restée* » [93, p.351]. En effet, on assistera en France jusque dans les années 1960 et la mise en place des secteurs à un clivage entre des hôpitaux psychiatriques, véritables ghettos, éloignés des centres urbains, enfermés dans un conservatisme frileux (et ce malgré l'ouverture de services libres) et le développement progressif d'une psychiatrie sociale dans le cadre de l'hygiène mentale.

6.1.2 Deux figures marquantes de ce début de 20^{ème} siècle

Eugène BLEULER (1857-1939) va marquer l'année 1926 quand lors du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française à Genève, il expose sa conception de la schizophrénie. Pour lui, le primat revient à la psychopathologie bien plus qu'à la clinique et par là il inaugure une nouvelle manière d'envisager la pathologie mentale inspirée de la théorie de la forme, de la neurologie globalisante mais aussi de la phénoménologie et de la psychanalyse. « *L'ensemble de la psychiatrie s'y trouve conçu non plus comme la juxtaposition métonymique de maladies mentales irréductibles les unes aux autres mais comme un champ organisé par quelques structures psychopathologiques fondamentales avec l'opposition pertinente des structures névrotiques aux structures psychotiques, complétée par les démences et les oligophrénies* »

La psychiatrie, une médecine à part.

[67]. Le système bleulérien marque la rupture avec les cadres nosographiques rigides et tranche aussi avec le pessimisme et la résignation du système kraepelinien.

Henri EY (1900-1977) tente une synthèse entre les symptômes psychiatriques et les données neurophysiologiques par sa théorie de l'organodynamisme. Il explique à travers elle comment le manque d'une fonction peut engendrer l'excessif développement d'une autre jusqu'à l'émergence de la pathologie. Pour lui l'organisation de l'esprit comme sa déstructuration dépend autant des facteurs psychiques, sociaux, qu'organiques. Il essaiera de rassembler entre eux les psychiatres « classiques » et les psychanalystes.

Aux maladies mentales se substituent les grandes structures psychopathologiques.

6.2 La psychiatrie d'après la seconde guerre mondiale

L'évolution de la psychiatrie au lendemain de la seconde guerre mondiale peut être résumée en trois points :

- Un mouvement de désinstitutionalisation faisant suite au traumatisme causé par le décès de milliers de malades mentaux durant la seconde guerre mondiale. Celui-ci verra naître la psychothérapie institutionnelle et la psychiatrie de secteur et fera face aux mouvements antipsychiatriques notamment dans les années 60-70.
- L'âge d'or de la psychanalyse qui s'étend approximativement entre les années 1960 et 1990.
- L'arrivée des premiers psychotropes permettant de désengorger les hôpitaux psychiatriques.

6.2.1 La véritable transformation du monde asilaire

« *La libération du territoire se prolonge par la libération de l'asile* » [93].

6.2.1.a La psychothérapie institutionnelle

Au cours du 20^{ème} siècle, la psychiatrie est encore fortement marquée du sceau de l'asile créé au siècle précédent, à la suite des travaux de PINEL et de ses élèves, notamment ESQUIROL. Malheureusement, le destin de la psychiatrie asilaire aboutit à ce que Michel FOUCAULT nommera le « *grand renfermement* » [42]. Au lendemain de la seconde guerre mondiale, les psychiatres et leurs équipes vont faire face à la disparition de 45000 malades mentaux morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français. Profondément traumatisés, ils vont réfléchir à une nouvelle manière de

La psychiatrie, une médecine à part.

prendre en charge les malades mentaux, radicalement différente des pratiques asilaires antérieures. C'est ainsi que naît la psychothérapie institutionnelle, considérée par les historiens de la psychiatrie comme la méthode qui a permis de transformer la psychiatrie asilaire en psychiatrie à visage humain : « *une psychiatrie centrée sur le patient, lui rendant une fonction active dans son traitement, tenant compte des transferts multiples instaurés dans la vie quotidienne et déployant dans la durée le dispositif de sa prise en charge, en articulation avec les partenaires de sa situation socio-familiale* » [33]. Une expérience réalisée en pleine occupation par des pionniers tels que François TOSQUELLES (1912-1994), Paul BALVET (1907-2001) et Lucien BONNAFE (1912-2003) servira d'exemple des transformations possibles d'une institution asilaire : Saint Alban.

« *La psychothérapie institutionnelle s'appuie sur deux jambes :*

- *Une jambe psychanalytique qui s'inspire de la psychanalyse mais aussi de beaucoup d'autres éléments constituant une pensée psychopathologique complexe. Les psychiatres qui l'ont créée se sont adaptés aux patients schizophrènes et autistes construisant une nouvelle « métapsychologie » du soin.*

- *Une jambe politique qui examine la question de l'institution et celle de l'homme dans la cité et permet d'avancer sur les concepts d'aliénation sociale versus aliénation psychopathologique, car la maladie mentale est souvent associée à un rejet de la société »* [33].

Pierre DELION fait ressortir les trois instruments de la psychothérapie institutionnelle [33] :

- La fonction phorique qui permet d'organiser l'accueil du patient. En l'observant en relation dans diverses situations, les soignants vont s'apercevoir des éléments facilitateurs de sa relation au monde ou au contraire, de ceux qui l'en dissuadent. Ainsi, ils pourront plus facilement apprivoiser le patient.

- La fonction sémaphorique qui permet aux soignants de recevoir dans leur appareil psychique les signes de la souffrance psychique du sujet et de la restituer lors de réunions régulières. Cela demande une certaine malléabilité au soignant, il faut pouvoir mettre son appareil psychique à disposition du patient ce qui demande un fort engagement dans sa pratique quotidienne. Ce qui rend possible ce travail est que l'institution met en place des temps de réunions entre soignants importants afin de pouvoir mettre en mots et transformer ce qui aura été reçu.

- La fonction métaphorique qui permet la transformation d'éléments insensés dans le but d'en faire émerger un sens quand cela est possible. Il est important de prendre en compte toutes les données dont on peut disposer pour donner sens aux comportements ou propos du sujet, notamment celles de la famille.

La psychiatrie, une médecine à part.

Le mouvement de psychothérapie institutionnelle a permis une véritable évolution éthique et politique : on recommence à s'intéresser à la vie psychique des malades mentaux et on cherche à donner sens à leurs troubles. On prend aussi soin de l'institution et des soignants car on prend conscience de l'importance de soigner l'hôpital pour pouvoir soigner les patients selon la fameuse expression d'Hermann SIMON (1867-1947).

6.2.1.b La psychiatrie affirme son identité

Dans la foulée de la libération des aliénés, on assiste à la libération des psychiatres. Ils souhaitent un renouvellement de l'assistance publique et vont d'emblée affirmer leurs nouvelles orientations en se regroupant au sein du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques :

- La politique de santé mentale doit être globale et unitaire afin de ne plus sombrer dans le clivage entre prévention et soins qui aboutissait à interner dans les hôpitaux psychiatriques tous les patients pour lesquels on ne pouvait plus rien faire.
- Les psychiatres veulent se « désaliéner » et se présentent désormais comme des partenaires du pouvoir politique, conséquence logique de la dimension sociale de leur fonction.
- La mission de la psychiatrie s'élargit avec une prise en charge non seulement de la pathologie psychiatrique mais aussi de la souffrance psychique en général, comme le sous-entend le terme de santé mentale.
- La séparation de la psychiatrie et de la neurologie le 30 décembre 1968.

La deuxième partie du 20^{ème} siècle « offre au psychiatre de montrer qu'il n'est plus ce qu'il passait pour être : un doux rêveur, un collectionneur de plantes rares précieusement serrées dans l'herbier. Serait-il devenu pragmatique ? Finie donc la psychiatrie contemplative. L'heure est à l'action » [93, p.357].

6.2.1.c La création du secteur

Une circulaire ministérielle créée en 1960 la sectorisation psychiatrique mais il faudra dix ans pour qu'elle commence à être véritablement appliquée. Le projet est d'assurer la post cure et la prévention « hors les murs » en évitant de chroniciser les malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques.

La psychiatrie, une médecine à part.

6.2.2 L'avènement de la psychanalyse

Au tournant du 20^{ème} siècle, entre 1870 et 1930 a émergé une seconde modernité, grâce à une culture de masse et des loisirs promotrice de l'intérêt de l'individu pour sa vie personnelle. *« C'est dans ce contexte que l'intérêt pour la petite enfance puis l'adolescence, comme nouveaux stades du cycle de vie a conduit à une nouvelle appréhension de l'individu, intéressé par ses désirs, y compris s'ils ne collaient pas strictement aux nécessités biologiques de la reproduction familiale telle que le cycle victorien l'appréhendait. De nouvelles activités sont apparues et en particulier des activités féminines. La psychanalyse est née au même moment que cette seconde modernité et a adhéré à ses axes constitutifs »* [31]. Elle s'est d'emblée construite sur une théorie de la disjonction entre psyché et culture avec l'idée que l'inconscient nourrit une gamme d'expériences personnelles de façon spécifique. Elle promeut une attitude analytique qui ne porte pas de jugement et non plus une attitude gouvernée par la raison et le savoir, entre contrôle et libération. L'inconscient a lui aussi été préféré à la conscience.

C'est Sigmund FREUD (1856-1939) qui a offert avec la psychanalyse de nouvelles perspectives pour établir la place de la psychiatrie en devenir. Alors que la neurologie avait défini l'atteinte organique des nerfs dans une logique anatomo-clinique caractérisée par la concordance entre des signes cliniques et une atteinte du système nerveux, CHARCOT puis FREUD ont émis l'idée que certains signes d'allure neurologique et épileptique en particulier, pouvaient ne pas avoir de substrat organique. Le concept de névrose comme entité nosologique d'apparence neurologique sans atteinte organique a alors été créé en suivant deux raisonnements : les signes cliniques étaient considérés comme une expression symbolique de conflits inconscients permettant d'éviter leur intrusion dans la conscience et ce n'était pas du ressort de la neurologie car on n'identifiait pas de lésions anatomiques. La psychanalyse s'est donc développée comme pratique soignante de la problématique névrotique alors que les psychotiques trouvaient leur place à l'asile où on élaborait des techniques de soins institutionnels et des recherches sur leur origine neurologique.

Afin de légitimer cette pratique de travail autour de l'inconscient, il a fallu que les termes du rapport à soi ne regardent plus les religions qui en avaient la charge auparavant par l'intermédiaire de *« pratiques au cours desquelles les religieux étaient amenés à entendre des récits de vie qu'ils interprétaient selon des principes bien codifiés que ce soit lors de la vie paroissiale, de la confession voire d'exercices spirituels développés par Ignace de Loyola »* [7]. Ces pratiques avaient une vertu pré-psychothérapique dans la mesure où elles permettaient aux fidèles de nommer leurs émotions et d'entendre des interprétations codifiées et normatives les concernant. *« De même que le droit romain avait quitté la sphère religieuse au 12^{ème} siècle en Occident, cet aspect du pouvoir des religieux sur la vie privée des individus, qui reposait sur leur légitimité à émettre une parole*

La psychiatrie, une médecine à part.

structurante sur l'intime a été dérobé par FREUD pour être transféré à la sphère sanitaire » [22]. FREUD a transformé cette activité réflexive de l'interprétation des textes bibliques en une pratique thérapeutique s'appuyant sur l'interprétation de mythes grecs, moins menaçants que ceux issus de la bible hébraïque pour l'Occident habité par la tentation antisémite.

Bien que FREUD ait été médecin, la psychanalyse s'est d'emblée différenciée de la technologie médicale occidentale classique en ce qu'elle n'envisageait pas le soin comme visant la complétude et l'absence totale de souffrance. FREUD n'a donc pas seulement utilisé des procédés religieux en les modifiant et en les déplaçant vers le champ de la médecine, mais il a aussi modifié les procédés même de la médecine, qui en sont devenus légitimes pour prendre en charge des manifestations non organiques liées aux vicissitudes et traumatismes inconscients de l'histoire infantile, qui apparaissaient chez des patients forts différents des fous de l'asile. *« Les travaux de FREUD et de ses successeurs ont étendu le contrat qui liait les « psys » à la société, du fait de leurs capacités à penser « le bonheur » en des termes non religieux, voire subversifs, sur la base d'une compréhension des enjeux inconscients qui animent les hommes, les groupes, les sociétés » [30].*

La psychanalyse possède une problématique propre qui ne peut être confondue avec la problématique particulière de la psychiatrie. Elles interfèrent de façon différentielle et complémentaire dans un champ clinique commun, celui de la psychopathologie. La problématique psychiatrique inclut un registre biologique qui n'appartient pas à la problématique psychanalytique tout en devant se voir respectée par elle. La problématique psychanalytique implique des postulats d'ordre psychologique que le psychiatre ne peut ni méconnaître ni mésestimer. *« Comme toute discipline scientifique, la psychanalyse repose sur un certain nombre de postulats de base, fondamentaux mais occasionnellement révisables, à partir desquels s'élaborent des hypothèses dont la permanente vérification demeure nécessaire pour distinguer celles qui représentent un progrès confirmé en prenant peu à peu la fonction de postulat et celles qui apparaissent comme devant être modifiées voire abandonnées » [8].*

Bien qu'en plein essor au 20^{ème} siècle, elle a toujours été critiquée notamment par la médecine qui lui a reproché son retour vers l'irrationalité du Moyen-âge, son manque de scientificité et de transparence. Il est indéniable que certains psychanalystes se sont enfermés sur leurs théories, en devenant dogmatiques et éloignant par conséquent la discipline de son caractère scientifique. Mais ce qui semble déranger le plus notre société actuelle est le côté obscur de la psychanalyse qui n'apparaît pas régi par des règles bien codifiées et qui de ce fait échappe à des évaluations objectives pour le moment. Elle fait peur car elle se soustrait à la volonté de maîtrise de l'être humain contemporain. Cela a conduit l'HAS en 2012, dans ses recommandations sur la prise en charge des

La psychiatrie, une médecine à part.

enfants et adolescents souffrants de TED (troubles envahissants du développement) ou d'autisme, à décréter « *non pertinente l'approche psychanalytique et la psychothérapie institutionnelle* » [57].

6.2.3 Arrivée de thérapeutiques actives

L'arrivée de la psychopharmacologie va révolutionner le monde psychiatrique. Elle naît en 1952 avec la découverte par les neuropsychiatres Jean DELAY (1907-1987) et Pierre DENIKER (1917-1998) des effets antipsychotiques de la chlorpromazine, chef de file des neuroleptiques. Le traitement, d'un emploi bien plus aisé que les méthodes de choc, va modifier considérablement la vie des malades et des hôpitaux psychiatriques. C'est ainsi que vers les années 1965-1970, les hôpitaux psychiatriques commencent à se vider. Par la suite, on fait face à une avalanche de nouveaux produits qualifiés de psychotropes qui contribuent à faire de la psychiatrie une discipline médicale sérieuse, dotée de moyens thérapeutiques soutenant avantageusement la comparaison avec les autres branches de la médecine. Sur le plan théorique, des anomalies du fonctionnement synaptique remplacent la perspective lésionnelle du début du 20^{ème} siècle. Elle relance aussi le débat entre psychogénèse et organogénèse.

Bien que certains dénoncent ces camisoles chimiques, personne ne peut sérieusement contester les effets antipsychotiques de ces nouveaux traitements.

A la fin du 20^{ème} siècle est créée la première version du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) pour les besoins de l'expérimentation médicamenteuse. Ce manuel va rapidement s'imposer comme la référence en ce qui concerne la classification et la définition des troubles psychiatriques, parallèlement à l'essor des neurosciences et de la psychiatrie biologique. Il apparaît comme une tentative affirmée de remédicaliser la psychiatrie après les années triomphantes de la psychanalyse. Pour Maurice CORCOS, cette classification pose aujourd'hui éthiquement question dans la pratique quotidienne du fait que la pose d'un diagnostic aboutit quasi systématiquement à une prescription médicamenteuse ou de thérapie cognitivo-comportementaliste : « *cela aboutit à remplacer le dogmatisme psychanalytique en dogmatisme des stratégies médicamenteuses et cognitivo-comportementales* » [29].

6.2.4 La psychiatrie contestée (1960-1970)

Paradoxalement c'est au moment où l'hôpital psychiatrique s'ouvre sur l'extérieur et où la psychiatrie s'humanise en s'intéressant au sujet derrière ses manifestations pathologiques, que se développent les mouvements antipsychiatriques. C'est principalement le pouvoir social de la psychiatrie sur les sujets qui est vivement contesté ; l'aspect répressif de l'internement apparaît

La psychiatrie, une médecine à part.

insupportable aux yeux d'une société qui prône le libéralisme, le droit à la différence et donc à la folie ; « *la maladie mentale est un mythe* » dira Thomas SZASZ [93, p.362]. Mais en même temps, le retour des malades dans la société inquiète par leur potentielle dangerosité.

C'est en Italie que le combat de Franco BASAGLIA (1924-1980) aboutira à la loi 180 à l'origine de la suppression de l'hôpital psychiatrique et de l'instauration d'une psychiatrie communautaire. L'écho sera assez limité en France bien que la sectorisation menée dans les années 1970 en France ne soit pas sans lien avec l'expérience italienne.

Partie B : BOULEVERSEMENTS ACTUELS DU MÉTACADRE SOCIOCULTUREL ET CONSÉQUENCES SUR LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE

Dans la période actuelle, l'ensemble de nos institutions de soins sont aux prises avec la mutation du contexte socioculturel, en lien notamment avec une transformation des métacadres, qui se combine à une crise généalogique (nous reviendrons sur ces expressions ci-dessous). La violence mortifère inhérente à la tâche primaire, « *ce qui n'est pour un sujet pas parvenu à se lier, à se symboliser de façon suffisante, à s'humaniser dans un lien à l'autre* » [48] se trouve alors inévitablement potentialisée dans nos institutions. Celles-ci se retrouvant préoccupées par leur organisation et leur survie face à l'emprise du nouveau modèle gestionnaire, n'assurent plus leur mission de contenance et de transformation symbolique, c'est-à-dire de fabrique de sens.

Nous allons détailler dans un premier temps les bouleversements de notre contexte socioculturel, afin dans un deuxième temps, de nous interroger en quoi ils viennent impacter notre pratique en psychiatrie.

1. Caractéristiques des transformations contemporaines du cadre socioculturel

« La civilisation est en train de s'emballer et fonce vers une capacité d'attention pathologiquement restreinte. Cette tendance peut être liée à l'accélération des technologies, aux perspectives à court terme de l'économie de marché, aux échéances électorales des démocraties, ou aux distractions des polyvalences individuelles. Tous ces facteurs s'accroissent (...) et maintenant que nos horizons sont réduits à cinq ans voire moins, il semblerait qu'un sérieux déphasage soit en cours. Nos décisions et nos actions, toujours plus précipitées ne correspondent ni à notre compréhension du long terme, ni au poids de la responsabilité dont nous avons la charge » nous alerte Stewart BRAND dans son ouvrage publié en 2012 **L'Horloge du Long Maintenant** [14].

1.1 La mutation hypermoderne de notre société occidentale

Nous sommes rentrés dans l'ère de l'hypermodernité depuis une trentaine d'années. Gilles LIPOVETSKY la décrit ainsi : « *Notre époque n'est pas celle de la fin de la modernité, mais celle qui enregistre l'avènement d'une nouvelle modernité : l'hypermodernité. Un peu partout nos sociétés* La psychiatrie, une médecine à part.

sont emportées par l'escalade du toujours plus, toujours plus vite, toujours plus extrême dans toutes les sphères de la vie sociale et individuelle : finance, consommation, communication, information, urbanisme, sport, spectacles... Nullement une post-modernité mais une modernisation hyperbolique, le parachèvement de la modernité » [75].

Jusqu'alors la modernité fonctionnait encadrée ou freinée par tout un ensemble de contrepoids et contre-modèles. Cette époque s'achève. La société qui s'agence est celle dans laquelle les forces oppositionnelles à la modernité démocratique et individualiste ne sont plus structurantes, où les grandes visées alternatives ont disparu, où la modernisation ne rencontre plus de résistances organisationnelles et idéologiques de fond. *« On peut dès lors définir l'hypermodernité par la radicalisation des trois logiques constitutives de l'âge moderne, à savoir, la techno-science, le marché ainsi que l'individu et sa transcription politique, la démocratie ».*

Cette transformation de la matrice culturelle est profondément liée à l'effondrement de la tradition et de l'étaillage offert pendant près de vingt siècles par les églises, la religion et les différentes idéologies, ce que Jean-François LYOTARD nomme *« les grands discours »* [78]. Il en résulte une profonde désillusion et une décroyance généralisée avec une chute de tous les idéaux. Or, comme l'a montré René KAES, *« l'idéologie est une des modalités princeps de liaison entre le sujet psychique et les ensembles intersubjectifs. Le risque étant alors la déliaison généralisée »* [65]. *« Ces grands discours constituaient entre autres des matrices de subjectivation obligeant le sujet à en passer par l'autre, au sein d'un véritable appareil psychique externalisé, proposé aux sujets pour faire communauté »* [48]. Ce moindre étaillage par les différentes idéologies, qui permettaient de regrouper et de contenir les sujets en communauté, aboutit à l'émergence d'une société plus individualiste. On assiste alors à *« une inflation des narcissismes individuels qui se corrèle à un effondrement des légitimités traditionnelles. La prédation apparaît alors comme l'un des syndromes majeurs de la transformation des liens sociaux, l'utilisation de l'autre au service d'une jouissance immédiate, une lutte de tous contre tous »* [48].

Mais paradoxalement, alors que l'individu postmoderne des années 60-80, enfin libéré de toute sujétion jouissait pleinement de sa nouvelle émancipation ; notre Narcisse hypermoderne vit dans l'angoisse malgré la poursuite de ce règne de l'hédonisme. *« Si Narcisse est si inquiet, c'est aussi parce qu'aucun discours théorique ne parvient plus à le rassurer »* affirme Sébastien CHARLES [21]. Ne pouvant plus se raccrocher à aucune norme traditionnelle, l'individu hypermoderne se retrouve alors livré à sa propre liberté, soumise à des injonctions paradoxales qui opposent à la fois les exigences de l'hédonisme et celles de la responsabilisation. *« Tout devient objet de choix, de litige, de planification individuelle, même les plaisirs »* [21], ce qui est difficile à assumer. Notre société hypermoderne pourrait se définir par un chaos qui se veut organisateur. Elle détruit d'un côté les

La psychiatrie, une médecine à part.

formes de limitations traditionnelles en valorisant le goût du nouveau, de l'innovation permanente, du dépassement de soi, de la conquête de nouveaux territoires, de l'expérimentation personnelle et impose de l'autre de nouvelles normes compatibles avec la logique hypermoderne, qui continuent d'orienter malgré tout les comportements collectifs et individuels, bien qu'apparaissant très paradoxales. Nous avons l'exemple des prescriptions alimentaires : l'individu est poussé à l'hyperconsommation tout en étant soumis à une responsabilisation individuelle qui exige qu'il surveille son alimentation et sa santé afin de rentrer dans les critères d'esthétique et de bonne santé de notre société. L'individu hypermoderne se retrouve ainsi rapidement perdu face à tant de liberté et d'injonctions paradoxales ; la désinstitutionnalisation grandissante ne faisant qu'amplifier ce sentiment de solitude et de responsabilisation personnelle pesante.

Les mutations contemporaines touchent ainsi à la constitution du lien et au groupal, au communautaire. Prenons ainsi l'exemple de la famille, profondément déchirée, éclatée, et travaillée par la confusion engendrée par ces nouvelles normes soit disant émancipatoires de notre société. Nous sommes passés de « *l'idée postmoderne d'une égalité de dignité humaine entre les sexes, les âges et les générations à l'idée hypermoderne d'équivalence dédifférenciatrice soutenue par un rejet parfois déniait des différences fondamentales* » [89]. Ce concept, qui peut nous conduire jusqu'à la négation de la singularité de chacun, m'apparaît relativement dangereux et se manifeste dans le contexte de la création d'un nouveau système de pensée, empruntant ses principaux éléments à l'utopie de la transparence. Nouveau mode de pensée qui pousse au fantasme d'autoengendrement et conduit à la toute puissance manifeste de notre culture hypermoderne. Chaque institution se doit alors d'être transparente, de ne rien cacher, de fonctionner sur un modèle prédéfini afin que rien n'échappe à l'emprise du modèle gestionnaire. Cela aboutit à l'uniformisation des institutions de soins et l'idée d'un tiers ou d'une référence extérieure menaçant.

1.2 Création d'un nouveau système de pensée

L'idéal de transparence abordé ci-dessus se forme à partir de l'intention légitime de traquer le mal associé aux totalitarismes. Ce déploiement de l'utopie de la transparence relève de la logique de l'idéal, c'est une formation défensive qui permet de préserver certaines illusions ou de reconstruire en urgence des formes substitutives. « *Elle est l'expression fondamentale d'un désir de pureté et représente l'aspiration à un narcissisme archaïque de perfection et d'unité entre le dedans et le dehors, entre la partie et l'ensemble, entre le sujet et le collectif. Elle relève ainsi d'une quête d'indifférenciation et d'abolition des limites* » [89]. Janine CHASSEGUET-SMIRGEL [23,24] a pointé les rapports « *entre cette fascination pour un monde lisse et uni, sans failles ni séparations et le fantasme de vie intra-utérine* ».

La psychiatrie, une médecine à part.

La transparence imposée avec sa promesse d'extirper le mal, qui forme la source profonde de sa légitimité, fait qu'elle devient un impératif absolu auquel on ne peut que se soucrire. S'y soustraire c'est s'entendre dire « *Qu'avez-vous donc à cacher ? Quelles intentions ou pratiques invouables masquez vous en récusant la transparence ?* » [89]. On fait alors croire que l'institution parfaite existe en devenant transparente.

Plusieurs outils au sein des institutions de soins sont au service de ce nouveau mode de pensée :

- Le développement opérationnel modélisé par les technologies. Tout doit être notifié sur informatique ce qui va permettre une circulation instantanée des informations dont le but est d'évacuer les sources d'opacité liées à la temporalité.

- Le recrutement des cadres et des directeurs des hôpitaux. Ils sont recrutés dans le monde de l'entreprise ou formés dans une telle perspective et amènent par conséquent avec eux une culture de l'efficacité, du zéro défaut issue du monde industriel. « *Ces personnes qui ne sont pas organisées psychiquement à partir des organisateurs psychiques inconscients qui spécifient ces champs et ces secteurs d'activité vont dès lors pouvoir imposer de nouvelles règles, énoncées comme incontournables, sous le couvert mensonger d'un pseudo réel des contraintes budgétaires* » [48].

- La classification objectivante des patients. Le modèle étant celui du trouble observable qu'il conviendra de coder, quantifier. Ainsi, se créent des pôles de références attachés à ces troubles. Cela conduit à une segmentation des tâches et à la mise en place de protocoles rééducatifs et médicamenteux qui ordonnent un traitement quantifiable des troubles.

Il s'agit d'un véritable dispositif d'emprise. Roger DOREY définit la relation d'emprise par « *l'appropriation par dépossession de l'autre, la domination et l'empreinte* » [37]. La relation d'emprise engendre donc un empiètement de l'espace privé d'autrui, une réduction de toute altérité ainsi que l'abolition de toute spécificité. Jean Bertrand PONTALIS a quant à lui signifié que « *la pulsion d'emprise se développait au détriment de l'introjection. En visant à maîtriser l'objet plus qu'à le symboliser, l'emprise se situe du côté de la prédation, elle tend à saisir l'objet comme une proie* » [91]. « *Son caractère aliénant est donc son côté exclusif et son absence d'échappatoire* » comme l'évoque Georges GAILLARD [48]. En effet, l'ensemble des outils est tenu par les multiples procédures d'évaluation et d'accréditation qui assujettissent les praticiens et les établissements à des enjeux de consentement ou de fermeture. Le climat régnant dans les institutions est à la menace!

Les risques de ce dispositif d'emprise sont :

- « L'aliénation procédurale » telle que décrite par Anne-Lise DIET [35] et Emmanuel DIET [36] qui aboutit à un blocage de la pensée et de la conflictualisation.

La psychiatrie, une médecine à part.

- La modélisation de la pensée. Ainsi lorsqu'on se voit obligé de restreindre un individu à une cotation de trouble selon le DSM, cela ne correspond pas à la réalité du sujet, à sa psychopathologie et à sa souffrance psychique. Nous cherchons à mettre un diagnostic qui s'approche de ce que l'on observe mais cela nous paraît tellement insensé, injuste et insatisfaisant.

- « La souffrance éthique » [18] que nous détaillerons dans un prochain paragraphe. Elle est en lien avec un vécu d'incompatibilité entre deux systèmes d'idéaux, d'un coté les idéaux institutionnels et les valeurs de l'identité professionnelle et de l'autre les idéaux imposés par le métacadre socioculturel contemporain.

1.3 Négation du besoin de pensée et uniformisation des individus

« *La société dans son ensemble va mal et la crise a bon dos* » déclare Pierre DELION [34]. Ce refus affiché de la nécessité de penser par les personnes au pouvoir dans notre société contemporaine contribue probablement pour une bonne part à cette souffrance sociétale. Or, la force de l'homme, ce qui fait sa richesse, réside justement dans sa capacité à penser « *l'homme n'est qu'un roseau, le plus faible de la nature ; mais c'est un roseau pensant* » disait Blaise PASCAL [85]. L'attaque généralisée des pensées plurielles et polyphoniques par les dominants actuels nous conduit progressivement vers l'enfermement d'une pensée unique, c'est-à-dire vers la mort de la pensée et la fadeur d'un monde où nous serions tous identiques. Soyons attentif au risque de l'installation « *d'un nouveau totalitarisme culturel, celui de la pensée simplificatrice* » [54] qui ferait comme l'écrit Claude LEVI-STRAUSS que « *l'humanité s'installe dans la monoculture, elle s'apprête à produire la civilisation en masse, comme la betterave. Son ordinaire ne comportera plus que ce plat* » [74]. En cherchant à modeler les individus selon un seul modèle, cette utopie de la transparence ne fait qu'appauvrir notre société en potentialisant les problématiques de construction identitaire par manque de modèles identificatoires et attise la haine de l'étranger. Or, la richesse d'un monde ne provient-elle pas de nos différences, « *n'avons nous pas besoin de l'étranger pour sortir de l'endogamie* » [34]?

1.4 Mutation du rapport de confiance

Alors qu'avant, il y avait à priori un contrat de confiance de la part des tutelles vis-à-vis des institutions de soins, l'impératif de transparence fait que ce n'est plus le cas. L'heure est à la méfiance et d'autant plus envers les institutions qui cherchent à préserver un minimum d'intimité, de « secret » pour elle et leurs patients. Or, Piera AULAGNIER (1923-1990) nous rappelle que « *la* La psychiatrie, une médecine à part.

pensée suppose un espace pour le secret » [3] qui est à entendre dans le sens de la protection d'une intériorité, d'un site pour l'intime, d'un lieu pour le féminin. La pensée n'est-elle pas notre outil principal de travail en psychiatrie ?

Pour éviter la moindre opacité de fonctionnement, les procédures et protocoles normatifs se multiplient avec par conséquent des professionnels de plus en plus captifs de ces dispositifs d'emprise. « *Les institutions sont alors enjointes à la standardisation et, rapidement soupçonnées de ne pas être dans les clous, ceux délimités par les bonnes pratiques sous le couvert de référentiels de compétences* » [48]. Cette uniformisation des institutions va à l'encontre des micro-cultures qui s'étaient formées au fil des ans afin de s'adapter à la subjectivité des patients.

Cela conduit aussi les familles à être de plus en plus exigeantes et à ne plus avoir confiance en l'expérience et la bonne foi des professionnels. D'où les regroupements en associations de familles qui aujourd'hui pèsent beaucoup sur les politiques et donc sur la mise en place des recommandations de bonnes pratiques auxquelles sont assujettis les soignants. Les patients en deviennent alors des consommateurs de protocoles qu'ils ont eux-mêmes choisis et qui sont mis en place par des soignants réduits à de simples techniciens.

1.5 Modification du rapport au temps

« *La logique de l'accélération sociale* » telle que décrite par Hartmut ROSA [95] est une autre modalité d'aliénation de notre société hypermoderne. Alors que le sujet hypermoderne se croit libre, il est régenté, réprimé et dominé par un régime-temps en grande partie invisible, dépolitisé, indiscuté, sous-théorisé et inarticulé. Il est en permanence poussé vers une position de sur-engagement, mis au défi d'un dépassement constant. « *Le modèle du sportif et de ces records qui n'en finissent pas de tomber, à coup de substances dopantes et d'inventions technologiques, est en passe de s'imposer comme norme. Le sujet se phallicise : il se doit d'être un surhomme ou alors il prend le risque d'être exclu du système ou de mettre toute son équipe en danger de ne plus être dans la course* » [48]. Ce registre actuel de l'exigence à faire plus avec autant voire moins de moyens conduit à un sentiment de toute puissance et à l'éprouvé d'être indispensable. Le sujet tire alors une prime narcissique toujours plus conséquente de ces confrontations. La notoriété et la vanité sont par conséquent des tentations bien contemporaines.

A l'inverse, « *Tout féminin par où s'indiquerait une position de repos est dès lors exclu* » [48]. Cela conduit à la mise en avant d'un fonctionnement purement opératoire qui de nouveau exclut et dévalorise toute activité de pensée perçue comme étant une perte de temps car non rentable dans

La psychiatrie, une médecine à part.

notre système. Or quand on ne prend pas le temps, on le perd et notamment en psychiatrie où la temporalité psychique échappe à la maîtrise humaine.

Par ailleurs, ce basculement de rapport à la temporalité se manifeste aussi par un monde marqué par un changement continu. Nous sommes soumis à un flux incessant d'informations, d'innovations techniques et à l'obsolescence programmée. Notre monde ne se réfère ainsi plus à la durée, ni à la mémoire, ni à la transmission et par conséquent délégitime la référence, la tradition et les monuments institués. *« L'hypermodernité va ainsi fragiliser toutes les médiations, notamment institutionnelles, au nom de la liberté et de l'autonomie des individus mais aussi de la défiance généralisée associée à l'existence même d'une instance hétéronome »* [89]. Cela débouche sur *« un monde précaire qui s'organise à partir de l'instantanéité, de l'urgence et de la crise »* [89].

1.6 Changement généalogique

Toutes ces transformations socioculturelles qui affectent entre autres le cadre institutionnel coïncident avec une problématique de transmission, de passage généalogique qui a été étudiée par Georges Gaillard. En effet, nous assistons actuellement à de multiples départs à la retraite de médecins qui ont été à l'origine d'institutions forgées par une vision humanisante de la psychiatrie. Ces personnes incarnaient profondément ces institutions en tant que fondateurs et les animaient par leur charisme. *« Tout mouvement généalogique est évidemment générateur de crise et l'on a à faire avec une déliaison mortifère qui donne prise aux agirs meurtriers »* [47]. Ce serait un non-sens de dire que les filiations antérieures ne posaient pas de problèmes majeurs, mais le départ de ces personnes qui ont tant marqué les institutions a plus de risques d'être entaché de fantasmes de destruction du fait même de l'idée qu'elles dérobent, en partant, la légitimité de l'institution.

Celui qui prend la suite se retrouve en position de *« fossoyeur de l'utopie fondatrice »* évoque Paul FUSTIER [66]. Il va être tenté soit de *« disqualifier le travail antérieur et la référence générationnelle en jouant au comptable sous le primat d'une bonne gestion et d'une remise aux normes, soit d'endosser le costume du réformateur-révolutionnaire en forçant l'équipe à l'investir aussi d'un pouvoir créateur »* [48] tel son prédécesseur. Ces deux prises de position ne peuvent se dérouler que dans la violence de la restructuration et la jouissance de la casse assorties de la proposition d'un nouveau *« pacte narcissique »* [64] : les invocations au changement, à faire mieux avec du nouveau ne cessent alors de pleuvoir, disqualifiant tout ce qui structurerait jusqu'alors l'institution. Il m'apparaît d'autant plus dommageable de ne pas préserver le lien de l'institution actuelle avec son histoire que, dans notre métier, nous œuvrons pour que le patient fasse avec son histoire et en devienne sujet, malgré un parcours souvent parsemé d'abandons et de traumatismes. Nous avons alors nous aussi à

La psychiatrie, une médecine à part.

porter en nous l'histoire institutionnelle en nous rappelant ce célèbre aphorisme de GOETHE « *ce que tu as hérité de tes Pères, acquiers le pour le posséder* » [48].

Ce départ de médecins pionniers, de créateurs du soin psychique, est combiné à un changement dans le recrutement des cadres des institutions. Afin de soumettre les lieux soignants à « *l'égide du management gestionnaire* » [46], des personnes n'ayant pas construit leurs étayages professionnels à partir de ce champ de la mésinscription et qui sont donc en position exogame à l'égard des équipes dont elles prennent la direction sont mises en poste. Ce mode de recrutement porte directement atteinte à l'identité de ces institutions, potentialisant leurs fragilités intrinsèques, du fait de leur tâche primaire qui est de prendre en compte la vulnérabilité identitaire des sujets accueillis et donc des identifications que supposent ces liens.

Dans cette période de changement, la préoccupation institutionnelle tend à prendre la place qui était autrefois réservée aux sujets soignés. L'institution soignante traumatisée se retrouve alors dans une dynamique de survie proche de celle d'un bon nombre de patients. Elle se retrouve en incapacité de lier et de transformer les éléments mortifères non subjectivés des usagers, ce qui peut la mener au chaos voire à sa propre désintégration. L'exemple du cliché cinématographique des « Choristes », avec l'incendie qui va ravager l'internat « le fond de l'étang », est typique de ces institutions prises dans une spirale destructrice.

2. Les conséquences en psychiatrie des évolutions socioculturelles de notre époque

La psychiatrie du 21^{ème} siècle n'échappe pas aux évolutions socioculturelles. En effet, dans un monde qui court après la sécurité et la maîtrise en cherchant à tout uniformiser, la psychiatrie qui a trait à la subjectivité de l'être humain dérange et sa scientificité est remise en question. C'est ainsi que pour survivre aux attaques dont elle fait l'objet, elle se raccroche à son versant médical qui se veut rassurant par son objectivisme, sa mesurabilité des troubles et son illusion de toute puissance.

Nous allons voir que cette remédicalisation de la psychiatrie, mécanisme que je qualifierai de défensif face à l'altérité (et quoi de plus imprévisible et immaitrisable que la folie !) aboutit inévitablement à la technicisation croissante de l'espèce humaine. En s'attaquant à la pensée, cette technicisation va aliéner l'homme, par l'absence de sens critique que ce dernier va manifester vis-à-vis des technologies. « *La technicisation, effet de la liberté humaine, étouffe la liberté, réduit l'être et*

La psychiatrie, une médecine à part.

plutôt que d'en faire un être dans le monde le réduit peu à peu à un être en perte de son monde » enseignait Martin HEIDEGGER [12].

Les soignants, mais aussi et surtout nos patients, vont être les premiers à souffrir de cette radicalisation du mode de pensée et de prise en charge en psychiatrie.

« Je suis devenu un homme objectivé plus qu'écouté » formulait amèrement un patient de Chantal Saint-Jarre [98].

2.1 Remédicalisation de la psychiatrie sous la férule des Neurosciences

2.1.1 Essor des neurosciences et objectivation du sujet

Les troubles mentaux en mettant en jeu de façon privilégiée la subjectivité, la relation, la totalité de personnes singulières en interaction avec leur environnement, semblent par nature mettre en difficulté une approche scientifique, *« celle-ci paraissant exiger l'objectivité, la neutralité, la décomposition des phénomènes en facteurs contrôlables et la reproductibilité »* [84]. C'est pourquoi dans un effort de remédicalisation de la psychiatrie, s'est développé un fort attrait pour les neurosciences. Elles sont définies comme l'étude du fonctionnement et de l'anatomie du système nerveux et regroupent la neurophysiologie, la neuropsychologie, la neuroanatomie et les sciences cognitives. Ces dernières, relativement récentes, ont donné l'espoir de rendre compte du psychisme dans sa totalité y compris les domaines les plus complexes de la relation interpersonnelle, sociale et de l'affect. *« Elles constitueraient l'équivalent heuristique pour le 21^{ème} siècle de ce que la découverte de l'ADN fut pour le 20^{ème} siècle »* [30] et occupent désormais une place de choix dans le cursus et l'enseignement des psychiatres universitaires.

Malgré la diversité des disciplines comprises sous le terme de neurosciences, Saïd CHEBILI dans son livre ***Malaise dans la psychiatrie*** [25] les accuse de conduire à un franc réductionnisme quant à la causalité évoquée des troubles mentaux. Elles satisfont ainsi toutes à des principes communs qui en constituent les fondements et se basent toutes sur l'expérience. *« Premièrement, l'unité causale de base est le neurone. On en revient à inventer des maladies en différenciant des récepteurs spécifiques de régions cérébrales. La conséquence en est économique puisqu'il en découlera pour l'industrie pharmaceutique la possibilité de produire un médicament qui agira spécifiquement par blocage ou stimulation de tel récepteur. La maladie se réduira à une chimie complexe. Deuxièmement, le principe de causalité, une zone cérébrale précise, l'activation d'un groupe particulier de neurones donnera tel symptôme ou telle pathologie précise. Ce principe qui tient sa valeur de la mécanique classique*

La psychiatrie, une médecine à part.

montre la survalorisation du déterminisme. Troisièmement, les neurosciences invoquent toujours une causalité univoque. C'est-à-dire qu'il s'agit toujours d'expliquer une émotion par des phénomènes cérébraux qu'ils soient neuronaux ou chimiques. C'est-à-dire qu'elles envisagent toutes les maladies mentales comme dérivant de processus neuronaux et chimiques se déroulant dans le cerveau en bannissant toute subjectivité ». Tel que le déclare Jean-Pierre CHANGEUX, les neuroscientifiques nous promettent l'avènement de l'homme neuronal parce que « *rien ne s'oppose plus désormais sur le plan théorique à ce que les conduites de l'homme soient décrites en terme d'activités neuronales* » [20]. En effet, en se réappropriant le cerveau, conçu comme le lieu de tous les mystères de la psyché humaine, cette psychiatrie remédicalisée est devenue une véritable technologie de l'esprit dénoncée M.L BOURGEOIS dans son article ***Evidence-based medicine (EBM) and psychiatry*** : « *ses psychothérapies réglées sont une manipulation mentale destinée à modifier les émotions, les schémas cognitifs, les comportements, par la chimie de la pharmacothérapie ou par un véritable coaching de l'usage du psychisme. Il ne s'agit plus de comprendre l'esprit mais de le changer, de le corriger et de le réorienter selon la demande de normalisation, de conformisation et d'efficacité* » [12].

« *Cette technicisation du soin se veut très confortable* » [79]. Un confort intellectuel tout d'abord : savoir quels indices considérer comme pertinents pour définir l'enjeu du soin et l'inscrire dans un échange contractuel. Un confort matériel ensuite : centré sur une fonction claire, l'effort est lui aussi circonscrit dans le temps, dans l'espace, dans l'engagement matériel qu'il représente. Il peut être chiffré, comparé, évalué. Cela permet de rendre des comptes sur ce qui a été investi, sur la pertinence des choix. Confort psychologique enfin : cette remédicalisation de la psychiatrie permet ainsi d'évincer l'humain, ce qui représente un soulagement psychique pour beaucoup puisqu'elle permet de limiter l'engagement psychique des soignants. Elle va se déployer dans un monde enchanté d'où le sujet médecin s'est lui-même retiré (puisque simple opérateur) : il observe son patient du dehors, le scrute, l'évalue, le manipule, le travaille. Il l'expose, le fait contempler : aux étudiants, aux médias, au public. Nous nous installons alors lentement dans un monde où l'autre n'existe plus avec toute la confusion que cela peut engendrer. Mais comme dirait Raymond DEVOS « *un monde où je ne puis me reconnaître : un monde sans autre, ou un monde où il n'y a que de l'autre, ce qui revient au même mais revenir au même suppose qu'on soit allé à l'autre* » [49]. Il apparaît bien illusoire de penser effacer toute altérité.

Cependant, dans un souci d'objectivation de l'être humain et d'uniformisation simplificatrice de notre pensée de soignant en psychiatrie, il est désormais fait usage du terme de trouble en lieu et place des grandes entités nosographiques classiques. Cette mécanisation aboutit à « *une substantialisation du fait mental devenu dès lors mesurable* » [25]. Notre pensée s'en trouve modélisée puisqu'on nous impose de côter le trouble objectivé chez nos patients qui ne correspond

La psychiatrie, une médecine à part.

plus à la réalité du sujet, à sa psychopathologie ou à sa souffrance psychique. La médecine actuelle s'attache ainsi à méconnaître le sujet : elle cherche en fait un sujet présentable, rationnel et raisonnable, conscient et volontaire, capable de libres choix et de décisions éclairées. Un interlocuteur en somme avec qui discuter objectivement, d'homme à homme, des problèmes qu'il pose à la médecine tels qu'ils se présentent à celle-ci dans l'état actuel des connaissances scientifiques. *« On tend vers une pratique où, dans l'idéal, le malade-objet se trouverait livré aux pures représentations et opérations abstraites de la science médicale. En somme on va vers une situation étrange où les malades n'auraient plus besoin de médecins, et les médecins plus besoin de malades »* prévient René GENTIS [49].

Cette notion de trouble a aussi profondément modifié les frontières entre le normal et le pathologique. Ainsi les troubles du spectre autistique dans le DSM-5 regroupent une multitude de profils. Au sein d'une même catégorie sont regroupés des enfants qui n'ont pas de langage, pour lesquels il est difficile d'évaluer les aptitudes intellectuelles et des enfants qui parlent et qui possèdent des capacités cognitives importantes. *« De plus la stabilité du diagnostic varie : si un taux de 76% est retrouvé pour les enfants avec un diagnostic d'autisme posé avant l'âge de trois ans, seulement 35% de ceux qui ont reçu un diagnostic de TED-non spécifié (TED-NOS) le conservent »* affirme Brigitte CHAMAK [19]. Les profils sont tellement diversifiés qu'il est par conséquent difficile d'imaginer construire une même stratégie éducative et pédagogique pour tous. Il est nécessaire de s'ouvrir à plusieurs méthodologies, théories et de les adapter en fonction de la singularité de chacun. En 2012, l'HAS a sorti des recommandations surprenantes voire inquiétantes concernant la prise en charge des enfants et adolescents souffrants d'autisme, en survalorisant les méthodes éducatives et comportementales au détriment d'autres modèles de prise en charge tels la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle, vivement critiqués. Or, actuellement beaucoup d'enfants souffrants d'autisme sévère sont exclus des méthodes éducatives structurées car trop atteints pour se soumettre à ces programmes codifiés de correction des troubles et dirigés vers des hôpitaux de jour fonctionnant sur le mode psychothérapie institutionnelle. Cette prévalence d'un seul modèle de pensée et de prise en charge ne risque t'elle pas d'aboutir à un clivage entre les bons et les mauvais patients, les curables et les incurables ?

En outre, le fait d'attendre quelque chose de l'autre par ces méthodes rééducatives instaure une temporalité un peu biaisée dans la relation, puisque cette attente empêche de laisser venir quoi que ce soit : les possibles sont alors bloqués. Jean OURY insistait sur l'importance *« de tenir compte d'autrui, que veut dire tenir compte de quelqu'un sinon tenir compte de lui en tant qu'autrui, en tant que sujet qui a quelque chose à voir avec un désir, un désir inconscient, un désir qui souvent est en panne »* [83]. Actuellement, au lieu de s'adapter au patient, nous tendons à lui imposer nos méthodes et par là nous le formatons. Cela conduit par exemple à entendre au sujet d'un enfant un

La psychiatrie, une médecine à part.

peu robotisé, qui semble éteint, en manque d'initiatives, en perte de désir qu'il a été « teacché » en référence à la méthode TEACCH, programme de prise en charge de sujets souffrants d'autisme.

Certes, le malade somatique supporte assez bien « *sa réification par les médecins garagistes ou mécaniciens* » [100], à condition qu'ils soient compétents dans l'art de réparer. Cependant, le malade psychologique vit cette réification comme une violence et la psychiatrie biologique comme « *une négation de son essence humaine* » [100]. Ainsi, alors que la clinique traditionnelle invitait le patient à décrire sa douleur, désormais on lui demande de se taire en évoquant que c'est nous grâce à nos grilles d'évaluation et à nos paramètres, qui allons l'évaluer. On en oublie donc le malade, « *d'autant plus qu'en privilégiant la spécialisation des services, on s'éloigne de plus en plus de l'homme global et les services de médecine générale, qui faisaient autrefois la gloire et la renommée des hôpitaux, sont de plus en plus rares et dévalorisés* » [5]. La mode est à la surspécialisation, chaque médecin s'occupant d'une partie d'un patient sans prendre en compte le reste. Or, il nous faut bien rappeler que « *le malade est une personne et non un trouble, un être doué de capacités relationnelles d'où l'importance de prendre en considération en tant que soignant la qualité de nos expériences intersubjectives avec eux en nous interrogeant sur ce qui se joue au niveau transféro- contre-transférentiel, ce qui va nous venir en aide pour comprendre la manière dont l'autre fonctionne* » [103].

Par ailleurs, l'avènement et l'omniprésence de cette psychiatrie biologique est à risque de dérive vers une psychiatrisation de la société. Ainsi dans le DSM-5 publié le 18 mai 2013 : vous n'êtes plus timides, vous avez une phobie sociale, vous n'êtes plus anxieux, vous avez une anxiété généralisée, vous n'êtes pas irritables pendant vos règles vous avez une dysphorie menstruelle. Ces mots ne sont pas innocents. Maurice CORCOS, parmi d'autres, dénonce « *cette médicalisation des troubles qui va de pair avec une augmentation de la prescription de psychotropes* » [29] et qui pose des questions éthiques. Une fois de plus RABELAIS avait raison : « *Science sans conscience n'est que ruine de l'âme* » [94]. Ainsi, « *aux États-Unis, les syndromes d'hyperactivité de l'enfant ont augmenté de 600 % en 6 ans, les diagnostics de troubles bipolaires ont été multipliés par 40 en 10 ans et 25 à 50% des jeunes qui consultent dans des centres de santé consomment des antidépresseurs* » [29]. De même, l'essor de nouvelles thérapies notamment cognitivo-comportementales qui s'opposent formellement à la psychothérapie institutionnelle et à la psychanalyse de divan, prétendent libérer l'individu, l'épanouir, l'amener à développer son potentiel. Leur champ d'action virtuellement illimité et leurs objectifs définis de manière purement pragmatique les destinent à couvrir la totalité de la population, puisque certaines d'entre elles se présentent même explicitement comme des thérapies pour « normaux ». Nous pouvons penser comme René GENTIS que « *la ruine des religions traditionnelles semble avoir laissé un tel vide que ces formes modernes de conditionnement des âmes mobilisent aujourd'hui les foules, et peuvent être pour beaucoup comme pain bénit* » [49].

La psychiatrie, une médecine à part.

L'objectif de cette thèse n'est pas de nier l'apport des neurosciences et de la biologie. Il existe indéniablement une vulnérabilité biologique dans de nombreuses pathologies psychiatriques telles que l'autisme, la schizophrénie ou les troubles bipolaires mais il faut bien rappeler que « *l'on n'est pas dans un déterminisme du type « un gène autosomique dominant sans pénétrance variable → un comportement »* [29]. D'autres facteurs rentrent en jeu comme les facteurs épigénétiques y compris environnementaux émotionnels précoces. Le risque actuel en psychiatrie est comme nous allons le voir plus bas l'hégémonie d'un seul modèle de pensée. En effet, Il apparaît important de nous rappeler qu'en tant que soignant nous nous devons d'être le moins nocif possible. Se retrouver face aux patients nous demande beaucoup d'humilité, et il nous faut pouvoir décrocher de la théorie afin d'écouter puis tenter de donner sens, à la lumière de cette théorie. Ne soigner qu'à l'aide d'une théorie ou de protocoles est certes confortable mais apparaît restrictif et enfermant que ce soit pour nous ou le patient. Or, « *Cette posture du soignant nécessite quelques familiarités avec le complexe de castration, ne pas savoir à la place de, ne pas faire en place de, demander de l'aide au sujet afin qu'il puisse aider de la même manière le soignant à se construire dans une vie quotidienne partagée* » [76].

2.1.2 Hégémonie du modèle neuroscientifique, les dérives de la pensée unique

En psychiatrie, cette tentative d'uniformisation de la connaissance se fait sous la férule des neurosciences en général et du cognitivisme en particulier. En effet, à l'exclusion de toute autre forme de pensée, le cognitivisme s'érige en modèle dans :

- Le recrutement des professeurs en médecine et les publications d'articles/d'ouvrages : Il apparaît ainsi important pour les candidats à des postes de professeurs de témoigner d'une activité scientifique objectivable devant le conseil national des universités. « *Dans un esprit d'homogénéisation et d'équité cette évaluation repose essentiellement sur l'examen d'une liste de publications dans des revues, assignées d'un impact factor. Cet indice calculé par la récurrence des citations de la revue en question dans les articles de recherche peut être comparé à un indice boursier et agit comme un processus normatif : il est particulièrement élevé pour les revues de langue anglaise, traitant des sciences de la nature et beaucoup plus faible pour les revues des sciences de la culture. Quant aux ouvrages y compris les plus prestigieux, ils ne rentrent absolument pas dans cette cotation. De toute évidence l'approche neuroscientifique du psychisme se plie à ces règles : elle permet de produire des articles dans des revues anglophones très côtés en impact factor alors qu'un ouvrage volumineux publié dans une maison d'édition sérieuse en langue française n'aura aucun poids* » nous informent François DANET et Yannis GANSEL dans leur article ***Dépasser le malaise et les impasses défensives de la psychiatrie contemporaine*** [30]. La dimension contestable de ce système pour la psychiatrie, outre son aspect normatif, réside dans la disjonction qu'il établit entre la La psychiatrie, une médecine à part.

pratique, notamment au sein des hôpitaux spécialisés et l'université. Les praticiens ne sont pas majoritairement à l'heure actuelle issue de l'approche neuroscientifique. Or, c'est eux qui au quotidien vont être le plus confrontés à la destructivité des patients et à l'instabilité des situations de soin ; les professeurs des universités, du fait de leurs multiples activités et du morcellement de leur emploi du temps étant par conséquent peu disponibles pour des suivis au long cours de patients névrotiques ou psychotiques. Pour faire face à la clinique quotidienne, ils ne vont malheureusement souvent trouver qu'une aide limitée dans les publications neuroscientifiques basée sur les faits ou données probantes telle que l'EBM peut l'incarner actuellement. « *Le poids accordé actuellement aux études randomisées en double aveugle pose bien question en psychiatrie où la singularité de chaque cas et les effets de la relation clinique ne peuvent être éliminés* » [12].

- La formation des étudiants en médecine et des soignants en psychiatrie dont les manuels uniformisés adoptent la terminologie du cognitivisme. Cela aboutit à la formation de spécialistes, de techniciens, pris au quotidien dans des problèmes de diagnostic et d'éradication de la maladie et qui oublient que le « prendre soin » fait aussi partie de leur pratique médicale.

- Notre société hypermoderne où il faut se montrer performant, efficace et invincible. Or le modèle neuroscientifique s'inscrit parfaitement dans cet idéal sociétal par sa rationalité, sa transparence et son illusion de toute puissance et pour se faire il s'est débarrassé de l'être humain bien trop encombrant car difficilement maîtrisable.

Cette hégémonie d'un modèle aboutit au risque de dogmatisme. Ce n'est pas le propre des neurosciences mais bien le risque de chaque spécialité de prétendre qu'elle détient le savoir dans tel domaine et de se l'approprier, se renfermant alors sur ses certitudes dogmatiques et n'étant plus à l'écoute des autres approches qui restent indispensables à une vision globale de l'être humain et de la complexité de sa souffrance. En psychanalyse aussi nous croisons des analystes qui entretiennent l'illusion d'être à même d'aller de façon isolée au fond d'une telle forme de connaissances et ceci de façon définitive. « *A moins de prétendre d'avoir reçu de Freud des révélations divines globales et absolues ou de se prendre pour un Freud divinisé* » ironisent Claire MARIN et Frédéric WORMS dans leur ouvrage ***A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*** [79], cela apparaît difficile mais la tentation est grande. Ce rattachement exclusif à une théorie est source de guerres. Jean PEUCHELESTRADE évoquait dans une allocution à son équipe sur l'hôpital de jour (HDJ) pour enfants de Givors que l'avantage des guerres, c'est qu'elles nous protègent contre l'hypothèse que le point de vue de l'autre, clinique ou théorique puisse être partageable. Dans ces cas là, le pouvoir soigner « seuls » se conjugue au pluriel car il concerne tout un courant théorique au milieu des autres. Dans la guerre de l'autisme, les psychanalystes ont d'abord été dans cette posture. Puis ils ont été dénoncés par les cognitivo-comportementalistes et la théorie de l'esprit a été une des armes qui a

La psychiatrie, une médecine à part.

donné raison à ces derniers. Dans le même temps, la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle ont été mises de côté dans le soin des autistes par les recommandations de l'HAS. Les cognitivo-comportementalistes penseraient ils y arriver tout seuls, eux qui dénonçaient cela chez les psychanalystes il y a peu de temps ?

Par ailleurs, contrairement à l'âge d'or de la psychanalyse, le contexte actuel n'est pas le même et les conséquences de l'hégémonie d'un modèle de pensée sont aujourd'hui plus graves. En effet, actuellement les politiques se sont emparés de ce modèle idéalisé, facilement évaluable, qui objective la souffrance psychique. Grâce à la standardisation du discours en psychiatrie, l'emprise est ainsi possible sur les soignants en psychiatrie et le fonctionnement des hôpitaux. Le système de financement à l'acte des hôpitaux va par exemple largement favoriser le domaine du curatif qui a connu des processus de formalisation et d'objectivation favorisant l'évaluation. A côté de cela, il ne va pas prendre en considération le travail relationnel, travail qui ne peut pas être mécanisé et dont le produit ne peut pas être exhibé après coup. Il est effectivement « *difficile de faire voir la valeur des activités de cette dimension relationnelle du soin afin de la faire reconnaître professionnellement, financièrement, socialement comme pertinente* » [79]. Toutes les procédures d'évaluation et d'accréditation mises en place vont donc contraindre les équipes soignantes à ce modèle de pensée et de prise en charge des troubles psychiques. Les structures de soins vont donc perdre leurs spécificités qui permettaient de s'adapter aux profils variés des usagers. De même, les équipes vont perdre la richesse faite de la complémentarité des personnalités singulières qui la constituaient et qui donnaient lieu à des débats où les désaccords permis étaient perçus positivement comme signe d'une équipe qui pense ses actes, raisonne et questionne.

Enfin, nous assistons à notre époque à une « *forte médiatisation de cette idéologisation des conflits théoriques et de leur surenchère polémique* » [49] qui participe à l'extension de l'emprise et à l'uniformisation du mode de pensée des sujets quant à la pathologie psychique. On oppose volontiers la psychiatrie biologique à la psychanalyse ou on fait de la montée des sciences neurocognitives, un signe du déclin de la psychanalyse. Cela conduit les usagers à en déduire qu'il y a une bonne méthode de prise en charge et à diaboliser l'autre. Elle les sécurise aussi car en réduisant la pathologie mentale à une chimie complexe, elle leur fait espérer qu'on a enfin élucidé l'énigme de la folie.

2.1.3 L'illusion de toute puissance du modèle médical

La technicisation de la médecine est ainsi porteuse d'une illusion de toute puissance. Cet idéal d'une Science pleine et entière, bouclée sur elle-même, n'en infléchit pas moins très fortement, non seulement les recherches médicales, mais les attitudes, les comportements et les pratiques des soignants animés par un « fantasme d'immortalité » [49]. Les progrès scientifiques nous poussent en effet au déni de notre finitude, ce qui fait que la vision de la maladie et de la dépendance nous est insupportable, car elles nous rappellent bien à la réalité, qui est que nous ne sommes que de passage dans ce monde.

Nous pouvons entendre cette dérive actuelle de la médecine et donc de la psychiatrie comme « *une impossibilité de soutenir l'incertitude fondamentale contenue dans toute énonciation* » [70]. On voudrait détenir la réponse sans s'être posé de questions et on croit de ce fait l'obtenir dans l'imagerie ou les mesures. Les progrès médicaux suscitent le fantasme qu'il n'y a plus d'impossible, tout phénomène mystérieux est dorénavant vécu dans l'impuissance. Tout symptôme inexpliqué doit être vaincu, maîtrisé par tous les moyens et il est impossible d'imaginer qu'il puisse échapper au champ du savoir. Plutôt que de se confronter à l'inconnu, la question du terrain médical est évacuée et dans un raccourci saisissant, le symptôme dorénavant subjectivé, est identifié au malade, transformant la demande « *débarrassez moi du symptôme en débarrassez moi du patient* » [77]. Or, en contestant au patient son statut d'objet du discours médical, le médecin désavoue aussi sa propre fonction. D'ailleurs ce n'est plus lui qui est convoqué en ce lieu d'illusion de toute puissance mais la Science. Le médecin se retrouve en effet, « *ravalé au rang d'ouvrier plus ou moins compétent, on n'attend plus de lui guère de miracle mais une indemnisation* » [49].

Par son objet abstrait que représente la souffrance psychique, la psychiatrie confronte plus que toute autre discipline médicale, le soignant à ses limites, à sa dimension faillible, à l'imprévisibilité et à l'inconnu. L'effondrement de la contenance institutionnelle va amplifier cette exposition des soignants à cette souffrance psychique mortifère et la rendre alors insupportable. La médicalisation du soin en psychiatrie va alors se présenter comme « *un des moyens de maintenir la folie à distance et surtout de ne pas se laisser questionner par elle* » [49]. Les protocoles rassurants et désobjectivants vont inonder nos pratiques et chaque patient, après avoir été évalué par des échelles, va se retrouver assigné de l'étiquette d'un trouble et pouvoir bénéficier d'un programme de prise en charge correspondant à ce trouble objectivé. La remédicalisation de la psychiatrie va donc permettre de soulager les soignants en leur redonnant une certaine emprise sur leurs pratiques et de revaloriser leur image au niveau sociétal.

La psychiatrie est par ailleurs mise à toutes les sauces sans discernement dans notre société actuelle. Le moindre évènement voit aujourd'hui se mettre en place une cellule spécifique « psy » destinée à La psychiatrie, une médecine à part.

prendre en charge les conséquences psychologiques de l'accident. Toutes les structures sanitaires et sociales font appel aux professionnels de la santé mentale et souhaitent souvent sans s'investir, se décharger sur eux de la souffrance psychique. Le sujet lambda fait de même, il y a ainsi une forte affluence devant les émissions de plus en plus médiatisées qui invitent des « pys » nous donnant leur avis sur les problèmes de société, la famille, l'éducation des enfants, vulgarisant alors un discours psychologique totalement désubjectivé. Cette appétence sociétale pour la psychiatrie réclamée sur tous les fronts me fait penser à une société en perte de sens, déboussolée face à ce qu'elle ne maîtrise pas et auquel elle n'ose pas se confronter, comme si nous étions tous en incapacité d'utiliser notre appareil à penser. Ce fardeau de la souffrance psychique, de la douleur morale, de la mise en sens et de la contenance reviendrait alors exclusivement aux personnes formées et payées pour cela, sans que l'on cherche à en savoir plus, dans une forme de déni de la psyché. Cette attitude bien que pesante pour les soignants en psychiatrie peut cependant apparaître séduisante, en ce qu'elle leur confère une position de toute puissance. *« Elle pourrait donner l'illusion que le « psy » peut jouer tous les rôles : policier, juge, médecin, prêtre, éducateur...mais peut-on se satisfaire en tant que « psy » d'une position de toute puissance ? »* [100].

2.2 Dégradation de la contenance institutionnelle et souffrance des soignants

2.2.1 Une fonction articulaire fragile mise à mal

Georges GAILLARD insiste sur le fait que les soignants en psychiatrie réalisent un véritable *« travail de Sisyphe »* [48] au quotidien. Chaque jour il leur faut retisser les liens sociaux et symboliques empêchés, attaqués ou déchirés. Ils vont s'inscrire au cœur des conflictualités, aux expressions de l'exclusion, de la violence, de la déliaison et de la destructivité afin de soutenir un processus de remaillage de la trame symbolique et de relancer les processus de liaison qui rendront aux patients leur autonomie psychique. Pour supporter cela, le soignant doit acquérir *« une qualité d'objet malléable »* [80], c'est-à-dire pouvoir se déformer pour accueillir l'insolite mais ne pas se détruire sous la poussée, même forte voire destructrice, de certains symptômes. Il s'agit de conjuguer la souplesse de l'équipe soignante et donc de ses membres, avec la permanence des institutions créées pour et avec les patients. *« C'est un équilibre fragile qui nécessite un fond suffisamment silencieux afin de pouvoir autoriser une centration sur la tâche primaire dans la dialectique d'un fond sur lequel peut apparaître une forme et qui permet de penser la violence mortifère avec laquelle elle est aux prises »* [48]. Le maintien de cette position articulaire va dépendre effectivement de la consistance des systèmes de liens, de la fécondité des dispositifs groupaux de métabolisation, mais aussi de l'étaillage offert par le cadre institutionnel et par les cadres d'arrière-plan. Ce sont ces étaillages

La psychiatrie, une médecine à part.

multiples, « *en redoublement emboîtés* » [107] qui impliquent non seulement chaque constituant du cadre institutionnel, mais aussi le métacadre socioculturel.

Or aujourd'hui c'est ce fond, cet « *arrière plan de sécurité ayant une fonction conteneur* » tel que décrit par René KAES [63] qui est attaqué, fragilisé. La configuration socio- économique actuelle par son approche quantitative du travail favorise essentiellement la valorisation et la rétribution de la dimension curative du soin, formalisée et objectivée, au détriment de sa dimension relationnelle (qui comprend les temps de réflexion et de mise en sens de la problématique des patients), beaucoup plus difficile à comptabiliser. C'est ainsi que les réunions d'équipe, qu'elles soient cliniques ou institutionnelles, où chaque soignant, peu importe sa fonction professionnelle, peut exprimer librement son vécu auprès des patients côtoyés et ainsi se libérer de certains affects difficiles (« *fonction sémaphorique du soin* » [33]) voire d'aider le groupe à mettre en sens la problématique du patient (« *fonction métaphorique du soin* » [33]), sont en train de disparaître. Or, « *préserver le soin, c'est d'abord préserver le soignant des effets de la pathologie sur son propre fonctionnement mental ; c'est dans le groupe soignant qu'il en trouvera le premier rempart* » nous le rappelle Marcel SASSOLAS [100].

De plus, la rigidification des règles et des dispositifs de type protocoles mis en place vont aussi participer à annihiler la capacité symbolisatrice et transformatrice du cadre institutionnel. Or, s'il n'existe pas d'espace institutionnel qui permette de s'assurer qu'un travail de transformation est possible, alors « *l'ensemble des strates de l'institution se retrouve, à plus ou moins brève échéance, « contaminée » par la symptomatologie et les problématiques des patients* » [48]. La fonction contenante de l'institution est alors mise en faillite. N'importe quel professionnel peut alors se trouver en place de cible de la violence mortifère et meurtrière. Lorsque la violence n'a pas trouvé à se transformer, à se lier au niveau de la tâche primaire, elle cherche en effet un lieu de décharge, un bouc-émissaire, un objet à expulser. « *Le spectre de la barbarie refait alors surface* » [48]. Les soignants se retrouvent en première ligne, désarçonnés face à cette violence destructrice qui les assaille. Cette souffrance va se manifester par de multiples arrêts de travail, des dépressions et des troubles psychosomatiques chez les uns, les autres tenteront de s'adapter et de survivre au système en adoptant un fonctionnement opératoire défensif.

2.2.2 Perte de sens de leur fonction de soignant

2.2.2.a Souffrance éthique des soignants

Les soignants, réduits de nos jours à être de simples exécutants d'une décision de prise en charge à laquelle ils n'ont pas participé, mais qui provient soit des tutelles via des protocoles, soit d'un

La psychiatrie, une médecine à part.

supérieur dans une hiérarchie médicale verticalisée, vont se retrouver désobjectivés. La plupart vont ainsi évoquer la perte de sens de leur mission de soignant en psychiatrie du fait d'un profond décalage entre d'un côté leurs valeurs institutionnelles, celle de l'identité de soignant et de l'autre celles imposées par la mutation du cadre socioculturel actuel. C'est cette « *souffrance éthique* » décrite par Michel DE CERTEAU [18] qui est mise au premier plan quand on aborde avec les soignants le malaise qui les envahit. Il leur est demandé de soigner un trouble qui aura été préalablement objectivé mais eux se retrouvent face à un être humain dans un état de grande dépendance du fait de sa maladie. Et c'est là qu'ils se retrouvent désemparés car si ils acceptent de se laisser toucher, ce que la majorité du temps ils vont faire, rien n'est mis en place sur un plan collectif et institutionnel pour les aider à le supporter. Leur seul moyen de se défendre est alors d'évincer le sujet qu'ils ont devant eux, pour n'en percevoir qu'un segment, qui n'a plus rien d'humain. Or, ce n'est pas pour cela qu'ils se sont destinés à la psychiatrie.

2.2.2.b « La maladie du soignant »

Notre discipline qui entend prendre en compte le sujet dans sa globalité bio-psycho-sociale-subjective se doit en effet d'appliquer le soin aux patients dans ses deux dimensions : « *le CURE, traitement médical et éradication de la maladie* » [72] mais aussi « *le CARE, attention portée à quelqu'un et intérêt pris pour cette personne* » [72]. Or, actuellement le traitement dans sa gestion technique et son efficacité (cure) l'emporte sur le soin (care) que le soignant prend du malade et sur l'attention qu'il lui porte. Le patient souffre de ce manque d'humanité mais les soignants aussi.

Claire MARIN et Frédéric WORMS abordent le concept de « *maladie du soignant* » [79], afin d'expliquer pourquoi les soignants souffrent de ne plus pouvoir prendre soin de l'autre dans sa globalité. « *La maladie du soignant serait une sensibilité particulière aux ressentis des patients, une capacité naturelle à identifier le besoin de dépendance et à être touché par les sentiments d'amour et de haine du patient sans cependant se laisser trop affecter* ». Il s'agit donc d'un processus très fin d'identification à l'autre dépendant, afin de s'approcher au plus près de ses besoins pour s'y adapter, « *telle une mère pour qui ce type d'identification est rendu possible par la préoccupation maternelle primaire qui engendre la capacité de holding* » [72]. Le care serait comme une extension du concept de holding tant dans ses dimensions psychiques d'ouverture réceptive, de fonction contenante et portante que celles qui concernent la délicatesse et l'attention dans les soins corporels que sont amenés à donner les soignants.

Mais comment se remettre, comment même survivre à la violence des affects libérés par cette relation intense ? Pourquoi alors, si le soin est si éprouvant en faire son métier ? A cette question Winnicott chuchote une réponse dans un poème destiné à l'un de ses proches dans lequel il évoque sa mère dépressive :

La psychiatrie, une médecine à part.

« ... *J'ai appris à la faire sourire, A endiguer ses larmes, A réparer sa culpabilité, A soigner sa mort intérieure. La rendre vivante était ma vie* » [79].

Ce dernier vers exprime bien la fonction vitale et existentielle du soin : soigner c'est à la fois maintenir l'autre dans la vie en l'inscrivant dans une relation qui le soutient, l'embrasse et le contient, et se sentir soi-même particulièrement vivant dans ce lien qui donne sens et intensité à notre existence. C'est dans une sorte de circularité du soin suffisamment bon que le patient comme le soignant se sentent vivants dans le soin, le recevant ou le donnant.

2.2.2.c Perte du plaisir à penser et Perte du désir de soigner

La démarche scientifique clinique est en effet un véritable « *rapport érotisé au savoir* » [77]. Elle va attiser la curiosité et la créativité. Ce qui met en branle notre réflexion médicale, c'est le symptôme. Le discours médical va alors se l'approprier et tenter de lui donner sens. C'est la richesse sémantique du langage des symptômes et la diversité de leurs associations possibles qui rend nécessaire l'intervention d'une pensée organisatrice assise sur un savoir, qui l'oriente et l'ordonne en une démarche diagnostique. Il y a aussi un processus plus inconscient d'associations libres avec des expériences antérieures. Tout cela nourrit la réflexion et la pensée clinique reste vivante.

Mais la technicisation du soin soutenue par le discours social de l'assurance qui pousse jusqu'à l'absurde l'obligation de moyens (dont l'intellect du soignant semble exclu) réduit considérablement la fonction clinique du soignant avec tout le plaisir et l'idéal du moi que l'on peut lui attribuer. Ainsi le médecin psychiatre va se transformer en simple technicien, condamné à un bref repérage topographique destiné à orienter les investigations complémentaires, « *qui n'apparaissent même plus complémentaires puisque le médecin se démet de sa fonction à leur profit* » [77]. Il lui est aussi demandé d'objectiver un trouble et de mettre en place le traitement protocolisé associé. Dans cette recherche de maîtrise, de réponse à tout prix dont on devine bien le bénéfice inconscient, « *le prix à payer est celui du désir* » affirme Catherine LUXEREAU [77]. En sacrifiant le questionnement et les hypothèses, on sacrifie « *la pensée intellectualiste* » [92], la curiosité, l'appétit de connaissance. Si la dimension du manque, de l'inconnu disparaît, le désir de comprendre va s'éteindre. Il n'y a par conséquent plus rien à apprendre de la rencontre avec le patient, plus aucune possibilité d'étonnement, de nouveauté. Et l'ennui naît inéluctablement.

En voulant se défendre de la singularité déroutante du sujet, la psychiatrie organiciste rejette bel et bien le patient en évinçant dans l'altérité ce qui lui apparaît incompréhensible, inclassable, effroyable puisque confrontant irrémédiablement son savoir à ses limites. C'est ainsi que la science médicale aboutit à une sélection de ces patients ne gardant que les objets satisfaisants, ceux rentrant dans le moule des résultats d'examens attendus et des protocoles. Ils vont alors défiler devant le médecin,

La psychiatrie, une médecine à part.

réduits à un même qui fait retour inéluctablement, ne faisant plus place ni à la familiarité ni à la surprise. L'autre perdant de cette désubjectivation défensive de l'être humain est bien évidemment le médecin lui-même, annulé dans son désir de soigner. Certes, il est moins éprouvant psychologiquement de travailler de la sorte, tel un opérateur d'usine mais n'attendons nous pas autre chose de notre travail ? Notre engagement identitaire au sein de notre travail est aussi un moyen de poursuivre notre construction personnelle et de donner sens à notre vie, à travers notre contribution singulière à la construction du monde commun. Or, nous avons vu cette fonction vitale et existentielle du soin pour le soignant. La souffrance psychique des soignants ne viendrait elle pas aussi à notre époque, de ce manque d'un espace social au sein duquel ils puissent exprimer le potentiel dont ils sont porteurs ?

2.2.3 Structuration défensive de l'institution et conséquences pour la prise en charge des patients

L'institution qui doit protéger de la destructivité mise en œuvre dans la relation avec le patient n'assure plus actuellement sa fonction de pare-excitation et d'écran. Les soignants dépositaires de la souffrance et soumis à une charge morale très forte vont alors être exposés à cette souffrance psychique invasive, au risque de perdre leur capacité à penser, le symptôme étant un mode d'attaque de la pensée.

Pour se protéger de la destructivité de cette souffrance, « *l'institution va alors se structurer sur un mode défensif et se retrouver en état de mort psychique, pétrifiée dans un modèle bureaucratique ou engagée dans un activisme opératoire* » [100]. Les soignants vont devenir des opérateurs administrant des protocoles après avoir objectivé des troubles, ignorant alors le sujet en face d'eux, réduit à ses symptômes. Ce tout objectivable gomme malheureusement les questions de souffrance psychique, de subjectivation et de place du symptôme dans l'économie psychique du sujet.

Ce fonctionnement opératoire défensif, favorisé par le modèle de la transparence qui potentialise les dédifférenciations, l'effacement des butées symboliques et les abandons de pensées, fait malheureusement « *écho aux pathologies narcissiques identitaires contemporaines. Or, c'est l'identification au fonctionnement psychique de l'équipe qui est un ressort fondamental du soin institutionnel* » souligne Jean-Pierre PINEL [89] dans son article ***Emprise et pouvoir de la transparence dans les institutions spécialisées*** publié en 2008. Les équipes déstabilisées, délogées de leur position intermédiaire, vont former un ensemble intersubjectif sans enveloppes ni médiations qui va altérer la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients, notamment des sujets limites de plus en plus présents dans notre patientèle. Il n'y aura alors plus de possibilités pour

les patients de s'identifier au plaisir à penser des soignants afin d'investir à leur tour ce plaisir à penser qui devrait passer par un droit au secret garanti par l'institution.

Par ailleurs, cette structuration défensive va à l'encontre d'un travail en équipe comprenant des temps d'échanges et de recherche de mise en sens de leur vécu auprès des patients. Cette absence de réflexion va les empêcher de s'adapter aux menues transformations de leurs patients. Chaque soignant se retrouvant enfermé dans son rôle de référent d'un patient, ne pouvant profiter de la richesse de la pensée des autres pour faire évoluer la sienne et donc la prise en charge. Le risque est alors grand de voir se transformer le portage des patients en emprise, « *en imposant aux patients que nous prétendons soigner, une fonction phorique digne de la balade de Goethe et qui se termine par la mort de l'enfant porté* » [34].

Maurice CORCOS nous met en garde sur le fait qu'on évolue « *vers une neutralisation de la rencontre avec l'autre dont le DSM est le cheval de Troie* » [29]. Cette mise à distance de l'humain n'est-elle pas liée à notre hantise de ne pas savoir quoi faire de cette dépendance du sujet malade qui nous met face à nos limites ? Il semble bien que c'est de cette partie éprouvante de la relation soignant-patient dont la médecine contemporaine essaie de faire l'économie, parce qu'elle demande du temps, une attention singulière et parce qu'elle épuise le soignant. Pour faire adhérer les soignants à un fonctionnement opératoire, la société les séduit par une forte valorisation de la technicité, vectrice de reconnaissance et d'estime professionnelle.

Partie C : ILLUSTRATIONS CLINIQUES

Je propose d'exposer ici l'histoire clinique de trois patients que j'ai rencontrés dans des unités de soins différentes : en clinique dans une unité spécialisée dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA), en centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) pour enfants et en HDJ pour adultes. A travers ces trois cas, j'expérimente :

- L'échec d'une prise en charge purement médicale.
- L'importance d'un travail de partage en équipe de nos vécus transféro-contre-transférentiels avec les patients. Ceci afin de tenter une mise en sens de leur problématique et de pouvoir leur proposer une prise en charge adaptée.
- Enfin, l'intérêt pour les patients d'avoir pu s'appuyer sur cette relation intersubjective avec les soignants et donc sur ce transfert pour accéder à la pensée et fuir cet emprisonnement du recours à l'acte.

Les histoires de ces patients sont bien différentes mais tous se rejoignent par une profonde souffrance psychique, se manifestant par des symptômes divers venant attaquer une pensée rendue trop douloureuse. Leurs comportements et passages à l'acte vont mettre à mal les équipes qu'ils vont rencontrer. A chaque fois, les soignants vont tenter de se protéger en rejetant ces patients « pénibles et dérangeants », ce qui ne fera qu'amplifier leurs troubles et la détresse des équipes. Nous verrons comment le fait de prendre du temps ensemble en équipe, d'aborder nos difficultés face à ces patients, de remettre en question notre manière de les prendre en charge et surtout d'accepter de nous mettre plus à l'écoute de leurs difficultés afin de leur donner sens, va modifier considérablement la trajectoire de la maladie de ces patients.

Le premier cas est celui de Solange, jeune fille de seize ans souffrant d'anorexie mentale sévère se chronicisant, que j'ai pris en charge en milieu d'internat dans un service spécialisé dans la prise en charge des TCA au sein d'une clinique.

Le deuxième cas est celui d'un enfant de dix ans, David, que j'ai suivi en co-thérapie avec une psychomotricienne, au sein d'un HDJ/CATTP pour enfants.

Le troisième cas, enfin, est celui de Monsieur D. que j'ai traité dans un HDJ de la MGEN, une unité dont le projet de soins est d'accueillir des patients, après un état de crise ayant nécessité une hospitalisation à temps plein, avec un travail de réflexion institutionnelle afin d'accompagner le patient dans un réinvestissement de sa vie à l'extérieur.

La psychiatrie, une médecine à part.

1. Solange, une jeune fille de seize ans hospitalisée pour la cinquième fois dans le cadre d'une anorexie mentale restrictive

1.1 Présentation du cas

Solange est une jeune fille de seize ans suivie pour une anorexie mentale de type restrictive avec hyperactivité.

Je la croise rapidement au début de mon stage (1/11/2013 au 1/05/2014) qui coïncidait avec les vacances scolaires de la Toussaint dans cette unité spécialisée dans les TCA. Le chef de service la recevait pour faire le point sur sa courte hospitalisation en « recadrage », du 24/10/2013 au 12/11/2013. Solange partira ensuite un mois en Thaïlande avec ses parents afin de rendre visite à sa sœur en études à l'étranger. Le recadrage, nom donné aux hospitalisations faisant suite à des séjours longs en hospitalisation complète, faisait suite à une nouvelle perte de poids de Solange. Le projet proposé avait été de refaire le point au niveau somatique, qu'elle reprenne du poids et réévaluer le cadre de la prise en charge. Le traitement permet également un soulagement du masochisme, les contraintes extérieures (le cadre de soins) libérant la patiente de la nécessité de maintenir des contraintes internes. Enfin, la soustraire transitoirement de son environnement habituel évite que son comportement soit renforcé par des bénéfices secondaires. Je fus saisie par ce premier contact avec cette jeune fille au physique décharné et au visage diaphane. Ce qui est encore plus frappant et irréel est le paradoxe de cette allure avec la vivacité d'esprit et de corps de la patiente qui apparaît dans un déni total de son état clinique. Portée par son projet de voyage en Thaïlande, elle se montrera plutôt hautaine, cherchant à paralyser son interlocuteur dans ses grands yeux bleus, faisant fi des inquiétudes que le chef de service portait quant à son évolution et surtout aux propositions de suivi ambulatoire. Elle était passée d'un poids de 38,8 kg à 39,7 kg (soit un indice de masse corporelle (IMC) de 13,9 à 14,2) durant cette séquence hospitalière.

1.1.1 Biographie

Née en 1997, Solange est âgée de seize ans lorsque je la rencontre. Elle vit avec ses parents dans la périphérie de Lyon et est élève en 1^{ère} économique et sociale (ES) sur Lyon. C'est une élève brillante et perfectionniste ayant toujours eu des facilités d'apprentissage. Elle nous informe d'ailleurs promptement qu'elle a fait un dossier afin d'intégrer le lycée international de Londres pour y faire sa terminale. Son orientation en filière ES était clairement verbalisée comme étant une marque d'opposition à ses parents, ceux-ci semblant dénigrer tout autre cursus que le scientifique.

La psychiatrie, une médecine à part.

Par ailleurs, Solange avait un petit côté artiste : elle jouait du violon à merveille, pratiquait la danse classique et peignait. Malheureusement sa créativité s'affadissait depuis qu'elle était malade. Ses œuvres ne devenaient que reproduction dans le détail de tableaux ternes ou d'objets sans vie. En outre, elle se passionnait pour la langue de Shakespeare ne lisant et n'écrivant plus qu'en anglais.

Sur le plan social elle appartenait à un groupe d'amis depuis le début du collège. Néanmoins elle entretenait une relation plus exclusive avec une amie « *confidente* » qu'elle connaissait depuis la maternelle. Elle vivait d'ailleurs assez mal le fait que cette amie investisse d'autres jeunes pendant ses absences, mettant en avant un sentiment d'abandon douloureux. Elle retraçait ainsi un besoin incessant d'être admirée par les autres, qui s'exprimait par un fort potentiel de séduction dès le premier contact.

Solange est la cadette d'une fratrie de trois :

- Auguste de huit ans son aîné a été fort discret jusqu'à ses vingt-et-un ans, où cherchant à se différencier au début de ses études d'ingénieur il s'est rapproché de l'Islam, ce qui a bouleversé cette structure familiale si rigide ancrée dans le catholicisme. Par la suite, en proie à un profond mal être, il s'est lancé à corps perdu dans le cyclisme de haut niveau où il a déclaré des troubles du comportement alimentaire alternant crises boulimiques et phases de restriction. Puis il a brutalement interrompu ses études pour se tourner vers la philosophie.

- Cécile, de cinq ans son aînée, est décrite comme la jeune fille discrète et parfaite, correspondant à l'image de l'enfant idéal des parents. Cette sœur est une élève brillante qui de surcroît remporte toutes les compétitions sportives auxquelles elle s'inscrit. Elle a aussi souffert d'une anorexie mentale restrictive au début de ses études supérieures ce qui l'a conduit à être suivie mais pas hospitalisée. Solange rapporte une rivalité acharnée avec cette sœur, tentant de s'y identifier en miroir, notamment au niveau de ses conduites alimentaires. Cette compétition morbide de celle qui se restreindrait le plus a occasionné de nombreux conflits entre les deux sœurs. Il en est aussi né un sentiment de rejet douloureux par Solange, Cécile prenant ses distances avec elle. « *Elle ne m'a pas compris, je voulais être comme elle, et elle a cru que je voulais sa place* ». Pendant ses études, cette sœur est partie en Thaïlande et semble plutôt mieux se porter à distance du milieu familial. Solange et ses parents lui ont rendu visite fin 2013 ; l'objectif maternel mis en avant était « *a-t-elle maigri ?* » et elle sembla déçue de voir que sa fille se portait bien à distance du cadre familial....

Le couple parental (Madame quarante-neuf ans et Monsieur cinquante-trois ans, tous deux ingénieurs) semble uni et il n'est relaté aucun conflit à la maison en dehors des repas, du fait des comportements pathologiques de Solange. Lors des entretiens, on découvre un couple parental présentant un fonctionnement très opératoire et assez froid. A aucun moment ils ne pourront l'un ou

La psychiatrie, une médecine à part.

l'autre se remettre en question et ils auront beaucoup de difficultés à saisir la part psychologique de la pathologie. La souffrance psychique de leur fille semblait être la première chose qui leur échappait, ce qui les ébranlait. Madame n'en dormait plus et monsieur devait faire face à l'incertitude. Durant la dernière hospitalisation ils appelleront sans cesse l'équipe soignante, cherchant à intruser le soin dans un besoin de le contrôler. Le père notamment, restera figé dans une fascination pour sa fille dans sa toute puissance mégalomane, l'accompagnant dans des marathons effrénés et la poussant à se dépasser alors qu'elle se trouvait dans des états de dénutrition sévère. Le médecin responsable de l'unité se posa la question d'une information préoccupante à cette époque là, devant le déni parental face à la gravité de l'état clinique de leur fille qu'ils mettaient par conséquent en danger. Le père banalisait complètement les antécédents de troubles psychologiques (TCA entre autres) de ses aînés. La mère paraîtra plus anxieuse mais tout autant dans un besoin de maîtrise. Elle appelait par exemple la veille de chaque entretien familial afin de connaître les sujets qui seraient abordés. Elle s'adonnait, comme son époux, à des activités sportives quasi quotidiennes où ils tentaient tous les deux de dépasser leurs records et leurs propres limites. Ils étaient peu à l'écoute de leurs besoins, comme de ceux de leurs enfants, qu'ils avaient éduqués comme ils disciplinaient leurs esprits et leurs corps.

1.1.2 Antécédents et histoire de la maladie

Nous n'avons que peu d'éléments au sujet de l'enfance de Solange. La patiente ainsi que ses parents ayant du mal à se remémorer des souvenirs : Une enfant « *sans histoire* », ce qui ne faisait qu'accentuer son apparence fantomatique.

Nous savons juste que Solange s'était développée prématurément sur le plan psychomoteur et intellectuel. En revanche, sur le plan affectif elle se révélait sensible, ne supportant pas les conflits et avec difficulté, les séparations.

Aucun antécédent médical personnel ne nous a été signalé. En particulier aucune préoccupation caractéristique pour la nourriture ne nous est rapporté, ni d'épisodes anorexiques de la petite enfance.

Il est intéressant de noter en revanche les antécédents de TCA dans la fratrie : anorexie mentale restrictive chez la sœur et boulimie avec vomissements chez le frère.

C'est dans ce contexte familial et social apparemment sans faille ni traumatisme que les premiers symptômes du trouble anorexique sont apparus à treize ans. Solange les fait remonter avec exactitude à février 2011 suite à une déception amoureuse. La patiente raconte avoir ressenti ses premiers émois amoureux envers un jeune allemand rencontré lors d'un échange scolaire ; s'en suivit La psychiatrie, une médecine à part.

une relation épistolaire qui prit fin brutalement. Elle exprime alors une douleur morale insupportable, un sentiment de honte la conduisant à une remise en question d'elle-même venant en résonance avec un narcissisme fragile. A la même époque, sa sœur aînée à laquelle elle tentait de s'identifier en miroir et qui lui servait d'étayage narcissique, quitta le domicile familial ce qui accentua le sentiment d'abandon et de chaos interne. Se confier à ses parents fut, de plus, rendu impossible par les préoccupations qu'ils avaient au sujet de leur fils à cette époque (cf. le paragraphe concernant Auguste).

Les parents, devant l'émergence de tensions familiales couplées à l'amaigrissement rapide de Solange, l'ont amenée au printemps 2011 à consulter une psychologue en libéral ainsi que le médecin généraliste. Malheureusement, cela ne suffit pas et c'est le généraliste qui, face à la gravité du tableau clinique (critères définis par les recommandations 2010 de l'HAS [56]), les alerta sur la nécessité d'une hospitalisation. Solange fut donc hospitalisée pour la première fois dans cette unité spécialisée du 13/12/2011 au 30/05/2012. Elle y arriva dénutrie, avec un IMC à 12,6 (35,2kgs pour 1m68), ayant perdu 22kgs en dix mois, hypotendue, fuyant dans une hyper-motricité sans fin et en conflit avec ses parents qui, dans une hypervigilance anxieuse autour de leur fille, ne faisaient qu'accroître ses comportements pathologiques. La prise en charge proposée comprenait à l'époque un cadre de soins avec une période d'isolement. A sa sortie elle pesait 42,5kgs soit un IMC à 15,24.

Rapidement, elle fut réhospitalisée du 10/07/2012 au 23/08/2012 en recadrage, où elle sortit avec un IMC à 14,3 à la demande de la famille pour des vacances (le poids n'avait pas bougé durant le séjour hospitalier) ; puis en hospitalisation complète avec une nouvelle période d'isolement du 16/01/2013 au 7/06/2013, où elle eu la permission de participer à un voyage scolaire avant de revenir du 13/06 au 9/07/2013. Le poids passa de 35,6 kgs à 42,1kgs soit un IMC de 12,8 à 15,1.

Entre les temps hospitaliers, Solange était suivie par sa psychologue en psychothérapie individuelle, son médecin généraliste pour le suivi pondéral et par la clinique en suivi institutionnel.

La pathologie de Solange était marquée par un profond déni de la gravité du trouble très probablement en cause dans sa chronicisation. Elle se pliait aux décisions parentales et médicales de se faire hospitaliser, se présentant comme une patiente très docile. Cette passivité n'était-elle pas son moyen à elle de poursuivre la lutte, résistant ainsi à leur désir de la voir guérir (« =grossir ») en refusant de reprendre un poids correct lors des séjours hospitaliers ? Peut être comme l'évoque Thierry VINCENT dans son ouvrage *La jeune fille et la mort* publié en 2002, « a-t-on voulu s'occuper de la réalimentation sans s'attaquer à une levée plus ou moins partielle du déni ? » [108].

1.1.3 Observation clinique

1.1.3.a Nouvelle hospitalisation : cadre de soins

C'est ainsi qu'une fois de plus, Solange resta peu de temps à l'extérieur et revint en consultation début février 2014 à la clinique avec une demande de soins émanant d'elle-même. Solange met alors en avant ses inquiétudes face à une « *sensation de vide* » insupportable contre laquelle elle doit lutter en permanence et qu'elle ressent depuis son retour de Thaïlande. Sans projet, elle apparaît dans une profonde détresse, cherchant un cadre pour se contenir et surtout une solution, « *une question de vie ou de mort* ». Elle évoque une tension familiale ingérable lui mettant la pression pour « *guérir* » ; tout ceci ne faisant que la renforcer dans un processus anorexique qui la protège tout en la rendant de plus en plus vulnérable. Il est retenu une hospitalisation devant le besoin de mise à distance du milieu familial, de l'émergence d'affects dépressifs et de la perte de poids (35kgs pour 1m67 soit un IMC à 12,55). Dans un premier temps, Solange refuse un isolement, il est donc décidé qu'elle puisse garder son téléphone portable. En revanche, les sorties dans le parc du fait de la maigreur majorée par l'hyperactivité sont interdites. Qui dit « cadre » dit « contraintes ». Cependant le responsable de l'unité évoquait l'importance de garder une certaine souplesse dans l'accueil des patientes anorexiques tout en restant garant d'un dispositif ayant du sens. Or là, il fallait accrocher Solange à ce moment clé de l'évolution de sa pathologie où elle semblait s'éveiller à la conscience d'une souffrance, ce qui explique l'acceptation du portable et l'absence d'isolement.

Le cadre de soins discuté avec la patiente est la pierre angulaire de l'action thérapeutique. Il s'appuie entre autres sur une prise en charge pluridisciplinaire qui permet de diminuer le risque d'adopter une position en miroir de la toute puissance défensive et de l'omnipotence de la patiente anorexique. Il était composé :

- D'entretiens avec moi, interne, deux fois par semaine, qui alternaient avec les rendez-vous de la psychologue, également deux fois par semaine. Cette prise en charge bifocale médecin/psychologue était très enrichissante. En dehors du caractère frustrant pour le médecin, identifié avant tout comme garant du cadre, comme celui qui permet ou ne permet pas, elle a l'avantage d'offrir à la patiente un espace personnel de psychothérapie, qu'elle peut investir ou non et qui est libéré des contraintes du permis et de l'interdit. De plus, en reproduisant une situation œdipienne, elle maintient une réelle triangulation.

- D'un entretien par semaine avec le chef de service. Il supervisait la prise en charge en s'assurant du bon déroulement des soins.

La psychiatrie, une médecine à part.

- D'entretiens infirmiers, à la demande, sachant qu'elles passaient systématiquement au début. Leur fonction très maternante permettait d'apaiser Solange et de renforcer ses motivations ainsi que l'alliance thérapeutique. Leur présence journalière au plus près d'elle, favorisait la reprise en situation thérapeutique, de petits faits du quotidien, qui pouvaient servir à un travail de prise de conscience de son dysfonctionnement. Du reste, un membre de l'équipe la pesait une fois par semaine, le jour était défini à l'avance et si toutefois il y avait un doute sur le bon respect des règles, une pesée « surprise » avait lieu.

- Dans une vision « psychosomatique » de la pathologie, le suivi somatique était délégué au médecin généraliste. Elle s'était occupée notamment de pratiquer un bilan permettant d'éliminer les diagnostics différentiels de l'anorexie mentale et de faire le point sur l'état physique de Solange, (clinique, biologique, électrocardiogramme (ECG)) en recherchant notamment des signes de gravité.

- Solange participait aussi à des activités thérapeutiques de groupe, puisqu'elle n'était pas isolée dans un premier temps : atelier esthétique, activités manuelles et groupe de partage des patientes en recadrage. Loin de n'exercer qu'une fonction occupationnelle, ces ateliers permettent des jeux identificatoires, des mouvements de soutien narcissique et des appuis au travail de symbolisation. Ils offrent également des temps de relations interpersonnelles avec le groupe des pairs mais aussi avec des adultes.

- Les repas étaient pris en commun en salle à manger.

- Solange disposait d'une chambre simple avec salle de bains et elle pouvait sortir à sa guise.

- Les parents étaient invités à participer à un groupe de parents bimensuel en dehors de la clinique afin de les informer sur la pathologie, de les soutenir face à la violence de l'anorexie, de les déculpabiliser et de les encourager dans leur fonction souhaitable d'alliés thérapeutiques.

Dès son arrivée, Solange transgresse le cadre de soins, ne supportant pas le moindre instant sans activité et cherchant à fuir ce face à face avec elle-même. Elle passe ses journées tel un automate à faire des tours de parc, des exercices physiques dans sa chambre (grands écarts, sauts, abdominaux...), appelant aussi plusieurs fois par jour ses parents dans le seul but de combler un manque et un profond sentiment d'insécurité interne « *besoin de savoir qu'ils pensent à moi et qu'ils sont là* » dira Solange. On la sent très vulnérable et débordée par ses angoisses internes qu'elle est en partie capable de déposer en entretien dans une demande d'aide, pour la première fois, ce qui est un élément positif.

Mais submergée par ses pensées et comportements pathologiques sur un mode addictif, elle ne pourra accéder à un soin dans le cadre tel qu'il avait été défini à l'entrée.

La psychiatrie, une médecine à part.

1.1.3.b Modification du cadre de soins à quinze jours

Au bout de quinze jours d'hospitalisation, face à une nouvelle perte de poids, un bilan biologique se dégradant avec leucopénie (il existait de plus une anémie ancienne pour laquelle elle était supplémentée en fer) et la persistance d'un activisme sans fin, la décision d'une phase d'isolement avec séparation familiale est discutée. Nous avons constaté que le contrat institué ne délimitait pas suffisamment le cadre spatial, temporel et relationnel de la patiente à ce moment là. Il se devait d'être plus contenant afin d'exercer sa fonction de pare-excitation et de favoriser par le renforcement des contraintes, le déplacement des conflits et contraintes internes sur l'extérieur, afin de la soulager et qu'elle puisse être plus disponible pour d'autres investissements. Fermement opposée dans un premier temps, elle y consent probablement en raison d'une bonne alliance thérapeutique et de l'amorce d'une prise de conscience de l'enfermement dans sa pathologie.» (« *Cette perte de liberté de choix pour motifs émotionnels* » dont parle Philippe JEAMMET [61]).

Les parents, exaspérés devant cette situation qui s'enlise, ont répondu positivement à notre proposition d'isolement. Leur mot d'ordre restant « *faites-la grossir* »

Son téléphone portable lui est donc retiré et elle est mise dans une chambre d'isolement. Ce type de chambre se situe au plus près du bureau infirmier et de la salle de soins ce qui permet aux infirmières de passer plus de temps auprès des patientes et cette proximité s'avère sécurisante pour les jeunes femmes. L'isolement prend véritablement la forme d'une bulle protectrice, lieu où la patiente va pouvoir progressivement « *dissoudre ce tyran intérieur qui la divise en deux* » et où « *son état de crise rentrant en résonance avec le vide et la solitude de l'isolement va s'avérer régénérateur* » explique Colette COMBES [27] dans son livre ***Soigner l'anorexie*** paru en 2009. Le but étant une renaissance à travers l'accès à une position dépressive. La période d'isolement de Solange est douloureuse dans un premier temps. Elle brandit l'injure liée à la dépendance que lui fait vivre l'aspect régressif du contrat d'isolement, projetant finalement à l'extérieur la causalité de sa propre problématique de dépendance. Les transgressions du cadre sont quotidiennes (marches dans le couloir, allers-retours continus aux toilettes, exercices physiques en chambre, aliments jetés dans le lavabo...) et elle le reconnaît, exprimant son ennui et son besoin de garder un minimum de contrôle (craignant par là de disparaître sous le poids du désir de l'autre, d'où ce besoin de décalage). Il existe toujours cette inquiétude, face à la solitude, et de ce fait, elle trouve toujours le moyen d'être entourée entre deux entretiens (sollicite les soignants pour des massages, des demandes multiples, sort dans le couloir...), nous mettant face à l'intensité de son avidité objectale.

1.1.3.c Prescription de RISPERIDONE

Une prescription de Risperidone 1mg est réalisée à cette étape de la prise en charge. Il est clairement défini qu'il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique de l'anorexie mentale. Cependant, dans les cas d'anorexies sévères, malgré le nombre restreint d'études, la mise en place d'un antipsychotique de nouvelle génération semble être bénéfique sur plusieurs critères : « *diminution de la résistance au traitement, diminution de l'anxiété, diminution des ruminations anxieuses, diminution des comportements alimentaires pathologiques, diminution de la dysmorphophobie, diminution de la rigidité psychologique, diminution de l'activité physique et augmentation de l'IMC* » [13, 60, 102]. Il faut toutefois être vigilant chez ces patientes dénutries, au risque d'allongement du QT. Chez Solange il était recherché un apaisement, une réduction de l'hyperactivité et un assouplissement de la rigidité psychique. Le choix de la Risperidone moins classique que celui de l'Olanzapine est une habitude de service. Les anxiolytiques de type benzodiazépines avaient été tentés sans efficacité. Par ailleurs nous n'avons pas prescrit d'antidépresseurs, les symptômes dépressifs ne suffisaient pas à caractériser un syndrome dépressif majeur. Il s'agissait plutôt d'un mélange de rage et de désespoir face à sa perte d'emprise et à ses sentiments d'incapacité et d'inefficacité « *je suis nulle, j'aurai tant souhaité tout réussir...* » ainsi que l'accession à une position dépressive. Cependant nous l'aurions peut être prescrit par la suite car il est démontré que les IRS (inhibiteurs de recapture de la sérotonine) diminuent le risque de rechute anorexique.

1.1.3.d Suite de la prise en charge

Les entretiens avaient pour but premier la réassurance, l'écoute bienveillante et surtout la création d'un lien de confiance tout en restant garant du cadre contractuel. Progressivement, Solange devient plus authentique, se dévoilant dans toute sa fragilité narcissique et exprimant de profondes angoisses de séparation avec sa famille proche. Elle relate ainsi des angoisses morbides d'anéantissement le soir, seule à la maison au retour du lycée, après le départ en post baccalauréat de sa sœur qui lui tenait auparavant compagnie. L'angoisse la tenaillant, elle était dans l'impossibilité de faire ses devoirs ou de se poser devant un film. Elle mentionne aussi une visite à la clinique de ses parents, le père après un repas partagé émit le souhait de s'allonger pour continuer la discussion avec sa fille et sa femme car il se sentait fatigué (ce qui était rarissime). La patiente raconte qu'à ce moment-là elle fut confrontée à l'image d'un père vieillissant, ce qui l'envahit de la crainte de voir son père mourir.

Lentement, Solange lâche un peu plus prise et s'autorise à accéder partiellement à un vécu émotionnel. Nous assistons à une amorce de phase dépressive. Elle prend conscience de sa difficulté à s'autonomiser psychiquement, de son extrême dépendance aux imagos parentales, de sa crainte

La psychiatrie, une médecine à part.

de les décevoir et qu'ils l'abandonnent (d'où l'incapacité de critiquer ses « *parents idéaux* »). Elle peut alors commencer à verbaliser une certaine agressivité envers ses parents, notamment par écrit dans des ébauches de lettres, malgré la puissante culpabilité ressentie face à une crainte d'effondrement familial. Malheureusement, rapidement la mise en mots d'affects se referme. Nous nous retrouvons face à une patiente, « gelée » émotionnellement, et totalement démunie face aux angoisses l'habitant, pouvant témoigner, entre autres, d'éléments irreprésentables. C'est pourquoi l'on met aussi en travail l'idée d'une thérapie familiale devant un dysfonctionnement familial patent, laissant fantasmer de nombreux non-dits se manifestant par des TCA chez les trois enfants et une pathologie se chronicisant chez Solange. Travailler en séance le transgénérationnel, leur permettrait, peut-être, de faire des liens entre la pathologie actuelle de Solange et des événements passés, tels selon Luigi ONNIS « *des pertes non élaborées qui figent la dynamique familiale* » [82]. Que porte Solange, qui pour le moment, ne peut être qu'agi et non symbolisé ? C'est ce travail d'élaboration qui est attendu, afin que chacun retrouve une place plus apaisée à l'intérieur de l'organisation familiale. Si Solange peut entendre le sens de cette proposition, la mère se montre très ambivalente et le père réticent, se montre assez méfiant, se défendant de toute utilité pour sa famille de ce type de thérapie (« *c'est bon pour ceux qui maltraitent, on a jamais commis d'erreurs* »). Solange est comme un papillon captif de sa chrysalide alors qu'elle ne rêve que de déployer ses ailes. Le projet qu'elle construit est de partir à l'étranger pour sa dernière année de lycée, officiellement pour intégrer un établissement élitiste, officieusement pour « se séparer ». Le poids quant à lui a peu évolué. Le chemin vers la guérison est encore très long...

1.2 Description et analyse de la relation de soins aux différents temps du suivi

1.2.1 A l'admission (février 2014)

Solange était demandeuse pour la première fois de l'hospitalisation, elle prenait conscience de l'engrenage de la pathologie qui lui faisait craindre de devenir folle. Elle rapporte avoir été bercée d'illusions par l'idée d'aller rendre visite, en famille, à sa sœur en Thaïlande. Solange avait besoin d'évasion, et chaque projet de voyage lui servait d'échappatoire à ce quotidien trop lourd, auquel elle ne pouvait pas se confronter (dénier). Elle était, en effet, très attachée à Cécile, « *double narcissique* » [62], qui avait été une figure sécurisante dans son enfance (cette sœur la rassurait entre autres, par sa présence après l'école). Cécile était investie narcissiquement par les parents comme le modèle de l'enfant parfait. C'est ainsi qu'elle avait été source d'une profonde identification pour Solange en préadolescence. A l'époque, Cécile était en pleine phase anorexique et Solange allait jusqu'à diminuer ses apports alimentaires pour concurrencer sa sœur et attirer

La psychiatrie, une médecine à part.

l'attention. Il y avait une forte rivalité fraternelle, qui n'était autre qu'une rivalité narcissique dans ce cas.

Le chef de service prit la décision d'hospitaliser Solange devant la gravité de son état clinique, qui certes n'avait jamais vraiment évolué, mais aussi et surtout, face à l'émergence d'une demande d'aide chez elle. Il accepta de négocier avec elle un contrat « sur-mesure » : pas d'isolement, accès au parc, téléphone portable autorisé et pas de poids de sortie fixé. Sa position, qui peut s'apparenter à une « *position réparatrice* » [27], avait pour fonction de pouvoir accrocher Solange à un soin, à ce moment précis où pointait son désir, « *je veux de l'aide* » et où le déni semblait s'assouplir. Ce dispositif soignant « souple » avait pour fonction, dans un premier temps, de travailler l'alliance thérapeutique et d'établir avec l'équipe un lien de confiance indispensable à l'aménagement de ses défenses.

Le risque était que Solange soit dans l'illusion d'un soin. Elle poursuivait ainsi ses comportements pathologiques (elle tournait en rond dans le parc à vive allure toute la journée et le soir apprenait des cours ou jouait du violon en faisant des flexions). Ce cadre, peut être pas suffisamment contenant, lui permettait d'éviter toute confrontation aux soignants et à ses difficultés. Il n'y avait par ailleurs pas véritablement de séparation avec l'extérieur puisque Solange appelait pluri-quotidiennement ses parents, s'assurant ainsi de leur présence. Ces appels incessants, pérennisaient « la tyrannie relationnelle » entre elle et sa famille, focalisée sur la maîtrise du poids. Du côté de l'équipe, ce cadre les protégeait indéniablement des attaques destructrices de la patiente en étant extrêmement conciliants. En même temps, ils se sentaient démunis, avec des interrogations sur leur fonction soignante, devant leur sentiment d'impuissance face à cette ivresse mortifère du comportement anorexique. D'une certaine manière, les comportements destructeurs de Solange pouvaient s'entendre comme une demande adressée aux soignants, d'une reconsidération de leurs axes de soins. « *On m'abandonne, personne ne m'écoute* ». Elle cherchait à être écoutée et demandait avec insistance qu'on lui tende la main. Elle avait besoin d'autrui pour s'en sortir et blâmait l'équipe de rester spectatrice, de se « désengager ». Ce sentiment d'insécurité et d'incompréhension qu'elle vivait, faisait probablement écho à son enfance, durant laquelle elle avait manqué de contenance par une mise en mots et une attitude adaptée. Colette COMBES déclare que « *la position réparatrice est trop vite encline à entourer la patiente et de ce fait à tourner la page sur ce geste de décalage qui voulait agresser impitoyablement son environnement mais qui a failli lui coûter la vie* » [27].

Nous observons bien que le contrat de soin ne remplissait pas suffisamment dans ce cas sa fonction « *d'outil thérapeutique* » [55], c'est-à-dire « *d'ouvrir un espace thérapeutique, tant pour les soignants que pour les patients* ». Pour Solange, il est nécessaire de délimiter un cadre spatial, temporel et relationnel, là où les limites sont devenues floues et tellement angoissantes pour elle. Le cadre

La psychiatrie, une médecine à part.

trouve toute sa pertinence dans l'anorexie par ses fonctions contenantes, pare-excitantes, ainsi que par son rôle de tiers. En créant un espace de conflits, il est aussi l'occasion privilégiée de vivre des conflits structurants jamais expérimentés auparavant. Pour l'équipe, il ouvre une représentation du soin pour un patient donné et alimente nécessairement la réflexion sur la fonction soignante, sa place et ses limites mises à l'épreuve.

1.2.2 La décision d'isolement (mi-février 2014)

C'est ainsi que, face aux limites de notre cadre, nous avons réfléchi à un aménagement de celui-ci. Nous avons signifié à Solange, que nous avons pris conscience de sa détresse et que nous allions lui proposer autre chose. Nous avons pris du recul vis-à-vis du caractère urgent de l'interpellation de Solange. Elle projetait effectivement sur nous son vécu de « *temporalité tyrannique, ce mode de fonctionnement psychique oral d'une faim intarissable et qui la dévore de l'intérieur, celle d'une oralité du Tout, Tout de suite ou Jamais Rien* » [27].

Devant la nécessité de limites contenantantes vis-à-vis de l'aggravation de l'hyperactivité, d'une absence d'évolution du poids toujours aussi bas (IMC=12,55), de la dégradation du bilan biologique (leucopénie et anémie) ainsi que d'une chronicisation du trouble avec « *fixité des symptômes et intégration de ceux-ci dans la vie* » de Solange [108], nous avons décidé une séparation thérapeutique et un isolement.

Ces méthodes ne font pas l'unanimité en France. D'un point de vue éthique, afin de mettre en place l'isolement pour cette patiente mineure, avec laquelle les parents bien qu'ambivalents étaient d'accord, nous nous sommes appuyés sur un diagnostic d'anorexie grave et sur la notion de « respect de l'autre ». Colette VIDAILHET interroge cet aspect : « *est-ce que le respect de l'autre c'est le laisser s'enfermer dans la prison-forteresse qu'il se construit pour lui-même, et dont il a perdu la clé ?* » [106]. La séparation effective d'avec les parents et l'isolement en chambre venait figurer concrètement le travail psychique de séparation et d'individuation. La chambre, par l'espace limité, revêtait alors pour Solange une fonction contenantante. Les soignants passaient très régulièrement, afin de ne pas la laisser face à un risque de désorganisation psychique, en lien avec un effondrement brutal des défenses psychiques lors de cette première phase de séparation. Un autre argument en faveur de cette technique est d'ordre métabolique. En effet, en dessous d'un certain poids, le métabolisme s'accélère de façon dramatique, si bien que pour un même effort physique ou intellectuel, pour lutter contre le froid, l'émotion intense, un événement imprévu ou le manque de sommeil, la patiente anorexique consomme beaucoup plus d'énergie qu'une patiente de poids normal. Il lui devient donc impossible de reprendre du poids sans une limitation patente de son activité.

La psychiatrie, une médecine à part.

L'équipe soignante était soulagée par l'idée même de « faire quelque chose ». L'impuissance que leur renvoyait Solange leur était insupportable, de l'ordre d'une attaque narcissique de leur fonction soignante. Cela m'était difficile à comprendre dans un premier temps, n'ayant pas vécu ce passif relationnel. Après quatre hospitalisations dans ce même lieu, l'équipe avait le sentiment qu'elle était « incurable », et se sentait « attaquée » par ses manifestations d'opposition. En retour, il en naissait de la contre agressivité, que ce soit sous la forme d'un désinvestissement (certains ne souhaitaient pas avoir à faire à elle, préférant prendre du temps avec d'autres patientes), de culpabilisation quand elle ne finissait pas ses repas ou de maîtrise en miroir, en la surveillant lors des repas. L'incompréhension était flagrante entre les soignants et Solange. L'équipe s'écartait d'elle alors qu'elle avait tant besoin d'attention et de considération. De leur côté, les soignants, qui avaient tant vocation à donner et à être utiles, se retrouvaient rejetés et désarmés. Cette équipe soignante souffrait, submergée par une perte de sens des prises en charge, ce qui leur faisait violence. Le chaos anorexique semblait se projeter sur l'équipe qui, pour survivre, prenait une « position d'exécutant » [28] dans un fonctionnement purement opératoire.

Un des écueils au soin était que le fonctionnement de cet établissement privé ne permettait pas à l'équipe de bénéficier de temps d'échange (supervision clinique...) concernant leur vécu subjectif des situations, en dehors des temps informels de type repas ou de rapides « flashes » matinaux. Chaque membre de l'équipe restait alors avec un vécu transférentiel douloureux sans pouvoir le partager, ce qui était source de clivage et de disqualification au sein du groupe soignant. Il aurait été intéressant et gratifiant pour les soignants de pouvoir apprendre à supporter cette « *distribution subjective* » dont parle Bernard PENOT [86] dans son article ***Pour un travail psychanalytique à plusieurs en institutions soignante*** publié en 2006 et d'être invité à la verbaliser en un temps et un lieu donnés, afin que ce transfert réparti sur plusieurs puisse être analysé dans un véritable « *travail psychanalytique à plusieurs* » [86]. C'est ce travail qui permet de donner sens aux symptômes du patient en entrecroisant les différents vécus interpersonnels avec lui. La subjectivité même de chaque soignant est donc un ingrédient essentiel du soin. Il faut pouvoir la préserver dans nos univers de soins protocolisés, où le temps relationnel flou, celui des rencontres et de la parole imprévue qui en sort, n'est pas considéré comme temps soignant. « *Comment le soignant pourrait-il aider le patient à trouver le chemin de son identité perdue s'il n'est pas-lui-même en position de sujet dans sa propre action ?* » interroge Marcel SASSOLAS [101]. Cela aurait peut être atténué l'ambiance d'insatisfaction générale qui existait à l'époque et qui ne faisait qu'accentuer le clivage institutionnel, très certainement induit aussi par la psychopathologie anorexique.

Solange s'inquiétait de cette proposition dans un premier temps, relatant les isolements antérieurs qui n'avaient pas fait évoluer sa situation. Elle doutait de sa capacité à « *sortir de l'anorexie* », hésitait à s'engager, d'autant plus que son estime défailante d'elle-même supporterait mal la La psychiatrie, une médecine à part.

déception. Elle avait toujours résisté aux soins jusque là, de manière passive, même si elle exprimait un profond désir de vivre différemment sans souffrir, « *j'aimerais voyager, je veux partir à Londres, j'aimerais être journaliste* ». A ce jour, nous pensions qu'un isolement était la solution la plus adaptée pour l'accompagner dans ses projets, et la sortir de cette impasse anorexique. Nous souhaitions l'aider à « *vivre sa vie plutôt que de se contenter de la fantasmer* » [27]. Nous nous devions de prendre aussi en compte les dimensions biologiques et physiques, donc vitales du trouble. L'état clinique de Solange était préoccupant. Du fait des troubles de perception induits par la pathologie, elle n'était plus en mesure de porter cette préoccupation somatique pour elle « *j'ai l'impression que vous ne parlez pas de moi* » me répondit-elle à la lecture de son bilan biologique.

1.2.3 La période d'isolement (de mi-février à début mai 2014, date de mon départ)

Solange fut dans un premier temps terrorisée à l'idée d'être éloignée de sa famille, sans clairement pouvoir le verbaliser. Cela se manifestait par des demandes incessantes de nouvelles de ses proches. Elle qui avait tant besoin d'eux, craignait qu'ils puissent vivre sans elle. Se posait la question des fantasmes sous-jacents à la séparation : est ce que quelqu'un pourrait ne pas le supporter et qui ?

Nous lui avons régulièrement rappelé que ses parents n'étaient pas exclus du soin, qu'ils étaient reçus eux aussi et qu'ils poursuivaient leurs activités de leur côté. Il était important qu'elle puisse prendre conscience du fait qu'elle aussi pouvait investir dans sa chambre des activités personnelles sans culpabiliser. Elle était incitée à profiter de son temps libre pour effectuer des activités manuelles ou jouer du violon (elle pratiquait le violon depuis l'enfance). Une animatrice passait deux fois dans la semaine avec des matériaux et des modèles, pour lui proposer de découvrir de nouvelles créations. Mais Solange n'était pas en capacité d'y adhérer et poursuivait activement ses exercices intensifs en chambre, transgressant sans cesse le cadre de soins, en sortant de sa chambre notamment.

A chaque flash du matin, le dossier « Solange » était déballé. L'équipe infirmière exaspérée, ne semblait pas pouvoir lui porter la moindre empathie. Elle était décrite comme « *manipulatrice, irrespectueuse et hautaine* ». L'équipe était irritée par cette patiente qui les envahissait, les accaparait et leur prenait du temps inutilement, puisqu'elle les décevait. Solange, en effet, les interpellait sans cesse et n'hésitait pas à créer de multiples occasions de rencontres (sorties aux WC, questions sur mes horaires de présence ou ceux des appels de ses parents ainsi que des demandes de massage et de passage de l'animatrice). Nous pouvions avoir l'impression de nous retrouver comme « nus » face au processus anorexique, qui va nous « *consommer en petite quantité, avec parcimonie ou avec avidité parfois, dans un mouvement boulimique, souvent suivi d'un rejet relationnel qui nous transforme en objet partiel aussi mauvais que nous avons pu être bon auparavant* » [28]. Or, c'est notre expérience de survie à ses attaques qui va lui permettre de

La psychiatrie, une médecine à part.

prendre conscience de l'extériorité de l'objet. Les soignants étaient ainsi imprégnés de mouvements contre transférentiels violents. L'équipe étant plongée dans une vision morbide, désorganisatrice et destructrice de l'anorexie, le soin a rapidement basculé dans un rapport de force aussi mortifère que les mouvements qu'il essayait de contenir. Dans ces contre-agirs en escalade, la moindre mise en pensée, que les psychologues et moi-même tentions d'apporter afin de pouvoir « approcher » la problématique anorexique, était annulée. Ce fonctionnement opératoire défensif de l'équipe, induit par les processus défensifs de la patiente les privait de « *cet embryon de subjectivité, qu'elle offrait à la compréhension par son symptôme* » [28].

Solange ne se sentait pas en confiance, et par conséquent ne faisait qu'accentuer ses comportements pathologiques qui la rassuraient partiellement. Or, Philippe JEAMMET dans son article ***L'anorexie aujourd'hui*** paru en 2012, nous rappelle que c'est « *la qualité des interactions avec les soignants, cette alliance thérapeutique qui va permettre à la patiente de se réapproprier ses propres motivations pour s'en sortir* » [61]. C'est pourquoi, il était important que l'équipe se réengage dans le soin auprès de Solange. Il fallait les sortir de cette identification mélancolique, dans laquelle ils semblaient se noyer. Comment ouvrir la patiente aux goûts du lien, à l'autre, si l'on est découragé, dans l'incapacité de penser la poursuite d'un soin, d'analyser, d'inventer, dans l'impossibilité de maintenir la potentialité d'un espace transitionnel ? L'équipe devait être accompagnée dans la compréhension de ces phénomènes, induits par le fonctionnement pathologique de Solange, afin de reprendre confiance dans sa capacité à la prendre en charge.

Bien qu'attachée à ce que la prise en charge soit pluridisciplinaire, elle m'avait surinvestie dans un mouvement d'idéalisation. Solange projetait probablement sur moi cette relation de dépendance qu'elle avait dans l'enfance, ce qui pouvait rapidement compromettre la relation thérapeutique. Chez elle, le paradoxe adolescent tel que cité par Philippe JEAMMET [61] « *il m'est d'autant plus impossible de me nourrir de ce lien qu'il m'est indispensable* », avait effectivement tendance à être contourné par la maîtrise. Solange m'encensait alors sans arrêt, cherchant dans un clivage défensif, à faire de moi le bon objet dans la réalité, piège auquel il fallait résister en tant que soignant, au risque d'accentuer ce mécanisme. De même, ses longs discours auraient pu avoir un effet « hypnotisant », mais c'est l'ennui face à une parole superficielle qui me conduisait, parfois, à interrompre voire à mettre fin à un entretien, afin d'éviter « *cette folie à deux* » qu'évoque Thierry VINCENT [108]. Effectivement, ne pas réagir serait admettre que ses propos, à ce moment là, fassent sens. Solange sortant doucement d'un long déni, pouvait chercher à nous faire plaisir, ainsi qu'à se convaincre qu'elle arriverait facilement à surmonter ses difficultés. Afin de pouvoir l'aider à travailler son ambivalence face aux soins et notamment ce contre quoi elle tentait de se défendre, l'équipe devait s'appuyer sur un cadre garant du soin pour prendre du recul face aux puissants mécanismes de défense de cette patiente. Elaborer ensemble autour de nos vécus relationnels nous aiderait à

La psychiatrie, une médecine à part.

résister au clivage et redonnerait sa fonction de contenance psychique à l'équipe. A juste titre, Jean PEUCH-LESTRADE rappelle que « *l'institution réunit une pluralité de personnes qui pourront faire quelque chose que chacun n'aurait pu faire seul* » [87]. Nous espérons que plus en confiance face à des soignants formant une équipe soudée et réflexive, elle accepterait que l'institution prenne soin d'elle et de s'ouvrir aux bénéfices de nos réflexions.

C'est là tout l'intérêt de la complémentarité thérapeutique, « *diviser pour moins régner* » [27], dans le soin anorexique. L'objectif de proposer une prise en charge pluridisciplinaire était que Solange se sente moins menacée d'intrusion par une figure soignante omnipotente, la renvoyant à la relation à sa figure d'attachement principale. La relation duelle est, en effet, moins impressionnante quand le thérapeute n'a qu'une partie du soin en responsabilité. Le fait d'organiser une diffraction des espaces de soins gérés par différents soignants, permet de respecter les défenses archaïques de la patiente qui peut ainsi expérimenter des relations variées en des temps et lieux distincts. Cette diversité de soignants fait la richesse de la complémentarité thérapeutique, offrant à la patiente un panel d'identifications possibles. Elle l'ouvre aussi à l'acceptation de la différence des sexes et des générations, et donc à ses propres limites en contradiction avec sa toute puissance défensive. Convaincue de l'importance de mettre du tiers dans le soin et soutenue par le médecin généraliste et le chef de service, j'ai insisté sur l'indispensable remobilisation de l'équipe dans cette prise en charge.

Je continuais d'investir Solange, ayant pu percevoir en elle le sujet au-delà de « l'anorexique ». Dans les entretiens, elle apportait peu de matériel psychique, particulièrement au début. Elle avait du mal à mettre des mots sur des ressentis qui lui semblaient flous, les mécanismes de symbolisation secondaires n'étant pas encore suffisamment opérants. Elle apparaissait perdue, évoquant surtout des angoisses diffuses et un besoin de contrôle. Ses mouvements transgressifs semblaient faire écho à sa crainte de disparaître sous le poids du désir soignant. C'était sa manière à elle de contester le soin, et de garder une part de contrôle. « *Le comportement est la seule chose qu'elles perçoivent comme vraiment à elles, car échappant au désir de l'autre* » déclare Philippe JEAMMET [62]. L'isolement permettait cependant à Solange de prendre conscience de sa révolte envers ce paradoxe semblant insoluble « *ce dont j'ai le plus besoin est ce qui me menace le plus !* ». Elle s'insurgeait ainsi contre cette dépendance liée au cadre, qui l'infantilisait, « *on ne peut pas aller aux toilettes quand on veut !! On est surveillé !! On ne peut rien faire sans demander !!* ». Le temps de la révolte est précieux chez elle et se devait d'être accueilli comme une tentative de conserver sa vie psychique et de s'affirmer une identité propre. C'est là aussi qu'elle pouvait faire l'expérience d'une contenance de sa destructivité car malgré ses attaques, nous tenions. Mais l'interaction des soignants avec Solange restait hyperalgique et ils ne faisaient que taire cette révolte à valeur d'individuation. Cette

répétition du vécu familial dans le soin peut s'avérer néfaste, si on ne lui reconnaît pas la dimension transférentielle, nécessitant d'être partagée et transformée avant qu'elle ne devienne iatrogène.

Il faut bien entendre que la jeune femme anorexique est amenée à se perdre physiquement pour maintenir un lien, « *se perdre soi au prix du lien* » nous dit Colette COMBES [28]. Notre position de soignant étant de pouvoir recréer du lien et de l'aider à sortir de ce « noyau autistique ». Il nous faut donc apprivoiser la patiente, afin de pouvoir lui assurer « *un holding de qualité* ». « *Cet accordage primaire, analogue au corps à corps maternel* » [28], semble fondamental car ce sont ces liens primaires qui ont été, entre autres, défailants. Dans le cas de Solange, nous avons essayé de traduire en mots ses ressentis corporels de douleur, de crispations et d'angoisses. Quand le moment était approprié, un massage pouvait être donné par une soignante et à la fin de celui-ci était proposé un temps d'échange sur la manière dont il avait été vécu. Je m'efforçais à ce que l'équipe réintègre le soin en y prenant un minimum de plaisir. Sortir de ce fonctionnement opératoire qui abolit toute symbolique et tout plaisir était effectivement insécure pour l'équipe. Mais quelle joie de pouvoir accéder à un minimum de compréhension de cette énigme anorexique, et de reprendre une position de sujet dans toute sa créativité dans le soin, en osant l'aventure de la rencontre anorexique. C'est cette nécessité d'avoir une certaine souplesse psychique qu'élabore Colette COMBES, par la notion de « *position transitionnelle* » [27]. C'est ainsi que fut décidé un aménagement du contrat de reprise pondérale (de type cognitivo-comportemental) en fonction de ce qui tenait le plus à cœur de Solange. Elle qui aimait la nature, nous avons décidé qu'elle puisse bénéficier de cours entretiens dans le parc lorsqu'elle prenait du poids. Solange attendait avec impatience ces instants là, et pouvait ainsi s'accorder ce plaisir de s'asseoir au soleil, en compagnie d'un soignant, sans culpabilité, puisque c'était inscrit dans le contrat. De même j'accédais à sa demande de pouvoir aller se recueillir à la chapelle de l'établissement, toujours en faisant respecter le cadre contractuel. Le soin de l'anorexie nous demande effectivement de sortir de nos habitudes. Ces exemples peuvent paraître anodins mais viennent exprimer, pour moi, le fait qu'on ne peut pas appliquer une démarche toute prête pour prendre en charge ces patientes. Il est important de pouvoir les accueillir avec leurs défenses et de les aider, par nos propositions de soins, à travailler cette quête d'individualité en sécurité. Pour cela, il nous faut, nous, pouvoir « habiter » et croire au soin, afin qu'elles puissent un jour, « s'habiter » elles, en se reconnaissant une position de sujet.

Il s'agissait de s'adapter à la temporalité de Solange dans le soin en renonçant à être les « maîtres du temps » et à agir. Colette COMBES conseille d'accepter cette forme de passivité de la patiente qui la protège d'être trop disponible à l'autre, ce qui nécessite d'adopter, « *une position féminine de réceptivité* » [27] en acceptant le besoin d'informité de la patiente. Il s'agissait d'être là, un peu, chacun, pas à pas et pas trop vite. La difficulté, pour moi, dans ce « rien faire » face à Solange, a été de faire face à « une contamination anorexique », dans le sens d'un besoin d'intellectualiser la La psychiatrie, une médecine à part.

problématique pour combler ce vide qui pouvait m'envahir parfois, face à elle. La pathologie anorexique a conduit Solange à un défaut de symbolisation, en coupant les liens chez elle et cela risquait de nous atteindre. Or, « *c'est à nous de pouvoir faire ce travail de mise en mots de notre vécu émotionnel auprès d'elle, de le partager en équipe afin qu'elle puisse s'imprégner de ce prêt à fantasmer dont parle Lacan* » [86] et qu'elle puisse au contact de l'institution se subjectiver.

Face à cette situation de crise institutionnelle autour de la prise en charge de Solange, il m'est apparu urgent de s'octroyer du temps entre soignants pour repenser le cadre de prise en charge afin qu'il puisse être critiqué, remanié et enfin qu'il puisse faire sens afin que chacun s'en imprègne. C'est ce cadre qui nous lie et nous permet de former un groupe thérapeutique. Avec Solange, après trois mois de soins, nous avons certes travaillé autour du déni mais la situation somatique restait préoccupante.

1.2.4 Etat des lieux à la fin de mon stage (mai 2014)

1.2.4.a Solange

Fin avril, Solange apparaissait plus apaisée, moins torturée par tous ses paradoxes. Elle nous semblait plus vivante, moins fade, comme si l'isolement et nos échanges à son sujet avaient fait office de bulle contenante, à l'intérieur de laquelle elle pouvait se retrouver et lâcher un peu son carcan défensif.

Elle avait retrouvé le goût de l'écriture. Elle pouvait parler d'elle à travers de petites histoires. Quant aux lettres, l'idée était qu'elle puisse en écrire dans un premier temps, sans craindre qu'elles soient envoyées. Nous lui enlevions ainsi le poids de devoir être parfaite ou de la culpabilité. Solange s'était prise au jeu, acceptant de différer ses échanges de courriers avec ses proches. Elle s'était aussi permise quelques critiques au sujet de ses parents qui étaient moins idéalisés et prenait du recul vis-à-vis de ses déclarations en « tout ou rien » à son arrivée, « *ils sont parfaits, géniaux, intelligents, doués...* ».

Solange a aussi perçu quelque chose de l'aspect symbolique de son besoin pressant de voyager et de poursuivre des études à l'étranger. Elle cherchait à s'individuer et elle rêvait de grands départs, en marquant géographiquement la séparation. Elle prenait aussi conscience de ses paradoxes et ne savait pas comment faire face à ce violent appétit de liberté alors qu'elle se sentait si vulnérable et si inconsistante.

Afin de travailler cette difficulté de différenciation et de séparation, nous avons évoqué avec Solange et sa famille l'intérêt d'une thérapie familiale.

La psychiatrie, une médecine à part.

Cependant, malgré ces évolutions psychiques, l'indication d'une nutrition entérale est venue devant la quasi stagnation pondérale (deux kilos en trois mois soit un IMC à 13,26). D'ailleurs, dans ses recommandations, l'HAS préconise la mise en place d'une sonde naso-gastrique, devant une dénutrition sévère et une stagnation pondérale prolongée. Cela nécessitait un transfert, car l'unité ne dispose pas de la surveillance clinique spécifique nécessaire devant le risque de complications, notamment le syndrome de renutrition inappropriée. L'équipe était en faveur de cette pose de sonde et du fait de la levée du déni, Solange semblait prête à l'accepter. Mon stage s'est terminé alors que la mutation pour un service de somatique était discutée. L'IMC faible de Solange venait traduire le débordement des capacités de l'espace psychique à contenir les mouvements émotionnels. Ceci rendait à mon avis illusoire, dans un premier temps, la seule efficacité d'un travail d'élaboration psychique de qualité. Elle mangeait effectivement, mais du fait « *d'un métabolisme très accéléré dans les états de maigreur* » [27], elle ne prenait pas assez de poids et l'idée de manger plus la culpabilisait trop. L'alimentation par sonde naso-gastrique, entraînant une reprise pondérale, permet de lutter contre les effets secondaires de la dénutrition sur le fonctionnement mental. Ainsi les fonctions cognitives s'améliorent, avec pour conséquence moins de confusion et de mécanismes obsessionnels. Au niveau physiologique, elle permet de diminuer les désordres neurobiologiques, endocriniens et hormonaux avec entre autres une normalisation de la cortisolémie, hormone dont le taux élevé dans l'anorexie est en cause dans la sensation d'euphorie, de bien-être et donc de toute puissance. La conséquence en est un moindre risque de chronicisation.

Enfin, après une renutrition adaptée, la poursuite du soin sur un soin-études du type clinique du Grésivaudan sur Grenoble, me semble intéressant pour Solange. Dans un contexte de pathologie anorexique qui tend à se chroniciser, le docteur Marie-Rose MORO (maison de Solenn, Paris) [81], recommande ce type de prise en charge. Elle continuerait alors de bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire, tout en réinvestissant le milieu scolaire et les relations sociales avec des jeunes de son âge. Loin de son domicile familial et en parallèle d'une thérapie familiale, elle pourrait dans ce lieu contenant poursuivre son processus d'autonomisation. Mais cette proposition ne restait, fin avril 2014, qu'un hypothétique projet et je ne suis pas certaine qu'elle puisse l'accepter, tant ses difficultés de séparation étaient grandes.

1.2.4.b L'équipe soignante

Cette lenteur du soin nous a parfois tous découragé. Il y a eu besoin d'échanges entre nous pour ne pas se laisser aller au découragement, très certainement à l'origine du désinvestissement de Solange. Finalement, les difficultés des soignants ont été entendues par l'encadrement. Ils se sont montrés attentifs et ont saisi l'intérêt pour tous de mettre en place des temps cliniques. Le « flash » du matin

a été allongé et une réunion clinique mensuelle est réapparue. Cela a permis d'améliorer la dynamique institutionnelle et de préserver un soin de qualité.

Ainsi, l'équipe a pu commencer à appréhender la problématique anorexique de manière différente, avec une meilleure compréhension de ses contre-attitudes dans le soin de Solange. Le projet d'établissement de refédérer l'équipe autour d'une théorie commune ne pouvait que permettre de donner plus de sens à un cadre clair et spécifique. *« C'est ce cadre qui, au-delà de son aspect contraignant, permet d'aller plus sereinement à la rencontre de la personne qui se cache derrière sa maladie »* [4]. L'équipe remettait notamment en cause le cadre « flottant » des patientes revenant en « recadrage ». La cohésion de l'équipe autour du cadre de soins semble fondamentale pour établir un lien de confiance entre la patiente et les soignants. *« On pourrait le comparer à une cordée d'alpinistes, où les soignants et la patiente doivent marcher ensemble, unis par un lien de confiance, sur une ligne de crête où le rythme de progression serait celui de la patiente. Elle oserait prendre des risques, parce qu'elle se sentirait en sécurité grâce au lien qui la relie aux soignants. Et le plus grand danger pour cette cordée, serait le risque iatrogène, qui représenterait le vide de chaque côté de cette ligne de crête vers la découverte de la subjectivité de la patiente, car c'est bien de cela qu'il s'agit »* [28]. Prendre du temps pour penser à une fonction apaisante et valorisante pour les soignants. Ils s'impliquent et s'ancrent alors plus volontiers dans le service, avec l'avantage d'une plus grande permanence de l'équipe soignante, et par conséquent d'une plus grande qualité de soin.

En réponse à cet investissement de l'équipe, Solange s'est permis en retour de faire un peu plus confiance. A titre d'exemple, elle a réussi à parler de ses compulsions d'exercices physiques à une soignante et lui a demandé de l'aide. Cette mise en parole peut se comprendre comme un pas vers un désir de soin.

1.2.4.c La famille

J'ai appris plus tard, après mon départ du service, que la famille avait pris contact avec une structure de thérapie familiale. Les antécédents familiaux lourds de TCA de la fratrie, associés aux liens dysfonctionnels familiaux engluent Solange dans la pathologie anorexique, face à une histoire qu'elle ne peut se représenter. L'exploration familiale du transgénérationnel pourrait leur permettre de faire du lien entre les TCA et leur histoire passée. Cela donnerait à Solange, la possibilité de s'approprier son histoire, d'en devenir actrice et donc de se dégager de cette assignation trop lourde à supporter. Il n'est nullement question du « à qui la faute ».

La thérapie familiale montre effectivement de bons résultats chez les jeunes filles atteintes d'anorexie mentale sévère. Ainsi, par rapport à une prise en charge classique, travailler sur les relations intra-familiales, avec les parents et la fratrie durant dix-huit mois après une hospitalisation,

La psychiatrie, une médecine à part.

multiplie par 3,2 les chances de retrouver un état de santé correct (selon un indice incluant plusieurs critères dont le poids, la présence de règles ou encore l'association d'autres troubles alimentaires comme la boulimie). Elles sont ainsi deux fois plus nombreuses à être sorties du stade critique de l'anorexie en terme de poids et davantage d'entre elles ont retrouvé leurs règles. Ces résultats, dont le bénéfice semble se maintenir également à long terme, sont le fruit d'une étude menée par une équipe de l'Inserm à l'Institut mutualiste Montsouris à Paris [51]. En outre, ces bons résultats pourraient bien se confirmer à plus long terme avec un bénéfice qui semble se maintenir à cinq ans selon les travaux toujours en cours au sein de l'Institut.

1.3 Analyse du cas

1.3.1 Impact de la psychopathologie anorexique sur les soignants et l'institution soignante

La prise en charge des patients atteints d'anorexie mentale est difficile. Le processus anorexique va en effet, comme dans le cas de Solange, venir s'opposer au changement, enlisant peu à peu la patiente dans l'anonymat du non-sens, du vide intérieur, du chaos et de l'extinction de la pensée. Ce tableau régressif qui fait appel à des mécanismes de défense archaïques (clivage, déni), peut générer en miroir chez les soignants, des contres-attitudes agressives ou une « *identification mélancolique* » [27] aboutissant à un désinvestissement de la vie psychique.

C'est ainsi que dans le cadre de la prise en charge de Solange, les soignants plongés dans une vision morbide, destructrice et désorganisatrice de la pathologie anorexique vont faire basculer le soin dans un rapport de force aussi mortifère que les mouvements qu'il tentait de contenir. Très affectés par le parcours de soins avec Solange qui se chronicise et qui les met face à leur impuissance, et sans temps et lieux institutionnels leur permettant de mettre des mots sur leurs vécus transféro-contre-transférentiels ; ils vont être en incapacité d'entendre chez Solange cet appel à l'aide qui pointe pour la première fois. Oui, Solange lors de cette cinquième hospitalisation commence malgré tout à devenir actrice de son soin et émet le désir d'être aidée à sortir de ce chaos anorexique. Elle cherche à nous rencontrer, probablement très maladroitement, du fait des angoisses massives face à cette menace d'envahissement par l'autre. Mais, il me semble que c'est à nous soignants de soutenir ce désir émergent, cette fragile tentative de subjectivation et pour cela il nous faut pouvoir être à son écoute à ce moment précis de l'évolution de sa maladie. Or, le carcan défensif dans lequel s'était réfugiée l'équipe ne permettait plus ce travail et il apparaissait urgent de restaurer un collectif « pensant et symbolisant » au sein de cette institution. Tel que l'affirmait Hermann SIMON (1867-

La psychiatrie, une médecine à part.

1947), « *il faut soigner l'hôpital avant de soigner les gens* » [76]. L'institution peut en effet être pathogène pour les patients et c'est pour cela qu'il faut en prendre soin et la réfléchir car elle constitue un instrument de soins.

1.3.2 Importance du travail de mise en pensée, de symbolisation de la souffrance psychique de la patiente dans l'équipe soignante

Face à l'impasse dans laquelle nous nous trouvions, la question s'est posée de comment nous pouvions rétablir un processus soignant afin de préserver la qualité des soins et que l'équipe puisse faire face à la destructivité et à la déliaison du processus anorexique ?

C'est ici qu'est apparu évident, tel qu'évoqué par Jean-Jacques ROSSELLO, « *l'intérêt d'un temps soignant en dehors de la mise en œuvre des prescriptions médicales, ou d'activités précises et codifiées, comme les entretiens infirmiers et les groupes à médiation* » [96]. Ces temps de synthèse ou de réunions institutionnelles constituent nos outils de soins essentiels en psychiatrie et vont permettre à chacun d'échanger et d'analyser ses contre-transferts douloureux. C'est cette mise en liens qui va nous ouvrir au sens de la problématique de la patiente en tant que sujet, et pas seulement « anorexique », de se le représenter et d'adapter la prise en charge en conséquence.

Tenter de donner sens aux symptômes de Solange a permis aux soignants de les mettre en lien avec une psychopathologie particulière et l'histoire singulière de la patiente et de moins les vivre comme une attaque personnelle. N'en arrivaient ils pas à rejouer à travers ce fonctionnement opératoire et ce rejet défensif de la subjectivité de la patiente ce qui se passait entre Solange et sa famille ?

Rappelons nous, en tant que soignant, que ce qui se passe dans l'ici et maintenant de la rencontre doit aussi être entendu comme « *porteur d'un message, concernant ce qui a eu lieu autrefois et avec un autre objet, d'un message aliéné en quête de répondant, en attente d'un potentiel dégagement de sa nature de représentation* » [100]. Cette absence de décalage les empêchait d'être soignants.

Par ailleurs prendre du temps pour penser a eu une fonction apaisante et valorisante pour les soignants. Ils se sont sentis renforcés et rassurés dans leurs capacités professionnelles et existentielles à prendre soin des patients. Dans la situation de Solange, nous avons aussi pris conscience de l'intérêt de la complémentarité de personnalités différentes dans l'équipe de soins, ce qui permet d'ouvrir la patiente à un panel d'identifications possibles, indispensables à une construction identitaire équilibrée. Etre prise en charge par une équipe pluridisciplinaire a rendu par ailleurs l'investissement relationnel moins menaçant, le soignant apparaissant alors moins tout puissant puisque ne prenant en charge qu'une partie du soin.

Cette mise en place d'espaces pour « penser » entre soignants a permis de faire évoluer la dynamique de la structure de soins en permettant aux soignants de se réengager auprès de Solange, qui a pu progressivement lâcher prise en se laissant porter par ce travail d'élaboration à plusieurs. Le but étant qu'elle puisse s'appuyer sur ce plaisir à penser des soignants pour remettre en route son propre appareil psychique.

Rappelons enfin que la conception étiopathogénique du trouble anorexique est aujourd'hui celle d'une pathologie polyfactorielle, associant des déterminismes multiples, individuels et environnementaux [73]. Cela rend compte de la diversité des situations cliniques et donc de l'importance de la dimension créative dans nos propositions de soins en s'ouvrant, entre autres, aux différentes approches et sensibilités théoriques proposées dans le soin des TCA.

« Dans l'anorexie mentale, ce qui fait le succès du traitement est dans la plupart des cas insaisissable » [71]. Bien que nous nous sommes servis d'un protocole d'isolement régulièrement utilisé dans le traitement de l'anorexie mentale, que nous avons prescrit un traitement médicamenteux et qu'il a été question de la pose d'une sonde naso-gastrique, je fais l'hypothèse que la manière dont nous nous sommes laissés touchés par Solange et dont nous nous sommes mobilisés sera la petite plus qui portera ses fruits.

2. David, un enfant de dix ans, pris en charge en cothérapie avec une psychomotricienne

2.1 Présentation du cas

David est un enfant né en 2004. Je l'ai rencontré alors qu'il était âgé de dix ans et pris en charge dans un CATTP pour enfants dans la périphérie lyonnaise. Il y avait été admis en 2012 du fait de troubles du comportement venant perturber ses apprentissages scolaires.

2.1.1 Anamnèse

David est le second et dernier enfant du couple. Il a un grand frère Cyril de dix ans son aîné. Tous les quatre vivent au domicile familial. Le père de David a toujours été très absent du domicile du fait de son travail. Ayant cumulé pendant longtemps deux emplois (routier la semaine et gestion d'un centre de lavage auto le week-end), il a repris depuis 2013 la gestion d'un centre de lavage auto à temps plein. Il travaille donc du lundi au dimanche, continuant d'être peu présent pour sa femme et ses enfants.

Les parents de David sont en couple depuis 1990 et ils se sont mariés le 22 mai 2004 alors que madame B. était enceinte de huit mois.

Madame B., la mère de David est la seconde de sa fratrie. C'est une femme fragile qui porte une histoire douloureuse. Son père s'est suicidé à l'âge de quarante ans avec un fusil de chasse, elle avait dix neuf ans à l'époque. La grand-mère maternelle de madame B. est décrite comme une femme incestueuse et envahissante. Elle aurait fait participer sa propre fille, mère de madame B. à ses relations sexuelles avec des amis. Celle-ci est tombée enceinte à quinze ans et sa mère aurait obligé le jeune homme à épouser sa fille. Par ailleurs, madame B. s'est plaint à son père que cette grand-mère aurait eu des comportements inappropriés à son égard (se serait « *frottée contre elle* »). Cette plainte est source de beaucoup de culpabilité, puisque le père de madame B. s'est suicidé le jour même où elle lui en a parlé. La mère de madame B. a toujours été d'une grande fragilité et aurait peu de liens avec sa fille.

Le grand-père paternel de David s'est aussi suicidé par pendaison à l'âge de soixante dix ans. C'était un homme dépressif portant de nombreux traumatismes liés à sa participation à la guerre d'Indochine. C'est madame B. qui aurait découvert son beau-père mort. Depuis cet événement, les relations entre madame B. et sa belle-mère se sont un peu améliorées. En effet, auparavant le

La psychiatrie, une médecine à part.

contexte familial était très houleux entre la mère de David et sa belle famille qui la disqualifiait beaucoup dans son rôle de mère, allant jusqu'à l'accuser de mauvais traitements sur Cyril. Cela était d'autant plus pesant qu'ils ont cohabité pendant un long moment le temps de la construction de la maison familiale qui finalement a duré huit ans, de 1993 à 2001, du fait de problèmes financiers. Cependant, madame B. rapporte que le jour de son mariage, sa belle-mère lui aurait dit « *j'te souhaite de crever sur la table d'accouchement avec ton gamin* ».

La mère de David présente par ailleurs des problèmes d'addiction à l'alcool et a connu plusieurs épisodes dépressifs. Elle fait remonter sa première dépression à 1998 « *ils montaient Cyril contre moi, mon fils me traitait de fainéante et m'insultait* ».

Elle évoque un stress très important pendant la grossesse de David qui finalement s'est terminée en accouchement prématuré. David pesait 2,5 kilos et mesurait 49 centimètres. Elle explique avoir accouché sans son mari ni sa famille et avoir du interrompre l'allaitement aux trois semaines de David afin de reprendre son traitement antidépresseur. Quatre mois après la naissance de David, elle a de nouveau été hospitalisée pendant un mois pour une rechute dépressive malgré le traitement et le suivi en place. C'est une tante qui a gardé l'enfant pendant ce temps. Par la suite, madame B. a pris un congé parental de deux ans et demi tout en laissant de temps à autre David chez une nourrice afin qu'il puisse être au contact d'autres enfants.

Il est décrit par sa mère comme un bébé très excité, « *speed, dormant peu, pleurant beaucoup et réclamant sans cesse à manger* ». Chez l'assistante maternelle, il était « *râleur* » et tapait souvent les autres enfants. Au niveau développemental, il a marché à quatorze mois et s'est mis à parler rapidement après une opération des végétations, faisant suite à de nombreuses otites. Il porte aussi depuis tout petit des lunettes du fait d'un léger strabisme. Il a été propre de jour comme de nuit avant l'entrée à l'école.

Madame B. a signalé en 2008 qu'elle suspectait la nourrice d'être violente envers David. Une fois, elle l'aurait vue lui mettre une gifle et une autre fois c'est lui qui s'est plaint d'avoir eu du scotch sur la bouche parce qu'il criait. De ce fait, David a changé de nourrice.

A la maison, le couple parental le décrit comme un enfant qui est beaucoup dans la plainte, ayant une mauvaise estime de lui « *je suis nul, pas normal* ». Mais ce qui les inquiète surtout, c'est son agitation et son tempérament « *tyrannique et destructeur* » face auxquels ils se sentent démunis. Ils rapportent beaucoup de caprices et des gestes de violence comme prendre un coussin pour faire le geste d'étouffer son frère ou utiliser un couteau de dinette afin de l'utiliser dans un jeu agressif envers sa mère.

La psychiatrie, une médecine à part.

2.1.2 Début des soins de David : vers l'âge d'un an

David est amené en consultation auprès du psychologue du centre médico-psychologique (CMP) autour de ses un an. Le motif de consultation étant que David se tape très régulièrement la tête contre le sol en cas de frustration ou d'échec. Le bilan psychomoteur réalisé montre une vive intolérance à la frustration, une agitation difficilement canalisable et une mise en danger personnelle. Devant ce tableau évoquant un trouble de l'interaction précoce, une prise en charge individuelle par une éducatrice spécialisée est alors mise en place. L'enfant évolue progressivement : alors qu'il manifestait beaucoup de violence envers lui-même, les autres et ses jouets et qu'il n'avait pas conscience du danger, il a pu au bout d'un an accéder aux jeux symboliques et jouer le danger au lieu de se mettre en danger. De même, alors qu'il n'avait pas de regard adressé et un retard de langage important, il établit désormais un bon contact avec son interlocuteur. L'équipe a commencé alors à envisager un soin groupal.

C'est ainsi qu'il est orienté vers un hôpital de jour lors de son entrée en maternelle où il est pris en charge à raison de deux demi-journées par semaine. Son arrivée sur le groupe est difficile, David refuse de rentrer en contact avec les autres enfants et d'accepter le cadre proposé. Mais rapidement il se montre un peu plus à son aise, cherchant le contact avec les autres enfants. Il manifeste encore des comportements d'opposition mais qui cèdent vite. Il s'est beaucoup assoupli, n'étant plus dans un refus systématique de nouvelles activités et accepte de perdre aux jeux sans trop d'appréhension. Il a par contre beaucoup de mal à exprimer ses émotions. C'est un enfant qui se dévalorise de manière systématique et qui a besoin d'être soutenu. Il n'est par ailleurs pas très à l'aise dans son corps comme s'il était coincé dans une carapace. Madame B. expose qu'à la maison, elle ne note aucun progrès de David, celui-ci la mettant en difficulté par des insultes et un non respect des punitions qu'elle tente d'imposer. David a tendance effectivement à rechercher une position d'égalité avec les adultes dès que les limites fixées ne sont pas claires et l'angoissent. Elle semble fixée sur le mauvais caractère de son fils, mettant en avant les éléments négatifs et a des difficultés à exprimer verbalement ou physiquement de l'affect pour son enfant. Madame B. se plaint aussi du manque de soutien du papa auprès des enfants et se dévoile en grande difficulté pour établir des limites éducatives cohérentes. Par ailleurs, elle ne fait aucun lien en entretien entre son histoire personnelle douloureuse et les difficultés de David. Elle cherche plutôt à fuir cette réalité en tentant d'établir un diagnostic d'hyperactivité pour David, le médecin de l'HDJ lui renvoyant plutôt celui de troubles du développement. Monsieur B. quant à lui apparaît peu impliqué dans la prise en charge de David allant jusqu'à banaliser les soucis de son fils. Pour lui, c'est un enfant à caractère et « *il faut du caractère pour se défendre dans la vie* ». Il évoque que David ressemble à son propre frère au même âge et qu'aujourd'hui c'est un homme qui va très bien donc il n'y a pas d'inquiétudes à avoir. Au bout de trois ans de prise en charge, la famille assez ambivalente vis-à-vis des soins, met fin à ce suivi, La psychiatrie, une médecine à part.

évoquant que le temps passé à l'hôpital de jour retarde David dans les apprentissages scolaires. C'est ainsi que fin 2010, David quitte la structure pour un débuter un suivi par une psychologue en libéral à raison de deux séances mensuelles. Actuellement il bénéficie toujours d'une séance hebdomadaire.

Lors de son entrée en CP il démarre aussi une prise en charge orthophonique hebdomadaire, toujours d'actualité.

En 2011, un bilan audiolinguistique est effectué devant les grosses difficultés de concentration de David, il s'avère rassurant. Un bilan psychomoteur est de nouveau fait, il met en avant des difficultés psychomotrices dans les domaines de la latéralité et des notions spatio-temporelles. Son enveloppe corporelle est perçue comme peu sécurisée, il s'éparpille facilement et entre rapidement dans une agitation motrice.

2.1.3 Scolarité

Dès le début de sa scolarité, David rencontre des problèmes d'agitation motrice et de non respect des règles. Il insulte facilement les autres enfants, les provoque et se montre agressif. Il a par conséquent peu d'amis et de plus a de mauvais résultats scolaires. Madame B. a tendance à victimiser son fils « *il a été catalogué, il est saqué* ». David est aussi très lent à débuter une activité. Il présente des difficultés de concentration et montre un besoin constant d'être rassuré. Cependant dès que l'activité l'intéresse, il assimile plutôt bien. Il a par ailleurs un vocabulaire riche et précis qui évoque celui d'un adulte.

Il est rentré en CM1 sur l'année scolaire 2015-2016 et bénéficie toujours d'une aide à la vie scolaire (AVS). Cette aide humaine lui est très bénéfique. Elle le recentre, le rassure en lui reformulant les consignes, le soutient dans la mise en activité et l'organisation matérielle. Elle l'aide aussi à accepter les règles de la collectivité et à entrer en relation avec les autres élèves en particulier lors de travaux de groupe. Il a beaucoup progressé depuis l'année dernière. Il se maîtrise et se canalise plus dans sa relation aux autres, ne tape plus ni ne dit de gros mots et s'apaise plus vite dans ses colères. Il apparaît moins influencé par les autres et est plus apte à reconnaître sa part de responsabilité dans les conflits avec les autres. L'institutrice reconnaît que David est un « *autre enfant* » cette année. Il prend enfin un statut « *d'élève* ».

2.1.4 Soins au CATTP

2.1.4.a L'arrivée de David sur le CATTP et les deux premières années de prise en charge

David arrive en 2012 au CATTP, soit à l'âge de sept ans. C'est la psychologue libérale qui devant l'importance des troubles psychiques de David et la nécessité d'un travail institutionnel l'oriente vers la structure.

Le CATTP accueille le mercredi, de 9h à 13h30, une douzaine d'enfants âgés de six à douze ans dont les troubles nécessitent une prise en charge groupale et institutionnelle. Ce dispositif de soins propose des possibilités d'activités et d'échanges qui mobilisent leurs capacités d'investissement, en partant de leurs propres intérêts et en soutenant leurs capacités latentes.

La journée du mercredi commence par le groupe de vie, où chaque enfant retrouve son groupe de base constitué de quelques enfants et de deux soignants référents (infirmiers et/ou éducateurs). C'est un moment de retrouvailles, où les enfants peuvent parler de leur semaine et s'exprimer aussi par le biais de dessins et de jeux libres. Durant ce premier temps, l'interne et la stagiaire psychologue viennent proposer un entretien individuel, l'enfant a le choix de s'en saisir ou non et peut demander à être accompagné par l'un des soignants (c'est la stagiaire psychologue qui voyait David en entretien). Ensuite après une courte récréation, les enfants intègrent un groupe à médiation (groupe cuisine, groupe arlequin ou groupe brico-déco). Lors de mon arrivée en tant qu'interne, devant la forte agitation et les bagarres générées par la découverte du groupe dans lequel ils allaient être admis le mercredi (les enfants changeaient de groupe toutes les semaines alors que les soignants étaient fixes), nous avons décidé de réaliser un calendrier mensuel consultable par tous ce qui a permis d'apaiser les tensions après la récréation. Puis la journée se termine par un repas partagé en groupe de vie et une courte récréation.

Les parents de David sont reçus régulièrement par le médecin responsable de l'unité, entretiens auxquels participent David et la stagiaire psychologue afin de faire le lien avec ce qui se déroule sur le CATTP.

Dès son arrivée au CATTP, David manifeste beaucoup d'agressivité verbale, insultant les enfants comme les adultes ce qui par conséquent induit le rejet des enfants et demande aux adultes des efforts d'empathie à son égard. Il se positionne alors dans un statut de victime, persécutée par les autres, rôle dans lequel il a tendance à s'enfermer et qui ne fait qu'accentuer un déficit narcissique majeur.

Son comportement dans les groupes à médiation :

La psychiatrie, une médecine à part.

- En groupe « bricolage », il semble assez vide, peu créatif, détruisant ce qu'il fait alors qu'il sait se montrer très minutieux lors de dessins libres où il reproduit des micros personnages de jeux vidéos.

- En groupe « arlequin » (proche du psychodrame), il vit son attribution dans ce groupe comme une injustice. Il y joue des personnages tout puissants, qui se barricadent et ensuite détruisent tout et tuent tout le monde. Les scénarios sont violents avec des explosions et des insultes. Il cherche à maîtriser le jeu et a du mal à être dans l'échange avec l'autre. Ainsi, si la fin du jeu ne va pas dans son sens, il peut entrer dans une très grande colère et quitter le jeu en balançant tout dans la pièce.

- En groupe « cuisine », il se montre très intéressé. David est un enfant très gourmand et peut avoir des comportements boulimiques afin d'apaiser ses angoisses à la maison comme durant la séance où le soignant responsable a du le limiter.

Dans son groupe de vie, David est décrit comme un enfant « *qui pousse facilement à bout* ». La vie en groupe est effectivement très difficile à gérer, les insultes et la colère qu'il dépose perturbant le collectif.

Toutefois en entretien individuel avec la stagiaire psychologue, il peut reconnaître par moment ses difficultés à gérer ses colères et manifester son désir de changer. Il souffre beaucoup de ne pas avoir d'amis. Il peut fournir quelques efforts pour se contenir et réussir à créer du lien avec les autres enfants mais il ne peut les tenir dans la durée. En outre, les changements de cadre comme l'arrivée de nouveaux enfants au sein du groupe active chez lui des angoisses massives d'exclusion dont il tente de se défendre en rejetant les nouveaux venus.

2.1.4.b Mon arrivée en tant qu'interne au CATTP

Lors de mon arrivée au CATTP en tant qu'interne sur le semestre d'hiver 2014-2015, la structure bien qu'ayant été stabilisée par la réalisation d'un nouveau projet institutionnel un an auparavant par une autre interne, montre de nouveau des signes de souffrance.

Il apparaît ainsi difficile de pouvoir utiliser les temps de réunions cliniques et institutionnels prévus à cet égard pour échanger et élaborer autour de la problématique des patients. Nos réunions en deviennent très informatives et le climat institutionnel pesant. L'équipe semble fatiguée et débordée par les troubles du comportement des enfants, qui leur demandent en permanence de s'engager physiquement afin de séparer ceux qui se battent ou d'exclure d'un groupe un enfant très agité qui se met en danger ainsi que ses camarades. Épuisés physiquement et psychologiquement en fin de journée, il leur est difficile de prendre du recul vis-à-vis des manifestations pathologiques des enfants et peuvent même se sentir attaqués personnellement.

La psychiatrie, une médecine à part.

Par ailleurs, un vécu abandonnique des soignants de la structure resurgissait à cette période critique de début de stage où je me devais tel que souhaité par le médecin responsable de l'ensemble HDJ/CATTP, absent le mercredi, de prendre en charge la responsabilité médicale par délégation du CATTP. Il me fallait en effet prendre mes marques dans ce nouvel univers tout en réussissant, puisqu'en fin de cursus, à me positionner en tant que médecin et à ne pas me cantonner au statut de l'étudiant qui ne fait qu'appliquer les idées de son maître. Je ne restais de plus que six mois sur ce lieu de stage, ce qui rendait la tâche difficile et insécurisait l'équipe. Cette impression d'être les parents pauvres de la structure HDJ/CATTP datait, puisque lors de la création du CATTP, aucun médecin n'était physiquement présent le mercredi sur la structure et l'équipe soignante était autonome. Ce n'est que dans un second temps qu'un interne a été affecté sur le CATTP, ce qui a été mal perçu par certains soignants qui se sont sentis délaissés par le chef de service. C'est ainsi que lors de tensions institutionnelles, l'équipe déchargeait sur l'interne ses revendications du moment, mêlées à de vieilles rancœurs.

Enfin, la structure était fragilisée par le projet de départ à la retraite très prochain de deux « piliers » du CATTP :

- La cadre de santé qui était là depuis l'ouverture de la structure et qui représentait une figure structurante d'autorité, de stabilité par son ancienneté et de bienveillance maternelle. C'est elle qui assurait en tant que cadre la continuité et la pérennité de la structure auprès de l'équipe soignante et des enfants puisqu'étant physiquement présente le mercredi.

- Et le psychologue qui bénéficiait d'une longue expérience de travail sur le CATTP. Bien qu'absent le mercredi, il participait activement à la réunion institutionnelle ou clinique du mardi qui était une réunion des soignants du CATTP mais sur un temps d'HDJ.

Ces deux départs insécurisaient les soignants. Il planait une menace d'effondrement qui ne pouvait qu'en partie se verbaliser. Ils se sentaient seuls à devoir assumer la continuité de l'institution dans sa fonction de symbolisation, de mise en liens tout en faisant face à la destructivité mortifère de la symptomatologie de ces enfants.

Leur mécontentement et leurs angoisses se sont manifestées par des attaques sur ceux qui étaient en position de responsabilité au sein de l'institution, c'est-à-dire moi, interne et la jeune stagiaire psychologue sur des mercredis où la cadre était absente pour des réunions sur l'extérieur. C'est ainsi que face à ces tensions institutionnelles, nous avons proposé de prendre un temps exceptionnel de réflexion sur la structure en dehors des temps habituels, ce qui a été vivement critiqué : « *le CATTP va bien, cette réunion peut être repoussée à la fin de l'année scolaire, pas d'intérêt, nous ne viendrons pas, vous n'allez pas mettre le projet de soins rédigé il y a un an à la poubelle...* ». L'équipe se

La psychiatrie, une médecine à part.

renfermait sur elle de manière défensive, tentant de préserver un équilibre de fonctionnement précaire. Ce refus de l'autorité à ce moment précis se manifestant par un repli sur eux-mêmes venait probablement signifier que bientôt abandonnés par la hiérarchie, ils n'étaient pas prêts à entendre que le fonctionnement institutionnel actuel montrait ses limites et qu'il était important de le revisiter. Notre regard extérieur en devenait persécutant, ils vivaient nos propositions de remise en question et de réflexion comme une attaque et ne pouvaient accepter de bouleverser leurs habitudes alors que nous allions partir par la suite. Nous excluons en déniaient les dysfonctionnements pointés et en se renfermant sur leurs acquis, leurs certitudes à ce moment là était presque une question de survie.

Cette instabilité institutionnelle liée notamment aux départs à la retraite se cumulant à un début de stage d'interne faisant resurgir un vécu abandonnique latent du fait de l'histoire du CATTP, a conduit l'équipe soignante à se protéger de la destructivité de la souffrance psychique des enfants, qui ne pouvait plus être contenue, par un fonctionnement opératoire et un clivage entre cadres et équipe soignante des groupes de vie.

2.1.4.c David, une fin de prise en charge au CATTP ?

C'est dans ce contexte que David a entamé sa troisième année de prise en charge. Progressivement ses troubles du comportement et son agressivité verbale autrefois tolérés car perçus comme symptômes d'un mal être ont commencé à irriter puis à insupporter l'équipe soignante. David en devenait « *trop bruyant* » et nous avons bien du mal à lui trouver un côté attachant. Il faisait flamber le groupe avec ses insultes en début de matinée puis passait le reste du temps à hurler et à taper, traitant les autres de « *racistes* » car le rejetant. Il mettait tout en œuvre pour être exclu du groupe, démontrant par là qu'il était vraiment bien « *nul, pourri et gros* ». Par ailleurs, alors qu'il avait plutôt un riche vocabulaire, s'acharner à avoir une discussion avec lui ne servait à rien, David présentait à l'époque une logorrhée défensive, lui créant une sorte d'enveloppe sensorielle qui n'avait donc pas fonction d'échange verbal. Nos tentatives pour dialoguer avec lui vouées à l'échec ne faisaient qu'amplifier notre sentiment d'impuissance face à cet enfant qui ne semblait pas vouloir entrer en relation avec nous. De leurs côtés ses parents n'évoluaient pas beaucoup, madame B. restait toujours très ambivalente vis-à-vis du soin qu'elle mettait en rivalité avec l'école et monsieur B. banalisait voir niait les troubles de David « *mieux vaut être mangeur que mangé* ».

Face à son côté « insupportable », à l'échec des soins depuis trois ans, à notre impuissance, à l'âge de David qui allait sur ses onze ans (le CATTP ne prend en charge les enfants que jusque douze ans), au peu d'investissement des parents et aux demandes de plus en plus fréquentes de David de changer de groupe de vie puis de quitter le CATTP « *les autres sont tous méchants* », l'idée d'une fin de soins sur le CATTP a commencé à émerger.

La psychiatrie, une médecine à part.

Plusieurs questions me sont apparues : « *Quel sens avait ce projet ? Etait ce uniquement pour nous soulager nous à ce moment précis de l'histoire du CATTP ? Quelle cohérence et quelles conséquences pour David ? Si fin de soins, que proposer pour la suite ?* » Le risque était effectivement de rejeter cet enfant du fait de notre impuissance à le comprendre, ce qui s'avérait antithérapeutique en ne faisant qu'accentuer son déficit narcissique et ses angoisses abandonniques. Nous avons eu aussi à nous questionner sur notre difficulté à mettre en pensée sa problématique et à le porter à ce moment là. Une réunion d'équipe comprenant les soignants du mercredi, le psychologue et le médecin responsable a aussi eu lieu, permettant de renouer le dialogue au sujet de cette crise institutionnelle.

C'est finalement la stagiaire psychologue qui a proposé une prise en charge en psychomotricité, envisagée comme un relais possible vers une sortie du CATTP. Elle a mis en avant l'intérêt d'une approche corporelle du fait de l'instabilité de David et de ses difficultés motrices. David présentait de plus des difficultés d'investissement de son corps en surpoids, il avait en effet pris beaucoup de poids depuis la mise sous Risperidone 0,5 mg le soir début septembre 2014. Ce traitement avait été mis en place afin d'apaiser ses angoisses et d'améliorer sa concentration notamment à l'école. Enfin, David manifestait des angoisses corporelles importantes qui étaient à explorer. L'objectif premier de cette orientation n'était pas de traiter les symptômes mais plutôt de leur donner un lieu d'expression, où, pouvant se déployer pleinement, ils prendraient davantage de sens pour l'enfant comme pour le soignant.

David était ravi de cette proposition notamment du fait que ce soit une prise en charge individuelle.

2.1.5 Prise en charge individuelle en psychomotricité

2.1.5.a Début de la prise en charge

C'est ainsi que fin janvier 2015, David a débuté une prise en charge en psychomotricité dispensée par la psychomotricienne et moi-même, interne. Elle avait lieu dans un cadre de soin institutionnel et durait trois quart d'heure hebdomadaire le vendredi après-midi. Les soins au CATTP continuaient en parallèle ce qui faisait venir David à deux reprises dans la semaine dans l'institution (le vendredi après-midi pour la psychomotricité et le mercredi au CATTP).

Cette prise en charge propose d'utiliser la médiation du jeu et l'engagement du corps pour assurer un travail psychique de symbolisation. Les notions de transfert et contre-transfert, émotionnels mais aussi « *corporels* » (ou « *somato-psychiques* » tels que décrits par Alix BERNARD [10]), sont utilisées comme outils de travail. Il s'agit de prendre en compte la mobilisation du corps du soignant, en miroir de l'enfant, face à certaines situations dans le jeu ainsi que ses ressentis. Après la séance, un temps est consacré à l'analyse de « ces mouvements » pour mieux comprendre les investissements

La psychiatrie, une médecine à part.

transférentiels que l'enfant a établis et dans quelle proportion ils peuvent faire écho à son histoire ou à ses traumatismes.

La psychomotricienne est la garante du cadre de la séance qui se doit d'être suffisamment contenant et rassurant pour permettre à David de déployer en toute sécurité ses angoisses internes.

L'interne observe et analyse les mouvements transférentiels mis en scène durant la séance, en faisant le lien entre l'histoire infantile et le contenu des événements rapportés lors des entretiens familiaux par la stagiaire psychologue ainsi que ce qui se joue le mercredi au CATTP. Ce travail est repris par la suite régulièrement en équipe et avec le médecin responsable.

Dès la première séance, la problématique corporelle est au premier plan. David est agité, erre dans la pièce et nous noie dans un flot de paroles à valeur de décharge anxieuse. La construction de maison proposée est difficile, il faut sans cesse l'encourager pour qu'il soit dans la construction car il a tendance à s'éparpiller et à se désorganiser. Sa structure prend finalement l'aspect d'une forteresse défensive dont l'arrière n'est pas fermé. Enfin, un temps d'apaisement dans le hamac lui est proposé. Il s'y hisse avec maladresse et appréhension puis chute, reste un moment au sol paniqué, ramasse un bout de plastique et pense avoir perdu un bout d'intestin. Pendant trois mois, David restera marqué par cette chute, ressentant des douleurs qui nous apparaissaient non justifiées du fait de la faible hauteur de la chute et de plus sur un matelas. Mais David présentait véritablement une sensorialité à vif, le toucher était impossible car douloureux et trop envahissant.

Nous avons rapidement pris le parti de ne pas considérer le langage de David comme faisant partie du domaine de l'échange et lui avons donné peu d'intérêt dans un premier temps. Pour nous ce flot hémorragique de paroles fonctionnait plutôt comme une enveloppe sensorielle. Cependant, nous y avons relevé des thèmes récurrents :

- La vieillesse tout d'abord. David nous appelait « *les vieilles, les séniles, les gâteaux, les ancêtres* », ce qui nous permettait d'associer avec ses ancêtres à lui et les secrets de famille liés aux décès par suicide des deux grands-pères. Nous avons pu ainsi à un moment réaliser un arbre généalogique, David nous confiant qu'il avait beaucoup de questions à poser à sa famille mais qu'il n'osait pas « *ça leur ferait du mal* ».

- La sexualité ensuite. David employait régulièrement des termes à thématique sexuelle et il évoquait des scènes sexuelles qu'il aurait vues. Il apparaissait préoccupé par la sexualité ce qui pouvait être mis en lien avec son âge mais aussi avec son histoire familiale.

Par ailleurs, nous avons remarqué que David était en grande difficulté pour croiser le regard de l'autre. Ainsi à chaque début de séance, cet aspect était travaillé à travers des jeux de coordination, La psychiatrie, une médecine à part.

de ballons, d'imitations. Ses difficultés motrices étaient majeures, il se montrait maladroit et il ne possédait aucune stratégie comme pour réaliser un tir qui doit atteindre un certain but. Par ailleurs il n'avait pas l'initiative de prendre exemple sur nous, adultes. Cependant, il acceptait progressivement notre aide pour s'améliorer sans le vivre forcément dans l'échec. Mais malgré les progrès au cours d'une séance, les acquis s'effondraient d'une semaine sur l'autre comme si rien ne pouvait faire trace et prendre corps. David s'accrochait tout de même à ses jeux de façon ritualisée comme si ils faisaient repère et point de stabilité dans un contexte corporel de confusion et de désorganisation.

La désorganisation corporelle était impressionnante chez lui. Il ne semblait ainsi pas y avoir de colonne vertébrale autour de laquelle venait s'organiser quelque chose : l'axe du corps n'apparaissait pas tenu, la tête partait en arrière, on observait un mouvement de bascule et les bras étaient hypotoniques. David avait ainsi beaucoup de mal à se placer « en face de » pour un jeu de quilles. Nous avons retrouvés aussi des variations toniques importantes. Enfin, l'effondrement corporel très présent dans les jeux venait signifier cette forte dimension dépressive chez David.

L'intérieur du corps lui était difficilement représentable et générait de fortes angoisses. Après l'épisode de la chute du hamac, d'autres éléments sont venus illustrer ses angoisses : Face à une petite égratignure, David est envahi par la crainte de se vider de son sang, quand il saute sur le trampoline il sent son cerveau taper dans son crâne, quand il tourne sur lui-même ce sont ses neurones qu'il perd en se désintégrant et en tombant dans son estomac...

Enfin il semblait dépourvu d'enveloppe corporelle qui pourrait le sécuriser sur un intérieur contenu et contenant. Il cherchait ainsi à sentir cette limite corporelle en se faisant rebondir contre les murs, telle l'image d'une auto-tamponneuse.

Nous avons soumis l'idée de la construction d'une maison à David qui nous a dit lors de la première séance qu'il avait l'habitude d'en faire. Cette activité nous permet dans un premier temps de travailler autour de la représentation du corps de l'enfant. David commençait par jeter tout le matériel proposé dans la pièce, totalement désorganisé, il errait entre les cubes n'arrivant pas à démarrer une structure. C'est l'image du chaos, d'une zone sinistrée d'après guerre qui nous venait en tête. Il nous fallait alors le stimuler et l'étayer pour qu'il se représente ce qu'il souhaitait réaliser. Il s'agissait toujours d'une forteresse avec devant une double, voire triple épaisseur des murs et un arrière jamais fermé. Imaginer un scénario par la suite était difficile. David mettait toujours en scène un personnage tout puissant : le roi avec ses deux esclaves (la psychomotricienne et moi-même) qu'il sadisait. Puis le roi après s'être cloîtré derrière sa muraille, détruisait brusquement les murs qui le protégeaient avant de s'effondrer. David se retrouvait alors assis, avachi au milieu de tous les cubes dispersés. Lors d'une séance, alors que nous l'avions aidé à fermer sa structure, il restera recroquevillé à l'intérieur, jouant un roi persécuté qui tire à la carabine sur des puces de lit, le lit

La psychiatrie, une médecine à part.

étant représenté par tout l'intérieur du château. Ses constructions pouvaient être vues comme la métaphore de la représentation du schéma corporel de David, c'est-à-dire une enveloppe corporelle non fermée, non contenant avec un intérieur désorganisé, persécutant, qui menaçait de s'effondrer à tout moment. Cette difficulté à représenter un intérieur clos évoquait aussi un espace psychique ouvert, non structuré ne permettant pas l'accès au secret et à la pensée personnelle, donc à la formation d'une identité propre.

Les différents jeux proposés revenaient régulièrement et évoluaient doucement en fonction de la manière dont nous percevions l'angoisse de David et des désirs qu'il pouvait verbaliser.

David s'était bien habitué au cadre et investissait beaucoup cette prise en charge. Nous avons été absentes chacune une fois au cours du suivi pendant mon semestre et David a manifesté cette perte d'étayage de manière différente :

- Mon absence provoqua un effondrement dépressif important et il dit « *quelqu'un peut me tuer, je m'ennuie* ». Cette mélancolie ambiante se transmet à la psychomotricienne qui évoqua se trouver sans énergie.

- L'absence de la psychomotricienne entraîna une profonde désorganisation de David. Envahi par la folie, son personnage, un roi, finit à l'hôpital psychiatrique.

De notre côté, nous avons éprouvé beaucoup de plaisir à travailler avec David. Avant chaque séance, nous avons pris toutes les deux un temps pour nous replonger dans la séance précédente et notamment sur ce qui nous avait marqué (comportement de David, ressentis personnels, images venues en tête). A la fin de la séance, un temps était prévu pour échanger autour de notre contre transfert lors de la séance. Progressivement, à travers la prise en charge, j'ai pu apercevoir que l'agressivité de David lui servait de moyen de défense tel son surpoids, d'armure. C'est ainsi que sont nés de l'empathie et de l'intérêt pour cet enfant qui m'était moins étranger. Lui proposer cette prise en charge m'avait permis d'aller à sa rencontre et de le découvrir dans toute sa vulnérabilité. Le cadre contenant et structurant de la prise en charge lui avait en effet permis de lâcher un peu ses défenses et d'accepter de se dévoiler et d'entrer en relation avec nous dans toute sa singularité .

2.1.5.b Suite de la prise en charge après mon départ

C'est alors que le semestre prit fin et David put verbaliser sa tristesse de me voir parti. Mettre des mots sur ses sentiments et exprimer de l'attachement étaient nouveau pour lui.

Un interne homme m'a succédé auprès de la psychomotricienne et David a poursuivi ses progrès. Il était ainsi moins désorganisé dans ses constructions avec la possibilité d'anticiper un plan de

La psychiatrie, une médecine à part.

réalisation qu'il suivait. Le scénario par contre semblait plus confus bien qu'il était toujours question de mettre en scène une toute puissance partagée cette fois par les hommes envers une femme esclave, la psychomotricienne. Représenter à chaque fois l'objet persécuté était pesant voir humiliant pour la psychomotricienne qui à un moment dans le jeu, a refusé cette place. Cette disparition de plaisir « pervers » pour David s'est manifestée par un effondrement puis il a cherché à « réparer » la psychomotricienne profondément angoissé de la perdre.

David s'est par ailleurs à plusieurs reprises comporté comme un animal féroce en rugissant, grognant...mais a pu faire le lien avec ce que ses camarades d'école lui renvoyaient de lui « *une abomination, un fléau, qui pue de la gueule* ». Nous pouvons penser que ces propos qu'il leur attribue l'animent à son insu.

Progressivement et finalement relativement rapidement, David a pu s'appuyer sur cette prise en charge corporelle pour commencer à élaborer des représentations psychiques. Ainsi bien qu'une absence de l'interne a été vécue du côté de la dépression, il a pu contenir l'effondrement par une certaine activité motrice avant d'accepter de poursuivre la séance par un jeu habituel de bowling en inscrivant le prénom de l'interne dans le tableau de comptage de points, manifestant alors qu'il se représentait l'absence de celui-ci.

2.1.6 La surprenante évolution de David

Aujourd'hui David est « *un autre enfant* » selon les termes de son institutrice. Il investit en effet beaucoup le milieu scolaire, se positionnant en tant qu'élève et est avide d'apprentissages.

Au niveau du CATTP, l'équipe soulagée par cette double prise en charge dans l'institution, a pu prendre appui sur ce nouveau regard que nous avons porté sur David afin de le réinvestir. Il est ainsi toujours suivi sur le CATTP et lui qui réclamait massivement sa sortie immédiate, se projette désormais sur une fin de prise en charge organisée et planifiée à la fin de l'année scolaire 2015/2016. Il témoigne par là de son besoin de s'appuyer sur ce cadre contenant, sécurisant, fiable et symbolisant que représente le soin institutionnel pour lui. Les soignants du CATTP ont pu remarquer un apaisement de David le mercredi, moins dans la provocation et dans l'agir au profit d'un meilleur investissement de la parole. Il est devenu le leader de son groupe de vie, faisant office de « *vieux sage* » notamment grâce à ses dessins de micros personnages qu'il réalise dans le calme de manière méticuleuse et précise. Les autres enfants se rapprochent ainsi de lui et le recopient avec son accord et son aide ce qui est fort valorisant. Lors des entretiens individuels avec la stagiaire psychologue, il a pu reconnaître et mettre en travail le fait qu'il ait sa part de responsabilité dans le fait qu'il soit rejeté par les autres. Il émet aussi beaucoup de questionnements quant à son rapport au corps et au regard

La psychiatrie, une médecine à part.

des autres. L'accès à l'ambivalence reste cependant difficile et rapidement un clivage s'opère entre bons et mauvais. L'interne qui a pris le relais des entretiens individuels sur le CATTP au départ de la stagiaire psychologue et qui a découvert David alors qu'il allait mieux, décrit un enfant charmant et attachant dont le vécu persécutoire est moins présent et plus facilement remis en question. Fin septembre 2015, un changement de traitement a été réalisé du fait de la prise de poids non négligeable de David en un an ainsi que l'apparition de troubles lipidiques sous Risperidone. Il a donc été mis sous Aripiprazole 5 mg le soir, qu'il tolère très bien.

Les parents de David, de leur côté n'ont que peu évolué mais reconnaissent que leur fils a changé. Ainsi le père décrit un enfant moins irritable, plus posé et apprécie par exemple que son fils accepte son aide aux devoirs.

2.2 Analyse du cas

2.2.1 Le fragile équilibre de l'institution soignante en psychiatrie

Ce cas clinique a comme intérêt de mettre en avant le fragile équilibre d'une institution de soins en psychiatrie. En effet, dans cet exemple, le fait d'avoir été préoccupé par un cadre institutionnel bouleversé, en mutation, nous a empêché de nous concentrer sur notre tâche primaire, celle de mettre en lien, en pensée les troubles du comportement de David.

Envahie par cette menace d'effondrement institutionnel et des angoisses d'abandon, l'équipe soignante en souffrance a cherché à survivre en mettant en place des mécanismes défensifs de type clivage dans l'équipe entre « cadres » et « soignants des groupes de vie » ainsi qu'un repli sur eux avec un fonctionnement opératoire.

C'est ainsi que face à une impossibilité d'échanger autour de nos vécus contre transférentiels avec les enfants et de tenter de donner sens à leurs problématiques, nous en sommes restés à une confrontation brute aux symptômes de David. David est alors devenu « *un agresseur* », « *un persécuteur* » alors que c'est lui qui pétri d'angoisses vivait la relation à l'autre comme une menace permanente et qui pour se protéger se terrait derrière cette carapace défensive ayant pour but de nous mettre à distance. Si nous en étions restés là, jamais nous n'aurions rencontré cet enfant.

Il a fallu finalement que certains, poussés par les propos de David, envisagent une fin de soins sur le CATTP : « *il n'avance pas, plus de deux ans qu'il est là, insupportable, il met à mal le groupe, nous*

retarde, il souhaite partir, il n'entend rien... » pour que nous réfléchissions à ce qui pourrait lui être proposé.

C'est la stagiaire psychologue, qui le voyant en entretien individuel a commencé à se poser la question de l'intérêt de la prise en compte de la parole avec lui. En effet David parlait beaucoup et avec un bon niveau de vocabulaire, ce qui pouvait séduire mais l'accès à la symbolisation semblait lui faire défaut. C'est pourquoi l'idée d'une approche corporelle chez lui a émergé. D'autant plus que nous avons en tête son histoire personnelle infantile émaillée de carences affectives et éducatives. Or, Jocelyne SIKSOU et Bernard GOLSE nous rappellent bien que les premiers noyaux de la psyché sont essentiellement corporels : « *c'est dans le corps et par le corps que se mettent en place peu à peu les processus de symbolisation* » [53]. Ainsi dans le cadre des premières interrelations certains éprouvés corporels vont s'inscrire dans le corps mais ne seront pas représentables psychiquement. D'où l'intérêt d'aller les rechercher et de leur permettre d'accéder à une représentation psychique lors d'une approche corporelle comme en psychomotricité.

2.2.2 Intérêt d'un réaménagement de la prise en charge afin d'aller à la rencontre du sujet et de pouvoir mettre en pensée sa problématique

C'est notre vécu d'impuissance face à la problématique de David qui nous a confrontés à la nécessité d'un autre projet de soins.

Si nous étions restés cramponnés à nos méthodes, nos habitudes, nous n'aurions jamais rencontré David et il se serait progressivement muré dans ce carcan défensif d'enfant « agressif et désagréable » qu'il s'était créé pour survivre.

Il a fallu des temps de réflexion, de remise en question et le regard de quelqu'un d'extérieur à l'équipe habituelle pour que soit proposé de tenter d'aborder David sous un autre angle, celui du corps.

En effet, comment soigner si on ne rencontre pas le sujet afin de tenter de le comprendre ? C'est là qu'intervient toute l'importance de l'accueil et de l'observation en psychiatrie afin de mieux s'apercevoir des éléments facilitateurs de la relation au monde du patient ou au contraire, ceux qui l'en dissuadent. Le but de cette « *fonction phorique* », chère à Pierre DELION [34] est d'apprivoiser le patient afin d'entrer en relation avec lui. Dans le cas de David, c'est la thérapie psychomotrice, effectuée dans une optique plus relationnelle que rééducative, qui nous a permis d'aller à sa rencontre.

Offrir à David cette prise en charge individuelle différente par son approche et qui nécessitait la présence et l'engagement de deux soignants lui a aussi probablement montré l'intérêt que nous lui portions et notre désir d'entrer en contact avec lui. David me fait penser au renard dans l'ouvrage **Le Petit Prince** d'Antoine de SAINT- EXUPERY [97] :

« Je ne puis pas jouer avec toi. Je ne suis pas apprivoisé »

« On ne connaît que les choses que l'on apprivoise » »

« Bien sûr. Tu n'es encore pour moi, qu'un petit garçon tout semblable à cent mille petits garçons. Et je n'ai pas besoin de toi. Et tu n'as pas besoin de moi non plus. Je ne suis pour toi qu'un renard semblable à cent mille renards. Mais, si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre. Tu seras pour moi unique au monde. Je serai pour toi unique au monde... »

« Ma vie est monotone. Je chasse les poules, les hommes me chassent. Toutes les poules se ressemblent, et tous les hommes se ressemblent. Je m'ennuie donc un peu. Mais, si tu m'apprivoises, ma vie sera comme ensoleillée... »

« Que faut-il faire ? dit le Petit Prince »

« Il faut être très patient. Tu t'assoiras d'abord un peu loin de moi, comme ça, dans l'herbe. Je te regarderai du coin de l'œil et tu ne diras rien. Mais, chaque jour, tu pourras t'asseoir un peu plus près... »

« Il eût mieux valu revenir à la même heure »

David avait besoin de cette rencontre avec le regard de l'autre pour pouvoir exister dans toute sa singularité et oser se dévoiler. Il était dans l'attente d'être apprivoisé.

Le traitement médicamenteux a sûrement permis un certain apaisement et une amélioration de la concentration mais son efficacité en est restée fort insuffisante. C'est pourquoi je pense que c'est d'avoir pu s'appuyer sur ce plaisir que nous avons eu à penser et à créer à plusieurs autour de lui ainsi que sur ce cadre sûr et fiable par sa planification stable et notre engagement chaque semaine à ses côtés qui a permis à David de progressivement retrouver le chemin de sa subjectivité.

3. Monsieur D., un homme de quarante- trois ans pris en charge dans un hôpital de jour suite à plusieurs hospitalisations pour passage à l'acte suicidaire

3.1 Présentation du cas

Monsieur D. est un homme de quarante-trois ans, professeur d'éducation physique et sportive, adressé pour la première fois à l'hôpital de jour de la MGEN de Lyon suite à une hospitalisation de deux mois en clinique pour état dépressif sévère avec passage à l'acte suicidaire (alcool et médicaments).

Antécédents somatiques

Pas d'antécédents médicaux particuliers en dehors d'une arthroscopie d'un ménisque et une appendicectomie.

Antécédents familiaux

Son père était alcoolique et violent.

Sa mère est présentée comme dysthymique

Une sœur aînée et une demi-sœur plus jeune du côté maternel sans antécédents particuliers.

Antécédents psychiatriques

Rien en dehors de la décompensation actuelle qui s'est progressivement amorcée depuis 2012.

Monsieur D. rapporte cependant un goût prononcé pour les moments de solitude mélancoliformes.

Mode de vie

Monsieur D. est marié avec Madame D., institutrice et ils ont trois enfants : un fils de huit ans et deux filles de six ans et dix-huit mois.

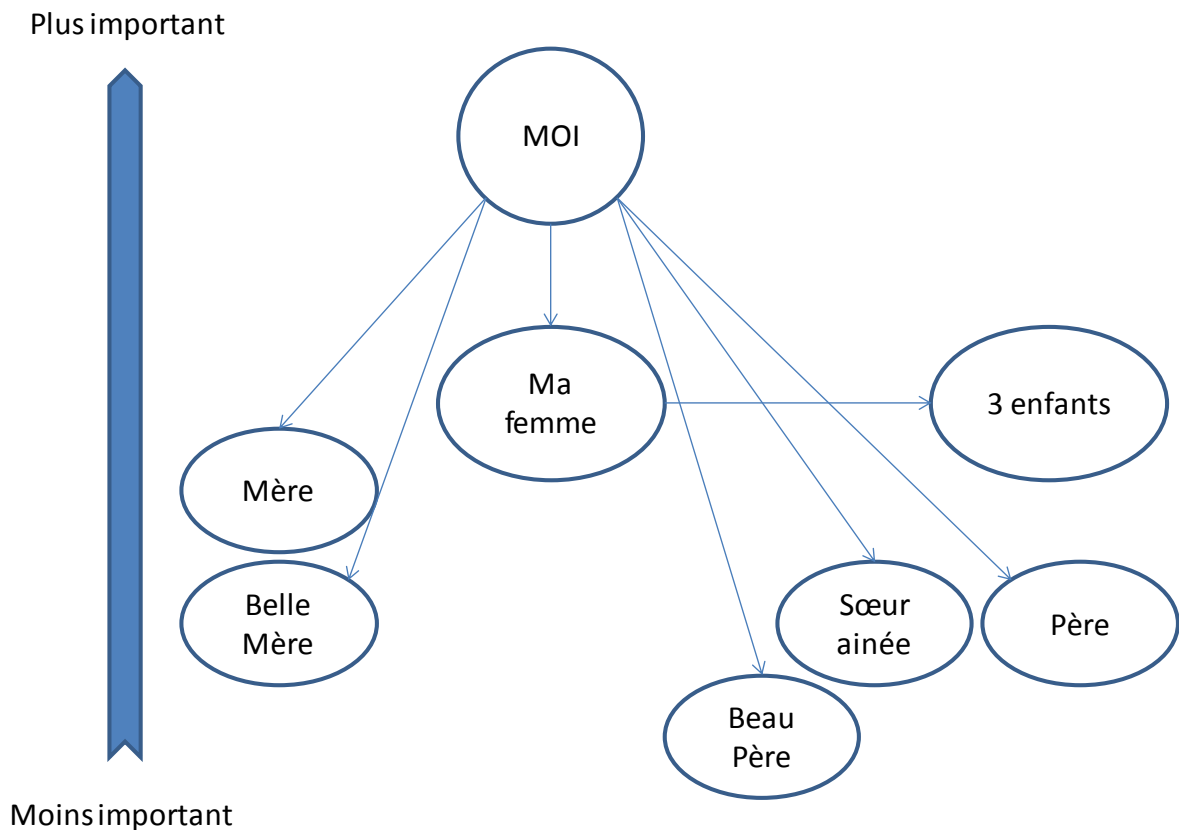
Il travaille comme professeur d'éducation physique et sportive dans un lycée professionnel.

En dehors du travail il est relativement isolé socialement. Il passe beaucoup de temps à faire du sport en solitaire : cyclisme et course à pied et se montre très présent pour ses enfants.

La psychiatrie, une médecine à part.

Les parents de Monsieur D. sont toujours en vie. Ils ont divorcé quand le patient avait onze ans. Sa mère s'est rapidement remise en couple avec un homme que Monsieur D. n'affectionnait pas du tout et son père a repris contact avec lui que lorsqu'il était jeune adulte. Monsieur D. se montrera très en colère contre ses parents qu'il a le sentiment d'avoir toujours dû « porter » du fait de leurs difficultés respectives. Il a une sœur de cinq ans son aînée et une demi-sœur plus jeune du côté maternel.

Ci-dessous son arbre généalogique que nous explorerons dans la partie analyse :



Histoire de la maladie

Tout commence en janvier 2012 par une crise d'anxiété inaugurale sur le trajet du lycée le matin suite à une altercation avec des élèves. Il bénéficie à l'époque d'un court arrêt de travail ainsi que de la mise en place d'un suivi psychiatrique et d'un traitement antidépresseur par Sertraline. En avril 2012, il reprend assez facilement le travail et décide d'arrêter son traitement et son suivi. C'est alors que pendant l'été réapparaît un fond anxieux avec quelques attaques de panique. L'année scolaire 2012/2013 est marquée par de profondes angoisses avant les cours et un fort sentiment d'incapacité d'exercer son métier. Fin novembre 2013, les angoisses s'accroissent et des idées suicidaires commencent à l'envahir. Terrifié, pétri d'angoisses, il n'arrive plus à aller au lycée et va chercher refuge dans le service d'urgence du Vinatier (l'UMA).

La psychiatrie, une médecine à part.

Il est alors hospitalisé dans le service psychiatrique de l'hôpital Desgenettes du 26/11/2013 au 4/12/2013. Il en sort contre avis médical après un séjour marqué par des scénarii de passages à l'acte suicidaire plutôt démonstratifs et de nombreuses revendications décrites comme « narcissiques ».

Le 10/12/2013, il est admis aux urgences médicales de l'hôpital Edouard Herriot (pavillon N) devant un nouveau geste suicidaire par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) associée à une ingestion d'alcool.

Il est alors adressé dans une clinique lyonnaise où il restera jusqu'au 16/12/2013, date où sera effectuée une sortie disciplinaire suite à une altercation physique avec un autre patient mêlant par ailleurs une soignante. Monsieur D. aurait reproché à un patient de mettre la musique trop fort, ce dernier aurait fait une remarque à notre patient qui, n'en tolérant ni le ton ni le contenu lui aurait littéralement sauté dessus. Il aurait tordu à cette occasion le bras d'une soignante qui tentait de les séparer.

Après cet incident et un nouveau passage à l'acte suicidaire du même type lui valant un nouveau séjour au pavillon N, il est admis dans une autre clinique lyonnaise où il restera du 26/12/2013 au 20/02/2014. A son arrivée il est noté un état dépressif franc avec des idées suicidaires venant s'ajouter à un trouble anxieux généralisé et à une phobie professionnelle. L'amélioration thymique est rapide, le patient est bien contenu semble t'il par l'institution. Mais le projet de sortie apparaît difficile à mettre en place du fait de la résurgence de fluctuations émotionnelles fortes ainsi que de velléités suicidaires à son évocation probablement en lien avec un trouble de personnalité qui apparaît évident. Celui-ci est marqué entre autres par un perfectionnisme hyperrigide, une avidité et une dépendance affective, une théâtralisation de la souffrance et une intolérance aux frustrations les plus minimes A sa sortie afin de le stabiliser et de travailler sur l'estime de soi, il lui est donc proposé une suite de prise en charge en hôpital de jour, une prolongation de son congé longue maladie. Par ailleurs son ordonnance de sortie comprend : Escitalopram 20 mg 1 comprimé le matin, Divalproate de sodium 500 mg 1 comprimé matin et soir et Miansérine 30 mg 1 comprimé au coucher.

3.1.1 Début de la prise en charge sur l'hôpital de jour.

A son arrivée il est suivi depuis peu par un psychiatre en libéral, une fois par mois qui s'occupe des réajustements chimiothérapeutiques. De notre côté, nous lui proposons un cadre thérapeutique comprenant :

- Un entretien médical tous les 15 jours avec l'interne (je commence à le suivre un mois après son arrivée au départ du précédent interne)

La psychiatrie, une médecine à part.

- Une participation au groupe fermé « corps et médicaments » le mardi après-midi car il se pose beaucoup de questions sur les effets et interactions de son traitement notamment sur sa prise de poids.
- Une participation au groupe fermé « autour de la table » le jeudi matin. Du fait de sa prise de poids et de sa perte de goût pour la cuisine il pourra bénéficier de conseils diététiques et culinaires et de l'expérience des autres patients.
- Une participation au groupe fermé « ergothérapie » le vendredi après midi. Le médium terre lui sera proposé dans un premier temps car c'est celui dont les applications peuvent être les plus larges.
- Une participation libre au « forum ». Deux fois par semaine, un temps de 30 minutes est prévu dans une salle de vie de l'hôpital de jour où soignants et patients se réunissent pour échanger autour d'un thème proposé par un des patients.

Il lui est proposé d'intégrer le prochain groupe « photolangage ».

Très rapidement, monsieur D. se dévoile dans toute sa fragilité narcissique. Il peut mettre son mal être en lien avec différents événements de sa vie professionnelle et personnelle qui ont effondré ce qui semblait le soutenir narcissiquement : arrêt de son poste d'arbitre de football le dimanche depuis deux ans « *j'ai atteint la limite d'âge* », manque de reconnaissance au travail par la direction, les collègues et aussi les élèves qui se montrent très difficiles puisqu'à deux reprises ces 4 dernières années il a eu une altercation avec des élèves et ses pneus ont été crevés sur le parking du lycée. Il apparaît aboulique et apragmatique, présentant des conduites régressives de type boulimique le soir pour s'apaiser « *je mange les goûters des enfants devant la télé quand tout le monde est couché* ». Ces prises alimentaires ainsi que l'arrêt des activités sportives le font grossir ce qui ne fait qu'accentuer sa mésestime de lui-même. Au niveau du tableau dépressif on retrouve aussi une vision négative de l'environnement « *plus rien n'a de sens* », il se montre résigné, ne croyant plus qu'en son épouse qui lui insuffle « *sa jovialité et son énergie* ».

Il décrit un vécu très dévalorisant de sa situation en congé longue maladie avec le sentiment d'être inutile, d'être un poids pour la société, d'être faible « *je ne suis plus en capacité d'affronter mes peurs* ». Il présente toujours des idées morbides qui selon lui ne pourront s'estomper qu'avec la reprise d'une activité professionnelle face à laquelle il se montre inquiet. Tout d'abord car les postes d'enseignants proposés pour la rentrée ne le satisfont pas du tout, ce qui bouleverse ses projets et le contraint à des compromis importants. Il rapporte ainsi de nombreux cauchemars où il revit des scènes de mésentente avec ses collègues « *je suis rejeté, balayé* ». Ensuite parce que la fonction

même d'enseignant a perdu tout sa valeur, il s'imagine reprendre mais tel « *un pion parmi d'autres* » avec une perte totale de subjectivité.

Pour tenter de faire face à cet effondrement narcissique, ses défenses obsessionnelles s'accroissent, le rendant très rigide. Il supporte ainsi de moins en moins l'imprévu, ne se levant le matin qu'après avoir planifié ce qui devait se passer dans sa journée pour le satisfaire. Toute modification de programme le déprime comme une invitation chez des amis le dimanche après-midi qui le conduit à retarder le coucher des enfants et par conséquent sa soirée seul à seul avec l'écran du téléviseur.

En activité ergothérapie, il est peu en contact avec les autres et cherche à détourner l'attention de l'ergothérapeute sur lui, en montrant qu'il va mal afin de bénéficier d'un tête à tête. « *Je veux qu'on s'occupe de moi* » dira-t-il. Il garde une grande maîtrise sur ses réalisations et refuse les recommandations faites pour améliorer ses projets que ce soit pour ses pots en terre ou ses sous-verres en mosaïque. Par conséquent, il peut lasser par sa rigidité, son manque d'imagination mais ne manque pas de provoquer pour qu'on ne l'oublie pas.

Il évoque fréquemment son enfance et son sentiment d'inexistence, de ne jamais avoir eu de place. Il décrit une mère dépressive, froide et critique pour qui il n'était jamais suffisant dans une angoisse permanente d'être rejeté « *elle se plaignait tout le temps, nous aspirant dans son mal-être et nous faisait culpabiliser si on prenait de la distance* ». Il relate qu'il devait tout le temps faire attention à ce qu'il faisait et malgré cela ça ne suffisait jamais « *je m'interdisais des choses comme aller voir mes amis ou avoir une petite amie* ». Son père est dépeint comme alcoolique et violent « *il régnait un climat de peur* » et le patient s'est senti douloureusement abandonné par cet homme qui n'a repris contact avec lui qu'après l'adolescence, alors que le couple parental a divorcé quand il avait onze ans. Monsieur D. remarque que sa dépression l'a rapproché de ses parents, il semble exister pour la première fois à leurs yeux « *ils sont plus attentionnés, prennent de mes nouvelles, c'est un retour de ce que je n'ai pas eu avant* ».

Son arbre généalogique est très atypique et dévoile bien le profond trouble narcissique de Monsieur D.

Il cache son mal-être à sa femme et ses enfants au prix d'efforts de contenance difficiles. L'hôpital de jour semble être le seul lieu où il peut lâcher prise et se montrer dans toute sa vulnérabilité ce qui le rend malgré tout attachant. La quête d'affection de Monsieur D. se révèle effectivement immense ce qui se manifeste entre autres par une attitude séductrice en entretien. Il me remercie vivement de prendre soin de lui et tend à être le bon patient qui me valorise dans ma fonction de soignant. Il me convoque régulièrement dans une position maternelle « *vous êtes une vraie mère/ je vais me comporter comme votre enfant, pourrez-vous m'obliger à faire du sport si je n'arrive pas à perdre du*

La psychiatrie, une médecine à part.

poids ou à me remettre au sport ? ». Il nous met aussi rapidement en rivalité avec son psychiatre libéral, nous mettant sur un piédestal alors qu'il abandonne progressivement les consultations avec ce médecin. Cette prise en charge conjointe avec un collègue libéral (psychiatre ou psychologue) est importante et apparaît dans le règlement du soin sur l'hôpital de jour. Elle permet de trianguler par son rôle de tiers les investissements sur « la bonne mère MGEN » et d'assurer la continuité du suivi à la sortie de l'hôpital de jour. Mais cet attachement peut en devenir oppressant et au moment des congés d'été il commence à demander de plus en plus de consultations individuelles, à devenir nerveux et exigeant, ne supportant pas les départs en vacances des uns et des autres et notamment le mien, faisant alors apparaître ses massives angoisses abandonniques. Il en devient alors plus attaquant, nous mettant face à notre impuissance lorsqu'il revient suicidaire et débordé émotionnellement « *on a tout essayé, il n'y a plus rien pour me sauver* » ou qu'il cherche à nous faire démentir qu'on s'est inquiété pour lui quand il ne se présente pas sur une demi-journée de soin.

Il inquiète en effet facilement :

- Par son instabilité thymique : du jour au lendemain il peut être débordé par des idées noires et penser au suicide. Il m'évoque en entretien « *vouloir se jeter du balcon* » ou « *rêver de strangulations* » ou « *aller se balader dans un cimetière* » et craint de plus en plus perdre le contrôle de lui-même. Ces propos qui dans un premier temps l'inquiètent et dont il tente de se défendre en les verbalisant et en affirmant qu'il sait qu'il ne se fera pas de mal, que la simple idée de la possibilité d'une fin le soulage deviennent de plus en plus angoissants pour nous. En effet, moi-même, le psychologue et une infirmière sommes hantés par ce patient jusqu'à dans notre vie personnelle où nous portons des angoisses massives à son égard avec la peur qu'il ne passe à l'acte alors qu'au même moment il nous apparaît comme plus apaisé.

- Par son vécu persécutoire : il se vit profondément victime d'injustice depuis l'altercation physique avec le patient de la clinique où son hospitalisation a pris fin pour sortie disciplinaire alors que l'autre patient restait au sein de l'institution. Eprouvant une profonde colère face à cette situation il s'est mis à fantasmer une vengeance spectaculaire et violente envers la directrice de l'établissement qui viserait ultimement à ce qu'elle reconnaisse sa faute. Il ne prend que peu de distance par rapport à ce projet dans ce qu'il a d'absurde et jouit seul d'une lettre de menace de mort qu'il vient de rédiger. Il reconnaît que ce vécu d'injustice n'est pas le premier et fait écho notamment à deux épisodes récents où il a porté plainte contre des élèves pour pneu crevé et altercation physique pour lesquelles il n'y a pas eu de suite.

Son traitement sera modifié par son psychiatre libéral fin juin face à la persistance d'angoisses majeures et d'idées suicidaires, arrêt du Divalproate de sodium, de la Miansérine et de l'Escitalopram pour de la Quétiapine 300 mg 1 comprimé par jour et de la Paroxétine 20 mg 1 comprimé par jour.

La psychiatrie, une médecine à part.

L'été 2014 sera ainsi assez angoissant d'autant plus que c'est à cette époque qu'il recevra le refus de sa demande de mutation pour la rentrée alors que la seule collègue avec laquelle il a des affinités, l'obtiendra. Mais c'est avec surprise que nous le voyons en capacité d'aller demander de l'aide à l'UMA à deux reprises ce qui a permis un net apaisement. Comme quoi ne sous estimons pas les ressources de nos patients ! Il profitera de la période estivale pour faire deux demandes au rectorat, celle d'un mi-temps thérapeutique et celle d'une affectation provisoire dans un autre établissement. Par ailleurs il partira en vacances comme chaque été dans sa belle famille espagnole qu'il affectionne particulièrement « *j'aurai aimé les avoir comme parents* ».

3.1.2 Etat de crise/ tension de Monsieur D. difficile à contenir à l'HDJ → décision d'hospitalisation.

A son retour de congés et à la reprise des activités habituelles de l'hôpital de jour début septembre, la situation est tendue. Dès le premier jour, on me demande de recevoir Monsieur D. en urgence. Il est effectivement très angoissé, dans l'attente de sa date de reprise et resurgissent des idées suicidaires. Il est venu se protéger d'un potentiel passage à l'acte autoagressif. L'assistante sociale décide alors d'appeler le rectorat afin d'avoir des renseignements sur le projet qu'ils ont pour lui. Et c'est avec soulagement qu'il apprend qu'il ne retournera pas dans son ancien établissement. En attendant l'annonce de son affectation, il est décidé pour contenir ses débordements émotionnels de lui proposer un soin plus contenant avec une venue quotidienne à l'hôpital de jour.

Quinze jours plus tard, revirement de situation, Monsieur D. a repris un poste de professeur d'éducation physique et sportive à mi-temps thérapeutique et nous évoque avec émotion son soulagement et sa fierté de se voir en capacité de travailler. On modifie alors le contrat de soin pour adapter les soins à son planning, afin de l'accompagner dans ce nouvel équilibre, Monsieur D. travaillant les lundis et mercredis avec en plus certains mardis après-midis :

- Activité photolangage le mardi matin
- Activité ergothérapie puis forum et repas le jeudi.

Je le préviens aussi de la fin prochaine de mon semestre et lui rappelle la nécessité qu'il reprenne contact avec un praticien en libéral comme convenu à son admission.

Fin septembre, un vendredi, Monsieur D. appelle une infirmière de l'hôpital de jour, en demande d'une écoute et l'informe à la fin de l'entretien qu'il s'est scarifié au couteau pendant leur entretien avant de subitement, raccrocher. L'infirmière troublée par le comportement de Monsieur D. au téléphone, avait qualifiée son attitude de « perverse » et s'était laissée envahir tout le week-end par

La psychiatrie, une médecine à part.

des cauchemars le concernant. Le lundi, elle me demande de recevoir Monsieur D. de toute urgence, ce dernier s'agitant de manière très démonstrative et hystérisée. Il secoue les meubles, lance ce qu'il trouve sur les tables et cherche à sauter par les fenêtres de l'escalier en tentant de les déverrouiller, le tout en poussant des hurlements dignes des plus grands films d'horreur. Vu en entretien avec l'infirmière et moi-même, il décrit un sentiment d'abandon lorsqu'il se retrouve seul ce qui peut être le cas ce matin là, puisqu'il attendait un rendez-vous infirmier. Dans ces moments là, il se dit envahi par de fortes angoisses insoutenables et de la colère, mêlées la nuit à des cauchemars très violents. Il évoque avoir du mal à se contenir actuellement. L'entretien ne dure pas très longtemps, Monsieur D. semblant du reste assez vide. Une prescription de Cyamémazine 25 mg sera réalisée, à prendre en cas d'angoisses. Par ailleurs, nous le recadrons car ce type de passage à l'acte ne peut être admis à l'hôpital de jour, si besoin une hospitalisation sera proposée pour contenir ce moment de crise. Après avoir discuté ensemble de Monsieur D. en réunion clinique, nous émettons l'hypothèse qu'il ressent que nous soyons moins préoccupés par lui depuis qu'il a repris le travail. Ce moindre portage « psychique » serait il à l'origine de la résurgence de ce vécu abandonnique ? Nous décidons d'en parler en supervision clinique car nous sommes désarçonnés par la clinique de ce patient qui met à mal une partie de l'équipe. En effet certains d'entre nous, ne se sentent plus d'accueillir ce patient qui leur apparaît instable, leur demande beaucoup d'attention, pour lequel ils ont beaucoup d'inquiétudes et surtout qui les insécurise.

Quelques jours plus tard, je le reçois seul en entretien, il se présente très agressif, refusant de m'adresser la parole. Je tente dans un premier temps de comprendre pourquoi, de faire un lien avec l'épisode de la semaine dernière...Mais en vain, très tendu, il me fixe soudainement du regard et me menace d'un passage à l'acte hétéroagressif. Violent verbalement, je ne peux faire face à cette peur qu'il me fait vivre ; s'en apercevant, il en joue un moment puis j'arrive à mettre fin à l'entretien. Il est alors discuté en équipe qu'il soit revu lors de sa prochaine venue avec la chef de service et moi-même afin de lui expliquer que bien que nous comprenions sa souffrance actuelle, cette escalade de passages à l'acte hétéroagressifs est intolérable et inacceptable et n'est pas compatible avec les soins au sein de l'hôpital de jour.

Début octobre, nous le recevons comme convenu et préconisons devant son état de tension interne préoccupant, une courte hospitalisation dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du Vinatier avant de reprendre des soins sur l'hôpital de jour. De même, nous en profitons pour évoquer la question de sa relation à son épouse à qui il cacherait ses états d'âme, ce qui l'oblige à un clivage probablement très couteux. Monsieur D. explique de nouveau qu'il ne comprend pas son état fluctuant actuel, allant jusqu'à dire qu'il ne sait pas jusqu'où il pourrait aller. Toutefois en fin d'entretien, il précise qu'il pense qu'il ne mettra pas fin à ses jours. Il accepte l'hospitalisation comprenant que c'est la condition pour que les soins se poursuivent sur la MGEN.

La psychiatrie, une médecine à part.

C'est ainsi qu'il est hospitalisé sur l'UHCD du Vinatier. L'hospitalisation qui se devait être de courte durée, durera finalement un mois. Plusieurs évènements : trois jours après son arrivée, nous retrouverons par surprise Monsieur D. dans l'enceinte de notre établissement, ce dernier ayant fui le Vinatier pour quelques achats tentera de faire culpabiliser de manière provocante le médecin de l'unité qu'il croisera. Par la suite, alors qu'une sortie définitive, était envisagée sur l'UHCD il fera une tentative de suicide par strangulation allant jusqu'à se mettre physiquement en danger puisqu'il sera retrouvé inerte, le visage violacé. Il expliquera ce geste par la colère qu'il ressent à l'égard de la MGEN de l'avoir abandonné et par la prévision de sortie. Il sera par la suite hospitalisé en ASPDT (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers) une quinzaine de jours dans une unité de secteur. Puis il bénéficiera d'un suivi au centre de prévention du suicide du Vinatier en attendant la reprise des soins sur l'hôpital de jour. Une orientation vers le CMP de son secteur sera aussi faite mais sans date précise de rendez-vous.

3.1.3 Retour d'hospitalisation et nouveau cadre thérapeutique.

Début Novembre 2014, Monsieur D. est convoqué pour un entretien de réadmission avec une infirmière et un des médecins de l'hôpital de jour de la MGEN, qui va désormais le prendre en charge.

Il dit se sentir mieux. Il a repris le travail et a pu de nouveau affronter son poste malgré des angoisses en lien avec la crainte de ne pas réussir à gérer la relation aux élèves et de ne pas supporter le jugement potentiel de ses collègues sur son absence. Il revient sur le sentiment d'abandon ressenti lors de son transfert en hospitalisation temps plein mais ne redit pas néanmoins comme il avait pu le faire auparavant de manière très provocante que c'est sa colère à notre égard qui a déclenché le geste suicidaire. Son état semble toutefois encore assez fragile, il dit lui-même qu'il sent qu'il peut basculer d'un état quasi euphorique, après une satisfaction ou une gratification à un état qu'il qualifie de mélancolique avec des idées noires. Les idées suicidaires sont présentes par intermittence en fonction de ce qu'il vit au quotidien. Il évoque avoir ainsi toujours besoin du centre de prévention du suicide qui le voit de manière ponctuelle depuis sa sortie. Il est très demandeur d'une reprise des soins. Nous insistons sur la dimension contractuelle du soin et la nécessité d'un état suffisamment stabilisé pour reprendre les soins à l'hôpital de jour. C'est pourquoi, quelques consultations en binôme (médecin-infirmière) préalables à son retour sont proposées afin d'évaluer son état et de définir le cadre. Une consultation avec son épouse est prévue mi novembre.

Son traitement médicamenteux reste inchangé : Quétiapine 300 mg un comprimé par jour, Paroxétine 20 mg un comprimé par jour et Diazépam 1 comprimé deux fois par jour.

Mi-décembre, il est convenu avec lui d'une reprise de l'activité ergothérapie une fois par semaine. En dehors, persiste un suivi hebdomadaire avec le centre de prévention du suicide et un premier entretien au CMP est prévu à cette même période. Monsieur D. reste fragile, dans une insatisfaction permanente de sa situation, cherchant un maximum de gratifications dans une suractivité physique depuis sa reprise professionnelle conjointement à celle de formateur d'arbitres de football le week-end. Dès qu'il se retrouve « désœuvré », il s'effondre dans un mouvement de repli et d'isolement, ne pensant plus qu'à se faire du mal dans l'idée de retourner à l'hôpital, lieu qui représente pour lui un environnement sécurisant et apaisant, loin des contraintes du quotidien. Dans la vie active, il se montre effectivement fort perfectionniste et ne peut supporter la moindre frustration en lien avec le décalage de ses idéaux.

Entre janvier 2015 et juin 2015, il y aura plusieurs tentatives d'autolyse (médicaments, alcool, strangulations) en dehors de l'hôpital de jour que ce soit lors de contrariétés (disputes avec sa femme) ou suite à des moments de plaisir (soirée avec de la famille, week-end au ski). Il se réfugiera à certaines reprises à l'UMA ou au pavillon N d'où il sortira après une consultation ou quelques jours d'hospitalisation. D'autres fois, un simple appel au SAMU (service d'aide médicale urgente) ou à des services d'urgences suffiront à l'apaiser. Monsieur D. exprime un besoin d'espace de paroles quasi-permanent, où en tout cas pouvant être disponible immédiatement lorsqu'il en ressent le besoin. Nous lui redisons que le dispositif de soins séquentiels dans lequel il est engagé nécessite la possibilité de différer et de contenir ses angoisses, au moins jusqu'au lendemain. Si cela n'était pas le cas, son état relèverait plutôt d'un soin hospitalier à temps plein ; auquel il lui est demandé de réfléchir.

Depuis juin 2015, son état clinique semble évoluer positivement, Monsieur D. étant plus dans la verbalisation que dans la mise en scène ou les passages à l'acte. Il a obtenu son affectation dans un des lycées qu'il souhaitait, ce qui le soulage.

3.2 Analyse du cas

3.2.1 Impact de la psychopathologie narcissique identitaire (ou des pathologies de l'agir) sur les soignants et l'institution

La prise en charge des patients souffrants d'une fragilité narcissique identitaire s'avère difficile pour une équipe soignante par les affects extrêmes auxquels la relation de soins va les exposer.

Monsieur D. est ainsi typiquement le patient insatisfaisant, qui dérange et qui épuise par sa mise en échec des propositions de soins. Alors que, dans un premier temps, touchés par son histoire abandonnique et par cette vive demande d'aide face à une menace d'effondrement qui semblait imminente, nous étions prêts à mettre notre affectivité débordante à son service, nous avons vite été déçus et mis face à nos limites ainsi qu'aux siennes. Nous avons ainsi du supporter pour lui des angoisses massives liées à la projection d' « éléments béta » [11] dont parle Wilfried R. BION (1897-1979) dans son ouvrage *Aux sources de l'expérience*, qu'il décrit comme des « faits non digérés » [11], des traces sensorielles brutes, massives et non-organisées qui tendent à revêtir un caractère menaçant pour le sujet. C'est pourquoi en raison de leur surcharge affective, ils vont être expulsés hors du psychisme du patient par un mécanisme d'identification projective, qui vient s'opposer à un travail de mise en liens. En tant que soignant, nous lui avons servi à ce moment là de dépôt, de réceptacle de cet indifférencié. Cette fonction nous demande une certaine souplesse psychique, cette qualité d' « objet malléable » dont parle Marion MILNER [80] afin de pouvoir accueillir ces éléments non métabolisés. Mais nous nous sommes rapidement retrouvés envahis et sidérés par la peur d'un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif de Monsieur D. Son instabilité psychique et comportementale nous mettait dans un état d'alerte permanent qui venait attaquer toute possibilité de mentalisation. Mettre en mots notre vécu auprès de lui devenait de plus en plus difficile en réunion et petit à petit certains d'entre nous ont proposé de l'exclure définitivement de l'institution. Le rejeter était effectivement un moyen de nous soulager, nous soignants, mais apparaissait contre-thérapeutique. Il s'agissait en effet de valider un mécanisme de « compulsion de répétition » [45] par des recours à l'acte tel que fonctionnait Monsieur D. sans lui permettre de bénéficier d'une tentative de mise en liens, de structuration par l'équipe soignante. Car, Monsieur D. était bien en danger en arrivant sur l'hôpital de jour, cherchant désespérément, de manière inconsciente par ses multiples passages à l'acte, à fuir une souffrance non mentalisable. A la sortie de la clinique, où il avait pu s'apaiser, il restait bien fragile car encore très dépendant de cette fonction contenante de « l'institution utilisée comme une mère » [66] qui transforme et met en pensée pour son enfant. Ce que l'on attendait de nous, était de le soutenir dans un processus de représentation des affects et de mise en pensée pour lui permettre d'acquérir une certaine autonomie psychique. Pour cela, il nous fallait sortir de nos positions défensives (le rejet), se donner les moyens de s'en distancier, d'en prendre conscience et de les analyser. Accepter notre impuissance en en parlant lors d'une supervision clinique, donc à quelqu'un d'extérieur à la situation, a été le facteur déclenchant de cette remise en place d'un travail d'élaboration à plusieurs autour de la problématique de Monsieur D, qui a abouti à la mise en place d'un nouveau cadre thérapeutique.

3.2.2 Importance d'un travail d'élaboration à plusieurs autour de la mise pensée des passages à l'acte du patient et intérêt de l'appui sur un réseau de soins

Avoir pris le temps d'échanger en équipe, autour de notre éprouvé d'être démuné dans la rencontre avec Monsieur D., lors de cette supervision, nous a permis de réinvestir la prise en charge, en osant remettre nos appareils psychiques à disposition de Monsieur D. Nous avons en effet repris confiance dans notre capacité groupale à « *maintenir une visée transformationnelle* » [48], par-delà les errements, les dédifférenciations, les morcellements et les clivages, dans lesquels individuellement chacun se trouvait et allait immanquablement être pris.

Plusieurs remaniements ont été nécessaires pour cela :

- Tout d'abord, redéfinir ensemble le projet de soins de l'hôpital de jour. C'est lui qui va permettre de préserver « *le contrat narcissique* » tel que décrit par Piera AULAGNIER (1923-1990) [2], en refédérant et en sécurisant l'équipe autour de la promesse que la violence ne va pas avoir gain de cause, qu'elle va être suffisamment liée, et permettre de préserver l'idée d'un futur investissable.
- Cette réflexion nous a naturellement conduits à repenser les limites de notre institution soignante. Ainsi, prendre en charge un état de crise ne faisait pas partie de nos possibilités. Nous n'avions pas les moyens tant humains que matériels de sécuriser et de contenir Monsieur D. face à ses passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs notamment au sein de l'institution tout en prenant en charge les autres patients et en assurant leur sécurité et la nôtre. Il nous était aussi impossible comme nous l'avons expliqué au patient d'être disponible 24h/24 pour répondre à ses angoisses, qui se devaient d'être un minimum mentalisées pour pouvoir différer un échange avec un soignant le lendemain matin. Par ailleurs, tel que nous le dit Georges GAILLARD, « *Reconnaitre nos limites, c'est reconnaître le besoin de l'autre et donc du tiers contrairement aux pathologies narcissiques de toute puissance* » [48]. Effectivement, définir nos limites nous a permis de ne pas représenter cette institution ou ce soignant tout puissant, risquant d'être totalement comblant ou rejetant et donc d'ouvrir Monsieur D. à un modèle identificatoire plus sain et plus sécurisant.

C'est ainsi que pour faire face à l'état clinique instable du patient et aux limites de notre structure, nous avons dû nous montrer créatifs et réfléchir à un autre cadre de soins en nous ouvrant à d'autres institutions. Etant dans une grande ville, nous avons eu la chance de pouvoir nous appuyer sur tout un réseau de soins psychiatrique (UMA, UHCD, hospitalisation complète, CMP, centre de prévention du suicide) afin de lui proposer un schéma de soins plus contenant et plus ajusté à sa problématique, en nous situant comme un des outils de ce cadre. En prenant en compte ce qui se passait dans la relation psychothérapeutique et pas seulement en fonction de la psychopathologie de Monsieur D.,

ce cadre de soins individualisé, a permis au patient de se sentir reconnu dans sa souffrance, lui qui cherchait tant à attirer l'attention pour ne pas sombrer dans l'oubli.

C'est ainsi que malgré son vécu abandonnique, sa frustration et ses tentatives de clivage dans un premier temps face à cette nouvelle situation, ce maillage thérapeutique a tenu bon grâce aux échanges réguliers entre les professionnels et les réunions de synthèse qui permettaient de régulièrement se poser la question du sens de notre dispositif et de le faire évoluer si besoin. Monsieur D. va mieux aujourd'hui, les passages à l'acte sont moins fréquents et le recours à la verbalisation est beaucoup plus spontané. La violence et la haine manifestées à son arrivée semblent s'être atténuées, contenues par ce travail de mise en liens des soignants.

Nous faisons enfin l'expérience, une fois de plus dans ce cas clinique, qu'une prescription de psychotropes sans être accompagnée d'un travail d'élaboration autour de la problématique singulière du patient est insuffisante voire inefficace. Prendre un médicament ne suffira jamais à faire taire la souffrance subjective d'un être humain et « *prendre soin nous demandera toujours de prendre en compte la demande subjective de nature transférentielle entraînant un nécessaire travail de remaniements des affects et des représentations* » déclare Pierre FEDIDA [41].

Partie D : LA PSYCHIATRIE, UN STATUT DE DISCIPLINE MARGINALE SÉCANTE AU SEIN DE LA MÉDECINE

Dans cette dernière partie, je propose, suite à l'apport théorique et aux cas cliniques décrits précédemment, de nous recentrer sur la définition de la psychiatrie et la place singulière qu'elle a toujours occupé au sein de la médecine, statut qui me semble précieux à sauvegarder. En effet, je pense que la richesse de notre discipline, comme médecine de l'homme en tant qu'être pensant, réside dans sa marginalité, mise en péril actuellement par l'évolution socioculturelle.

1. La psychiatrie, définition

Le terme de psychiatrie émerge pour la première fois dans une publication éditée par Johann Christian REIL et J.C HOFFBANER, professeurs à l'université de Halle, entre 1808 et 1810, avec l'orthographe « psychiaterie ». Le mot sera repris avec son orthographe actuelle par « *le psychiatre allemand Johann Christian August HEINROTH dans son Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens, en 1818* » [88].

Attesté en français depuis 1842, il est formé de deux mots grecs, « psukhé » qui veut dire l'âme et « iatros » qui signifie le médecin. Le sens de psychiatrie serait donc « médecine de l'âme » qui correspond à peu près au germanique « *die Medizin der Seele* » [67]. La psychiatrie s'inscrit donc, d'un point de vue étymologique, dans une certaine dualité, celle du hiatus entre l'âme et le corps. Cette fondation indique à cette médecine de l'âme, un chemin particulier à suivre en marge de la médecine du soma.

L'âme, « *cause du mouvement vital chez les vivants* » pour ARISTOTE (384-322 av. JC) [1], synonyme « d'appareil psychique » pour FREUD, nous ouvre la voie de l'intériorité de l'être humain, objet d'étude alors abstrait et non palpable en opposition à la médecine dite somatique qui étudie les lésions ou dysfonctions de segments du corps observables ou détectables par des examens complémentaires. Par ailleurs, l'âme, rattachée à la psyché et donc au cerveau en médecine, bien qu'étant l'objet de prédilection de notre discipline qui en étudie les maladies mentales, est une source de réflexion partagée avec de nombreux domaines comme la philosophie, la littérature, la religion ; la pensée psychiatrique se nourrissant de ces approches variées de la psyché et venant en retour les enrichir.

La psychiatrie, une médecine à part.

2. La psychiatrie, une discipline médicale

La psychiatrie est une discipline médicale depuis la création du concept d'aliénation mentale au 19^{ème} siècle qui a confirmé le caractère pathologique des troubles mentaux. C'est une branche de la médecine, spécialisée dans les maladies mentales. Dire que la psychiatrie est une médecine, c'est considérer que tous les malheurs, toutes les souffrances, tous les comportements anormaux ne sont pas des maladies. C'est distinguer le normal du pathologique, la souffrance de la maladie.

Elle partage de ce fait le modèle commun à toutes les disciplines médicales. Comme dans les autres spécialités, la sémiologie repère les signes et les symptômes pour les regrouper dans des syndromes. Ensuite, il pourra être diagnostiqué une pathologie. Le traitement sera symptomatique s'il vise l'amélioration des symptômes, et curatif s'il vise à combattre la maladie. Nous retrouvons donc en psychiatrie les trois étages classiques de la médecine : la sémiologie (les signes cliniques), la pathologie (les maladies) et la thérapeutique en réponse aux deux niveaux précédents.

Mais bien que faisant partie de la médecine et ayant comme objet d'étude le psychisme dont l'organe repéré apparaît être le cerveau, il lui est attribué une place particulière. Elle constitue ainsi à elle seule « *une des trois branches de cette médecine qui comprend la médecine, la chirurgie et la psychiatrie* » [5]. Une autre classification oppose facilement, en écho au vieux dualisme de l'âme et du corps, les psychiatres aux somaticiens. Et au sein même de la psychiatrie s'affrontent :

- Les partisans du tout biologique qui estiment que tous les faits psychiques peuvent être compris par le fonctionnement cérébral et qu'il faut trouver les anomalies du cerveau pour expliquer les troubles mentaux et pouvoir les corriger par des traitements physiques (médicaments, stimulations électriques magnétiques, etc.) qui agissent à ce niveau organique (cerveau, neurones, synapses, neuromédiateurs, etc.)

- Et les partisans d'une autonomie psychique qui estiment que l'appareil psychique doit être étudié dans sa spécificité et que l'étude de son support matériel, le cerveau, n'est pas suffisante pour expliquer et soigner les troubles mentaux. Selon les différents courants de pensée, le langage, les affects, les désirs, les traumatismes, l'histoire du sujet, ses relations aux autres, etc... sont retenus pour comprendre le trouble mental et proposer un soin psychothérapeutique.

Ces désaccords et ces oppositions au sujet de la place de notre discipline interrogent. Oui, la psychiatrie fait indéniablement partie de la médecine, mais comme l'affirme Roger GENTIS : « *La psychiatrie déborde la médecine, toute douleur est psychique et la rationalité scientifique sera toujours impuissante à étouffer ses cris* » [49].

La psychiatrie, une médecine à part.

3. En quoi la psychiatrie se définit par une certaine marginalité vis-à-vis de cette médecine ?

3.1 La question du sujet

Alors que la psychiatrie actuelle se remédicalise en cherchant à évincer l'humain de ses pratiques, Edouard ZARIFIAN (1941-2007) nous interpelle avec cette question éthique : « *peut-on prétendre pratiquer une médecine des problèmes mentaux en excluant de nos outils cliniques ce qui fait la particularité de l'humain, son monde intérieur, dont les sources et ramifications s'étendent bien au-delà de l'ici et maintenant ?* » [110].

Faire abstraction de l'être humain apparaît déjà insensé pour la médecine. En effet, l'exercice médical n'est-il pas constitué de pratiques fondées sur des savoirs, des valeurs et des techniques exercés avec et sur des patients ? « *Parce qu'elle est une pratique exercée sur une personne et orientée par un savoir, la médecine est vraiment indissolublement relation et technique, soin et traitement, cure et care* » [79]. Il n'est pas question de remettre en cause la science appliquée à la pratique médicale et chirurgicale mais de mettre l'accent sur l'inscription de la médecine dans les relations sociales.

La psychiatrie quant à elle, médecine du sujet du fait de son objet d'étude qu'est le psychisme humain, se rapproche encore plus de la définition d' « *une science humaine* » [103], c'est-à-dire « *qui porte sur un des aspects de l'individualité de l'homme ou de son activité* » [69]. Or, qui dit humain, dit vie et donc subjectivité.

Nous avons vu à travers les cas cliniques comment le fait d'avoir mis en place une relation thérapeutique qui visait à faire exister le patient, autant que possible, en dehors de tout protocole, a modifié la trajectoire de la maladie et donc la vie du sujet. En effet, à partir du moment où l'équipe soignante acceptait de faire exister la folie, c'est-à-dire lui laissait une place en elle, elle offrait un espace transférentiel qui ouvrait la possibilité d'une subjectivation. Progressivement, le patient se sentant reconnu dans toute sa singularité devenait acteur de sa prise en charge, en s'appuyant sur cette relation intersubjective transférentielle enveloppante et sécurisante car pensante.

Pour permettre la rencontre avec le sujet, il est nécessaire que les soignants puissent être dans une disposition psychique personnelle et collective qui les ouvre à l'accueil de l'autre comme étant un être de désir. Pour cela, ils doivent jouir d'une certaine liberté de pensée et pouvoir être valorisés au niveau institutionnel dans leurs compétences existentielles afin d'établir avec chaque patient des

La psychiatrie, une médecine à part.

liens qui tiennent compte de la singularité de chacun. Ils ne pourront soutenir le patient dans une démarche de subjectivation que si leur position de sujet est préservée au sein des institutions de soins. Or, de nos jours, aliénés au seul discours de la science, nous perdons cette diversité de personnalités et de points de vue au sein des équipes soignantes qui permettaient de façon imprédictible que tel patient transfère plus facilement sur tel soignant ou personnel institutionnel et adhère grâce à cette rencontre aux soins. De même, cette pluralité de pensée donnait lieu à des échanges constructifs (qui dit constructifs ne dit pas forcément aconflictuels) permettant d'approcher au plus près la problématique singulière du sujet et donc de lui créer un espace de soins qui lui soit propre.

En effet, la psychiatrie, à travers son respect inconditionnel de l'humain en chaque patient s'impose comme « *l'art médical par excellence* », d'après Danielle BERGERON [9]. Nous nous retrouvons effectivement à réinventer avec chacun de nos patients des solutions nouvelles face à la résistance qu'apporte la singularité du sujet, l'impact de son esprit et de ses expériences de vie, dans la pratique clinique. Les sciences biologiques et les neurosciences peuvent apporter beaucoup au médecin dans sa pratique clinique mais elles ne pourront jamais être substituées à la créativité propre à son art. Dans chacune des illustrations cliniques de la partie précédente, nous avons eu recours à des protocoles de soins (isolement pour Solange, cadre commun aux patients de la MGEN avec entre-autres un entretien tous les 15 jours avec un médecin, prise en charge au CATTP avec les mêmes activités pour tous les enfants pour David) et à des traitements médicamenteux recommandés et validés scientifiquement pour tel trouble ou symptôme. Mais sans une réflexion collective en réponse à l'impact personnel et institutionnel induit par la rencontre avec la souffrance psychique singulière de chaque patient, nous ayant conduit à une remise en question et à un réaménagement de notre manière de les accueillir et de travailler avec eux, je suppose que Solange, Monsieur D. et David n'auraient pas repris, chacun selon leurs possibilités et à leur rythme, les rênes de leur vie.

C'est pourquoi, la psychiatrie organiciste actuelle se basant sur des preuves scientifiques pour prendre en charge les patients, à l'aide de protocoles et de médicaments, ne doit pas oublier de tenir compte des singularités de chaque sujet et de l'humain dans toutes ses dimensions. Le psychiatre doit rester un artisan de la médecine du fait même de son objet, l'esprit humain, et de son objectif de supporter cet esprit dans sa démarche créative et éthique. Ce n'est que porté par cette attention sensible, d'un cadre de soins réfléchi et adapté au malade, que le soin médical préservera sa force exceptionnelle : celle d'extraire le patient du chaos de sa pathologie, de le préserver de l'effondrement et de la perte de soi, et de le maintenir autant que possible à distance de la folie. Nous verrons ainsi dans un prochain paragraphe quelle importance revêt l'organisation d'une institution psychiatrique afin que les soignants en psychiatrie puissent exercer leur art.

La psychiatrie, une médecine à part.

3.2 Une ouverture épistémologique plus large que celle de la médecine

Prendre en compte la souffrance psychique subjective du patient demande au psychiatre une réflexion élargie sur la personne dans toute sa complexité. Ce qui fait la complexité de l'être humain qui s'adresse à nous comme patient, évoque Danielle BERGERON, « *c'est cette tension constante et conflictuelle entre ses besoins et ses désirs, sa pulsion et son intellect, l'individuel et le collectif, les exigences de la société et les mouvements de son affectivité, les contraintes de la parentalité et les satisfactions personnelles, les objectifs fixés, les choix de vie et les accidents et imprévus d'une vie qui obligent à tout repenser* » [9]. Pour intégrer tous ces paramètres de l'être humain, le psychiatre doit s'ouvrir à des disciplines scientifiques complémentaires voire antagonistes de la clinique au sens strict comme la théologie, l'anthropologie, le droit, la sociologie, la psychologie et la linguistique.

Dans ce mouvement actuel de « *médicalisation de l'existentiel* » [9], nous assistons à un appauvrissement de notre profession de psychiatre par le rejet ou la mise à l'écart de la psychanalyse et des sciences humaines connexes comme moyens de compréhension, sources de réflexion et guides pour notre intervention thérapeutique auprès de nos patients. Le psychiatre, s'il doit évidemment être bien au fait des avancées actuelles considérables des neurosciences, doit aussi s'assurer que le traitement ne soit pas ramené à une seule dimension de l'humain, le biologique, et, avec son patient, continuer de tenir compte des différents aspects de l'être humain et de leur conflictualité.

Les premiers à souffrir de ce réductionnisme d'appréhension de leur subjectivité, via le dogmatisme de la psychiatrie biologique, sont les patients. Combien de patients réduits à leur trouble diagnostiqué comme d'origine génétique se voient condamnés à l'attente passive du produit miracle qui corrigerait le défaut de leur biologie, tout en minant leur espoir d'en finir avec leurs souffrances puisque c'est la prochaine génération qui bénéficierait, semble-t-il, des découvertes à venir ? Combien, si on prend la peine de les écouter, pointent l'inaptitude du médicament à répondre aux interrogations profondes qui entretiennent leur souffrance et leur mal-être ? Combien encore comme Solange, Monsieur D. et David se voient rejetés car nous mettant face à notre impuissance ; leur état ne s'améliorant pas par la mise en place des protocoles et des traitements correspondants aux troubles diagnostiqués ?

Nos patients cherchent en nous autre chose que de bons techniciens, ils nous interpellent, nous soignants, en tant qu'êtres humains doués de capacités relationnelles, afin que nous puissions les accueillir dans toute leur complexité, leur proposer un cadre de soins qui sera personnalisé et les aider chacun à retrouver le chemin de leur subjectivité.

La richesse de la psychiatrie relève justement de cette approche épistémologique plus hétérogène que la médecine d'organe et c'est ce qui lui permet très probablement « *d'avoir un discours sur la singularité du malade plus pertinent que celui que le modèle biologique élabore, même s'il permet des progrès techniques incessants* » [30]. Plusieurs questions telles que la violence, le refus des traitements par les malades, les relations entre le malade et son environnement socio-familial, restent sans réponse dans le modèle biomédical alors qu'une approche empruntant aux sciences de la culture peut permettre de donner du sens et proposer des pistes pour les prendre en charge. Les médecins « du corps » pourraient donc faire appel à nous pour les éclairer sur des situations où le raisonnement expérimental et objectivant ne donne pas de solutions. C'est pourquoi, il me semble important de nous alerter sur le fait que l'avenir de la psychiatrie ne peut pas résider dans l'hégémonie d'un modèle de pensée au détriment d'autres approches. Sinon, c'est la psychiatrie elle-même comme médecine du sujet, qui risque l'extinction par asphyxie de ce qui lui insuffle son originalité. Faut-il en arriver là pour que les pouvoirs publics, la société en général et les autres pratiques médicales prennent conscience de l'intérêt de notre discipline ?

3.3 Une organisation institutionnelle spécifique

Les trois illustrations cliniques démontrent bien l'impact de la psychopathologie des patients sur les équipes soignantes et les institutions.

Le processus identificatoire va en effet forcément avoir lieu dans la relation soignante. Il y a ainsi une pénétration aigüe de la problématique essentielle des patients qui infiltre, en plein ou en creux, aussi bien les états affectifs des soignants qui sont au contact prolongé avec celle-ci, que les institutions qu'ils structurent pour l'accueillir et l'encadrer, et même les théories qu'ils forgent pour tenter de la rendre intelligible. Cette identification est inévitable et apparaît essentielle pour apprivoiser le patient et sa problématique, mais fait peur et est épuisante. Dans les cas de Solange et de Monsieur D., nous avons vu comment le risque de « contamination » par la pathologie du patient était à l'œuvre et quel potentiel destructeur il pouvait avoir sur notre outil de soins essentiel, c'est-à-dire sur la pensée nécessaire à l'élaboration du soin psychique.

Alors comment « *sentir avec le patient* » comme l'évoque Sandor FERENCZI (1873-1933), sans épouser sa pathologie ? [100]. A l'heure actuelle, le risque est plutôt que les stratégies mises en place contre l'identification soient tellement efficaces qu'elles ne permettent plus l'empathie et le soin véritable. Ce fonctionnement défensif aboutit à une désobjectivation des patients et à une grande souffrance des soignants qui perdent le sens même de leur mission.

La psychiatrie, une médecine à part.

C'est là, tel que nous l'avons expérimenté auprès de nos trois patients, qu'apparaît toute l'importance de repenser le cadre professionnel afin de remettre en place des lieux et des temps de réflexion sur notre pratique, afin d'analyser les relations transféro-contre-transférentielles et « *d'éprouver cette juste distance à avoir entre le rejet et l'attachement aux patients* » [79]. L'institution psychiatrique doit intégrer des dispositifs qui fabriquent de l'intermédiaire, qui soutiennent la « *transitionnalité* » [109] tel qu'évoqué par Donald WINICOTT (1896-1971) et concourent à restaurer cet « *arrière plan de sécurité à fonction conteneur* » [63] que représente « *l'appareil à penser* » [11] institutionnel. Bien qu'aucun dispositif ne constitue une assurance contre la prévalence de la mort et de la destructivité meurtrière et mortifère, il convient toutefois de lui donner un site ; de faire exister une instance institutionnelle où une visée de mise en sens est présentifiée. Si ces espaces institutionnels n'existent pas comme dans le cas de Solange, les soignants vont se protéger de manière individuelle contre cette émergence de l'archaïque dans le lien en faisant barrière à toute relation alors que, sécurisés par ces espaces de mise en lien et bien que conscients de l'impact de la folie de l'autre sur leur psychisme, ils accepteront plus facilement d'être malmenés, ayant fait l'expérience de cette « *fonction soignante* » [76] pour eux-mêmes de ces temps de réunions.

Mon expérience d'interne en psychiatrie m'a convaincue que ce partage de la folie n'était envisageable qu'à travers un travail en équipe. Nous avons besoin de nous appuyer sur ce travail d'élaboration et de mise en sens à plusieurs de la problématique des sujets accueillis dans nos institutions pour pouvoir nous engager personnellement et accepter d'être le réceptacle d'une part de folie de l'autre. Comme le dit Jacques HOCHMANN : « *Il est vain d'espérer trouver un jour le repos de l'esprit lorsqu'on fait ce métier là, parce que nous sommes toujours occupés à nous défendre contre la psychose (qui menace toutes nos certitudes) et qu'il ne saurait en être autrement à moins d'y sombrer aussi* » [49]. Le travail en équipe tel que proposé par le modèle de la psychothérapie institutionnelle me semble pouvoir représenter ce rempart qui nous évite individuellement d'être anéanti par la souffrance psychique de l'autre. L'efficacité de ce travail de parole, quand il se déploie sur une modalité démocratique au plan institutionnel, c'est-à-dire un travail de parole à plusieurs dans le cadre de réunions entre soignants où chacun peut verbaliser son vécu transférentiel avec le patient, a fait ses preuves. Pour que ces réunions soient facilitatrices de la circulation de la parole et rendent possible la prise en compte du transfert, la hiérarchie statutaire doit être doublée d'une « *hiérarchie subjectale* » [32]. En effet, bien que les statuts des membres d'une équipe soient assortis de rôles prévus par les codes professionnels, les rencontres entre sujets humains peuvent se produire sur d'autres logiques, affectives, identificatoires et autres qui assignent aux soignants des fonctions plus en rapport avec leurs histoires subjectives qu'avec leur statut professionnel. Il peut être utile de conjuguer les deux aspects, ce qui peut ouvrir la porte des transferts. La synthèse de ces

vécus va ainsi permettre de dessiner une « *constellation transférentielle* » [32] pour chaque patient, dans laquelle se jouent la réflexion psychopathologique, la compréhension progressive du sens des symptômes du patient, les discussions sur le dispositif créé à son intention, ses rapports avec le monde et avec nous, et l'évolution de sa maladie.

C'est cette organisation singulière qui donne à l'institution psychiatrique son statut soignant. Elle lui permet de rester du côté du vivant, de se montrer mobile, active et créative afin de créer un véritable espace transitionnel de soins et de faire tiers dans le rapport du soignant avec le soigné. Ce n'est que dans ce cadre qu'elle occupe alors dans ce cas sa fonction d'espace social contenant, modèle d'un fonctionnement parlé et non agi. Cette manière de travailler en psychiatrie est en rupture avec le modèle médical classique que l'on tente de nous imposer, où prévaut au contraire un modèle autoritaire, hiérarchique et rigide qui ne laisse pas de place à l'imprévisibilité de la rencontre humaine et donc au transfert.

3.4 Un abandon de la toute puissance médicale

Pour accompagner les patients en psychiatrie, il nous faut bien nous appuyer sur une ou plusieurs théories qui prennent sens pour nous, afin de ne « pas perdre la tête ». Mais n'oublions pas qu'une théorie se révèle toujours insuffisante, toujours lacunaire, toujours précaire et toujours mise en porte à faux à un moment, comme tout ce qui risquerait de se figer en certitude. Dans cette rencontre avec l'autre, le patient, nous sommes sans cesse amenés à vivre la perte d'une position de savoir et d'expertise. Cela demande au médecin notamment, de cesser par moments d'être celui qui sait pour écouter, le patient ayant en effet beaucoup à nous apporter à travers son histoire et son vécu de la pathologie. C'est l'expérience faite de rencontres intersubjectives singulières qui va enrichir notre connaissance de la folie et de l'être humain. Ainsi avec David, face à notre impuissance et au risque de rejet qui surgissait, nous avons dû remettre en question le cadre proposé, qui ne permettait pas d'aller à sa rencontre. Cela nous a conduits à proposer une approche plus corporelle par le biais de séances de psychomotricité individuelles. Pour ma part, observer et me recentrer sur cette dimension corporelle chez David, notamment sa manière de se mouvoir et d'habiter son corps était très nouveau pour moi, plutôt habituée à considérer l'échange verbal avec le patient. Et pourtant c'est d'avoir pu lâcher prise dans mes habitudes qui m'a permis de rentrer en relation avec David, d'être touchée et de comprendre ce jeune garçon faisant face à un risque d'effondrement et de morcellement permanent. Je ne percevais alors plus ce flot hémorragique de paroles émaillé d'insultes et de provocations comme une agression mais bien comme une manière de se protéger en nous tenant à distance. C'est pourquoi l'enfermement dans une théorie qui en devient dogmatique m'apparaît être un grand danger en psychiatrie puisqu'elle empêche la rencontre intersubjective et La psychiatrie, une médecine à part.

l'empathie nécessaires à l'alliance thérapeutique qui passe aussi par le plaisir d'être ensemble et peut aller jusqu'à l'abandon du patient vécu comme insatisfaisant puisque nous mettant face à notre impuissance.

La pratique de la psychiatrie est une aventure humaine quotidienne qui nous confronte indéniablement à nos limites et à celles de nos théories qui, pour rester scientifiques, se doivent d'évoluer en fonction de la clinique de nos patients. Côté la folie nous apprend aussi la patience face à une temporalité psychique immaîtrisable, à renoncer à cette capacité de maîtrise du devenir du patient et à notre capacité de guérir une fois pour toutes. Etre psychiatre nous demande donc d'assumer une certaine impuissance médicale, ce qui est en contradiction avec le paradigme médical qui aujourd'hui encore propose comme seul objectif respectable au médecin la guérison et ignore délibérément les notions d'accompagnement, d'amélioration, de prévention des aggravations, notions peu nobles qu'il laisse aux paramédicaux.

Il nous est de plus difficile de faire entendre à notre société cette notion d'imprévisibilité en psychiatrie, notamment lorsque surgissent des histoires rapportées par les médias où des patients sortent de l'hôpital et commettent des violences, des crimes. La prédictibilité est compliquée en psychiatrie et le risque zéro n'existe pas. Or, dans notre société hypermoderne, cette angoisse existentielle de notre fin programmée nous fait exiger de l'Etat qu'il soit garant de notre intégrité. Jamais, nous n'avons entendu autant de discours politiques brandir cette thématique du « tout sécuritaire ». C'est ainsi que poussée par ce mouvement sociétal, la psychiatrie tend elle aussi à répondre à ce besoin de sécurité et de contrôle, et quoi de plus simple pour se faire que d'objectiver l'être humain et de mettre en avant une psychiatrie organiciste, qui sans complexe fait illusionner qu'à l'aide de traitements médicamenteux nous viendrons à bout de cette folie humaine faite de dérèglements chimiques au niveau cérébral.

CONCLUSION

Dans leur rapport de septembre 2003, missionné par le ministre de la santé afin de proposer un plan d'actions ciblé sur la réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale, les psychiatres Philippe CLERY-MELIN, Vivianne KOVESS et Jean-Charles PASCAL ont réaffirmé « *la mission première de la psychiatrie comme discipline médicale* » tout en définissant cette discipline comme « *à la fois une médecine comme une autre et autre chose qu'elle, du fait de son objet : l'esprit humain* » [26]. C'est cet « autre chose » qui pour moi, donne toute sa valeur et son utilité à la psychiatrie et que j'ai souhaité défendre dans ce travail.

Dans la première partie de cette thèse, un retour en arrière nous a éclairés sur les circonstances de la naissance de notre discipline ainsi que sur son développement chaotique au fil des âges. Cette médecine spéciale comme la qualifiait Philippe PINEL s'est donc fondée et vit sur de nombreux paradoxes qui la fragilisent :

- Paradoxe de la subjectivité, les aliénistes ont démontré que « *le fou était à la fois un autre, mu par une force étrangère à la raison et un pareil, profondément semblable à tout un chacun dans sa colère, dans sa haine, dans sa tristesse, dans ses amours ou dans ses rêves* » [58, p.13]. Cela leur permettait d'entrer en relation avec eux, qui n'étaient plus considérés comme des bêtes mais comme des êtres humains à part entière. Par conséquent il n'y avait plus de frontière absolue entre le normal et le pathologique.

- Paradoxe d'une médecine sans lésion organique. Du moins, pour le moment nul n'a pu trouver une quelconque lésion macro ou microscopique généralisable à tous les patients étiquetés sous un même diagnostic. D'où un diagnostic psychiatrique qui apparaît plus comme un repère psychosociologique temporaire et commode, plutôt que la nomination rigoureuse d'un processus pathologique caractérisé par une atteinte définie du fonctionnement d'un organe ou d'un système organique. Ce qui fait que la frontière entre le normal et le pathologique déjà très floue varie selon les époques et les cultures. Comme le disait avec justesse le docteur Petiot, sérial killer célèbre : « *on ne sait jamais si on est fou ou si on ne l'est pas, on ne peut être fou que par comparaison* » [58].

- Mais malgré tout une médecine! Depuis le concept d'aliénation mentale au 19ème siècle qui a confirmé le caractère pathologique des troubles mentaux. Progressivement, on a assisté à la construction d'un savoir psychiatrique qui a permis aux aliénistes puis aux psychiatres de revendiquer une identité médicale.

- Paradoxe de détenir à la fois une fonction thérapeutique mais aussi une fonction sociale de maintien de l'ordre public. La société s'est toujours déchargée sur la psychiatrie des sujets potentiellement dangereux ou qui troublaient l'ordre social. Comment assumer cette fonction de coercition tout en prodiguant des soins ?

C'est ainsi que l'histoire de la psychiatrie est émaillée des intolérances de la société à ses paradoxes ainsi qu'aux diverses tentatives faites pour obliger les psychiatres à quitter une position perçue comme scandaleuse, qui fait d'eux des persécuteurs autant que des complices des fous mais surtout des professionnels qui revendiquent leur statut de médecin tout en gardant une certaine liberté dans leurs pratiques et leurs théories vis-à-vis du monde médical organiciste. Cette histoire parle aussi de leur soumission à ces tentatives ainsi que de leurs résistances pour garder leur statut de médecin ou à l'inverse pour préserver leur statut de marginaux sécants. Et cela perdure ! La psychiatrie du 21ème siècle fait face de nouveau à un bouleversement majeur du cadre socioculturel, qui a pour conséquence de faire chavirer notre discipline du côté d'une surmédicalisation. « *C'est l'idéologie biologisante qui a désormais le vent en poupe* » [49] et qui cherche à nous illusionner sur le fait que les neurosciences vont nous dévoiler demain les secrets de la folie.

Dans notre deuxième partie, nous avons vu que la souffrance psychique et « la folie » viennent révéler une part de mystère de l'être humain. C'est cet immaîtrisable, cet incompréhensible, cet imprévisible qui dérangent notre société hypermoderne avide d'objectivable, de transparence et de maîtrise. Cette remise en cause de la scientificité de la psychiatrie semble finalement parler de l'angoisse de notre monde occidental face à l'altérité et quoi de plus étranger que ce « fou » dans lequel on ne se reconnaît pas ou qui en miroir nous fait prendre conscience de cette part d'inconnu chez nous.

Nous assistons alors dans ce contexte à une remédicalisation de la psychiatrie, sous l'égide des neurosciences notamment, qui vient répondre aux attaques sociétales et qui se développe sous l'emprise du modèle gestionnaire. La psyché humaine se voit alors objectivée, réduite à des mécanismes et des fonctionnements biologiques concrètement descriptibles, ce qui aboutit progressivement à « *l'avènement de l'homme neuronal* » [20]. On nous fait alors croire que l'individu désormais déshumanisé et segmenté, totalement évaluable n'échappera plus à notre contrôle.

La psychiatrie, une médecine à part.

Mais peut-on se satisfaire de ce projet de toute puissance en psychiatrie ? Penser le soin médical implique, à mon avis, de relativiser la puissance de notre emprise technique. Les ressources internes de l'individu et le traitement médical ne suffisent pas à rétablir une santé dont la restauration dépend également des conditions subjectives de la prise en charge globale du sujet. Michael BALINT le disait lui-même « *le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine est le médecin lui-même* » [6]. Nous voyons donc bien que l'évincement de l'être humain et de cette part relationnelle du soin risque d'altérer la qualité du soin et d'autant plus en psychiatrie où il nous faut nous adapter à la singularité de chaque sujet. En effet, notre projet de soin n'est pas de formater les patients pour les conformer à un modèle de sujet acceptable et présentable pour la société à un moment donné, mais de restituer à chacun cette vie psychique qu'il fuit et projette afin qu'il acquiert progressivement une autonomie psychique.

Cela demande aux soignants en psychiatrie un fort engagement psychique puisqu'ils vont se faire réceptacle de la vie psychique d'un autre, un temps donné. Ils ne pourront accepter cette charge et en faire quelque chose que si l'institution les protège de la destructivité de cette souffrance psychique mortifère. Or la désinstitutionnalisation actuelle et la négation de l'importance du travail à plusieurs en psychiatrie empêchent ce portage, ce holding pourtant si indispensable. Nos politiques semblent ne pas avoir intégré ce fait essentiel, c'est-à-dire que la souffrance psychique peut avoir des effets dévastateurs sur l'organisation de l'institution psychiatrique et qu'elle ne peut pas être gérée telle une entreprise lambda.

Enfin à la lumière des apports théoriques et des cas cliniques développés dans nos deux dernières parties, nous avons démontré que c'est grâce à sa marginalité au sein de la médecine que la psychiatrie peut s'assurer les fondements d'un statut professionnel. En effet, il y a là :

- Un savoir, affilié au monde médical mais distinct de lui par ses multiples emprunts aux sciences de la culture,
- Un savoir-faire qui nécessite une réflexion sur la singularité des malades et sur l'outil institutionnel,
- Et une éthique qui la fait réformer les institutions de soins dans le but de mieux soigner les patients et de servir la démocratie, qui lui sont propres.

Et surtout par cette position décalée, les psychiatres s'attribuent une valeur fondamentale du statut professionnel qui pourrait bien faire défaut à la médecine ultra-technique : l'autonomie.

La psychiatrie, une médecine à part.

Asphyxier la créativité, l'originalité et la liberté de pensée en psychiatrie accroît l'emprise du modèle gestionnaire sur nos pratiques et nous conduit vers un monde terne, froid et ennuyeux où la haine, du fait de la déshumanisation, tend à prendre le dessus. Or, c'est justement grâce à la marginalité dérangeante de disciplines telle que la psychiatrie, que les avancées scientifiques, les recherches et les évolutions socioculturelles de notre monde hypermoderne se voient confrontées malgré elles à une réflexion sur l'être humain, réduisant alors les dégâts d'une science exaltante et toute puissante qui préfèrerait oublier le sujet.

Il m'apparaît donc urgent de redonner à la psychiatrie son sens initial de gardien de la santé psychique et de refuge pour la parole excentrique marginalisée ainsi que de délivrer le patient de l'interdit de penser et de parler que l'approche biomédicale et scientifique risque d'induire.

Alors que faire face à cette emprise ? Bien qu'il paraisse normal de rendre des comptes sur l'utilisation des ressources allouées et d'envisager l'évolution de nos modèles, il paraît moins acceptable d'organiser, au nom de la rationalisation, le renoncement à une certaine conception de la psychiatrie. « *N'avons-nous pas à certains moments un devoir de désobéissance civique ?* » [100] interroge Marcel SASSOLAS au sens où il nous faut aussi envisager les moyens de défendre nos institutions et de préserver certaines spécificités à la psychiatrie.

Plusieurs points me semblent fondamentaux à défendre :

- Préserver l'existence de divers courants en psychiatrie. Il paraît en effet nécessaire que chaque discipline accepte cette différence tout à fait légitime et conserve son identité propre, en prenant sans crainte en considération l'intérêt de ce que l'autre discipline peut apporter dans un dialogue reposant davantage sur la complémentarité que sur les jugements de valeur ou la compétition. Nous disons oui aux neurosciences car le psychiatre doit savoir utiliser honnêtement les avancées de la science pour jouer son rôle d'intégrateur et assurer la cohérence du traitement. Mais nous refusons l'impérialisme du biologique surtout après en avoir éprouvé les limites dans notre pratique quotidienne.

- Restaurer du collectif, dans un quotidien où chaque soignant se retrouve de plus en plus souvent isolé dans sa pratique quotidienne et dans la rencontre avec la folie. Cette solitude conduit à un désengagement des soignants auprès des patients et à un désintérêt pour la psychiatrie véhiculée comme trop éprouvante. C'est là tout l'intérêt des groupes d'élaboration, véritables espaces de déprise potentielle qui permettent de reconstruire des différences entre les temps cliniques et des temps d'évaluation et d'accéder à d'autres formes de pensées que celles d'une quantification froide.

La psychiatrie, une médecine à part.

- Valoriser l'intérêt d'une formation spécifique des soignants en psychiatrie afin qu'ils puissent s'engager en étant théoriquement nourris par une variété d'approches mais aussi en étant préparés à cette véritable transformation intérieure que requiert la rencontre avec l'altérité et notamment la folie. La formation doit aussi comprendre des enseignements sur l'institution, authentique outil de soins.

- Et enfin, trouver de nouveaux modèles d'évaluation que ceux qui prolifèrent avec la bureaucratie des expertises, leurs dispositifs de certification conforme et inerte, ou encore les « conflits d'intérêt » qui planent parfois sur les membres des commissions. Il nous faut réfléchir à des méthodes qui prennent en compte la spécificité de l'objet d'étude en psychiatrie qu'est l'esprit humain.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature

Nicolas Georgieff
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 15.02.2016
08 AVR. 2016

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est

Professeur Jérôme ETIENNE *



VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales

Professeur François-Noël GILLY



TABLE DES MATIÈRES

Introduction	2
1. Souffrance actuelle des soignants en psychiatrie	2
2. Le choix de la psychiatrie et le désir de se battre pour une pratique clinique plus humaniste, adaptée à la singularité de chacun.....	3
3. Cadre de la réflexion.....	4
Partie A : Naissance et Evolution de la psychiatrie a travers l’histoire de la médecine.....	6
1. L'Antiquité	6
1.1 Le monde gréco-romain	6
1.2 Le monde hébraïque	8
2. Le Moyen-âge	8
3. De la Renaissance au siècle des Lumières	10
3.1 De l’assistance à l’enfermement : l’avènement du pouvoir absolu et de l’ordre social	10
3.2 L’arrivée de la folie dans le champ médical	12
4. Fin 18 ^{ème} siècle-Début 19 ^{ème} siècle : Naissance de la psychiatrie et du concept d’aliénation mentale	14
4.1 La Révolution française et l’essor de la médecine	14
4.2 Philippe PINEL et l’avènement de la psychiatrie.....	15
4.2.1 Une nouvelle vision de la folie	15
4.2.2 Abandon de la folie pour l’Aliénation mentale	17
4.2.3 Le traitement moral	17
4.2.4 La création de l’asile.....	18
4.2.5 La naissance de la psychiatrie	19
5. La psychiatrie au 19 ^{ème} siècle	21
5.1 L’aliénisme rejoint la médecine en s’éloignant de son objet originaire	21
5.2 Quelques grands noms de ce siècle	22
5.2.1 Franz-Joseph GALL (1758-1828) et la localisation cérébrale de la maladie mentale avec la phrénologie	22
5.2.2 Etienne-Jean GEORGET (1795-1828) et la préservation de la médecine mentale	23
5.2.3 Antoine-Laurent BAYLE (1799-1858) et la cause organique de la maladie mentale enfin identifiée	23
5.2.4 La fondation de la Société médico-psychologique.....	24
5.2.5 Jean-Pierre FALRET (1794-1870), de l’aliénation aux maladies mentales	25
5.2.6 Benedict-Augustin MOREL (1809-1873) et la théorie de la dégénérescence ...	25
6. La psychiatrie au 20 ^{ème} siècle	27
6.1 La psychiatrie d’avant la seconde guerre mondiale.....	27
6.1.1 Déclin de l’aliénisme.....	27
6.1.2 Deux figures marquantes de ce début de 20 ^{ème} siècle.....	28
6.2 La psychiatrie d’après la seconde guerre mondiale.....	29

6.2.1	La véritable transformation du monde asilaire.....	29
6.2.1.a	La psychothérapie institutionnelle.....	29
6.2.1.b	La psychiatrie affirme son identité.....	31
6.2.1.c	La création du secteur.....	31
6.2.2	L'avènement de la psychanalyse.....	32
6.2.3	Arrivée de thérapeutiques actives.....	34
6.2.4	La psychiatrie contestée (1960-1970).....	34

Partie B : Bouleversements actuels du métacadre socioculturel et conséquences sur la pratique psychiatrique..... 36

1.	Caractéristiques des transformations contemporaines du cadre socioculturel.....	36
1.1	La mutation hypermoderne de notre société occidentale.....	36
1.2	Création d'un nouveau système de pensée.....	38
1.3	Négation du besoin de pensée et uniformisation des individus.....	40
1.4	Mutation du rapport de confiance.....	40
1.5	Modification du rapport au temps.....	41
1.6	Changement généalogique.....	42
2.	Les conséquences en psychiatrie des évolutions socioculturelles de notre époque... 43	
2.1	Remédicalisation de la psychiatrie sous la férule des Neurosciences.....	44
2.1.1	Essor des neurosciences et objectivation du sujet.....	44
2.1.2	Hégémonie du modèle neuroscientifique, les dérives de la pensée unique....	48
2.1.3	L'illusion de toute puissance du modèle médical.....	51
2.2	Dégradation de la contenance institutionnelle et souffrance des soignants.....	52
2.2.1	Une fonction articulaire fragile mise à mal.....	52
2.2.2	Perte de sens de leur fonction de soignant.....	53
2.2.2.a	Souffrance éthique des soignants.....	53
2.2.2.b	« La maladie du soignant ».....	54
2.2.2.c	Perte du plaisir à penser et Perte du désir de soigner.....	55
2.2.3	Structuration défensive de l'institution et conséquences pour la prise en charge des patients.....	56

Partie C : Illustrations cliniques..... 58

1.	Solange, une jeune fille de seize ans hospitalisée pour la cinquième fois dans le cadre d'une anorexie mentale restrictive.....	59
1.1	Présentation du cas.....	59
1.1.1	Biographie.....	59
1.1.2	Antécédents et histoire de la maladie.....	61
1.1.3	Observation clinique.....	63
1.1.3.a	Nouvelle hospitalisation : cadre de soins.....	63
1.1.3.b	Modification du cadre de soins à quinze jours.....	65
1.1.3.c	Prescription de RISPERIDONE.....	66
1.1.3.d	Suite de la prise en charge.....	66
1.2	Description et analyse de la relation de soins aux différents temps du suivi.....	67
1.2.1	A l'admission (février 2014).....	67
1.2.2	La décision d'isolement (mi-février 2014).....	69

1.2.3	La période d'isolement (de mi-février à début mai 2014, date de mon départ)	71
1.2.4	Etat des lieux à la fin de mon stage (mai 2014)	75
1.2.4.a	Solange	75
1.2.4.b	L'équipe soignante	76
1.2.4.c	La famille	77
1.3	Analyse du cas	78
1.3.1	Impact de la psychopathologie anorexique sur les soignants et l'institution soignante	78
1.3.2	Importance du travail de mise en pensée, de symbolisation de la souffrance psychique de la patiente dans l'équipe soignante	79
2.	David, un enfant de dix ans, pris en charge en cothérapie avec une psychomotricienne	81
2.1	Présentation du cas	81
2.1.1	Anamnèse	81
2.1.2	Début des soins de David : vers l'âge d'un an	83
2.1.3	Scolarité	84
2.1.4	Soins au CATTP	85
2.1.4.a	L'arrivée de David sur le CATTP et les deux premières années de prise en charge	85
2.1.4.b	Mon arrivée en tant qu'interne au CATTP	86
2.1.4.c	David, une fin de prise en charge au CATTP ?	88
2.1.5	Prise en charge individuelle en psychomotricité	89
2.1.5.a	Début de la prise en charge	89
2.1.5.b	Suite de la prise en charge après mon départ	92
2.1.6	La surprenante évolution de David	93
2.2	Analyse du cas	94
2.2.1	Le fragile équilibre de l'institution soignante en psychiatrie	94
2.2.2	Intérêt d'un réaménagement de la prise en charge afin d'aller à la rencontre du sujet et de pouvoir mettre en pensée sa problématique	95
3.	Monsieur D., un homme de quarante- trois ans pris en charge dans un hôpital de jour suite à plusieurs hospitalisations pour passage à l'acte suicidaire	97
3.1	Présentation du cas	97
3.1.1	Début de la prise en charge sur l'hôpital de jour	99
3.1.2	Etat de crise/ tension de Monsieur D. difficile à contenir à l'HDJ → décision d'hospitalisation	103
3.1.3	Retour d'hospitalisation et nouveau cadre thérapeutique	105
3.2	Analyse du cas	106
3.2.1	Impact de la psychopathologie narcissique identitaire (ou des pathologies de l'agir) sur les soignants et l'institution	106
3.2.2	Importance d'un travail d'élaboration à plusieurs autour de la mise pensée des passages à l'acte du patient et intérêt de l'appui sur un réseau de soin/s	108

Partie D : La psychiatrie, un statut de discipline marginale sécante au sein de la médecine..... 110

1.	La psychiatrie, définition	110
----	----------------------------	-----

La psychiatrie, une médecine à part.

2. La psychiatrie, une discipline médicale	111
3. En quoi la psychiatrie se définit par une certaine marginalité vis-à-vis de cette médecine ?	112
3.1 La question du sujet	112
3.2 Une ouverture épistémologique plus large que celle de la médecine	114
3.3 Une organisation institutionnelle spécifique	115
3.4 Un abandon de la toute puissance médicale	117
Conclusion	119
Table des matières.....	124
Bibliographie	128

BIBLIOGRAPHIE

1. ARISTOTE. *De l'âme*. Paris : Flammarion, 1993.
2. AULAGNIER Piera. *La Violence de l'interprétation*. Paris : PUF, 1975.
3. AULAGNIER Piera. *Le droit au secret : condition pour pouvoir penser*. In *La pensée interdite*. Paris : PUF, Presses Universitaires de France, 2009, p.15-41.
4. AUTRET Dominique. *La prise en charge d'une patiente souffrant d'anorexie mentale en médecine pour adolescents*. Soins Pédiatrie-Puériculture, n°245, décembre 2008.
5. BAILLON Guy. *Rencontre de la psychiatrie et de la médecine : opposition ou complémentarité ?* Nervure, tome 6, n°8, octobre 1993.
6. BALINT Michael. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 2003.
7. BEIRNAERT Louis. *Relire Ignace de Loyola après Freud, Lacan et quelques autres in Aux frontières de l'acte analytique*. Paris : Seuil, 1987.
8. BERGERET Jean. *L'incertaine subtilité des limites nosologiques : une écoute psychanalytique de la psychopathologie de l'adulte*. Revue française de psychanalyse, n°60, 1996/2, p. 299-326.
9. BERGERON Danielle. *Les enjeux de la psychiatrie actuelle et son avenir. Pour une psychiatrie clinique éthique*. Revue Santé mentale au Québec, volume 30, n°1, p.197-214, 2005.
10. BERNARD Alix. *Le contre-transfert somato-psychique comme outil thérapeutique avec les enfants autistes et déficients sensoriels*. Psychothérapie, 2010, Vol. 30, n°2, p75-82.
11. BION Wilfried R. *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF, collection Bibliothèque de psychanalyse, 2003.
12. BOURGEOIS M.L. *Evidence-based medicine and psychiatry*. Annales Médico-Psychologiques, n° 163, 2005, p.734-739.
13. BRAMBILLA F and Coll. *Olanzapine- induced weight gain in anorexia nervosa: Involvement of leptin and ghrelin secretion?* Psychoneuroendocrinology n°32, p.402-406, 2007.
14. BRAND Stewart. *L'Horloge du Long Maintenant*. Editions Tristram, 2012.
15. CABANIS Pierre Jean Georges. *Rapports du physique et du moral de l'homme*. Volumes 1 et 2. Paris : Crapart, Caille et Ravier, 1802.
16. CASTEL Robert. *La gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse*. Les Editions de Minuit, collection le sens commun, 1981.
17. CASTEL Robert. *L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme*. Broché, 1977.
18. CERTEAU Michel (de). *La faiblesse de croire*, texte établi et présenté par Lucie GIARD, Paris : Le Seuil, 1987.
19. CHAMAK Brigitte. *Interventions en autisme : Evaluations et Questionnements*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2015.
20. CHANGEUX Jean-Pierre. *L'homme neuronal*. Paris : Fayard, 1983.
21. CHARLES Sébastien. *De la postmodernité à l'hypermodernité*. Revue Argument, volume 8 n°1, automne 2005-hiver 2006.

22. CHASSEGUET-SMIRGEL Janine. *Déjudaïsation de la psychanalyse ?* In Trigano S, édition Psychanalyse et Judaïsme. Paris : Press éditions, 1999.
23. CHASSEGUET-SMIRGEL Janine. *Le corps comme miroir du monde*. Paris : PUF, collection le fil rouge, 2003.
24. CHASSEGUET-SMIRGEL Janine. *La maladie d'idéalité*. Paris : L'Harmattan, 2000.
25. CHEBILI Saïd. *Malaise dans la psychiatrie*. Paris : L'Harmattan, 2012.
26. CLERY-MELIN Philippe, KOVÉSS Vivianne et PASCAL Jean-Charles. Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. Rapport d'étape de la mission CLERY-MELIN remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées le 15/09/2003. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-3.pdf
27. COMBES Colette. *Soigner l'anorexie*. Paris : Dunod, 2009.
28. COMBES Colette et MORASZ Laurent. *Soigner l'anorexie*. Santé mentale, n°87, p.16-64, avril 2004.
29. CORCOS Maurice. *Le DSM est la bible des pys et des mutuelles*. Carnets de santé, février 2012.
30. DANET François et GANSEL Yannis. *Dépasser le malaise et les impasses défensives de la psychiatrie contemporaine*. L'information psychiatrique 2007/4, volume 83.
31. DANET François. *La psychiatrie, une spécialité marginale dans la modernité*. L'information psychiatrique, 2013/1, volume 89, p. 33-41.
32. DELION Pierre. *Accueillir et soigner la souffrance psychique, introduction à la psychothérapie institutionnelle*. Paris : Dunod, 2011.
33. DELION Pierre. *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*. Perspectives psy, 2012/4, volume 51, p.342-345.
34. DELION Pierre. *Cà continue...Pour que ça continue la fonction phorique*. Colloque AMPI 8 et 9 octobre 2010.
35. DIET Anne-Lise. *Reine, le management et la secte*. Connexions 73, Sectes, emprise et manipulation, Toulouse, érès, 2000, p.175-185.
36. DIET Emmanuel. *L'homme procédural. De la perversion sociale à la désobjectivation aliénante*. Connexions 79, Les procédures comme organisateur institutionnel, Toulouse, érès, 2003.
37. DOREY Roger. *La relation d'emprise*. Nouvelle revue de psychanalyse, 24, L'emprise, Paris : Gallimard, 1981.
38. EY Henri. *Discours d'ouverture livre blanc de la psychiatrie*. Toulouse. Privat, 1965.
39. EY Henri. *Manuel de Psychiatrie*. Paris, quatrième édition, 1974, p. 58.
40. FALRET Jean-Pierre. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Sciences En Situation, 1998.
41. FEDIDA PIERRE. *La parole et le pharmakon*. Revue internationale de psychopathologie, n°21, p.27-42.
42. FOUCAULT Michel. *Histoire de la Folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard, 1972, (Collection TEL)
43. FOUCAULT Michel. *Naissance de la clinique*. Paris : PUF, collection quadrige, 2015.
44. FREIDSON Eliot. *La profession médicale*. Paris : Payot, 1984.
45. FREUD Sigmund. *Au-delà du principe de plaisir*. Paris : Payot, 2010.

La psychiatrie, une médecine à part.

46. GAILLARD Georges et PINEL Jean-Pierre. *L'analyse de la pratique en institution : un soutien à la professionnalité dans un contexte d'emprise gestionnaire*. Nouvelle revue de psychosociologie, Erès, 2011/1, n°1, p.85-103.
47. GAILLARD Georges. *La généalogie institutionnelle et les écueils du travail d'historisation : entre filicide et parricide*. Connexions 76/2, Transitions, Vie professionnelle, Toulouse : Erès, 2002.
48. GAILLARD Georges. *Tensions dans les institutions, généalogie, déliaison et emprise gestionnaire*. CREA PACA et Corse. Actes de la journée régionale du 16 novembre 2012. IRTS Marseille. La place des chefs de service et des cadres intermédiaires dans les institutions.
49. GENTIS Roger. *La psychiatrie, ça sert à quoi au juste ?* Chroniques de la Quinzaine. Paris : Erès, collection Des travaux et des jours, 2010.
50. GEORGET Etienne. *De la folie*. L'harmattan, collection Psychanalyse et Civilisations, 1999.
51. GODART and Coll. A randomized Controlled Trial of Adjunctive Family Therapy and Treatment as Usual Following Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa Adolescents. PloS ONE, volume 7, janvier 2012.
52. GOLDSTEIN Jan. *Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française*. Synthélabo, 1997, collection Les empêcheurs de penser en rond.
53. GOLSE Bernard, SIKSOU Jocelyne. *L'ancrage corporel des systèmes de symbolisation précoces*. Devenir, 1991, vol. 3, n° 2, p. 63-71.
54. GORI Roland. *Le nouveau totalitarisme de la pensée simplificatrice*. L'Humanité, mercredi 22 février 2012.
55. GUISSÉAU-GOHIÉRE Mickaëlle and Coll. *Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale*. L'information psychiatrique, volume 83, 2007/5.
56. HAS, Haute autorité de santé. « *Anorexie mentale : prise en charge* ». Recommandations de bonne pratique, juin 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf
57. HAS, Haute autorité de santé. « *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent* ». Recommandations de bonne pratique, mars 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf
58. HOCHMANN Jacques. *Les antipsychiatries, une histoire*. Paris : Odile Jacob, 2015.
59. HOCHMANN Jacques. *La théorie de la dégénérescence de Benedict-Augustin Morel, son origine et son évolution*. Paris : PUF, collection Darwinisme et société, 1992.
60. JACQUELIEN J.G HILLEBRAND and Coll. *Olanzapine reduces physical activity in rats exposed to activity-based anorexia : Possible implications for treatment of anorexia nervosa ?* Society of Biological Psychiatry, n°58, p. 651-657, 2005.
61. JEAMMET Philippe. *L'anorexie aujourd'hui*. Santé mentale, n°168, p.41-45, mai 2012.
62. JEAMMET Philippe. *L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires*. Neuropsychiatrie de l'enfance, n°41, p.235-244, 1993.
63. KAES René. *Analyse intertransférentielle, fonction alpha et groupe-conteneur*. L'évolution psychiatrique, n°12, p.239-247, 1976.
64. KAES René. *Les alliances inconscientes*. Paris : Dunod, Broché, 2014.

La psychiatrie, une médecine à part.

65. KAES René. *L'idéologie, études psychanalytiques*. Paris : Dunod, 1980.
66. KAES René, FUSTIER Paul, ENRIQUEZ Eugène, ROUSSILLON René, VIDAL Jean-Pierre, FORNARI Franco et BLEGER José. *L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques*. Paris : Dunod, collection Inconscient et Culture, 2012.
67. LANTERI-LAURA Georges. *L'objet de la psychiatrie et l'objet de la psychanalyse*. L'évolution psychiatrique, n° 70, p.31-45, 2005.
68. LANTERI-LAURA Georges. *Psychiatrie in Encyclopaedia Universalis*. Paris, 1968.
69. LAROUSSE (dictionnaire). www.larousse.fr
70. LEBRUN Jean-Pierre. *Un monde sans limite*. Erès, collection Psychanalyse, 2009.
71. LE GRANGE D. *Family therapy for adolescent anorexia nervosa*. Journal clinique de psychologie, n°55, p.727-739, 1999.
72. LEHMANN Jean-Pierre. *Ce que prendre soin peut signifier*. Erès, Le Coq Héron, n°80, p.50-54, 2005/1.
73. LEONARD T., FOULON C., GUELFY JD. *Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte*. Encyclopédie Médico-chirurgicale Psychiatrie, article 37-105-D-10, p.1-21, 2005.
74. LEVI-STRAUSS Claude. *Tristes Tropiques*. Paris : Plon, p.39, 1955.
75. LIPOVETSKY Gilles et CHARLES Sébastien. *Les temps hypermodernes*. Paris : Grasset, 2004.
76. LUCA- BERNIER Catherine (de). *Logique du soin en psychothérapie institutionnelle*. Erès, Le Coq Héron, n°206, p. 98-106, 2011/3.
77. LUXEREAU Catherine. *Psychiatrie en médecine : « la confusion des langues »*. Champ psy 2001/3, n°23, p.157-174.
78. LYOTARD Jean-François. *La condition postmoderne*. Les éditions de minuit, collection « critique », 1979.
79. MARIN Claire et WORMS Frédéric. *A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*. Paris : PUF, 2015.
80. MILNER Marion. *La folie refoulée des gens normaux : quarante- quatre années d'explorations psychanalytiques*. La maison jaune. Toulouse : Erès, 2008.
81. MORO Marie-Rose et BENOIT Jean-Pierre. *Anorexie et boulimie de l'adolescente, prise en charge ambulatoire et hospitalière à la Maison des adolescents du CHU Cochin à Paris*. Journal français de psychiatrie, n°23, p22-25, 2009/2.
82. ONNIS Luigi, GIANUZZI M., ROMANO C. *Un vide à combler : anorexie et boulimie dans une perspective transgénérationnelle*. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2007/1, n°38, p. 135-157.
83. OURY Jean. *Pathique et fonction d'accueil en psychothérapie institutionnelle*, in Le Contact, Jacques SCHOTTE, De Boeck, Bruxelles, 1990.
84. PAGNOL Arnaud. *Psychiatrie et médecine fondée sur les valeurs*. Annales Médico-Psychologiques, n°171, p.716-719, 2013.
85. PASCAL Blaise. *Pensées*. Flammarion, 1993.
86. PENOT Bernard. *Pour un travail psychanalytique à plusieurs en institution soignante*. Revue française de psychanalyse, volume 70, p.1079-1091, 2006/4.

87. PEUCH-LESTRADE Jean. *L'analyse des transferts sur l'institution*. Revue française de psychanalyse, volume 70, 2006/4.
88. PEWZNER Evelyne. *Le fou, l'aliéné, le patient-Naissance de la psychopathologie*. Paris : Dunod, 1995.
89. PINEL Jean-Pierre. *Emprise et pouvoir de la transparence dans les institutions spécialisées*. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, n°51, 2008/2, p.33-48.
90. PINEL Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris, Richard, Caille et Ravier, 1801, première édition.
91. PONTALIS Jean-Bertrand. *Non, deux fois non*. Nouvelle revue de psychanalyse, 24, L'emprise, Paris : Gallimard, 1981.
92. POPPER Karl Raimund. *Des sources de la connaissance et de l'ignorance*. Paris : Rivages poches, 1960.
93. POSTEL Jacques et QUETEL Claude. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris : Dunod, 1994.
94. RABELAIS François. *Pantagruel*. Editions livre de poche, collection Classiques de poche, 1979.
95. ROSA Hartmut. *Aliénation et accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive*. Paris : La Découverte, 2012.
96. ROSSELLO Jean-Jacques. *Travail d'équipe, travail en équipe et intimité dans un SESSAD*. Revue Dialogue, n°192, 2011/2.
97. SAINT-EXUPERY (DE) Antoine. *Le Petit Prince*. Gallimard jeunesse, collection folio junior, mars 2007.
98. SAINT- JARRE Chantal. *La maladie de la médecine : du sida ou l'anticipation*. La quinzaine littéraire, n°641, 1994.
99. SALVARELLI Jean-Pierre. *Une histoire de la psychiatrie, de sa naissance à sa médicalisation*. Thèse d'exercice de médecine, Université Claude Bernard Lyon 1, 1998.
100. SASSOLAS Marcel. *Malaise dans la psychiatrie- Changements dans la clinique, malentendus dans les pratiques*. Erès, 2004.
101. SASSOLAS Marcel. *Vous avez dit transmission? L'information psychiatrique*, volume 58, p.521-526, 2012/7.
102. SPETTIGUE Wendy and Coll. *Evaluation of the efficacy and safety of olanzapine as an adjunctive treatment for anorexia nervosa in adolescent females: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial*. BMC Pediatrics, 2008.
103. STRAUSS J.S. *Subjectivité et approche bio-psycho-sociale en psychiatrie*. Annales Médico Psychologiques, n°160, p. 659-665, 2002.
104. SWAIN Gladys. *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*. Paris : Calmann-Lévy, 1977, deuxième édition.
105. SWAIN Gladys. *D'une rupture dans l'abord de la folie. In Dialogue avec l'insensé*. Paris : Gallimard, 1994.
106. VIDAILHET Colette. *L'anorexie mentale : Paradigme des questions en éthique en psychiatrie*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, n°47, p.447-453, 1999.
107. VIDAL Jean-Pierre. *Supervisions. Pourquoi en groupe ?* Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, n°48, Interventions en institutions, Toulouse, Erès, 2007.

La psychiatrie, une médecine à part.

- 108.VINCENT Thierry. *La jeune fille et la mort, Soigner les anorexies graves*. Erès, 2002.
- 109.WINICOTT Donald. *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels*. In De la Pédiatrie à la Psychanalyse. Paris : Payot, p.109-125, 1983.
- 110.ZARIFIAN Edouard. *Des paradis plein la tête*. Paris : Odile Jacob, 1994.

GUYOMARD-BOTTREAU Marie-Dominique :

La psychiatrie, une médecine à part

Les dangers de sa remédicalisation actuelle et l'intérêt qu'elle garde son statut de discipline marginale sécante

133 p.

Th. Méd : Lyon 2016 n°

RESUME :

De nouveau, dans notre monde actuel, la psychiatrie fait face à des critiques concernant son manque de scientificité et son approche subjective de l'être humain. Pour survivre à ces attaques, la psychiatrie s'accroche à son versant médical allant jusqu'à abandonner ce qui en fait sa spécificité. Ceci aboutit à une profonde souffrance des institutions de soins et des soignants en psychiatrie, avec par conséquent un impact non négligeable sur la prise en charge des patients. Cette thèse propose une réflexion sur les causes et les conséquences de la remédicalisation actuelle de la psychiatrie et défend l'intérêt, pour notre discipline, de préserver sa marginalité.

Dans la première partie, nous retraçons l'histoire de la psychiatrie. Elle permet de mettre en avant en quoi la psychiatrie s'est développée en marge de la médecine moderne naissante à la fin du 18^{ème}-début du 19^{ème} siècle, tout en se constituant comme une discipline médicale à part entière. Dans un second temps, ce travail tente de décrire les bouleversements actuels de notre cadre socio-culturel et en quoi ils impactent notre pratique psychiatrique quotidienne. Trois cas cliniques sont ensuite décrits et analysés : une jeune fille souffrant d'anorexie mentale en clinique, un enfant de dix ans en CATTP et un patient en HDJ. La dernière partie revient sur la définition de la psychiatrie avant de détailler plus précisément les caractéristiques qui en font une discipline marginale au sein de la médecine.

Dans une société qui cherche à se protéger de l'imprévu, de l'inconnu, en tentant de maîtriser le sujet par un savoir qui n'aurait plus de limites et un fonctionnement très opératoire, la psychiatrie, par la liberté qu'elle se doit de conserver, peut être un véritable témoin de l'intérêt d'un autre modèle de fonctionnement.


MOTS CLES : Psychiatrie, discipline marginale, remédicalisation, histoire de la psychiatrie, bouleversements cadre socio-culturel, utopie de la transparence, neurosciences, pensée unique, destructivité de la souffrance psychique, travail en équipe, contenance institutionnelle, subjectivité, toute puissance médicale, objectivation du sujet.

JURY : Président : Monsieur le Professeur Nicolas GEORGIEFF
Membres : Monsieur le Professeur Mohamed SAOUD
Madame le Professeur Liliane DALIGAND
Monsieur le Docteur Jean PEUCH-LESTRADE

DATE DE SOUTENANCE : Le 5 avril 2016

ADRESSE DE L'AUTEUR : mdguyomard@yahoo.fr



 06 01 99 75 70

contact@imprimerie-mazenod.com

www.thesesmazenod.fr