

[texte](#)

[article](#)

La construction de soins dans la schizophrénie

Par: Aymeric Reyre, Psychiatre, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, de psychiatrie générale et addictologie, Hôpital Avicenne, AP-HP /

Publié le : 26 Septembre 2008

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Poursuivre la réflexion

Je souhaite présenter quelques réflexions à partir de ma pratique de psychiatre dans un contexte institutionnel. Il me faut, en effet, relever que le soin est toujours dispensé, dans des services de psychiatrie, par des équipes pluriprofessionnelles. Celles-ci ont la charge de construire avec le patient un projet de soin complet dans ses dimensions techniques et relationnelles. Chacun est amené à avoir un regard singulier sur le patient et à le partager avec les autres membres de l'équipe, cette vision stéréoscopique participant à la qualité du soin. Il s'agit-là d'une pratique institutionnelle mais, il faut souligner que les psychiatres de ville ne sont pas assimilables à des praticiens isolés. Ils échangent en permanence avec leurs pairs, de façon formalisée (supervision) ou non, ainsi qu'avec de nombreux acteurs du soin. Cette conception institutionnelle du soin s'appuie sur une théorisation riche et sur une pratique rôdée. Le cadre tant physique que symbolique, ainsi que les soignants aux fonctions distinctes et complémentaires, en sont la base. Durant le soin, le patient se trouve donc en relation avec un nombre assez élevé de personnes, lesquelles délibèrent sans cesse collectivement.

Cette dimension collective du soin, fondamentale, n'éclipse évidemment pas la relation de soin interindividuelle qui reste un lieu privilégié de l'action thérapeutique et éthique. La pensée collective du soin ne réduit pas le sens de la responsabilité individuelle du soignant. Nous verrons, plus loin, que cette interrelation « collectif-individuel » comme lieu d'exercice de l'éthique est une constante dans le soin psychiatrique. Ici, il s'agit des soins dans la schizophrénie. C'est une maladie chronique touchant le sujet au plus profond. Mon objectif

n'est pas d'en détailler la nature mais d'examiner les problèmes manifestes mis en évidence dans le déroulement des soins de cette pathologie. Il me semble que ces problèmes ne sont d'ailleurs pas spécifiques à la schizophrénie. Je souhaite ainsi que ce point de vue de psychiatre puisse rencontrer un écho dans vos expériences propres.

La rencontre avec le patient

La schizophrénie survient classiquement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Le début peut être insidieux ou brutal mais la première rencontre avec les soignants se fait généralement dans des circonstances difficiles, lorsque les symptômes sont éclatants, que le mal-être est intense, que l'entourage proche est dépassé. Il est exceptionnel que ces jeunes gens se présentent d'eux-mêmes et seuls à la consultation. C'est le plus souvent la famille, parfois un éducateur ou un enseignant qui les emmènent à consulter.

Le patient n'est, en effet, guère demandeur d'une visite chez le psychiatre. Il se demande ce qu'il vient faire à son cabinet. De fait, dans la grande majorité des cas, la rencontre est imposée. Le malade ne demande pas d'aide, contrairement à la famille et, parfois, à la société par le biais des forces de l'ordre ou du milieu scolaire. Ceci n'est pas sans soulever un problème délicat, relatif au respect de l'autonomie du malade. Comment adopter, ici, comme cela nous de plus en plus souvent proposé, une conception contractuelle du soin entre médecin et patient ? Dans cette idée, le contrat de soin est réputé créer un jeu d'obligations mutuelles entre deux sujets autonomes, agissant en toute liberté. Cette vision *contractualiste* propose un idéal de relation humaine. Quoique bien peu adaptée à notre situation, elle nous indique qu'un des sens du soin peut être la restauration d'un sujet dans son autonomie.

Comme dans d'autres situations médicales, le patient ne formule pas dans ce cas de demande de soin. La légitimité de l'action du médecin doit donc se trouver ailleurs. C'est un lieu d'exercice de la responsabilité et de la liberté du médecin mais, aussi, de l'entourage proche du patient. Du jeu entre ces libertés peut se reformer celle du patient. Mais si la liberté du médecin est relativement complète, on peut douter de celle d'une famille bouleversée et désorientée.

Le malade, le psychiatre et la société : un jeu pour le moins difficile à décrypter

Dans le cadre de la schizophrénie, des troubles du comportement peuvent justifier une certaine suspension de la liberté d'action d'un sujet. Comment ceci peut-il s'opérer ? Les psychiatres sont détenteurs d'une prérogative de prime abord surprenante pour des médecins : ils peuvent hospitaliser des personnes contre leur gré. À l'exception des magistrats, très peu de professions détiennent le pouvoir de priver une personne de liberté. Un tel acte ne saurait être exécuté à la légère.

Dans le champ de la pathologie mentale, le but de la privation de liberté participe pourtant d'un principe de bienfaisance car la personne se trouve alors dans une situation de détresse majeure. La schizophrénie affecte le sujet dans ce qui constitue l'essence de son identité. Elle mine sa subjectivité, sa capacité réflexive de même que sa liberté à agir dans le monde. La schizophrénie rend étranger à soi-même. Dans un tel contexte, la psychiatrie a recours à la suspension de la liberté d'action et de mouvement de la personne, dans le but de la soigner. Le médecin remplit son rôle de soignant, cependant il s'inscrit aussi dans la

protection de l'équilibre social.

La folie est une tragédie, qui peut avoir de multiples résonances dans la société. Voir l'autre se perdre, le voir commettre des actes dangereux ou obscènes, constitue un scandale. D'une part, il faut soigner mais, d'autre part, il convient de mettre le « fou » à l'écart. La collectivité cherche à se protéger des scandales de la folie en ayant recours à l'enfermement - ce qu'a abondamment commenté Michel Foucault. Ce dernier s'est en particulier intéressé aux prérogatives d'enfermement accordées au psychiatre, celui-ci devenant un acteur central dans le jeu de l'exercice du pouvoir « correctionnaire ». Il ne s'agit pas, à proprement parler pour Foucault, d'une dénonciation mais d'un constat d'une nouvelle diffusion du pouvoir à laquelle participe le psychiatre, au même titre que le magistrat ou le maître d'école.

Cette double identité du psychiatre, soignant et garant de l'ordre collectif, explique à mon avis un certain nombre d'ambiguïtés dans ses positions et une certaine défiance du public. Notons que cette double identité se diffuse à l'ensemble de l'institution psychiatrique et qu'elle concerne d'autres médecins comme dans le champ des maladies infectieuses.

On pourrait aussi examiner de façon critique le mouvement de désinstitutionnalisation qui a ouvert l'espace d'exercice du contrôle psychiatrique sans que cela ne garantisse en soi un accroissement de liberté des patients.

Dans le champ de la psychiatrie, lorsqu'il s'avère nécessaire de priver quelqu'un de sa liberté, trois agents sont à mentionner : le patient, le médecin, la société. Les deux premiers sont présents physiquement, le troisième symboliquement. Cette symbolisation étant en France minimale, il peut s'opérer une confusion des places lors de l'hospitalisation sous contrainte. Dans les cas les plus fréquents, il est demandé à la famille de formuler une demande d'hospitalisation. Qui représente la société ? Le médecin ? La famille ? Il est concevable que les deux la représentent, certes, sous le contrôle lointain de l'institution judiciaire. Quoi qu'il en soit, le psychiatre et la famille se trouvent dans des situations d'exercice de responsabilités particulièrement difficiles.

La théorie dans le soin

En psychiatrie, il existe une tendance forte au rejet des théories instituées. Cet *athéorisme* revendiqué s'est construit dans une crainte de la pensée idéologique. On a vu ainsi le DSM IV, un manuel de description des symptômes psychiatriques destiné aux épidémiologistes et aux chercheurs, devenir un outil diagnostique supposé athéorique.

Une action de soin, sauf à être purement automatique, se fonde sur une pensée. Et une pensée athéorique me semble fragile et risque de mener à un empirisme radical ou à un réductionnisme, ces deux dérives me semblant présentes dans la pratique psychiatrique actuelle. Peut-être la critique athéorique confond-t-elle pensée théorique et pensée dogmatique ?

Bien sûr l'une risque toujours de mener à l'autre mais, au moins, le travers dogmatique peut-il être dénoncé et combattu par une autre théorie. On voit ainsi souvent, en psychiatrie, s'opposer des points de vue différents et souvent inconciliables sur un plan philosophique. Ces mouvements sont parfois excessifs et violents mais permettent de maintenir une pensée vivante sur des troubles psychiques tellement énigmatiques et complexes. Ils me semblent, dans tous les cas, préférables à une pensée réduite et à l'idéologie cachée.

Quelques éclairages complémentaires dans le cadre des échanges

A-t-on recours à des médecines alternatives, à l'homéopathie dans le champ de la psychiatrie ?

L'homéopathie n'a pas actuellement de place dans les soins institutionnels où seuls des schémas thérapeutiques validés peuvent être déclinés. Cette approche pose des difficultés sur le plan de l'objectivation de son efficacité. Si le soin doit être conforme aux données actuelles de la science, il ne paraît pas raisonnable de traiter un patient schizophrène sur la base de produits homéopathiques. J'ai toutefois souligné l'intérêt de la pensée théorique dans les soins, les théories « profanes » y ayant une place, qu'on le veuille ou non. Des travaux sociologiques ont montré l'influence de telles théories, qu'elles soient présentes dans la tête des patients ou des soignants. Il peut donc aussi être intéressant d'inclure de telles représentations dans un dispositif institutionnel, à la condition que celui-ci encadre et dirige la pratique.

Dans bon nombre de pays d'Europe, un magistrat intervient lorsqu'il est inévitable de priver une personne de sa liberté. Sur le plan décisionnel, la responsabilité demeure, hélas, entièrement partagée entre la famille du malade et l'autorité médicale.

Dans une grande majorité de pays européens, les familles ne participent pas directement comme en France au processus d'hospitalisation sous contrainte. Celle-ci reste bien sûr l'indication du médecin, le magistrat n'étant pas présent durant l'entretien, mais elle n'est pas possible sans qu'un acte concret soit posé par celui-ci.

Il n'est guère souhaitable d'amalgamer justice et soins psychiatriques.

En effet. Sans doute une évolution de nos procédures permettrait-elle de « déplier » les représentations attachées à la psychiatrie.

Le médecin n'est pas un juge, son quotidien ne consiste pas à défendre la société, mais à soigner. En ce sens, il est un expert. La décision d'enfermement s'explique, certes, par la nécessité de protéger la société. Il faut bien contenir certains comportements, certains actes, etc. Matériellement, pour soigner la personne aliénée, il faut pouvoir la suivre au quotidien. De fait, l'enfermement peut permettre la reconstruction d'un discours cohérent. L'enfermement n'est qu'une conséquence de la décision de soigner et de reconstituer, autant que faire se peut, l'autonomie psychique d'une personne. La contrainte par des murs, l'attention, la parole forment un tout dans le soin psychiatrique. Lorsqu'un médecin estime qu'une personne doit être enfermée, il rend un avis d'expert, lequel est ou non avalisé par le juge. La relation de soins commence au moment de la rencontre de la personne, laquelle peut justifier l'enfermement comme point de départ du processus thérapeutique.

La décision d'une hospitalisation sous contrainte est, bien entendu, un premier mouvement thérapeutique. Mais, elle n'est pas que cela. Elle a également une fonction de régulation de l'ordre public. Je pense que, dans le système actuel, ces deux dimensions sont confusément perçues par le patient, la famille et le psychiatre lui-même. Une présence plus marquée d'un magistrat aiderait sans doute chacun à mieux distinguer les places et permettrait d'engager différemment le processus thérapeutique.

- [Page precedente](#)
- [Page 1/3](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire