

LIGNE CLAIRE EN EAUX TROUBLES

RÉFLEXIONS SUR
LE MÉTIER DE PSYCHIATRE
À TRAVERS LE DESSIN

Chaire de Philosophie à l'Hôpital
Savoirs Expérientiels



Thomas Le Guillou

Avril 2023

LIGNE CLAIRE EN EAUX TROUBLES

RÉFLEXIONS SUR LE MÉTIER DE PSYCHIATRE À TRAVERS LE DESSIN

CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL
SAVOIRS EXPÉRIENTIELS

Avril 2023

Auteur et dessins

Thomas Le Guillou



le cnam



GHU PARIS
PSYCHIATRIE &
NEUROSCIENCES



Thomas Le Guillou a 33 ans et est psychiatre. Il est titulaire d'un master obtenu en 2013 à Sciences Po Paris avant de s'orienter vers les études médicales. Durant quatre ans, il a collecté des récits de patients en consultation. Il met aujourd'hui sa passion de toujours pour le dessin pour garder une trace picturale de ces patients qui l'ont beaucoup marqué, et propose dans ce texte une réflexion tirée de son expérience clinique sur la condition du psychiatre en France en 2022.

« Créer, c'est vivre deux fois. »

Albert Camus

Ces dessins ne représentent pas des patients réels mais des patients imaginaires,
inspirés des situations concrètes d'accompagnement et de soin vécues par l'auteur.

Table des matières

7 En guise d'introduction

9 Se représenter le patient, une éthique de l'intersubjectivité

9 A. *Sublimier le « syndrome du Docteur Gachet »*

9 1) L'étrange familial

12 2) La puissance de l'insensé

14 3) L'empathie : voir avec les yeux du cœur

16 B. *Cathartiser « celui qui soigne les maboules »*

16 1) Gestion du contre-transfert

18 2) Gestion de la violence symbolique

21 C. *Trouver du plaisir...*

21 1) ...du plaisir dans le doute : être à l'école du patient

23 2) ...du plaisir dans la créativité réflexive : embrasser la complexité

26 3) ...du plaisir dans l'adversité : la psychiatrie, un art martial

31 Rendre audible l'inaudible, une éthique du témoignage

31 A. *Le psychiatre comme « sous-mariner » de la société*

32 1) Addictions et « a-diction »

34 2) Une folie archétypale : la schizophrénie

36 3) La banalité de la folie

38 B. *Le psychiatre lanceur d'alerte ?*

38 1) Une institution essoufflée

41 2) Un métier réduit à ses fonctions instrumentales ?

45 En guise de conclusion

En guise d'introduction

« *La folie, c'est l'absence d'œuvre* »¹ écrit Foucault en 1964. Cette pensée, dense et polysémique, a accompagné les tout débuts de mon internat de psychiatrie et éclaire encore d'une lumière crue mon exercice clinique. Par un curieux renversement, j'ai ressenti très vite le besoin de mettre en image les mots et les corps de ces gens qui venaient me consulter moi, « *le psychiatre* ».

Mais qu'est-ce qu'un psychiatre, au juste ?

Il n'y a pas de consensus au sein de la psychiatrie sur ce que font les psychiatres. Comme l'explique bien le Docteur Séamus Mac Suibhne, « *Les psychiatres passent une grande partie de leur temps à essayer d'améliorer l'image de la psychiatrie au sein de la médecine en insistant sur le fait qu'il s'agit d'une entreprise scientifique, caractérisée par les hypothèses d'expertise, de connaissances spécialisées et d'une plus grande objectivité qui (on le suppose) sont pleinement possédées par d'autres spécialités médicales. Cependant, la psychiatrie est également intimement concernée par les valeurs et les préoccupations des sciences humaines. La tension entre les visions du monde de la philosophie éthique et politique d'une part et la vision scientifique traditionnelle de l'autre est donc particulièrement aiguë en psychiatrie* »².

Mais peut-être pourrions-nous commencer par une définition minimale : la psychiatrie est une discipline médicale dont le but est d'apporter du soin, dont l'objet est la souffrance psychique, et dont les outils sont à la mesure de la complexité humaine : infinis. On comprend alors combien la subjectivité du psychiatre est un puissant outil de soin, qui s'aiguise et s'affine au cours du temps.

Je pose ainsi cette question : si la psychiatrie est un art, l'art peut-il se mettre au service du métier de psychiatre ?

J'ai exploré cette question en deux temps : d'abord, en cherchant à me mettre à l'écoute de l'indicible et de l'inaudible. J'ai recueilli au fil des consultations des segments de phrases de patients qui, pour une raison qui m'échappait et m'échappe encore, raisonnaient particulièrement en moi. Puis dans un second temps, j'ai senti le désir de rendre hommage par le dessin à ce que je trouvais fascinant ce jour-là dans leur corps et dans leurs visages.

Alors, que dit cette pratique singulière ? Je montre dans une première partie comment le dessin clinique s'inscrit dans une éthique de l'intersubjectivité au sens phénoménologique du terme : le soignant peut apprendre à aimer, soigne et sublime sa pratique clinique à travers le regard artistique qu'il porte sur ses patients. Je montre dans une deuxième partie que ces représentations graphiques s'inscrivent également dans une éthique du témoignage dans la mesure où elles sont un média intéressant pour rendre audible l'inaudible et visible l'invisibilisé.

1. *La folie, l'absence d'œuvre*, La Table ronde, n.196 : Situation de la psychiatrie, mai 1964, pp.11-21.

2. MacSuibhne SP. What makes "a new mental illness?": The cases of solastalgia and hubris syndrome. *Cosm Hist J Nat Soc Philos*. 2009;5(2):210-25.

Se représenter le patient, une éthique de l'intersubjectivité

A. Sublimer le « syndrome du Docteur Gachet »

À l'image du Docteur Gachet, qui fut tout à la fois logeur, médecin et admirateur du travail de Van Gogh, le soignant entretient souvent un lien intime avec ses patients. Entendons-nous bien : il ne s'agit en aucun cas de passer outre la nécessaire distance professionnelle. Le contrat social entre le médecin et le patient est en effet fondé sur deux piliers inamovibles : la reconnaissance d'une asymétrie fondamentale – « *je te donne un accès à mon intimité, je ne sais rien de toi* » – et le secret médical. Que l'un ou l'autre disparaisse, que les frontières soient poreuses, c'est alors la possibilité même d'une relation thérapeutique qui disparaît.

Pour autant, il ne faut pas méconnaître le fait que le psychiatre soigne avec ses tripes autant qu'avec ses compétences. Pour administrer un traitement ou prendre la difficile décision d'hospitaliser sous contrainte, il y a des recommandations, des abaques, des protocoles. Mais qu'en fait-on, de la part d'intime dans le soin ? Nous proposons ici d'appeler le « *syndrome du docteur Gachet* » ce sentiment dérangentant pour un soignant d'être irrésistiblement attiré, troublé ou révulsé par certains patients.

Lorsque, de retour à la maison, je ressens le désir de dessiner mes patients à partir d'une phrase captée au vol, que fais-je, sinon soigner ce syndrome ?

1) L'étrange familier

Avez-vous remarqué la fascination moderne pour les anti-héros ? On ne compte plus le nombre de séries à succès qui portent aux nues les pires meurtriers du XX^e siècle. Le bénéfice neurobiologique est connu : regarder des horreurs libère un « *shoot* » de dopamine. Son corrélat psychologique est le suivant : projeter à l'extérieur de soi des peurs déclenchées par ses propres désirs pour mieux les gérer.

Certaines personnes rencontrées au cours de mon exercice clinique m'ont littéralement fasciné, au sens d'un mélange d'attirance et de répulsion. Elles ont provoqué chez moi un sentiment de malaise diffus que la psychanalyse appelle joliment « *l'étrange familier* », ou encore l'« *inquiétante familiarité* ». Car la folie, comme l'explique bien le philosophe français Robert Misrahi, est « *parfois le risque ou la tentation de la conscience* » et « *toujours sa possibilité* »¹.

1. Meyer P., de Sivry S., *L'Art et la Folie*, Paris, éditions du Sextant Bleu, 1999, p.9



Étrangement familière m'étaient la retenue et la honte contenue de ce jeune homme, hospitalisé à la suite d'une première tentative de suicide. Comme beaucoup de patients faisant des « *raptus anxieux* », cet état pathologique dans lequel un individu ne parvient plus à maîtriser son anxiété, Monsieur n'en revenait toujours pas de son geste suicidaire. Sa famille non plus, qu'il décrivait volontiers taiseuse. En psychologie, il est un fait admis que « *ce qui est tu, est agi* ».

Ce jeune homme, d'allure réservée et polie, avait perdu son permis de conduire quelques temps auparavant en rentrant ivre d'une soirée entre copains. Il s'en étonnait encore, ne se reconnaissant pas dans ce comportement qu'il disait bien trop éloigné de sa pondération habituelle. Ayant perdu son permis, il ne pouvait plus se rendre à son travail. Persuadé de la perte imminente de son gagne-pain, il rentra alors dans une spirale d'anxiété morbide : sa compagne le quitterait, c'est sûr, ses parents le désavoueraient, etc. Au comble de son angoisse, il attendait à sa vie. Non comme une fin en soi, mais comme un moyen d'apaiser son angoisse.

C'est ça, le raptus anxieux : l'irréparable qui ne prévient pas, comme une tentative folle d'apaiser l'angoisse. Les « *âmologues* » que nous sommes postulent qu'en parler en amont, « *montrer ses sentiments* » avant que la spirale ne l'aspire, eut été opportun.



Étrangement familiers m'étaient ce jour-là les questionnements morbides de ce patient. Ce trentenaire, père de famille, avait tenté quelques jours plus tôt de se donner la mort dans un bois, pas loin de chez lui. Au-delà des affects dépressifs patents, on pouvait déceler chez ce patient une structuration névrotique et une probable personnalité de type obsessionnelle¹. La symptomatologie floride allait en ce sens : ruminations anxieuses paralysantes, répression émotionnelle (« *je ne suis pas du genre à exprimer mes émotions, je garde tout pour moi* »), méticulosité, incapacité à jeter les objets usés, culpabilité quasi mélancolique en lien avec la dégradation des écosystèmes, et besoin pathologique de maîtrise. Ce qui semblait finalement l'envahir de manière angoissante, c'était la demande supposée de l'Autre, vécue comme persécutrice : le patron, les enfants, l'épouse, la société tout entière.

Cela étant dit, quelque chose me gênait dans sa prise en charge. Il existait selon moi un hiatus béant entre son discours empreint d'angoisses en lien avec l'état de la planète et l'intégration de celui-ci par le corps soignant : quel sens y a-t-il à vivre dans un monde voué à l'effondrement, dont nous sommes l'agent pathogène principal ? Comment vivre quand le nécessaire déni n'est plus opérant ?

1. *Vocabulaire de la psychanalyse*, p.284 : « classe des névroses dégagées par Freud [...] Dans la forme la plus typique, le conflit psychique s'exprime par des symptômes dits compulsifs : idées obsédantes, compulsion à accomplir des actes indésirables, lutte contre ces pensées et ces tendances, rites conjuratoires, etc., et par un mode de pensée que caractérisent notamment la rumination mentale, le doute, les scrupules et qui aboutit à des inhibitions de la pensée et de l'action ». Une autre définition, tirée du *Manuel de Psychiatrie*, insiste sur le caractère structural de l'obsessionnalité : « mode de relation contraignant du sujet vis-à-vis de son entourage reposant sur le sens de la responsabilité et le refus du plaisir » (Guelfi J., Rouillon F., *Manuel de Psychiatrie*, éd. Elsevier Masson, 2017, p.241).

2) La puissance de l'insensé

Certaines personnes sont fascinantes dans la mesure où une énergie folle émane de leur chaos. Une énergie qui parfois, ne semble pas de ce monde. Inhumaine. Le mot fascination vient d'ailleurs de la racine « fas » qui signifie la parole divine, par opposition au « nefas » qui signifie ce qui est tabou. Certains « fous », par la puissance de leur dire et de leur agir, sont ceux par qui l'interdit est brisé. La littérature ne s'y trompe pas, qui célèbre depuis des siècles ce pouvoir : d'Érasme qui écrit « *accordez aussi aux fous une qualité qui n'est pas à dédaigner : seuls, ils sont francs et véridiques* », à Anatole France, avec cet aphorisme : « *la raison est ce qui effraie le plus chez le fou* ».



Le discours de cette femme à la posture hiératique, murée dans sa colère et le mépris de la psychiatrie qui enferme, instillait le soupçon : malgré ses mises en danger répétées et son incurie¹ pathologique qui a *minima* justifiaient un temps d'évaluation clinique, son ex-mari était-il bien indiqué pour signer les soins sans consentement à la demande d'un tiers ? Quand bien même cet homme était bienveillant et de bonne foi, n'est-ce pas une négligence coupable de l'institution ?

1. Du latin *incuria*, de cura, soin : manque d'application ; négligence extrême.



Cette jeune mère, qui avait préféré taire à son compagnon une première décompensation maniaque² à l'âge de 16 ans, et qui n'avait ni suivi ni traitement, avait déclenché une nouvelle crise en *post-partum*³. L'excitation psychomotrice se caractérisait chez elle par une insomnie quasi-totale sans fatigue et une exaltation psychique incessante : fuite des idées, logorrhée, coq-à-l'âne, ludisme, dépenses inconsidérées... Madame commandait par exemple pour plusieurs centaines d'euros de pizzas dans l'optique d'inviter seulement deux copines à dîner, ou tentait de faire boire son nourrisson avec un verre d'eau... Ce serait drôle et extravagant si ce n'était pas dangereux : en effet, les patientes souffrantes d'états maniaques en *post-partum* sont très à risque de passage à l'acte⁴ suicidaire ou d'infanticide.

Cette trentenaire avait donc temporairement perdu contact avec la réalité, c'est un fait, clinique. Mais elle disait indéniablement autre chose ce jour-là : comment ne pas entendre l'intolérable du quotidien de la femme enceinte réifiée, soupesée, fonctionnalisée ?

2. « C'est le trouble mental le plus aigu et le plus anciennement reconnu. Il se définit par une humeur euphorique et/ou irritable, associée à une hyperactivité physique et psychique » (Guelfi J., Rouillon F., *Manuel de Psychiatrie*, éd. Elsevier Masson, 2017, p.311).
3. Comme le précise la 3^e édition du référentiel ECN *Psychiatrie et Addictologie* : « Les troubles psychiques de la grossesse et du *post-partum* correspondent à tous les troubles psychiatriques liés à la période périnatale qui s'étend de la conception à la première année de l'enfant. Il peut s'agir d'une décompensation d'un trouble psychiatrique préexistant à la grossesse ou d'un épisode inaugural qui pourra ou non signer l'entrée dans un trouble psychiatrique chronique. La grossesse et l'arrivée d'un enfant entraînent de profonds changements tant physiologiques que psychologiques et sociaux, qui sont à considérer comme stress majeur. La période périnatale est donc une période de vulnérabilité particulière pour les troubles psychiatriques ».
4. Le passage à l'acte désigne « un agir [qui] est une entrave de la conduite mentalisée : l'agir s'oppose à la mise en pensée, à la prise de conscience et au ressenti douloureux qui l'accompagne » (Guelfi J., Rouillon F., *Manuel de Psychiatrie*, éd. Elsevier Masson, 2017, p.515).

3) L'empathie : voir avec les yeux du cœur

Gachet était fasciné par Van Gogh. J'aime imaginer que ce médecin, peintre amateur, se reconnaissait une vulnérabilité commune avec le peintre hollandais. « *Une vulnérabilité commune* », c'est peut-être une des plus jolies définitions du processus d'empathie. Sa douleur n'est pas la mienne, mais je crois que je la comprends, et que d'une certaine manière, je la ressens. Nombreux sont les patients avec qui j'ai eu le privilège de rentrer en empathie.

Pour moi, ce voyage en Empathie s'origine souvent de la beauté de certains traits, d'une allure, d'un geste subtil. L'apparence est loin d'être superficielle. Au contraire, elle est existentielle. Quand on y prête attention, chaque étoffe, chaque cicatrice, la moindre trémulation fine d'une paupière sont des pages d'histoire.

Car l'observation est un plaisir intense. Les tordus, les « *bizarres* » et les toqués que l'on désigne ainsi, ont souvent une qualité dont les gens « *normaux* » manquent parfois cruellement : du relief. Comme écrivait le génial dessinateur Mœbius, « *le défaut, c'est la gangue du diamant* »¹.

Son visage, particulièrement raffiné et élégant malgré l'affront des âges, transmettait ce matin-là l'effroi d'une vieille dame qui prend toute la mesure de son déclin cognitif. Ses yeux bleu roi, son port de tête altier et l'élégance qui émanait de sa personne conféraient au moment clinique l'épaisseur d'une tragédie antique. Je pensais alors à mon grand-père, avec la même posture digne, qui me répétait souvent en paraphrasant le grand Charles : « *la vieillesse est un naufrage* ». Montrant ce dessin à quelques amis, je fus étonné que l'idée du suicide assisté ait fait son chemin dans notre génération. Madame souffrait depuis peu d'un syndrome confusionnel et avait développé un délire de persécution, ce qui faisait d'elle une patiente à la frontière de la gériatrie et de la gérontopsychiatrie. Que ses troubles aient un substrat neurologique ou psychiatrique, je ne connais personne qui ne craigne la perte de ses capacités intellectuelles.



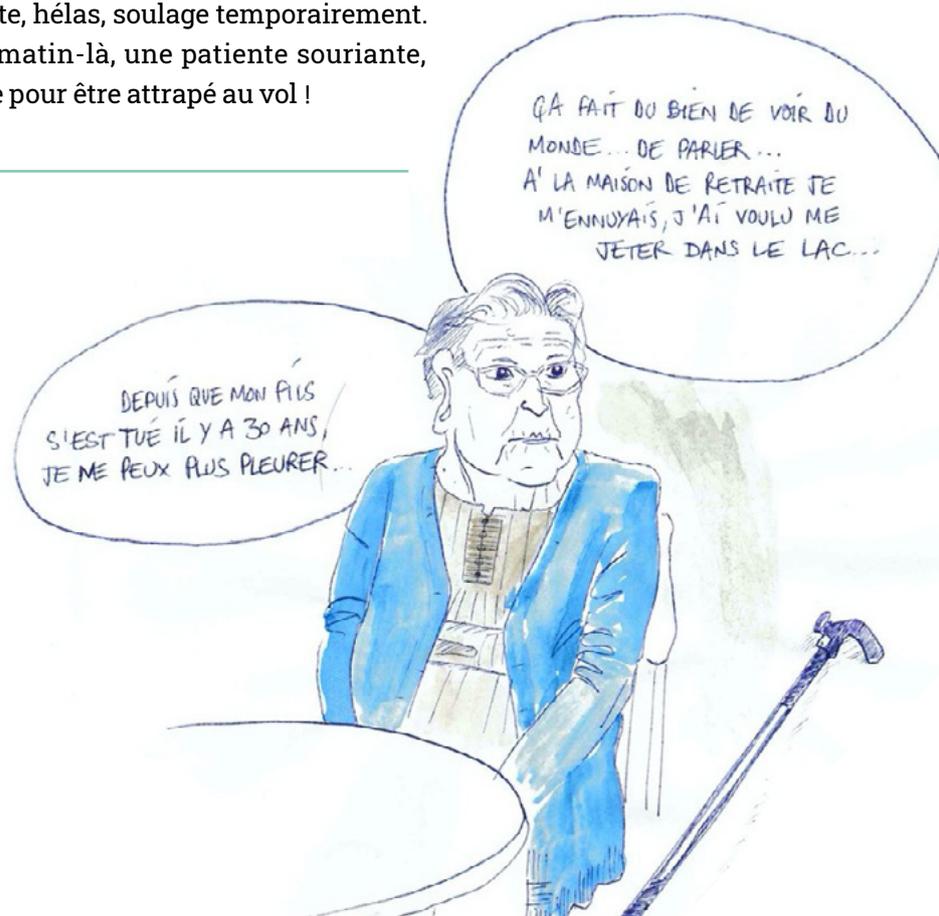
1. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-nuits-de-france-culture/moebius-c-est-difficile-de-parler-de-dieu-de-facon-aussi-familier-ca-fait-un-peu-facteur-cheval-mais-pourquoi-pas-7569616#Echobox=1528886117>

Ce matin-là, la présence de cette vénérable octogénaire discrète et souriante détonait au milieu d'une réunion institutionnelle². Elle ne semblait ni souffrante, ni exaltée. Elle paraissait paradoxalement soulagée. Lorsqu'elle fut invitée à prendre la parole pour s'exprimer sur l'hospitalisation, ses mots me sautèrent au visage : en trois petites phrases, elle disait tant !

Elle parlait d'abord de la solitude immense des personnes âgées en maison de retraite : quand on trouve plus de chaleur humaine à l'hôpital que là où l'on vit, il s'agirait de se poser les bonnes questions ! Comme de nombreux étudiants en médecine, j'ai travaillé comme aide-soignant en EHPAD. Je peux témoigner que la cadence imposée au personnel ne permet pas de ne pas être maltraitant. J'avais honte de devoir m'acquitter comme un robot de mes « 11 toilettes » matinales. Non pas de ce travail dur, au plus près de la souffrance et de la déchéance, mais bien de l'inhumanité avec laquelle nous étions sommés de secouer ces personnes âgées pour mieux justifier de nos chiffres.

Elle illustrait également par sa seule présence un dysfonctionnement passé au rang de fonctionnement : la population occidentale vieillit, et les services de gériatrie craquent au point de devoir régulièrement hospitaliser des patients âgés dans des services de psychiatrie adulte. Elle disait enfin qu'il y a des blessures dont on ne guérit jamais et que le passage à l'acte, hélas, soulage temporairement.

Et puis ce matin-là, une patiente souriante, c'était assez rare pour être attrapé au vol !



2. Certains services d'hospitalisation, héritiers de la psychiatrie institutionnelle des années 1970 et de son désir de « soigner l'hôpital » continuent à organiser des réunions hebdomadaires réunissant l'ensemble des patients et soignants du service.

B. Cathartiser « celui qui soigne les maboules »

Le métier de psychiatre nourrit des fantasmes qui sont autant de vérités temporaires auxquelles il est tentant de l'essentialiser. Récemment, je me baladais sur un marché et, croisant un ami journaliste, il me présente auprès de sa compagne de cette manière : « *c'est celui qui aime soigner les maboules* ». Le mot est gaguesque, tout le monde rit de bon cœur et l'on s'en tient là pour le métier de psychiatre. Mais en rentrant chez moi, je ne peux m'empêcher de repenser à cette situation. Que dit-elle ? Elle dit que je suis heurté. Par la vérité d'abord : j'aime mon métier, en dépit de mes récriminations incessantes contre le côté hasardeux de l'exercice et l'indigence, celle-ci indéniable, de l'hôpital public. Par la grossièreté du procédé ensuite : la folie est souvent le produit d'une nomination, qui permet au rapport que l'Homme entretient avec la Folie de rester commodément un impensé. Par une autre vérité, enfin, bien connu des professionnels du soin : le contre-transfert peut confiner au rejet.

1) Gestion du contre-transfert

Le contre-transfert, que l'on peut définir comme « *l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé* »¹ est un concept appartenant au champ de la psychanalyse. Il a le mérite de rappeler aux soignants que le soin est avant tout une relation, et qu'en tant que telle, il est assujéti aux tribulations de l'intersubjectivité. Pour le dire autrement, il est courant d'aimer, d'être relativement indifférent ou de franchement détester le comportement d'un patient. Il est condamnable pour un soignant de laisser libre cours à ses affects, mais il serait dommageable de les mettre sous le boisseau.

Ni trop près, ni trop loin. La question de la juste distance est cruciale dans les métiers du soin. Trop près, c'est prendre le risque d'enfermer le patient dans une relation qu'il n'a pas souhaité (et le risque d'un procès, aussi). Trop loin, et le soin est désincarné, et je postule qu'il est alors inefficace.

1. Laplanche J., Pontalis J-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, 2011, p.103.

« Vous êtes le 83^e interne que je vois débarquer, alors vous savez... ». L'hôpital psychiatrique et ses vicissitudes, on ne lui fait pas. On la sent bien l'intimidation dans cette remarque : l'air de rien, ce patient m'explique qu'il a établi son empire à l'hôpital, dont je ne suis que l'interchangeable intendant. Plus de 40 ans que Monsieur F., déclaré pénalement irresponsable d'actes commis à l'âge de 16 ans, rôde dans le service avec ses cheveux peroxydés de vieux punk sur le retour. Plus de 40 ans de vie émaillée d'agressions aussi imprévisibles que violentes, d'aller-retours en UMD (Unité pour Malades Difficiles), et de gestes d'automutilation : le dernier en date : « j'ai avalé 4 bouts de verre... parce que je m'ennuie ». Il est de certains patients pour lesquels le soignant doit assumer de regarder en face son propre rejet. Et ne pas y céder est déjà un soin, par abstention.





Ce quinquagénaire vouté ne défocalisait pas de sa plainte. J'avais un peu honte de ressentir une agressivité latente pour ce grand mélancolique geignard. D'autant plus qu'il souffrait, c'était palpable. La littérature psychiatrique parle au sujet de la dépression d'une forme de « *douleur morale* », pour bien illustrer la réalité physique de la douleur de se sentir ralenti, diminué, l'ombre de soi-même. De parfois même aller jusqu'à vouloir la peau de cet étranger en soi.

Je n'arrivais pas à accepter, à cette époque, ce que je n'ai compris qu'après. Il est insupportable, au sens propre comme au sens figuré, d'être sommé de faire quelque chose d'une personne qui semble vous dire : « *faites de moi ce que vous voulez, je ne me porte plus* ».

Apprendre à aimer avec justesse le patient par la caresse du pinceau, voilà la catharsis que j'ai trouvée pour soigner le rejet. Elle procède d'une mise à distance nécessaire de mes propres affects, pour faire face à l'épuisant du réel. Elle permet de lutter efficacement contre un besoin irrépressible, parfois, de fuite, voire de déni. Elle vise à restaurer un « *bon objet* » mis en pièces par des pulsions destructrices. Je trouvais ainsi chez ce Monsieur, malgré ma répulsion primaire, quelque chose d'esthétique dans son profil : « *il aurait fait un beau marbre* », me dis-je.

2) Gestion de la violence symbolique

Si certains patients provoquent du rejet comme nous l'avons vu, la fonction même de psychiatre peut également susciter du rejet : de la part des patients, de la société, et du psychiatre lui-même. Il est juste de parler de violence symbolique, au sens bourdieusien du terme, pour parler du pouvoir exorbitant que le médecin, en sa qualité de psychiatre, est amené à exercer sur ses patients. Rappelons à ce titre

que la psychiatrie est la seule spécialité médicale qui est amenée à hospitaliser des patients sans leur consentement. Les patients ne se privent pas, et fort heureusement d'ailleurs, de mettre en cause cet arbitraire apparent.

J'identifie ici deux figures « repoussoirs » du métier de psychiatre : le psychiatre en tant que « dealer officiel » et le psychiatre comme « garde-fous ». Je propose de parler ici de figures repoussoirs pour illustrer le fait qu'elles sont, à mon sens, repoussantes pour le patient comme pour le psychiatre.

• *Le « dealer officiel »*



« *Le soin est toujours un contrat* » m'expliquait un jour ma cheffe aux urgences psychiatriques, avec ce goût pour les aphorismes qui la caractérise si bien. Le contrat était, hélas, rompu depuis bien longtemps entre ce jeune patient

polytoxicomane diagnostiqué schizophrène et l'équipe soignante. Il multipliait les demandes d'hospitalisation depuis plusieurs semaines, alléguant aux urgences psychiatriques des idées noires et des hallucinations auditives que nous nous devions de ne pas ignorer. En hospitalisation, la présentation clinique était si différente qu'il ne trompait personne sur ses intentions : il utilisait l'hospitalisation pour essayer de renflouer les stocks de médicaments psychotropes qu'il vendait et consommait. De nombreux patients addicts surconsomment des médicaments psychotropes (benzodiazépines, neuroleptiques, antiépileptiques...) lorsqu'ils n'ont plus d'argent pour se fournir en drogue. Cela apaise, temporairement, le manque.

Au bout de deux jours, excédé que nous ne répondions pas immédiatement à sa demande, il fit un esclandre dans le bureau du psychiatre à grands renforts de portes claquées, hurlements et autres effets de manche. Un autre patient addict et *dealer* m'avait lancé un jour cette pique d'un air narquois : « *on fait le même boulot vous et moi... La différence c'est que vous, vous êtes un dealer officiel* ». Touché ? En psychiatrie comme dans la vie, il est très désagréable de se sentir manipulé.

• Les « garde-fous »

L'expression « *garde-fous* » est polysémique : elle évoque d'emblée un rempart contre le vide, et c'est fondamentalement la fonction que le psychiatre endosse lorsqu'il tente d'évaluer l'intensité de la souffrance psychique du patient pour mieux le protéger contre un passage à l'acte (ou sa potentielle répétition, car un patient agité arrive souvent aux urgences à la suite d'un passage à l'acte). Prise dans son acception sociale, elle est très dépréciative : s'il n'est qu'un « *garde-fous* », le psychiatre se confond alors avec le maton et le patient avec l'embastillé. Disons-le sans détour : hospitaliser un patient sous contrainte, c'est toujours exercer une violence, nécessaire au temps *t* certes pour contenir le chaos interne des patients, mais ce n'est jamais la partition la plus agréable à jouer.

Ce jeune homme le sentait bien qui, ne voulant pas entendre l'imminence de son hospitalisation à la demande d'une autorité de l'État, devenait très projectif¹ vis-à-vis du psychiatre : « *médecin dévoyé, tortionnaire d'enfants, raciste* » disait-il en substance.

En pratique, aux urgences psychiatriques, les soignants tentent toujours d'obtenir le consentement du patient à l'hospitalisation, car c'est le meilleur indicateur d'une alliance thérapeutique future. Mais il est des situations où c'est impossible, hélas. La dignité du métier de psychiatre tient également dans le fait de se reconnaître dépositaire d'un pouvoir exorbitant et de toujours chercher à en faire un juste usage.



1. *Vocabulaire de la psychanalyse*, p.344 : « Opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des « objets » qu'il méconnaît ou refuse en lui. Il s'agit là d'une défense d'origine très archaïque et qu'on retrouve à l'œuvre particulièrement dans la paranoïa ».

C. Trouver du plaisir...

1) ...du plaisir dans le doute : être à l'école du patient

En dépit du spectacle quotidien usant de la misère humaine, en dépit de la violence invaginée ou externalisée... En dépit du ballet des passions tristes et des murs lugubres de l'hôpital public aussi, la psychiatrie est un métier qui a du sens dans la mesure où il participe chez le psychiatre que je suis de cet effort spinoziste pour « *persévérer dans l'être* ».

En d'autres termes, entreprendre d'être un « *médecin de l'âme* » pour l'autre est un promontoire privilégié pour porter un regard neuf sur soi. Il est agréable de rentrer du travail avec le sentiment d'avoir appris de son prochain quelque chose sur la marche du monde, et parfois aussi sur son propre fonctionnement.

Prendre en soin (plutôt qu'en charge) des patients me permet de nourrir un questionnement toujours renouvelé sur la fonction du psychiatre. Soigner il me semble, c'est rêver un futur meilleur, potentialisé, avec et pour le patient. C'est ce que signifie d'ailleurs l'étymologie latine du verbe soigner : *somniare*, faire un songe.

Sans nul doute aussi, le contact des patients est enrichissant : intellectuellement, et personnellement. Le psychiatre est amené à rencontrer des personnes de milieux socio-culturels extrêmement variés, et doit pour cela être très plastique, flexible. Dans une même journée, il n'est pas rare d'en apprendre tout autant sur le fonctionnement de l'Office français de Protection des Réfugiés et Apatrides que sur les modalités d'aménagements pédagogiques des enfants en difficulté scolaire, de tenter de comprendre le schéma familial complexe d'une famille multi-recomposée le matin pour essayer l'après-midi de saisir l'enchevêtrement des identités de genre.

J'AI FAIT DEUX "CUTES
SÈCHES" CETTE SEMAINE.. :
J' ME RÉVEILLE LE MATIN COMME
SI JE M'ÉTAIS MISE UNE TAÛLE
LA VEILLE...



ÇA PUS L'ARRÊT
DES BENZOS, DU
CANNABIS...

... BEN... C'EST
DUR...!

Être à l'école du patient : cette patiente, rencontrée dans un centre d'hospitalisation et de consultations ambulatoires en addictologie, en est un bon exemple. Souffrant d'une dépendance à l'alcool depuis plus de 20 ans, elle faisait l'effort d'une énième cure de sevrage dans l'espoir de diminuer sa consommation. Le paradigme en matière d'addictologie a drastiquement changé ces dernières années : à une certaine époque, le mot d'ordre était l'abstinence totale, comme en témoigne le récit de Joseph Kessel, dans lequel ce dernier relate une immersion dans une association d'« *Alcooliques Anonymes* » à New-York en 1960¹. Le journaliste et romancier rapporte cette comparaison, faite par un responsable de l'association, entre le diabète et l'alcool. L'alcoolique est intolérant à l'alcool comme le diabétique au sucre. Notre époque, elle, est à la « *réduction des risques* »². Tout cela est connu. Il faut faire preuve d'humilité et d'ouverture d'esprit pourtant pour rentrer dans le langage propre de ces patients, pour qui une certaine forme de marginalité fait culture. J'appris ce jour-là ce que l'on n'apprend dans aucun livre : la notion de « *cuite sèche* », un phénomène caractérisé par une forme d'ivresse mentale qui conduit le patient, pourtant sevré, à vivre et à ressentir les mêmes effets que sous l'effet du produit. La double peine en somme.

1. Kessel J., *Avec les alcooliques anonymes*, Gallimard, 1996.

2. Haute Autorité de Santé, *Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte*, Novembre 2014 – Mise à jour janvier 2021, p.11.

Les ressources thérapeutiques en psychiatrie, extrêmement variées mais grevées d'une certaine incertitude, apprennent donc l'humilité. En somme, le métier de psychiatre est également un remède efficace au « *syndrome du sauveur* », entité clinique non reconnue mais que l'on pourrait définir comme une tendance excessive à l'altruisme et une empathie excessive à l'égard des autres, dans le but de répondre à un besoin démesuré de gratitude.

2) ...du plaisir dans la créativité réflexive : embrasser la complexité

La psychanalyse n'a plus vraiment la faveur de la psychiatrie moderne. Cette déconfiture aurait-elle un lien avec le fait qu'elle est avant tout une anthropologie qui assume de s'aventurer dans les eaux troubles de la psyché humaine ? C'est une idée que n'aurait sans doute pas réfuté l'essayiste Philippe Muray, lui qui évoquait au début des années quatre-vingt-dix, dans un pamphlet intitulé *L'Empire du Bien*, le « *totalitarisme doux* » des bons sentiments qui semblent s'imposer dans les sociétés occidentales : « *nous voilà donc atteints d'un Bien incurable. Ce millénaire finit dans le miel [...] il est urgent de le saboter* »³. C'est également la thèse que défend la psychanalyste Fabienne Kraemer plus de 20 ans après, en alertant sur la tyrannie de la bienveillance : « *celui qui appelle à la bienveillance se place d'emblée en supériorité à l'égard de ceux qu'il infantilise* »⁴.

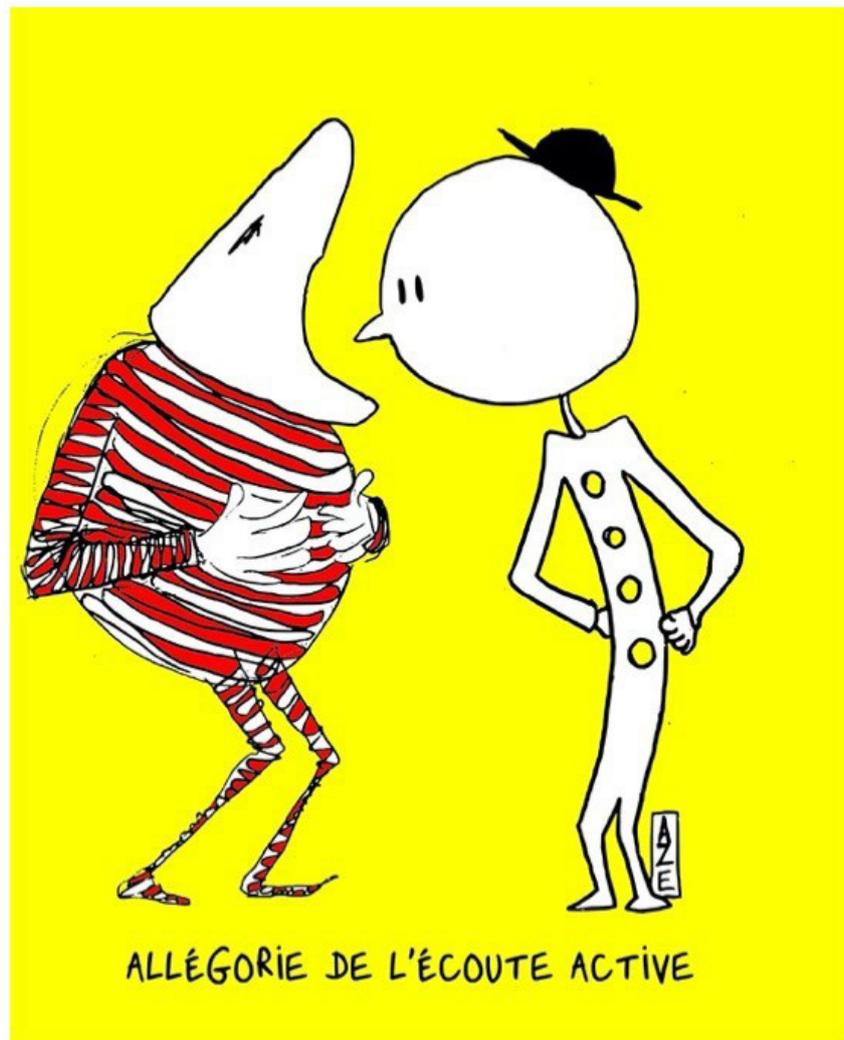
3. Muray P., *L'Empire du bien*, Paris, Les Belles Lettres, 2002

4. https://www.lemonde.fr/m-perso/article/2021/08/27/on-est-en-train-de-devenir-completement-nunucho-comment-l-exigence-de-bienveillance-empoisonne-les-relations-sociales_6092559_4497916.html



Prenons par exemple l'épineuse question du diagnostic du Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) : depuis quelques années émerge chez les patients, souvent des adultes d'ailleurs, une demande massive de reconnaissance diagnostique d'un TSA, au point que les Centre de Ressources Autisme (CRA) sont aujourd'hui saturés. Cela semble au premier abord contre intuitif, car qui souhaiterait ardemment être reconnu comme autiste ? L'émergence et l'affirmation dans l'opinion public du concept de « *neuro-atypicité* » n'y est certainement pas étrangère. Le glissement sémantique de cette catégorie nosographique va dans le sens d'une déstigmatisation louable qui confine parfois à l'exigence tyrannique de bienveillance : célébrer en quelque sorte la différence neuronale, pour ne surtout pas voir le handicap. Il est toujours embarrassant de voir arriver un patient en consultation avec une liste de symptômes de l'autisme, glanés sur Internet, auxquels ils s'identifient. Ces patients donnent parfois l'impression de venir « *postuler* » au diagnostic. Ils souffrent d'un cortège de symptômes et cherchent à mettre un nom sur leurs difficultés, mais succombent pour beaucoup à la tentation d'un autodiagnostic que le soignant n'aurait pour seule fonction que d'officialiser. Ils repartent souvent déçus et en colère lorsque les équipes soignantes ne vont pas dans le sens d'un diagnostic de TSA auquel ils avaient largement eu le temps de s'identifier.

La psychiatrie est donc toujours tributaire de son époque, il faut le clamer avec force. Elle est tributaire des représentations qui circulent à un certain moment sur le fait psychique, le fait psychiatrique, et des discours de la science, de la norme sociale et sexuelle.

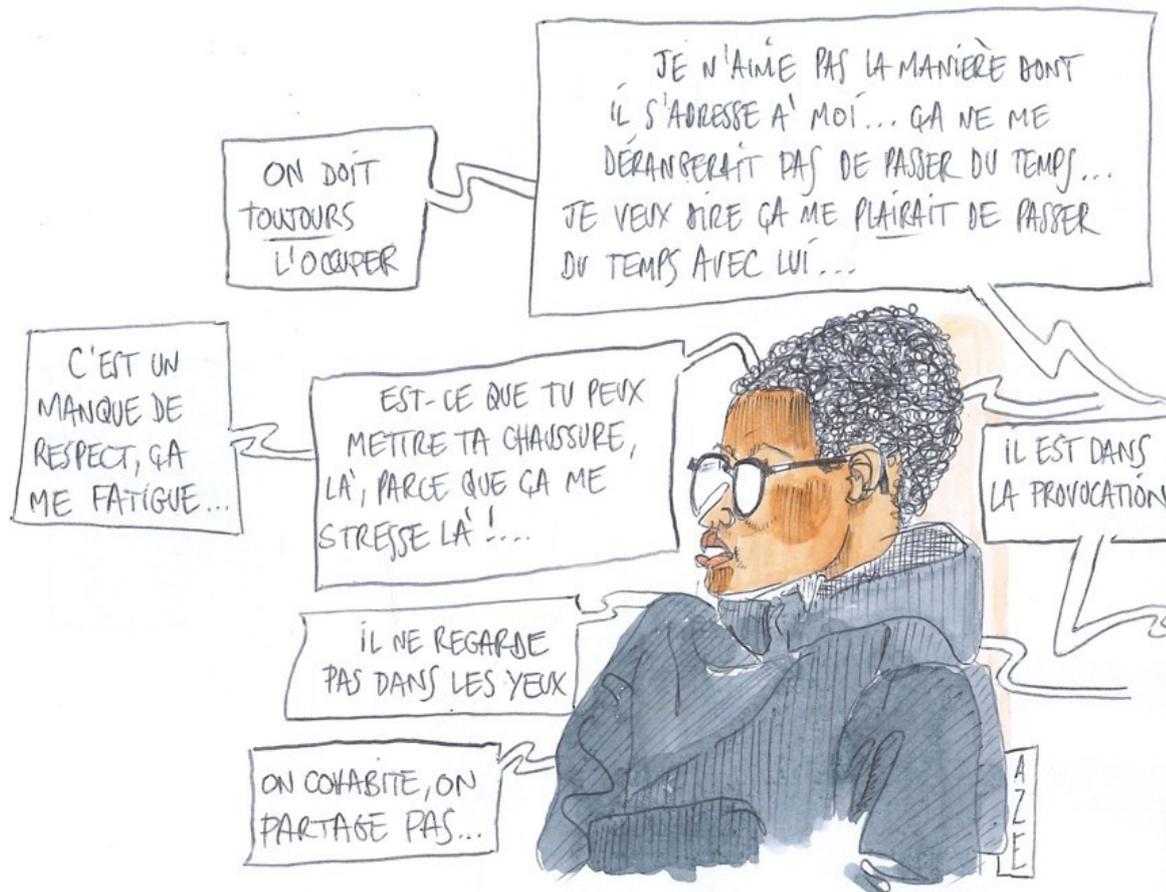


C'est pour cela que l'exercice de la psychiatrie se doit de savoir défendre la singularité qui en fait sa richesse : un temps « *hors-temps* », qui vise à déceler les invariants cliniques. J'appelle les invariants cliniques l'apport de plus d'un siècle et demi de sciences humaines en matière de fonctionnement de la psyché. Les mots changent, mais la clinique reste assez immuable : les TOC ne sont-ils pas dans une large mesure une version ripolinée de la névrose obsessionnelle, et les troubles bipolaires de la psychose maniaco-dépressive ? Le temps du soin, et surtout de la consultation, est un moment subtil de création d'un espace propice à une réflexivité créative du patient sur lui-même. Les « *psys* » (psychologues, psychanalystes, psychiatres) sont avant tout des artistes de l'écoute active, qui tentent de maintenir cet équilibre fragile pour que le patient puisse s'écouter, en faisant le pari que plus il écoute sa violence, moins il la pratique. Donc, d'un certain point de vue, le « *psy* » est un artiste de la relation qui permet au patient, par l'attention qu'il lui porte, de déployer ses potentialités d'invention de sa propre vie.

3) ...du plaisir dans l'adversité: la psychiatrie, un art martial

À rebours de l'image poussiéreuse du psychanalyste à l'air compassé ou de la figure déjà évoquée du psychiatre comme bras armé de l'embastillement, le métier de psychiatre a cela de passionnant qu'il peut être assimilé à un art martial, au sens oriental du terme : un ensemble de techniques et de pratiques visant à une maîtrise de soi dans l'adversité. À mon sens, embrasser la fonction de psychiatre apprend deux éléments essentiels : réguler le *quantum* d'excitations sensoriels d'une part, et apprivoiser la peur d'autre part.

• Un métier d'adrénaline



UNE CONSULTATION DE PÉDOPSYCHIATRIE AVEC UN JEUNE GARÇON DE 11 ANS, LE REGARD FUYANT, TOURNANT LE DOS A' SA MÈRE ET RÉPONDANT DE MANIÈRE POSÉE, HAUTAINE ET SYBILLINE AUX QUESTIONS DE LA PÉDOPSYCHIATRIE.

Ce jeune garçon de 11 ans au regard fuyant tournait le dos à sa mère durant la consultation. Son ton revêché et son air hautain l'insupportaient au plus haut point. Lui se contentait seulement de contredire par moment, de manière posée et sibylline, les charges incessantes de sa mère. Ces deux-là ne se supportent pas, s'entre-étouffent, c'est douloureux à voir. La plainte maternelle est tragique, on entend l'épuisement à essayer d'aimer et l'interdiction morale du désamour. La réticence passive du garçon ne trompe personne sur sa colère internalisée. Je me disais, en écoutant ces nombreuses mères ayant seules la charge de leurs enfants, qu'il y a un invariant clinique : l'absent est toujours fantasmé. La mère a eu besoin de construire l'image d'un géniteur toxique et malsain pour panser le sentiment d'abandon, l'enfant a besoin de faire de l'absent une victime pour ne pas avoir à donner des coups de poings dans le vide.

En témoigne cet autre enfant qui m'avait affirmé que son père, pourtant fantomatique depuis le berceau, n'attendait qu'une seule chose : que sa mère ne veuille plus de lui, pour que le père puisse le reprendre. Ces fantasmes antagonistes, dont l'enjeu est l'impossible satisfaction d'un même désir, sont la source d'un ressentiment immense dans les dyades mère-enfant. Ils participent également d'une forme de rivalité mimétique comme l'a défini le philosophe René Girard : *« À la moindre rupture d'équilibre, les deux partenaires s'engagent dans une dialectique sans issue. Ils ne trouveront plus la stabilité que dans le malheur d'un rapport toujours asymétrique, non réciproque. L'un d'entre eux est voué à l'humiliation, c'est à dire au désir perpétuellement insatisfait, l'autre, constant objet d'attentions qui l'accablent d'un ennui démesuré, ne trouve même pas de quoi entretenir sa gloire dans le désir déprécié »*¹.

Dessiner ces moments cliniques très intenses a parfois une fonction de décharge d'une adrénaline nécessairement contenue. En effet, il y a quelque chose de l'ordre de l'« *Euréka !* » d'Archimède d'avoir saisi quelque chose du fonctionnement interne d'un patient. Pour autant, il est souvent nécessaire de réprimer cette excitation, et ce pour plusieurs raisons. D'une part, il est très malpoli de faire le remue-ménage dans la psyché d'une personne qui ne nous y a pas invité. D'autre part, la plupart des psychothérapies postulent qu'il n'y a de changement que lorsque le patient se rend compte lui-même de son propre fonctionnement. Autrement, c'est au pire condescendant, au mieux inefficace.

1. Girard R., *Géométries du désir*, Paris, éditions de l'Herne, 2010.

• *Apprivoiser sa peur*

Le métier de psychiatre apprend la maîtrise de soi donc. Il permet également une patiente domestication de la peur : celle qui vient de soi comme celle provoquée par un stimuli externe.

La folie, en tant « *qu'absence d'œuvre* », est stérilité, infécondité. Une prison interne qui rend impossible toute initiative. Rappelons-nous de ces mots de Freud, à qui l'on demandait une définition de la « *normalité* ». Il répondait simplement : « *Aimer, et travailler* »¹. Parfois, le travail de psychiatre peut provoquer une usure : environné de trop de souffrances, de trop d'instabilité, le risque d'un émoussement psychique défensif est présent, et peut confiner à la sidération. Rien en effet, dans la formation médicale théorique, ne prépare à vivre certaines situations d'une intensité émotionnelle formidable : lorsqu'un patient, au comble de sa souffrance, s'agite. Lorsqu'un lourd secret familial est en passe d'être révélé, ou encore lorsqu'il faut annoncer à un patient se réveillant en réanimation qu'il a fait une tentative de suicide.



Dessiner les patients ou se représenter soi-même dans une situation clinique marquante procède à mon sens d'une forme de déréalisation² volontaire et salutaire. C'est une méthode de mise à distance du réel lorsque celui-ci est vécu comme trop extrême. Cela permet également de faire surgir du signifiant là où *a priori* il n'y en a aucun, comme une tentative de lutter contre le vertige du vide. Tel le Petit Poucet qui s'aventure dans le sombre d'une forêt inconnue, ces croquis sont autant de petits cailloux qui permettent de retrouver son chemin quand on vient à le perdre.

1. J. Angelergues, M. Papageorgiou, *Argument, Revue française de psychanalyse*, 2008/1 Vol. 72, p.5-8.
2. « *Le sujet perçoit la situation comme s'il regardait un film, envahi par un sentiment d'irréalité (déréalisation), de détachement, d'impression d'émoussement de l'affectivité et de la réactivité (dépersonnalisation)* » GUELFY J., ROUILLON F., *Manuel de Psychiatrie*, éd. Elsevier Masson, 2017, p.214).

Rendre audible l'in audible, une éthique du témoignage

A. Le psychiatre comme « sous-marinier » de la société

L'expression est du professeur Raphaël Gaillard. Interviewé en décembre 2021 sur la radio France Inter, il a ces mots : « *Nous, psychiatres sommes en quelque sorte des sous-mariniers de la société. Nous voyons la société dans ses profondeurs et ce que nous voyons, ce ne sont pas des vagues successives, ce sont des lames de fond, une lame de fond qui est la souffrance psychique* »¹. Le professeur Gaillard rend compte ici de la temporalité spécifique qui est celle de la psychiatrie, comme nous l'avons vu précédemment. La psychiatrie, comme toute discipline à vocation scientifique, se doit d'être une lente, très lente digestion. Comme le rappelle le pédopsychiatre Daniel Marcelli, elle relève « *comme toute théorie, plus de la croyance que de la vérité, mais d'une croyance construite sur des sources claires et toujours renouvelables, autrement dit, qui n'a rien d'un dogme* »².

Le psychiatre est le premier réceptacle de cette parole « *tabou* ». Reste à savoir s'il est judicieux de donner une voix et un corps à cette parole. Autrement dit : ce que le psychiatre a vu, la société doit-elle le voir ? Je pense que dans une large mesure, oui. Le sous-marinier, comme tout militaire, est un grand muet, il est tenu par un devoir de réserve dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles. Le médecin lui, est tenu au secret médical : il n'est pas interdit de faire de la politique, au sens noble du terme, c'est-à-dire à mon sens tenter de peser sur le débat théorique.

Il me semble même capital de pouvoir faire entendre la parole des patients qui montrent bien, durant les consultations, combien les troubles psychiques et leur cortège de violences sont souvent le corollaire de forces de vie contraintes. Si l'on postule en effet que les troubles psychiques existent, il ne faut pas méconnaître qu'ils ne prennent pas uniquement leur source dans la psyché des individus. Les manuels de psychiatrie parlent souvent pudiquement de « *facteurs environnementaux* » pour parler des facteurs externes au patient qui influent sur le devenir de sa maladie : cela me semble amplement insuffisant.

Car la folie est plurielle : elle est souvent un anathème frappé à l'endroit de ce que l'on ne comprend pas, ou que l'on ne veut pas comprendre. La folie, c'est parfois également une protestation, parfois une affaire de statistiques, ou une lutte entre la raison du plus fort et la raison du moins fort. Dans une forme de circularité, la société crée tout autant ses « *monstres* » que ces derniers ne montrent

1. <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/l-invite-de-8h20-le-grand-entretien/l-invite-de-8h20-le-grand-entretien-du-jeudi-30-decembre-2021-8435284>

2. Marcelli D., Braconnier A., Tandonnet L., *Adolescence et psychopathologie*, 9^e éd. Elsevier S.A.S. 2018.

quelque chose de la société. « *Laisser rentrer les monstres* », c'est d'ailleurs ce que défend la réalisatrice Julia Ducourneau, lauréate de la Palme d'or à Cannes en 2021 pour son film *Titane*¹. Le psychiatre, en tant que « sous-mariner de la société », a donc une position privilégiée pour pouvoir donner un éclairage particulier sur ces « *monstres* » que la société a désigné comme tels.

1) Addictions et « *a-diction* »

Les patients en prise avec des addictions sont légion en psychiatrie. Addictions à des produits hallucinogènes ou addictions comportementales, elles ont au moins un dénominateur commun : une impossibilité de dire.

LE DERNIER PSYCHIATRE, LA DERNIÈRE FOIS OU JE SUIS ALLÉ LE VOIR, IL M'A ACCUEILLI DANS SON BUREAU AVEC CES MOTS : "ALORS, TOUJOURS UN PROBLÈME DE PICOLETTE ?!"



ÇA M'A CHOQUÉ...

« *Un problème de picquette* ». Lorsque ce patient est venu consulter en addictologie, la consultation démarrait en apparence sur de mauvaises bases, ce dernier mettant en cause le laxisme et le mépris de son ancien psychiatre vis-à-vis de ses difficultés avec l'alcool. En réalité, ce n'est pas la profession même de psychiatre que ce monsieur remettait en cause – et après tout, pourquoi pas ? Les réflexes confraternels obsessionnels m'ont toujours paru un peu rances – mais plutôt le fait que ce dernier psychiatre lui avait refusé le droit de parler de ses difficultés avec l'alcool.

C'est d'autant plus dommageable que la clinique de l'addiction procède entre autres d'un défaut de verbalisation et de symbolisation, que l'on pourrait résumer ainsi : « *ce qui n'est pas dit, est bu* ». Ici, le psychiatre en cause n'a fait que renforcer ce symptôme.

1. <https://madame.lefigaro.fr/celebrites/merci-laisser-rentre-les-monstres-julia-ducourneau-deuxieme-femme-de-lhistoire-a-remporter-la-palme-dor-a-cannes-170721-197476>



Les traits tirés par une énième biture et le visage raviné par la boisson, cette patiente mettait pourtant un point d'honneur à soigner sa présentation : rouge à lèvres, boucles d'oreilles aussi discrètes qu'élégantes, et diction irréprochable. J'étais captivé par ce décalage flagrant entre ses difficultés et sa manière de se raconter, claire comme de l'eau de roche. Son histoire, c'était celle d'une femme qui en dépit des apparences, avait réussi à sa manière à briser le cercle vicieux de la répétition traumatique de la violence intrafamiliale. En étant référente de l'association des alcooliques anonymes, elle réparait la violence subie de manière altruiste. Elle avait enfin la parole.

2) Une folie archétypale: la schizophrénie

La psychose est une folie célèbre, une folie « pop » : c'est celle qui fascine, qui fait l'objet à chaque époque de nombreuses productions artistiques. La tentation est grande de réduire l'ensemble des troubles psychiques à cette maladie archétypale pour mieux ignorer les autres. À rebours de l'opinion publique qui voit dans les patients schizophrènes des gens dangereux, il est important de rappeler avec force que ces patients sont plus souvent victimes de violences que la population générale (environ 2 fois plus). Ils sont également avant tout dangereux pour eux-mêmes puisqu'on estime que le risque de suicide est environ cinq fois plus élevé qu'en population générale¹.



La vie de ce patient était comme figée depuis le déclenchement de sa schizophrénie. Il souffrait depuis plus d'une décennie de fréquentes hallucinations acoustico-verbales : des voix lui hurlaient des insanités toujours plus morbides, toujours plus violentes. Au début, il n'avait pas conscience de sa maladie et avait commencé à produire un délire en lien avec ces voix. Ce n'est qu'après de nombreuses hospitalisations et l'essai de plusieurs traitements que le patient accéda progressivement à l'idée que les voix dans sa tête étaient des hallucinations et non la réalité.

Pas la réalité ? Les progrès en imagerie médicale permettent aujourd'hui de confirmer les intuitions cliniques des psychiatres qui s'intéressent à ces phénomènes psychiques depuis plus de 150 ans, à savoir que les zones du cerveau responsables du traitement de ces données sensorielles s'activent de la même manière que si le patient recevait effectivement l'information sensorielle. Autrement dit : un patient qui « voit des éléphants roses » les voit réellement. Un patient qui entend des vociférations menaçantes les entend authentiquement.

1. <http://institutions.ville-geneve.ch/fr/bm/interroge/archives-questions-reponses/detail/question/les-schizophrenes-sont-ils-dangereux-pour-la-societe-br/>

Cette patiente est de ces voyageurs qui ne sont pas revenus indemnes d'une vadrouille changée en errance. Jeune fille au pair aux États-Unis, ses employeurs ont alerté sa famille sur un sentiment de persécution, des attitudes d'écoute : « *elle parle toute seule... elle se méfie de nous... elle est cloîtrée dans sa chambre...* ».

Connaissez-vous le « *syndrome du voyageur* » ? C'est un trouble psychique qui affecterait certains voyageurs confrontés au choc de l'écart des cultures. Il se caractérise par un certain nombre de symptômes psychiatriques qui vont du délire franc aux hallucinations, un sentiment de persécution ou encore une dépersonnalisation. Le tableau clinique est polymorphe, mais le phénomène est décrit dans la littérature en plusieurs lieux du globe : syndrome de Paris, syndrome de Jérusalem, syndrome de Florence, syndrome indien...

Près de huit ans après, les brigands américains qui peuplent les angoisses de cette patiente (et de probables hallucinations) sont toujours présents, menaçants. Mais la prise en charge institutionnelle, les traitements neuroleptiques et le soutien de sa famille lui permettent, par périodes, de ne pas trop se sentir « *sur écoute* ».



3) La banalité de la folie

La grande folie existe, certes. Il faut savoir la regarder, car l'ignorance fait toujours le lit de l'indifférence. Mais la psychiatrie n'est pas que le lieu de cette « folie extraordinaire ». La société l'enjoint également à se débrouiller avec ce que nous appellerons la « banalité de la folie » : celle qui prend naissance dans l'intime.



Le langage corporel de cette patiente traduisait ce jour-là un mélange de déception, de dépit. De tout l'entretien, Madame n'avait pas décroisé les bras. Tout son corps transmettait une crispation, quelque chose de noué, une amertume immense. Portait-elle vraiment un haut rouge dans la réalité ? Elle véhiculait une colère si sourde et à peine contenue, que le choix de la couleur rouge s'imposait. J'avais presque mal pour cette dame, quelque chose d'acide semblait véritablement la ronger de l'intérieur depuis de nombreuses années.

On peut imaginer sans peine le choc d'une révélation aussi lourde de sens à un âge aussi tardif. C'est tout un réseau d'imaginaire, de rêveries et de signifiants autour de la filiation supposée qui s'écroulait. D'un coup.



Cette jeune patiente très croyante était hospitalisée pour un épisode psychotique transitoire. En quelques jours seulement, Madame avait « *recouvré ses esprits* » et elle pouvait enfin se confier en consultation sur les facteurs de stress ayant certainement participé de sa décompensation. Elle évoqua alors, le regard gêné, avoir été saisi d'effroi de ne plus être vierge. Le cadre de la consultation ne se prêtait certes pas tellement ce jour-là à une discussion bienveillante sur sa sexualité – deux à trois soignants dans le bureau – mais la patiente semblait également nous questionner du regard : « *puis-je vous faire confiance ?* »

Je ne pouvais m'empêcher de penser pour moi-même que les religions gagneraient certainement à cesser de culpabiliser et s'honoreraient plutôt à éduquer leurs jeunes ouailles sur la complexité de la sexualité : ses joies comme ses affres.

B. *Le psychiatre lanceur d'alerte ?*

La psychiatrie en tant qu'institution a toujours été une caisse de résonance des nombreux dysfonctionnements de nos sociétés : familles dysfonctionnelles, politiques migratoires, drogues, pauvreté, vieillissement de la population, prise en charge des handicapés... Sait-elle encore être un refuge pour les plus vulnérables ? Et ce refuge est-il suffisamment digne ?

1) *Une institution essoufflée*

C'est une chose de reconnaître que personne n'aime les hôpitaux : ce sont des lieux qui nous rappellent trop bien notre finitude commune. Personne, non plus, n'entretient de lien affectif fort avec les hôpitaux psychiatriques : ce sont des lieux qui véhiculent trop l'image de la déchéance et du stigmate dans l'imaginaire collectif.

C'est une autre de laisser partir ces lieux à la dérive sous le prétexte qu'ils véhiculent de la laideur dans l'imaginaire collectif¹. Parfois, en tant que psychiatre, j'ai eu honte d'hospitaliser certains patients tant les locaux qui les accueillent sont délabrés.

Il est difficile aujourd'hui pour un soignant en psychiatrie de ne pas se sentir en colère, voire persécuté, face à ce qui apparaît comme un double discours gouvernemental un peu fou : parler à tout crin de « *santé mentale* », en faire la promotion à grand renfort de campagnes de communication, pour mieux délaissé le discours sur la folie. Ce double discours fait le jeu d'un virage ambulatoire qui ne dit pas son nom. Aujourd'hui, on entasse dans certains hôpitaux psychiatriques des patients dans des chambres à trois. Certaines chambres sont tellement vétustes que des patients hospitalisés sans leur consentement sortent en creusant des trous dans les murs... Soit on en rit, soit on témoigne de ce qui apparaît comme une véritable ghettoïsation de la psychiatrie.

1. Cette remarque pourrait s'appliquer d'ailleurs à de nombreux bâtiments de l'État : prisons, écoles, etc.



Quand Monsieur est arrivé dans le service, il était famélique, ne mangeant plus rien que des compléments alimentaires depuis des semaines, des mois peut-être. « *Ça crie famine, mais ça passe pas* » disait-il. Mais toutes investigations médicales se révélaient négatives... En prenant le temps d'entrer en relation avec lui, il avait pu nous confier qu'il avait l'idée d'arrêter de manger, pour « *mourir sans souffrance* ».

L'action conjuguée de l'écoute active, des médicaments, de l'aide sociale et d'une certaine forme de sollicitude permanente des équipes soignantes a permis à ce patient de se projeter vers un retour à la vie, hors des murs de l'hôpital.

La médecine psychiatrique a toujours été à la frontière du médico-social, et c'est à mon avis tout à son honneur. Pour autant, les partenaires du secteur médico-social tiennent le même discours que les psychiatres : manque de moyens, manque d'attractivité du métier... Quand arrêtera-t-on de fermer des lits d'hôpitaux par millier, en dépit du bon sens ? Quand proposerons-nous un salaire décent aux infirmiers, aux professeurs ?

Dessiner la réalité crue de ce métier, c'est aussi faire œuvre de témoignage, d'interpeller la société française sur le fait que, comme disait Jean Jaurès : « *Le service public, c'est le patrimoine de ceux qui n'en ont pas* »².

2. <https://www.senat.fr/seances/s201712/s20171220/s20171220002.html>



Il est également une idée, qui n'est pas très intuitive tant l'hôpital psychiatrique est, on l'a vu, fréquemment conquis : celle selon laquelle l'hôpital psychiatrique est un lieu où le patient a le droit de vivre sa folie sans se faire réprimer par la société. Bien sûr, diagnostiquer et traiter sont des missions premières du psychiatre. Néanmoins, la psychiatrie doit rester ferme avec l'idée que tout n'est pas quantifiable. Ce temps d'écoute accordé au patient pour qu'il puisse dire l'indicible et l'inaudible est précieux. Pour citer à nouveau Albert Einstein : « *ce qui compte ne peut pas toujours être compté, et ce qui peut être compté ne compte pas forcément* ».

2) Un métier réduit à ses fonctions instrumentales ?

Dessiner mes patients est une manière pour moi de lutter contre ce que je perçois comme une relative mécanisation du corps soignant et du corps souffrant. Car mettre un visage sur un nom en lui donnant à travers le papier une forme, une couleur et une voix, c'est tenter de replacer le patient dans une trajectoire individuelle et toujours singulière, en dépit des entités nosographiques et de la statistique.

Par exemple, il est à mon sens urgent d'affirmer que le corps soignant en psychiatrie ne pourra plus tenir encore longtemps une position sérieuse vis-à-vis du patient en se cachant uniquement derrière l'*Evidence-Based Medicine*. C'est l'honneur de la médecine en général, et de la psychiatrie en particulier, de chercher à fonder le soin sur des données chiffrées. Rappelons néanmoins qu'un consensus en matière de science est toujours l'état des connaissances à un moment donné, et non une vérité scientifique ultime, comme le souligne le philosophe des sciences Karl Popper : « *le critère de la scientificité d'une théorie réside dans la possibilité de l'invalider, de la réfuter ou encore de la tester* »¹.

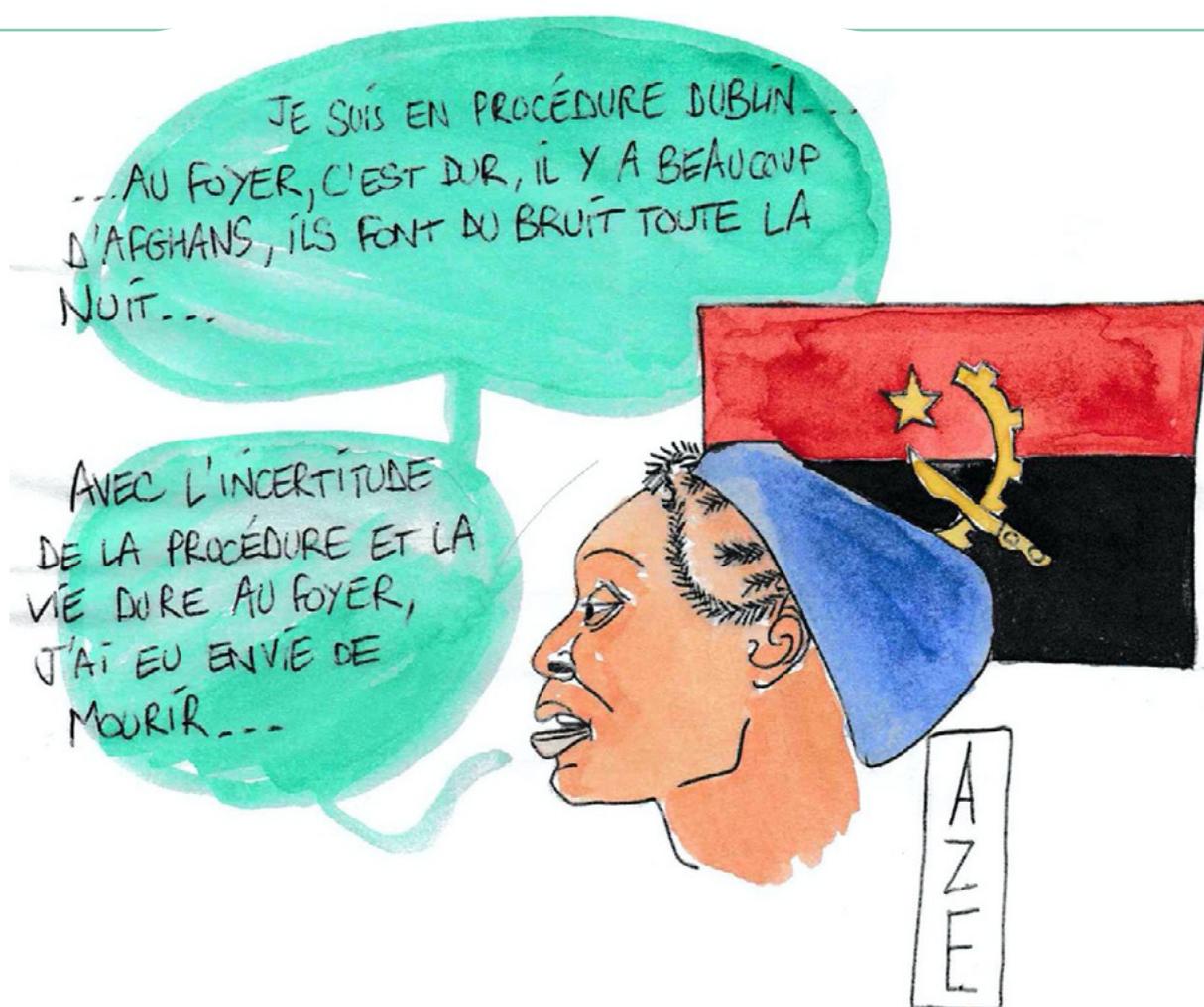
La psychiatrie a tendance à se transformer il me semble en *no man's land* théorique : la formation théorique des étudiants en psychiatrie est réduite à peau de chagrin, les temps de supervision clinique également, et les sciences humaines sont de moins en moins convoquées pour éclairer les troubles psychiques des patients que nous prenons en charge.

Le psychiatre est un soignant avant tout, mais il ne doit pas être réifié à ses fonctions instrumentales. Il risque à tout moment de devenir le serviteur veule d'une société qui ne va pas très bien. Mettre des visages et donner une corporéité à certains patients constituent une manière de mettre en lumière le fait que le psychiatre voit trop combien dans sa pratique, il n'y a pas que la maladie psychique qui tue le patient en souffrance : c'est aussi, immensément, la pauvreté matérielle, sociale ou culturelle.

1. Popper Karl R., *Conjectures et réfutations : La croissance du savoir scientifique*. Paris : Payot; 2006.

Cette femme avait fui son pays d'origine, l'Angola. Ballotée de foyers en foyers, elle n'avait pas de « lieu à soi »¹ pour reprendre l'expression de l'écrivaine Virginia Woolf. Elle déprimait, dans ces habitations que l'on imagine volontiers au charme fonctionnaliste, et n'avait aucune perspective. Son passage à l'acte suicidaire résonnait avant tout comme un appel à l'aide.

Les mots sont importants : au sujet de ces étrangers sans foyer, doit-on parler de migrant, ou d'exilé ? Le premier terme s'est imposé dans le débat public, mais il est impropre à mon sens car il tend à insister sur le fait qu'elle n'est qu'une personne qui se déplace. Il serait opportun d'utiliser plutôt le mot d'exilée pour insister sur le fait qu'être déraciné est toujours une violence extrême.



1. V. Woolf, nouvelle traduction de M. Darrieussecq, *Un lieu à soi*, ed. Denoël, coll. Empreinte, janvier 2016.

TOUT LE MONDE FUME LE
PAKA* A' LA MAISON : LE TONTON,
LA TATIE, LES COUSINS... SI MON
FILS IL FUME, JE VAIS LE TAPER
HEIN!



Il est des drogues comme des êtres chéris, à qui l'on donne volontiers des surnoms aussi affectueux que nébuleux. Les Tahitiens n'échappent pas à cet invariant, qui appellent leur cannabis le « *pakalolo* » (littéralement, le « *brûle-cerveau* »). Ce qu'ils nomment tendrement le « *paka* » est en Polynésie une affaire de famille, comme l'expliquait bien cette maman durant un entretien de famille. Son fils, âgé d'à peine 16 ans, était hospitalisé depuis plusieurs mois pour une décompensation psychotique. « *Le tonton, la tatie, les cousins... tout le monde fume, à la maison* » précise cette mère. Les données scientifiques actuelles vont dans le sens d'une multiplication du risque par 3 d'entrée dans une schizophrénie en cas de consommation de cannabis. Certes. Mais cette réalité scientifique se bute à une autre réalité, digne d'un roman de Zola : plusieurs générations s'entassant dans de minuscules bicoques en terre battue, à deux pas des plages paradisiaques, fumant pour le plaisir, fumant pour fuir le triste réel aussi. Et la violence physique comme un langage comme un autre. Alors ce jour-là, cette mère était-elle réceptive à notre message de prévention ?

En guise de conclusion

Qu'apporte la représentation graphique des paroles d'un patient aux métiers du soin ? Après quatre ans et près de 70 croquis de patients, je comprends maintenant que j'ai travaillé inconsciemment à éduquer ma subjectivité à travers la caresse du pinceau. Représenter l'autre, c'est réparer symboliquement la relation : la sublimer, la soigner quand elle est blessée et faire l'expérience subjective du plaisir à être avec l'autre. Le psychiatre se reconnaît et se construit en tant que tel à travers ses patients. Qu'apporte cette pratique à la société civile ? Représenter, c'est également témoigner : une forme de résistance face à un travail qui aliène et provoque de la souffrance dans le corps médical comme chez nos patients. Un questionnement également, toujours renouvelé, sur la frontière si ténue entre le normal et le pathologique, et enfin une tentative artistique de replacer le patient dans une trajectoire de vie singulière par le truchement des infinies nuances du visage humain. Au terme de ce travail, je gage que chacun répondra en son for intérieur à cette question : et moi, dans tout ça ?

Bibliographie

Girard R., *Géométries du désir*, Paris, éd. de l'Herne, 2010.

Guelfi J., Rouillon F., *Manuel de Psychiatrie*, éd. Elsevier Masson, 2017.

Kessel J., *Avec les alcooliques anonymes*, éd. Gallimard, 1996.

Laplanche J., Pontalis J-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, 2011.

Marcelli D., Braconnier A., Tandonnet L., *Adolescence et psychopathologie*, 9^e éd. Elsevier S.A.S. 2018.

Meyer P., de Sivry S., *L'Art et la Folie*, Paris, éd. du Sextant Bleu, 1999.

Muray P., *L'Empire du bien*, Paris, éd. Les Belles Lettres, 2002.

Popper K. R., *Conjectures et réfutations : La croissance du savoir scientifique*, Paris, éd. Payot, 2006.

Référentiel de Psychiatrie : Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie, Presses Universitaires François Rabelais, 2014.

Woolf V., nouvelle traduction de M. Darrieussecq, *Un lieu à soi*, éd. Denoël, coll. Empreinte, janvier 2016.



le **cnam**



GHU PARIS
PSYCHIATRIE &
NEUROSCIENCES

Site: *chaire-philosophie.fr*

Twitter: *@hospiphilo*

Facebook: *ChairePhilosophieAHopital*

Contact mail: *contact@chaire-philosophie.fr*