

réflexion

PRATIQUES

Dessiner la psychiatrie : un regard sur les invisibilisés

Dessiner la psychiatrie peut-il permettre d'établir un espace de dialogue et de réflexivité entre deux mondes qui se côtoient mais s'ignorent ? En tant que psychiatre, Thomas Le Guillou fait le constat quotidien d'un fossé béant entre ce que le corps administratif imagine du travail en psychiatrie et la réalité du terrain. Le corps soignant, souvent, ne comprend rien non plus aux nécessités comptables de l'hôpital public. Cette mutuelle incompréhension nourrit une défiance, voire un divorce, *in fine* délétère pour tous. Tirées de son expérience, les « vignettes cliniques » illustrées présentées ici ont pour ambition de réduire un peu la distance entre familiers et méconnaisseurs de la psychiatrie, permettant à ces derniers une forme d'immersion dans le quotidien des soignants en psychiatrie.

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. Le Dr Séamus Mac Suibhne rappelle que la psychiatrie a toujours été « intimement concernée par les valeurs et les préoccupations des sciences humaines ⁽¹⁾ ». Une définition minimale de la psychiatrie pourrait être : 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.

Dans l'ouvrage que j'ai récemment publié ⁽²⁾, j'ai utilisé mon goût pour l'écriture et le dessin pour explorer cette complexité, sur laquelle mes études initiales en politiques publiques à Sciences Po Paris me donnent un autre regard. Voilà comment j'ai procédé : j'ai d'abord recueilli au fil des consultations des segments de phrases de patients qui « raisonnaient » particulièrement en moi. Puis, 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. Enfin, j'ai écrit de courts textes, que j'appelle des « vignettes cliniques », à la manière dont les médecins ont l'habitude de présenter un patient à leurs collègues lors des « staffs ». Autant de cas cliniques qui permettent de se représenter efficacement l'enjeu de la prise en charge de tel ou tel patient.

Thomas Le GUILLOU
Psychiatre, CHRU de Brest

Pour quoi et pour qui ces cas cliniques ?

Mon travail s'inscrit dans une dynamique double : lutter, tout d'abord, contre les effets délétères d'une déstigmatisation de la psychiatrie, certes louable sur le papier mais qui me semble pernicieuse. C'est ce qu'explique le professeur de pédopsychiatrie Bruno Falissard, qui constate combien la santé mentale est un « concept foireux » (*sic*) qui s'impose au détriment du cœur de métier de la psychiatrie. Il regrette en effet que lorsque les autorités de santé doivent travailler sur la psychiatrie, le mot même de « psychiatrie » disparaît de leur langage au profit de mots très neurologiques : « S'il s'agit de bien-être, [...] alors il ne s'agit pas de psychiatrie. La distinction est essentielle. Pour des raisons éthiques (un médecin a une certaine légitimité sociale pour s'occuper de la souffrance d'autrui, il n'en a aucune pour décider du bonheur de ses semblables) mais aussi pour des raisons économiques (le plus souvent le financement du bien-être repose sur la fiscalité générale, celui de la médecine sur un système d'assurance, public ou privé). ⁽³⁾ » De là à y voir une tentative de « livraison de l'institution hospitalière à de grands groupes privés » comme l'évoque le professeur de neurochirurgie Stéphane Velut ⁽⁴⁾, il n'y a qu'un pas.

Représenter le patient en psychiatrie, c'est également témoigner : j'assume dans ce travail une perspective volontairement critique de ce que je perçois comme des pratiques délétères :

la tendance à vouloir réduire le psychiatre à ses fonctions instrumentales (le contrôle de la déviance sociale et l'embastringement), ainsi qu'une fascination contemporaine mortifère pour le diagnostic, qui est pourtant éminemment incertain en psychiatrie. Mes vignettes cliniques se donnent pour mission de tendre un miroir à la société civile (citoyens, décideurs, gestionnaires) en leur disant : voilà l'état de la psychiatrie française, va-t-on s'en satisfaire ?

Le psychiatre comme «sous-marinier» de la société

L'expression est du Pr Raphaël Gaillard. Interviewé en décembre 2021, il a eu 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. ⁽⁵⁾ » En usant de tels mots, Gaillard nous rappelle que le travail des soignants en psychiatrie est de prendre le temps de se mettre à l'écoute d'une parole qui n'a pas le droit de cité.

Le psychiatre est le principal réceptacle de cette parole. Reste à savoir s'il est judicieux de donner une voix et un corps à cette parole. Autrement dit, ce que le psychiatre entend, la société doit-elle l'entendre ? Dessiner des patients de la psychiatrie, pour le médecin que je suis, procédait au début de ma carrière d'une forme de mise à distance nécessaire de ce qu'il pouvait y avoir d'insupportable dans la rencontre avec un malade, ou dans ce que l'institution elle-même pouvait créer de malaise : dans une circularité folle se répondaient alors les murs glauques et dégradés de l'hôpital psychiatrique et l'état crasseux de certains patients, l'agitation angoissante de certains d'entre eux aux pratiques brutales de contention et d'isolement. Puisque « le soleil ni la mort ne peuvent se regarder fixement », comme l'écrit La Rochefoucault, il me semble aujourd'hui intéressant de publiciser ces dessins de patients pour que le plus grand nombre puisse avoir un aperçu de l'invisible (le soin en psychiatrie) comme de l'invisibilisé (l'ambiance mortifère de certains hôpitaux et la mort psychique que subissent certains patients).

Il me semble également capital de pouvoir faire entendre la parole des patients qui nous montrent bien, durant les consultations, combien les troubles psychiques et leur cortège de violences s'avèrent 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 son devenir et celui de sa maladie : cela me semble amplement insuffisant. Je vous propose ainsi, à travers quelques vignettes cliniques, de plonger avec moi dans les eaux troubles du métier de psychiatre. Ces situations vécues ont pour but d'exposer à la lumière ce que j'appelle des dysfonctionnements pérennes : l'explosion du recours aux soins sous contraintes, l'état misérable du médico-social ou encore la privatisation rampante de la santé sont pourtant des choix de société qui nous

appartiennent collectivement. Mais la politique est une affaire éminemment intime, elle est le métalangage de nos affects. Il faut donc, j'en suis convaincu, avoir été personnellement touché pour oser changer d'opinion politique. La psychiatrie, par exemple, ne nous intéresse jamais autant que lorsqu'un proche, soudainement, se retrouve hospitalisé. En donnant un corps et une voix à ces patients que je représente, je souhaite que l'on puisse imaginer qu'ils pourraient être notre frère, notre mère ou notre grand-mère.



Monsieur F... Au cachot avec des cachets

Les « soins sans consentement » n'existent pas. Ils ne sont qu'une privation de liberté temporaire, parfois hélas nécessaire pour amener le patient à accepter les soins ou le protéger. Penser que l'on soigne en contraignant, c'est une idée fautive et dangereuse qui se fait l'idiote utile d'une politique de dégradation des soins car elle participe à réduire toujours plus l'hôpital psychiatrique à un lieu d'enfermement.

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 projectif vis-à-vis du psychiatre. « Médecin dévoyé, tortionnaire d'enfants, raciste », disait-il en substance.

NOTES

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

(2) *Ligne claire en eaux troubles: réflexions sur le métier de psychiatre à travers le dessin*, Chaire de Philosophie à l'hôpital, collection Savoirs expérimentiels, janvier 2022. <https://lchaire-philos.fr>

(3) « Quel avenir pour la pédopsychiatrie... S'émanciper de la santé mentale? », in *Pour une nouvelle psychiatrie - Propositions*, Odile Jacob, 2023, p. 41.

(4) S. Velut, *L'Hôpital, une nouvelle industrie - Le langage comme symptôme*, Gallimard, 2023, p. 41.

(5) Raphaël Gaillard : « L'incertitude dans laquelle les Français sont plongés depuis deux ans est insupportable » France Inter, décembre 2021. radiofrance.fr

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 au fait de se reconnaître dépositaire d'un pouvoir exorbitant et de toujours chercher à en faire un juste usage.

Madame O... Ou le poids du social

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

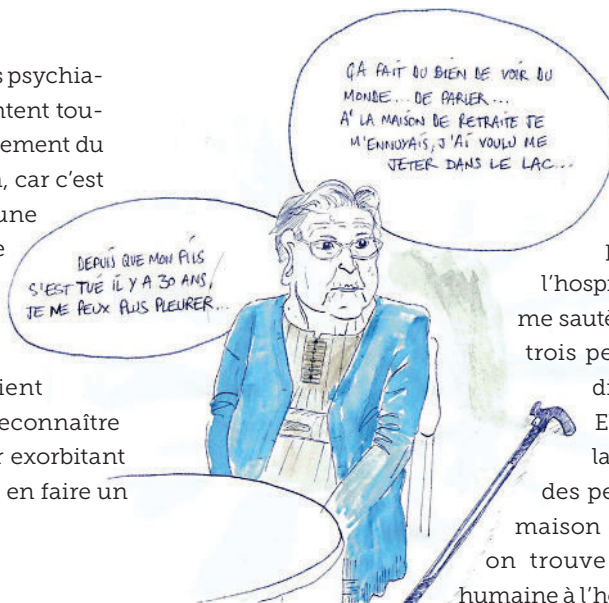
lui enjoint également de donner une réponse médicale à ce que nous appellerons la « banalité de la folie » : celle qui prend naissance dans l'intime. Mais est-ce bien son rôle ?

Cette jeune patiente très croyante était hospitalisée pour un épisode psychotique transitoire. En quelques jours seulement, Madame O... 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'ef-

froi 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 ? »

Madame L... Ou le silence coupable des Ehpad

Ce matin-là, la présence de cette vénérable octogénaire discrète et souriante détonnait au milieu d'une réunion entre soignants et soignés. 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 gérontopsychiatrie 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.

Monsieur I... Ou la misère du médico-social

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 ?

Quand Monsieur I... 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 les 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'hôpital par milliers, en dépit du bon sens ? Quand proposerons-nous un salaire décent aux infirmiers, aux jeunes médecins, aux aides-soignants ?

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 tous crins de « santé mentale », en faire la promotion à grand renfort de campagnes de communication, pour mieux délaissier le discours sur la folie. Ce double discours fait le jeu d'un virage ambulatoire qui ne dit pas son nom.

Madame E... De l'exil à l'asile

Le psychiatre est un soignant avant tout, mais il ne doit pas être réifié à ses fonctions instrumentales. Il risque autrement de devenir le serviteur veule d'une société qui ne va pas très bien. Mettre des visages et donner une corporéité à certains patients constitue 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 : il y a aussi, immensément, la pauvreté matérielle, sociale ou culturelle.

Cette femme avait fui son pays d'origine, l'Angola. ballottée de foyer en foyer, elle n'avait pas de « lieu à soi⁽⁶⁾ » pour reprendre l'expression de 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 insiste sur le fait qu'elle n'est qu'une personne qui se déplace. Il serait opportun d'utiliser plutôt le terme « exilée » pour insister sur le fait qu'être déraciné est toujours une violence extrême.



Pour ne pas conclure

Dessiner la réalité crue de ce métier, c'est donc faire œuvre de témoignage : l'hôpital de manière générale et l'hôpital psychiatrique en particulier devraient rester des lieux où le patient a le droit d'aller mal sans se faire réprimer par la société. Cette idée de l'hôpital psychiatrique comme lieu de répit va à l'encontre des idéologies actuelles de l'ambulatoire et du « rétablissement ». La psychiatrie doit donc 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, je dirai même essentiel. Il n'est hélas pas soluble dans le reporting et l'audit. Je terminerai en citant Jean Jaurès, « le service public, c'est le patrimoine de ceux qui n'en ont pas⁽⁷⁾ », et je fais le vœu que ces propos résonneront autant aux oreilles du corps soignant qu'à celles du corps administratif. ●

NOTES

(6) V. Woolf, *Un lieu à soi*, Denoël, coll. Empreinte, 2016 (nouvelle traduction de M. Darrieussecq).

(7) <https://www.senat.fr/seances/s201712/s20171220/s20171220002.html>



ZOOM

La Chaire de Philosophie à l'hôpital

Dirigée par la philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury, cette chaire hospitalo-académique est liée au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) et au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences. À travers un dispositif recherche et enseignement, de formation et diplomation, d'expérimentation et déploiement, cette chaire aspire à inventer la fonction soignante en partage et l'alliance efficiente des humanités et de la santé. Ses thématiques de recherche s'articulent autour de cinq pôles : Philosophie clinique et savoirs expérientiels/Santé connectée et intelligence artificielle/Design capacitaire/Résilience et clinique du développement/Nature et patrimoine en santé. La chaire abrite par ailleurs un espace doctoral composé de douze doctorants. Les prochains articles publiés par *Gestions hospitalières* porteront, entre autres sujets, sur les enjeux éthiques de la médecine prédictive en anesthésie, les interactions patients/soignants autour de l'imagerie médicale, les dispositifs de médiation artistique en milieu hospitalier, la collaboration entre soignants et designers... www.chaire-philos.fr