

Intervention d'Alfredo ZENONI

(Atelier N°6 – Le temps comme une succession de traitements)

LE SPECTRE DE LA CHRONICITE

La chronicité est une notion fréquemment évoquée dans les discussions et les projets de réforme relatifs à la clinique et à la thérapeutique psychiatriques. Cependant, elle est d'abord un concept proprement médical. « Chronique » désigne, par opposition à aigu, une affection dont l'évolution est lente et longue, mais aussi, avec un accent moins optimiste, un état de l'affection désormais inaccessible à ce que le médecin est censé prodiguer, à savoir la guérison.

Transposé dans le domaine psychiatrique, la notion de chronicité évoque surtout cette deuxième signification et se charge dès lors d'autres connotations, celle qui associe à l'état de la maladie l'idée d'une occupation indue, injustifiée, d'une place de soigné, soit encore celle d'une réduction de la vie sociale à une vie définie par le statut d'assisté. C'est à cet effet, dit « iatrogène », de la prise en charge thérapeutique qu'on se réfère principalement, lorsqu'on se penche sur le phénomène de la « chronicité » dans le champ psychiatrique. Aussi, transposée dans ce champ, la notion de chronicité est presque toujours conçue comme la conséquence collatérale, mais invalidante sur le plan social et existentiel, de l'opération qui est censée assurer l'amélioration ou la disparition de la maladie. Le « chronique » est celui qui s'incruste dans une structure de prise en charge thérapeutique. Et l'institution ou le thérapeute qui persistent à le garder en traitement sont qualifiés de « chronifiants ».

Critique d'un présupposé

L'idée selon laquelle, passé un certain seuil, l'efficacité du traitement est inversement proportionnelle à sa durée est tributaire d'un présupposé qu'on ne peut que questionner si l'on veut éviter les conséquences pratiques parfois dramatiques qu'il entraîne. Ce présupposé veut qu'on pense les problèmes de la santé mentale sur le modèle des problèmes de la santé physique. Or, tant qu'on n'aura pas admis une spécificité de la psychiatrie au regard de la médecine, on ne sortira pas des impasses qu'entraîne la pure et simple assimilation de l'une à l'autre. La psychiatrie ne constitue

pas un sous-ensemble de l'ensemble médecine, mais constitue un ensemble distinct de celui de la médecine tout en ayant avec lui une zone d'intersection.

La pathologie psychiatrique ne peut être pensée comme l'alignement d'une série de troubles isolés, comme peuvent l'être les troubles physiques, où à chaque organe ou à chaque fonction correspondent une pathologie et une thérapeutique propres. En psychiatrie, les racines du dit « trouble » (*disorder*) dépassent largement les limites de la fonction concernée, elles renvoient à une configuration clinique globale, qu'il s'agit de reconstituer, et dont le trouble est le symptôme. Prenons ce patient qui a le sentiment pénible que sa pensée se décompose, surtout lorsqu'il doit l'exprimer, c'est-à-dire parler. Il a alors l'impression que son cerveau étouffe. Eh bien, ce jeune homme dit aussi que son drame est d'avoir échoué à se faire aimer par une femme. « Je n'arrive pas à saisir à quel moment précis la femme veut de moi », dit-il. Vers l'âge de dix-huit ans il avait pu enfin réaliser l'idée qui l'obsédait : aller voir un film porno. Les quelques séquences qu'il avait pu regarder avaient déclenché un état de panique qui l'avait fait se précipiter chez son père pour lui annoncer qu'il était foutu. Il avait la certitude que sa mort allait être imminente. Il avait été hospitalisé. Comment concevoir que ces éléments cliniques peuvent être isolés comme autant de « troubles » distincts, trouvant dans le DSM leur code correspondant, alors qu'ils sont manifestement les signes d'une configuration subjective globale ?

Le contexte inter-humain du trouble psychiatrique

Le rapport de la thérapeutique au temps est différent selon qu'on aborde le trouble comme une entité en soi ou selon qu'on le réfère à cette configuration subjective globale. Dans le premier cas, c'est-à-dire dans le cas où l'on conçoit l'issue de la thérapeutique comme équivalent à la disparition du trouble, la pratique ne peut se concevoir que sur le modèle de l'application d'un acte technique, comportant des phases successives et une durée limitée. Au regard de quoi tout autre aspect de la prise en charge apparaît comme une superfluité qu'il s'agirait de réduire le plus possible dans son extension et dans sa durée, sous peine d'entraîner la fameuse chronification du patient.

Par contre, si l'on conçoit le trouble psychiatrique comme la manifestation d'une structure qui dépasse de loin les limites de la fonction troublée, la belle linéarité de la progression thérapeutique et de ses phases se défait et laisse la place à un parcours dont

les moments ne sont pas ordonnés selon un schéma standard, mais reflètent plutôt les vicissitudes relationnelles et existentielles de la personne qui souffre de ce trouble. Un symptôme psychiatrique n'est pas de l'ordre d'un « observable » à un instant t . Il est indissociable de l'histoire du sujet, de sa relation à l'Autre, de ce que le patient lui-même en dit. Le contexte inter-humain du symptôme fait partie du symptôme. L'agressivité, l'interprétation délirante, l'errance, la fuite de la pensée, la perspective du suicide, l'angoisse, la consommation de drogue ou d'alcool, qui se sont atténuées, voire ont disparu dans le contexte d'une hospitalisation, peuvent se re-manifester hors du contexte hospitalier, malgré la médication, à la suite d'une mauvaise rencontre, de la rupture d'un lien, de la mort d'un grand parent, de la grossesse de la belle-sœur, d'un propos moqueur ou énigmatique, d'un choix à faire, voire simplement de la reprise des relations familiales. De même, le contexte inter-humain du traitement fait partie du traitement. Son incidence va bien au-delà du conseil et du soutien pour « maintenir un style de vie sain » que le patient qui souffre de diabète ou de troubles cardio-vasculaires peut trouver dans l'entourage, en quoi consisterait la psychothérapie, selon la célèbre biologiste des maladies mentales Nancy Andreasen¹. Non, le contexte d'accueil et d'accompagnement fait partie du traitement au sens où il doit constituer un contexte relationnel spécifique. Il suppose une formation destinée à permettre un style de présence et de parole qui répond à ce qui cause la difficulté sur le plan de la présence et de la parole chez le patient.

Du même coup, l'approche des troubles psychiatriques comme maladies de la condition humaine, - condition qui inclut immédiatement la relation à l'Autre comme composante constitutive autant de la pathologie que de son traitement - cette approche modifie profondément la perception de la temporalité du processus.

L'idée est moins celle de la suppression de quelque chose que celle de la transformation ou du changement de régime de ce quelque chose, qui reste le même : la personnalité, l'économie libidinale de base, la structure clinique ou comme on voudra l'appeler. Dès lors, l'amélioration ou la stabilisation thérapeutique apparaissent moins être le fait d'un acte technique, ou de plusieurs actes techniques, que le fait d'un processus continu où le contexte intersubjectif d'accompagnement et/ou d'hébergement joue un rôle essentiel.

D'une manière ou d'une autre, la notion d'un lien social où se nouent la singularité du désir et la référence à une réalité commune n'a pas pu s'inscrire ou s'intérioriser suffisamment pour les sujets dont nous nous occupons. Elle exige donc le

plus souvent d'être réalisée, physiquement si je puis dire, par un lien social de suppléance, par un autre genre d'Autre que celui auquel le sujet est en butte. Dès lors, le contexte de la prise en charge ou de l'accueil n'est pas seulement le cadre dans lequel se déroule le traitement, mais fait partie intégrante du traitement. Et inversement, quelque chose du traitement se poursuit ou doit se poursuivre dans la conception et dans la pratique de l'accompagnement social.

D'une part, il ne s'agit pas de méconnaître dans le projet de l'hôpital, et de ses équivalents plus légers, le rôle thérapeutique – indépendamment même de la médication – que peut y jouer sa fonction d'asile, de refuge, de mise à distance. Fonction qui n'est pas reconnue lorsque la présence du sujet à l'hôpital donne lieu à la célèbre réplique : « Ici, ce n'est pas un hôtel ». Car s'il s'agit bien d'un hôtel - un hôtel pas comme les autres, certes – mais qui, comme lieu d'habitation, de vie en commun, de socialité joue tout de même un rôle non négligeable.

D'autre part, il ne s'agit pas d'accompagner et d'assister le sujet dans le registre du social comme si la dimension clinique ne devait plus y être prise en compte. On peut même aller jusqu'à dire que c'est justement lorsqu'on aborde le social que la difficulté clinique risque de réapparaître ou de se faire plus aiguë.

Se passer de l'échelle des traitements

Dès lors, nous pouvons déduire de cette étroite liaison entre le trouble et le contexte de son déclenchement comme de son traitement, une autre configuration des diverses formes de prise en charge que celle de leur disposition sur une échelle d'intensité thérapeutique décroissante qui irait de la cure à l'absence de cure. Cette notion d'échelle risque toujours de faire appréhender le recours à une forme de thérapeutique comme inapproprié, soit parce que le patient n'est plus assez malade pour une institution située sur tel point de l'échelle soit parce qu'il est encore trop malade pour telle autre institution soi disant plus évoluée. La perspective d'une succession ordonnée des formes de traitement tend le plus souvent à faire percevoir un changement de forme de traitement (passer du logement social à une communauté thérapeutique, par exemple) comme une « régression » ou comme une « rechute », et donc comme entraînant un risque de chronification, au regard du point que le sujet est censé avoir atteint sur l'échelle des traitements. C'est une perspective qui amènent souvent à prendre des décisions de sortie ou de refus d'entrée qui peuvent avoir des conséquences

dramatiques pour le patient et/ou pour son entourage. Croire que la suppression de l'hôpital psychiatrique ou la réduction des durées de séjour constituent en elles-mêmes un facteur de dé-chronification revient à croire à la nature purement médico-biologique de la maladie mentale et méconnaître sa texture relationnelle, c'est-à-dire transférentielle, libidinale, sociale. Vivre seul dans un appartement, parce que cela ressemble à une forme de vie plus proche de celle de tout le monde, n'entraîne pas *ipso facto* une amélioration du soubassement clinique du patient, pas plus que le fait de résider dans une communauté thérapeutique plutôt que dans un appartement ne signifie pas une « régression » clinique.

Ne nous laissons pas suggestionner par les idéaux de dé-thérapeutisation hérités de l'anti-psychiatrie. Plaçons-nous du point de vue du patient et considérons cette diversité de formes de traitement qui s'offrent au sujet comme une multiplicité sans hiérarchie et sans progression plutôt que comme une filière évolutive. La dimension inséparablement sociale et individuelle de la clinique commande l'inséparabilité du traitement et de son contexte relationnel, sans qu'on puisse en déduire la forme qui convient en ce moment au sujet d'une succession standard: hôpital, habitation protégée, centre de jour, centre de santé mentale, consultation privée. Essayons de faire dépendre le type et la durée du traitement de *l'usage* que le sujet peut en faire en ce moment (par exemple, de cette courte hospitalisation qu'il demande) et non d'un schéma a priori. A partir du moment où la dimension sociale de la prise en charge apparaît faire partie du traitement et la dimension d'effet thérapeutique apparaît faire partir de l'accueil social, l'idée d'une séquence temporelle s'échelonnant du traitement à sa disparition perd de son évidence, et avec elle l'idée d'un traitement qui serait anachronique ou superflu. Ce n'est pas parce que le patient n'apporte rien de nouveau dans les entretiens, ne met pas en pratique les projets dont il avait parlé, voire n'a aucun projet, que la prise en charge ou l'accompagnement ne jouent pas un rôle dans la pacification de son expérience et dans la stabilisation de son rapport à l'environnement. La question n'est pas de savoir si telle prise en charge constitue un progrès ou une régression, mais si le sujet s'en sert maintenant pour faire face à une angoisse, à un sentiment suicidaire de vide, à l'imminence de sa violence, à une solitude insupportable.

Au lieu de considérer comme un phénomène de « sédimentation » de malades « chroniques » le fait que des patients psychotiques consultent encore après 10 ans un centre ambulatoire, pour reprendre les termes d'une enquête ², nous considérons, au contraire, que c'est un signe de la fonction d'amarrage et de référence que ce centre a pu

réaliser pour eux – et qui a probablement permis leur maintien dans le contexte du lien social de tout le monde – le fait qu'ils aient pu s'en servir pendant des longues années.

Adopter une perspective psychiatrique plutôt qu'une perspective médico-biologique sur la maladie mentale, nous libère du spectre de la chronicité – spectre qui est plus une menace pour l'identification professionnelle du thérapeute que pour l'évolution du patient. Cela nous rend plus disponibles à un usage moins crispé, plus souple, plus adapté à chaque style de patient, de la réponse thérapeutique. Ce ne sont pas le petit nombre de traitements ou leur courte durée qui sont en soi garants de la stabilité des effets thérapeutiques obtenus. C'est plutôt la façon dont nous permettons au sujet d'y avoir recours – indépendamment de nos critères de progression ou de régression – qui va les transformer en une adresse. Celle-ci, du fait même de pouvoir être toujours possible, peut aussi se réduire à peu de chose, à quelque forme minimaliste de la prise en charge ou de l'hospitalisation. La référence à l'Autre thérapeutique en tant que possible peut à elle seule déjà avoir un effet thérapeutique.

¹ N. C. ANDREASEN, "*Brave new brain*", *Vaincre les maladies mentales à l'ère du génome*, De Boeck Université, Bruxelles, 2004, p. 50.

² P.-B. SCHEIDER et R. CARRON, Quelques problèmes de la chronicité du malade ambulatoire, *Archives suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie*, vol. 126 (1980), 2, p. 291-302.