

GUIMARÃES LOPES
(COORD.)



*PROGRESSOS
EM TERAPEUTICA
PSICOLÓGICA*

Au moment où les équipes psychiatriques sont invitées à travailler de façon moins séparées de la communauté le comportement psychopathique peut servir d'exemple aux transformations que doit subir notre pratique; plus ouverts sur l'extérieur, nous devons nous rendre compte que des personnes dans la communauté peuvent dans certains domaines où la société est en cause apporter plus que nos techniques: conscients de la souffrance liée à un manque fondamental, nous avons à favoriser en toute occasion l'établissement d'une relation personnalisée et apporter notre soutien aux personnes que le jeune rencontre dans ses divers environnements en les aidant à comprendre ses attitudes inattendues. C'est dans la mesure où ce «manque» primitif aura pu commencer à être comblé que seront rendus ensuite possible les modalités de prise en charge plus technique.

LA PRISE EN CHARGE COMMUNITAIRE DES PATIENTS À L'INTERIEUR DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

Prof. Dr. João E. Hipólito

L'hôpital psychiatrique est, actuellement, la cible d'une critique nourrie, venue de tous les horizons. Il est, simultanément jeu et enjeu.

De la gauche à la droite, des prétendus progressistes aux désignés réactionnaires, l'effort de démolition est évident, bien que, souvent, l'argumentation laisse traîner un arrière goût de rationalisation. On le démolit, on le cache, on le dissout, on le normalise, on le reconstruit dans un esprit de liberté et de tolérance ou sous les traits du Goulag.

Pourquoi est-il support de tant de passions, qui rendent cet hôpital si différent des autres pour devenir sujet de revendications du pouvoir ou du contre-pouvoir médical? Faut-il le désintégrer par décret, comme ailleurs, pour le voir ressurgir de ses cendres, honteusement, déguisé, camouflé?

Faut-il noyer dans l'hôpital général ce lit psychiatrique parmi tant d'autres lits? Faut-il lui procurer une structure et un fonctionnement qui lui sont particuliers?

On ne peut pas faire le procès de l'hôpital psychiatrique sans s'attarder sur l'histoire de la folie et celle-ci a été abondamment écrite et commentée, voire traduite et réinterprétée pour qu'il soit indispensable d'y revenir.

Nous aimerions, toutefois, rappeler quelques éléments importants de cette évolution.

A l'aube de l'humanité, l'homme malade, blessé, avait peu de chance de devenir, pour son entourage, un poids, une charge à porter,

handicapé, ses possibilités de survie étaient minimes et la fin à brève échéance inexorable.

Si, ainsi, la plupart des maladies somatiques faisaient disparaître rapidement, en cas de difficultés graves, le patient, un certain nombre de maladies étranges et inquiétantes ne mettaient pas en danger la survie du malade tout en diminuant considérablement sa rentabilité à l'intérieur de la structure de la société d'alors.

Le malade mental, étrange, différent, inquiétant était déjà, alors, à la recherche d'un rôle et d'une fonction sociale.

Dans un premier temps, jugé possédé par les esprits plus ou moins bienveillants, plus ou moins dangereux, il devint sorcier. Il fut le support de projections de toutes les angoisses profondes que l'individu humain pouvait ressentir et il éprouva un certain soulagement par l'exorcisme consistant à les placer à l'extérieur de lui en les définissant et en les circonscrivant.

A ce stade du développement des sociétés, le malade avait, en quelque sorte, retrouvé un rôle lui permettant un aménagement de sa fonction, restant plus ou moins inséré, plus ou moins marginalisé.

Son rôle, le rôle du fou, resta suffisamment important pour que ses contemporains, ses coexistants réfléchissent deux fois avant de songer à son élimination.

Plus tarde, le rôle de sorcier, sorcier-médecin fut repris par un autre groupe social qui récupéra, ainsi, une part, sûrement non négligeable, du pouvoir sur la communauté. Le rôle de possédé, de médiateur, entre l'invisible et le visible, entre le au-de-çà et le au-delà, fut repris, progressivement, par les responsables religieux, par l'hierarchie et le pouvoir spirituel qui s'approprièrent la partie la plus investie de ce rôle.

Le fou, le malade mental, le déficitaire se retrouva, peu à peu, renfermé à l'intérieur d'un cercle de non-productivité, dans une marginalisation de plus en plus accrue et par la suite du clivage entre le bon et le mauvais sorcier, entre le bon et le mauvais médiateur entre les esprits et l'homme, il fut cantonné dans le rôle de support de tous les mauvais objets, support des projections les plus inquiétantes du fonctionnement psychique, individuel et de la société.

Le pas suivant fut de définir un espace et un temps où on enferma celui qui inquiète, celui qui fait peur, en exorcisant, ainsi les angoisses de la communauté. Ce fut le rôle des asiles, des léproseries que de garder loin de la cité ceux qu'on peut pointer du doigt, ceux qui sont différents de nous, qui nous rassurent dans notre intégrité, qui sont exclus par leur non-productivité et par le rôle spécifique de sacrificable expiatoire. On brûla le démon qui existe en chacun de nous sur le feu de l'Inquisition, on tourna en dérision le fou dans les cours de l'époque, on l'enferma, on l'enchaîna et il fallut toute une révolution politique, sociale, économique et culturelle pour rompre les chaînes, lui accorder le statut de malade, celui qui souffre de sa différence, celui qu'on soigne, plutôt, qu'on normalise, bien que, très souvent, on normalise sous le prétexte de soigner.

Progressivement, l'asile-enfermoire pris un vague aspect d'hôpital, les garde-fous devinrent des soignants, l'aspect extérieur des institutions changea, se modernisa, s'«humanisa» sans que, structurellement, l'organisation, la compréhension ou la prise en charge ne changea.

L'hôpital-asile ou l'asile-hôpital naquit de belles et longues années s'offrirent, alors, aux programmeurs et planificateurs de la société en général et de la santé en particulier. Des immenses batisses surgirent bien visibles, souvent bien payantes du point de vue politique avec des rapports numériques soignants-soignés, laissant apparaître clairement le rôle fondamental du gardien par opposition au rôle de soignant officiellement désigné.

A une conception mécaniciste et organiciste de la psychiatrie succéda une vue plus dynamique de la personnalité et de sa pathologie, sans que, fondamentalement, la structure de la prise en charge ne changea.

Tout le monde s'accorda d'expliquer la maladie mentale en tenant compte de modèles tolérants, complexes, introduisant des facteurs génétiques, sociaux, relationnels, politiques, valorisant de façon systématique la relation, le discours, l'écoute dans la prise en charge du malade mental, toutefois, rarement, les responsables de la programmation des organigrammes chiffrèrent le nombre de mois dont un malade hospitalisé a besoin pour bénéficier d'une écoute d'une demi-douzaine d'heures, de la part du médecin qui lui fut attribué. Nous ne nous

référons pas, ici, à une psychiatrie arriérée de pays sous-développés ou tiers-mondistes, mais, bien à la situation actuelle des pays à haute technicité de notre Europe occidentale.

L'hôpital-asile fu critiqué, dénoncé et progressivement commença à être démantelé dans la société contemporaine.

Si, indubitablement, il est dépassé, une critique objective de son rôle ne doit pas oublier tout ce qu'il a représenté comme progrès par rapport aux phases précédentes, ne doit pas, non plus, négliger les expériences positives et l'enseignement qu'il peut, encore, aujourd'hui, donner.

Il a, entre autres, permis de prendre conscience et faire prendre conscience de la valeur de la différence et de la richesse et valeur thérapeutique d'un nouveau type de relations sociales, communautaires entre opprimés et marginalisés, libérateurs pour eux-mêmes et créateurs d'une espérance de libération pour les oppresseurs comme le souligne Paulo Freire.

L'homme moderne est malade de métonymie. Incapable d'un savoir encyclopédique, il a perdu l'esprit des encyclopédistes et son aventure scientifique est l'esprit de chapelle et le réductionnisme.

Le malade mental est devenu le fait politique ou le social ou le biologique ou le cybernétique ou le psychologique mais, rarement, l'être complexe en chair et en os qui n'est rien de cela et tout cela en même temps.

L'homme concret qui, avec, son imaginaire, son inconscient, sa culpabilité ou sa honte, ses conflits intra-psychiques entre en relation avec moi ou la communauté familiale et environnante travaille dans une usine ou à l'hôpital, se bat pour un idéal religieux ou social et subit, impose ou partage une politique, celui-là, n'a pas de place dans des schémas morcellants même pas dans ceux qui prétendent tout englober, mieux que comprendre dans une théorie générale des systèmes.

L'hôpital-asile, selon la chapelle en place va disparaître pour se dissoudre dans l'hôpital général, un lit parmi tant d'autres, signe d'un enzyme déplacé ou d'un gène en mal de poésie et toute la complexité du psychodynamique et du socioculturel familial et politique est implicitement nié.

L'hôpital-asile peut aussi, tout simplement, disparaître par décret car le malade mental, devenu, alors, résultat d'oppression politique n'existe plus dans une société libérée et à régime parfait.

Chaque position réductionniste laisse transparaître l'angoisse de l'homme face à la folie et signifie l'interdiction du droit du fou à la différence, du droit à la folie, comme moyen de survie, comme moyen d'être au-monde, coûteux, certainement en énergie et souffrances mais, digne de considération, de respect et d'une écoute empathique. Le droit à être malade, la reconnaissance du droit à la folie et du respect de la différence que cela implique par rapport aux autres maladies somatiques est à la base de toutes attitudes thérapeutiques et prise en charge psychiatriques humaniste.

La maladie mentale est toujours plus qu'un problème organique ou familial ou social ou politique, plus que l'addition simple de tous ces éléments, réalité complexe qui les englobe et son traitement exige un ensemble cohérent de mesures thérapeutiques qui vont de la psychopharmacologie aux psychotérapies en passant par la sociothérapie et différentes thérapies communautaires.

La maladie mentale, toute maladie mentale, appauvrit progressivement le réseau relationnel de l'homme et le marginalise.

Sa capacité à entrer en relation, à comprendre et à être compris, à aimer et à être aimé se réduit, s'amenuise, ses compétences se perdent, retranché derrière des murailles qui devraient le protéger, il devient prisonnier.

Persécuteur ou victime, tout ou damné, noyé dans des complexes manoeuvres de vérification ou protégé par des objets contraphobiques, déficitaire ou dysarmonique, sa liberté aussi bien intérieure que face aux autres s'évanouit. Son autonomie se perd et il subit.

Son pouvoir personnel, social, politique disparaît et renfermé dans un retrait autistique ou sans frontière dans l'expansion du moi maniaque, de son mode il devient de plus en plus esclave, de «notre monde» de plus en plus marginalisé.

Si la maladie le morcelle, l'ampute, la thérapeutique proposée risque d'être davantage aliénante et la plupart des malades chroniques de nos institutions sont malades des institutions et présentent une pathologie en grande partie iatrogène.

Un patient est hospitalisé depuis environ 40 ans pour une psychose maniaco-dépressive dont il est asymptomatique depuis quelques années. En dehors de l'hôpital, il n'y a plus de relations à part les visites éloignées de la famille.

L'hôpital est devenu son territoire, les résidents de l'hôpital, soignants et soignés, sa seule «famille».

L'hôpital a de la peine à s'en séparer et lui a peur de le quitter. Son autonomisation, sa rééducation sociale, bien que progressives durent depuis plus de 18 mois. Que le réapprentissage de la liberté, de l'autonomie et de la responsabilité peut être long et difficile...

Le malade en crise, ou le système en crise désignant un malade, demande une aide ou l'intervention des supposés-soignés ou supposés-savoir.

La prise en charge doit tenir compte de l'univers complexe du malade est des systèmes dans lesquels il est inséré. Elle doit, à tout prix, lutter contre l'appauvrissement de leur réseau relationnel, être présent dans leur pour une liberté personnelle reconquise et éviter leur désinsertion socioculturelle, familiale et professionnelle.

Si la prise en charge ambulatoire ne se montre pas suffisante ou adéquate et l'hospitalisation devient inévitable, celle-ci doit pouvoir se faire dans une institution appropriée, différenciée.

Dans l'hôpital spécialisé, au delà de la thérapeutique somatique ou biologique, tout un milieu thérapeutique privilégié existe qui permet au malade, pendant les trois ou quatre semaines que durera au maximum son hospitalisation, d'être pris, intensivement, en charge, d'être écouté, de faire, l'apprentissage de la gestion de son propre temps et de sa propre vie, permet de développer son autonomie et ses compétences.

Cet apprentissage se fait dans le développement d'un nouveau réseau relationnel à l'intérieur d'un cadre où il vit la compréhension empathique, l'acceptation positive inconditionnelle de l'autre, la cohérence dans le ici et maintenant de la relation.

Ce milieu peut être l'hôpital psychiatrique ou celui-ci peut le devenir s'il est capable de se remettre en question et faire face à une restructuration profond de son fonctionnement et philosophie.

Il est certainement plus facile de créer une nouvelle institution que de transformer un asile-hôpital en hôpital spécialisé, post-hôpital

général où l'homme total, même si aliéné, peut être pris en charge dans un cadre communautaire et se retrouver.

Nous avons eu la possibilité de participer à l'aventure, il y a environ 7 ans, de créer une petite unité de 23 lits dont nous avons assuré la responsabilité pendant, presque, 5 ans.

Insérée dans un circuit extra-hospitalier et inspirée du modèle anthropoanalytique (développée, par ailleurs, dans ces journées par Carlos Caldeira) elle est insérée dans une région en partie urbaine, en partie rurale d'environ 75 000 habitants.

Entièrement ouverte, elle est, en quelque sorte, complémentaire, si non, parfois, en alternative à la clinique psychiatrique traditionnelle, desservant l'ensemble régional plus vaste dans lequel elle est insérée

Une équipe de 7 infirmiers diplômés, un psychothérapeute, un médecin assistante à plein temps et un médecin chef à mi-temps assurent les soins à côté d'une petite équipe hôtelière.

Une étroite collaboration existait avec le service ambulatoire qui partageait les gardes (service d'urgence) et assurait la prise en charge sociale et la post-cure.

L'équipe d'infirmiers, sans hiérarchie, assurait, en auto-gestion la responsabilité des soins infirmiers, tout en participant au restant des activités thérapeutiques.

À l'admission, le patient était reçu en équipe par le médecin, le psychothérapeute, l'infirmier, celui-ci restant, l'interlocuteur infirmier-privilégié pendant le séjour.

Après mise en commun du vécu des différents membres de l'équipe, un contrat thérapeutique était proposé et négocié avec le malade.

Ce contrat devait contenir, si possible, une durée probable et un projet de traitement, dont chaque élément devait être expliqué et justifié au patient.

À la notion de temps non-fini, proposée par l'institution psychiatrique traditionnelle, matrice d'éternité, où on a toujours le temps, même et surtout pour se chroniciser, la notion de temps-fini est opposée, rappel du réel, comme James Mann (Time-Limited Psychothérapie) la si bien théorisée.

Un traitement psychopharmacologique peut être décidé, et, alors, souvent, de façon très intensive d'emblée, amplifiant et utilisant le climat propice du moment de crise qui représente l'admission, avec, souvent, des perfusions ou traitement parentéral à des posologies d'emblée thérapeutiques, (par exemple, des perfusions d'antidépresseurs, comme, la Maprotiline à 150 mg le premier jour, en 9 à 10 heures, le deuxième, en 5 à 6 heures et les suivants en 2 ou 3 heures, ou des neuroleptiques à des doses très rapidement progressives). On essaie ainsi, le plus rapidement possible, d'établir la posologie d'entretien minime adéquate à la sortie.

Un certain nombre d'activités psychothérapeutiques sont prescrites et font partie du contrat, comme psychodrame, relaxation ou psychothérapie de groupe inspirées du modèle anthropanalytique et privilégiant l'analyse dialogique centrée ou l'intervention centrée. D'autres sont choisies par l'ensemble de la communauté des soignants et des soignés, démocratiquement, dans une réunion hebdomadaire destinée à gérer le temps communautaire.

Il est évident qu'une partie du temps reste disponible et que chaque patient est chaleureusement invité à quitter la clinique pendant les heures libres, s'il le souhaite et si le contrat le permet.

Tous les patients sont invités à rester au moins 2 ou 3 jours sans quitter la clinique, certains même alcooliques ou toxicomanes 2 ou 3 semaines.

Les activités vont, dès la réalisation de films vidéo, à l'atelier de création plastique, poterie en passant par la piscine, visite de musées, tournois sportifs, discussions autour d'un thème, visionnements et discussions de films de loisirs, pédagogiques ou d'actualité, création d'un journal, etc.

Ce type d'activité exige, de l'équipe, un effort de formation continue très poussée, une capacité à se remettre en question et à analyser et critiquer son mode de fonctionnement pour éviter la routine et la chronicisation de l'équipe soignante.

Pendant plus de 5 ans d'activité, la durée moyenne du séjour, resta autour de 18 jours et la moyenne annuelle des entrées d'environ 300, avec 50 à 60 % d'alcooliques et toxicomanes le reste, de toutes les catégories nosographiques à l'exception des démences.

Depuis octobre 1980, nous avons pris, par délégation de la direction du Secteur psychiatrique du Nord vaudois, la responsabilité médicale de l'Hôpital Bellevue à Yverdon. Avec 65 lits, il assurait la prise en charge hospitalière d'un secteur d'environ, 75 000 habitants.

Hôpital ancien, destiné à être remplacé, à brève échéance, il disposait de peu d'espace et des conditions très difficiles de travail, contrairement aux autres hôpitaux de secteur du Canton de Vaud.

De structure traditionnelle, il avait une division ouverte de 7 lits pour des patients privés et un secteur fermé de 58 lits, groupés en 3 divisions dont une pour femme et deux mixtes, où des patients démentifiés coexistaient avec des patients à pathologie légère, névrotique ou réactionnelle.

27 soignants, hiérarchisés en 11 degrés, assuraient les soins infirmiers, aidés par 2 médecins assistants, un chef de clinique et un médecin adjoint, responsable médical de la clinique.

Des soignants, les uns craignent le changement et/ou s'y adaptent péniblement, les autres s'impatientent de la lenteur du changement.

Moins de 2 ans d'intervention nous semblent prouver que des changements structurels sont possibles dans une institution, bien qu'ils soient difficiles.

Le secteur infirmier, actuellement, réduit progressivement dans la mesure du possible et au gré des départs volontaires, le nombre de degrés de la hiérarchie. Sa gestion, en l'absence d'un infirmier chef ou sous-chef, est assurée collégialement par l'ensemble des infirmiers chefs de divisions dont un à l'année assure la coordination sans avoir la responsabilité directe d'une division.

Malgré les profondes inquiétudes d'une partie des collaborateurs, au départ de cette expérience, celle-ci fut possible, en grande partie, grâce aux possibilités de formation qui ont été offertes à chacun de ces responsables.

Une division ayant des recours matériels et humains plus importants que les autres s'occupe des patients démentifiés, les autres divisions, actuellement avec un total de 40 lits, assurent la totalité des cas psychiatriques y compris les patients aigus selon un modèle très proche de celui décrit auparavant.

Deux cellules destinées aux patients agités existant au sous-sol de la clinique ont pu être affectées à d'autres utilisations.

Les équipes thérapeutiques ont pu être restructurées et étoffées, comprenant, actuellement, pour l'ensemble de l'institution, 29 infirmiers et aide-infirmiers, 6 médecins, dont un chef de clinique et un médecin adjoint, 2 sociothérapeutes, 1 assistant social possédant une formation en thérapie de famille et une psychologue à mi-temps.

Chaque équipe infirmière s'est structurée autour d'un infirmier chef de division en fonction du choix et des affinités proposés par les intéressés, eux-mêmes, y compris les 10 collaborateurs, qui, avec un médecin assistant ont la charge des patients très déficitaires.

Des larges possibilités de formation, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'institution, ont été ouvertes à tous les collaborateurs, avec des séminaires théoriques et des supervisions individuelles ou en groupe, en psychodrame, relaxation, animation de groupes, etc.

Douze heures de formation par semaine, au moins, existent actuellement et les collaborateurs les utilisent en fonction de leurs intérêts et dans la mesure de leur engagement dans l'une ou l'autre activité.

Après 20 mois d'intervention, l'Hôpital peut être ouvert, malgré les craintes et les inquiétudes.

Tous ces changements ont été difficiles, lents, pénibles et parfois très conflictuels.

Ce n'est qu'en développant les compétences des soignants qu'il sera possible de développer celles des malades et ainsi, de créer une atmosphère de confiance, et, si partager le pouvoir entre soignants n'est pas évident, le partager avec les malades l'est, sûrement, encore moins.

Mais, dans une société qui cherche à être, chaque jour, davantage égalitaire et communautaire développant la compréhension mutuelle, l'acceptation de l'autre, le respect de l'autre, chaque malade ou soignant devient, pour l'autre, facilitateur de changements et élément de libération.