qwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwerty uiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasd fghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzx

cvbnmq wertyui opasdfgl hiklzxcv

La norme en psychiatrie

Analyse de la conférence d'Alain Gillis

Printemps 2010

Aude Halim

SC01

cvbnmq wertyui opasdfg hjklzxc

Problématique

Comment définir la norme en psychiatrie ? Comment, à travers cette définition, il est possible de trouver une normalité aux malades psychiatriques ?

Résumé

Alain Gillis, psychiatre clinicien, est venu lors du séminaire SC01 : Cognition, communauté(s) et technique : l'émergence et l'institution de normes, et il nous a parlé de la norme dans son métier avec pour titre de sa conférence : La norme, exposant du symptôme. Dans ce mémoire, nous abordons plusieurs des thèmes de sa conférence et nous nous ouvrons à d'autres auteurs qui ont parlé de ce sujet : Georges Canguilhem et Henry Grivois. Il se divise selon deux parties : l'anormalité de la maladie psychiatrique et la norme dans les maladies psychiatriques.

Nous essayons d'abord de démontrer ce qui est normal de ce qui est pathologique : il est à noter que la norme est souvent différente d'un médecin à l'autre. Guérir est avant tout retrouver un état normal et l'état normal est le fait de pouvoir refaire des choses que le patient faisait avant. Le relativisme : chaque norme se vaut, n'est pas une bonne solution pour les maladies psychiatriques. En effet, considérer que la norme dans laquelle c'est mit le patient est une norme comme une autre ne fonctionne pas car le malade souffre, et il est écarté par les autres. Se posent donc le problème de la souffrance et le problème de l'acceptation par les autres. La maladie psychiatrique fait souffrir le malade, mais aussi sa famille. Les proches du patient, eux, acceptent de plus en plus difficilement les symptômes du malade. C'est ce qui va, selon Alain Gillis, pousser la personne à aller consulter le psychiatre pour se débarrasser du symptôme, redevenir normal et être à nouveau aimable.

Mais dans les maladies psychiatriques, on retrouve souvent les mêmes symptômes ; parmi ceux-ci on peut citer le principal : la souffrance. Le DSM est une classification qui permet de trier les malades selon des signes et des symptômes pour les classer en une famille de maladie. Henri Grivois a travaillé sur le début des psychoses, il en a extrait des signes récurrents pour tous les malades en psychose.

Enfin, le rôle du psychiatre est d'aider le patient à s'en sortir, pour cela il doit « faire » une norme pour son patient qui ne soit pas contraire à son humanité et qui lui permette de retrouver sa vie normale.

Sommaire

Probl	ématique	. 2
Résur	né	. 2
Somn	naire	. 3
Introd	duction	. 4
I. L	anormalité du malade psychiatrique	. 5
1.	Le normal et le pathologique	. 5
2.	Relativisme : « Chaque norme se vaut. »	. 8
3.	Le problème de la souffrance	. 9
4.	Le problème de l'acceptation par l'autre	11
II. La ı	récurrence des symptômes	14
1.	Exemple de classification des maladies psychiatriques : le DSM	14
2.	L'épisode central selon Henri Grivois	15
3.	La souffrance comme principal symptôme	17
Concl	usion : le rôle du psychiatre	19
Biblio	graphie	20

Introduction

Lors de la conférence d'Alain Gillis, « La norme, exposant du symptôme », nous avons découvert l'approche à la norme d'un médecin psychiatre, à travers différents cas pratiques de personnes qu'il a soignés. Nous retenons de cette conférence certaines idées clés :

- Deux possibilités :
 - Chaque norme se vaut (chacun fait sa norme)
 - La norme c'est « mes » autres
- Les inconvénients de la première approche :
 - La souffrance
 - Le regard des autres : le m'aime t'on ?
- Le rôle du psychiatre : « ..., il doit garantir au patient la possibilité de vivre un écart à la norme qui ne soit pas fatal à son humanité. Il « fait » la norme pour son patient »

Comme le dit bien Alain Gillis, la psychiatrie n'est pas une science exacte; chaque patient est différent et c'est bien là qu'est le problème de la norme pour les psychiatres.

Pour commencer, il est intéressant de se poser la question : De quelle norme parlons-nous ?

- De la norme comme « anormal », différence à la norme, qui définit la maladie psychiatrique,
- De la norme comme « récurrence », symptômes ou attitudes similaires d'un patient à l'autre et pouvant décrire leur maladie mentale.

Je pensais pouvoir ici parler des deux points, car ils sont tous les deux intéressants du fait qu'ils expliquent beaucoup de choses sur les maladies mentales, et que la littérature nous donne des théories ou des exemples sur les deux points.

En suivant l'ordre de la conférence, nous allons progressivement entrer dans ces deux dimensions de la norme en psychiatrie. Nous nous baserons sur la conférence d'Alain Gillis, son résumé, et des exemples issus de livres : essai de médecine ou récit de maladie, que nous citerons afin d'en saisir tout le sens.

Nous essaierons enfin de conclure sur le rôle du psychiatre. En effet, en cheminant à travers les thématiques et la problématique de la norme en psychiatrie, nous finirons comme Alain Gillis, par la définition d'un « bon » psychiatre, celui qui réussit à aider le patient à s'en sortir. Car, comme nous allons le voir (souffrance, mise à l'écart,...), le malade ne cherche qu'à guérir!

I. L'anormalité du malade psychiatrique

1. Le normal et le pathologique

Pour commencer ce travail, j'ai décidé de parler de la thèse de médecine de Georges Canguilhem, amenant la problématique de la différence entre le normal et le pathologique. Georges Canguilhem est un philosophe et médecin français, né le 4 juin 1904 à Castelnaudary et mort le 11 septembre 1995 à Marly-le-Roi. Wikipédia parle ainsi de cette thèse :

« Le premier ouvrage est une recherche approfondie sur la nature et le sens de la notion de normalité en médecine et en biologie, mais aussi sur la production et l'institutionnalisation des connaissances scientifiques. Aujourd'hui encore, Le Normal et le Pathologique reste fondamental sur le plan de l'anthropologie médicale et de l'histoire des idées, et a connu un grand retentissement, notamment par le biais de l'influence que Canguilhem a exercé sur Foucault. »¹

Cette thèse m'a paru intéressante pour ce mémoire car elle traite de la norme, et de la différence à la norme ; à savoir si le normal serait la norme et le pathologique une différence à la norme. Mais Canguilhem y dit aussi que le pathologique est une forme de norme : « L'anormal n'est pas tel par absence de normalité. Il n'y a point de vie sans normes de vie, et l'état morbide est toujours une certaine façon de vivre. »

Dans ce livre, Canguilhem commence par évoquer des thèses plus anciennes sur le normal et le pathologique. Il parle ainsi de Cl. Bernard et de R. Leriche. Nous allons regarder la validité de ces propositions au regard des maladies psychiatriques.

Vers 1800 apparait une théorie selon laquelle :

« Les phénomènes pathologiques ne sont dans les organismes vivants rien de plus que des variations quantitatives, selon le plus et le moins, des phénomènes physiologiques correspondants. »

« C'est par rapport à une mesure jugée valable et souhaitable – et donc par rapport à une norme – qu'il y a excès ou défaut. Définir l'anormal par le trop ou le trop peu, c'est reconnaître le caractère normatif de l'état dit normal. » 2

En définissant l'anormal par le trop ou le trop peu, les penseurs de cette théorie admettent que la norme est l'état « normal ». Ainsi le pathologique serait un état hors norme, qui s'écarterait de cette norme par une quantité selon le plus ou le moins.

-

¹ Wikipédia, article sur Georges Canguilhem

² Georges Canguilhem, Le normal et le pathologique ; les citations suivantes de cette partie sont issues du même ouvrage.

On peut citer dans ce sens la théorie de Cl. Bernard :

« Toute maladie à une fonction normale correspondante dont elle n'est qu'une expression troublée, exagérée, amoindrie ou annulée. Si nous ne pouvons pas aujourd'hui expliquer tous les phénomènes des maladies, c'est que la physiologie n'est pas encore assez avancée et qu'il y a encore une foule de fonctions normales qui nous sont inconnues »

Pour donner un exemple de cette théorie, je pense que nous pouvons évoquer les maladies telles que la dépression, l'anxiété ou le syndrome de stress post-traumatique: il existe dans notre cerveau des neurotransmetteurs dits neurotransmetteurs de la sérotonine. Lorsque ceux-ci manquent, il a été prouvé sur des souris³ qu'elles sont moins craintives mais plus sujettes à des angoisses. Ainsi, certains médicaments pour la dépression sont des bloqueurs des récepteurs de la sérotonine. Le cerveau du malade reçoit ainsi moins de messages selon lesquels il manque de sérotonine. Cela pour montrer que le trop peu de sérotonine entraîne des maladies, alors que la sérotonine en bonne quantité serait l'état normal.

Toujours selon G. Canguilhem:

« Cl. Bernard s'oppose par là à bien des physiologistes de son temps, selon lesquels la maladie serait une entité extra-physiologiste, venant se surajouter à l'organisme. »

Ainsi, selon ces physiologistes, la maladie serait hors de nous, et viendrait s'ajouter en nous lorsque nous sommes malades. On peut évoquer n'importe quel virus qui ne serait donc pas en nous, mais qui viendrait dans notre corps nous attaquer.

Prenons par exemple le cas des personnes qui entendent des voix (quelque soit la maladie associée), les voix ne sont pas des phénomènes normaux pour le corps humain, cela pourrait être des entités qui viendraient s'imposer aux malades.

Citation de Cl. Bernard :

«La santé et la maladie ne sont pas deux modes différant essentiellement, comme ont pu le croire d'anciens médecins et comme le croient encore quelques praticiens. Il ne faut pas en faire des principes distincts, des entités qui se disputent l'organisme vivant et qui en font le théâtre de leurs luttes. Ce sont là des vieilleries médicales. Dans la réalité, il n'y a entre ces deux manières d'êtres que des différences de degré : l'exagération, la disproportion, la désharmonie des phénomènes normaux constituent l'état maladif. Il n'y a pas un cas où la maladie aurait fait apparaître des conditions nouvelles, un changement complet de scène, des produits nouveaux et spéciaux. »

³ Voir l'article **La sérotonine, un neurotransmetteur clé pour les souvenirs anxiogènes** à l'adresse : http://www.bulletins-electroniques.com/actualites/55837.htm

L'état maladif serait donc une variation de degrés par rapport à l'état normal. L'exemple de maladie psychiatrique pouvant illustrer cette théorie me venant à l'esprit est la maladie d'Alzheimer ; en effet la bonne mémoire est l'état normal ; l'état maladif serait une dégradation de cette mémoire.

Cl. Bernard utilise souvent l'exemple du diabète pour expliquer sa théorie, voyons la conclusion de Canguilhem sur la non validité de la théorie de Cl. Bernard, en reprenant le même exemple :

« En résumé, la théorie de Cl. Bernard est valable dans certains cas limités :

1°lorsqu'on restreint le phénomène pathologique à quelque symptôme, abstraction faite de son contexte clinique (hyperchlorhydrie, hyperthermie ou hypothermie, hyperexcitabilité reflexe)

2°lorsqu'on remonte des effets symptomatiques à des mécanismes fonctionnels partiels (glycosurie par hyperglycémie, alcaptonurie par métabolisme incomplet de la tyrosine). »

Par exemple, dans l'exemple précédent de la maladie d'Alzheimer, nous avons restreint la maladie à son principal symptôme : la perte de mémoire ; or cette maladie est au départ neurologique, une atteinte au cerveau et des problèmes de neurotransmetteurs. D'ailleurs la recherche n'a pas encore décelé tous les mécanismes de cette maladie.

Dans la suite de sa thèse « le normal et le pathologique », G. Canguilhem explique que la psychiatrie est plus proche de la philosophie grâce à l'approche de la psychologie; et que la psychiatrie s'est posée plus précisément la question du normal et du pathologique que la médecine générale.

Voici plusieurs citations de différents auteurs autour de la maladie psychiatrique et « son contraire » : l'état normal.

Lagache pense que la désorganisation morbide n'est pas le symétrique inverse de l'organisation normale. Il peut y avoir dans la conscience pathologique des formes sans équivalent à l'état normal et dont pourtant la psychologie générale se trouve enrichie.

Ici, Lagache dit que la désorganisation qui entraine la maladie mentale, n'est pas le strict opposé de l'état normal.

Selon E. Minkowski

L'aliéné est « sorti du cadre » non pas tant par rapport aux autres hommes que par rapport à la vie ; il n'est pas tant dévié que différent.

Enfin, nous allons parler de la guérison, à travers deux citations de G. Canguilhem :

Ce sont, en fin de compte, les malades qui jugent le plus souvent, et de points de vue très divers, s'ils ne sont plus normaux ou s'ils le sont redevenus. Redevenir normal, pour un homme dont l'avenir est presque toujours imaginé à partir de l'expérience passée, c'est reprendre une activité interrompue, ou du moins une activité jugée équivalente d'après les goûts individuels ou les valeurs sociales du milieu.

De mon point de vue, cette proposition est très vraie, quelque soit la maladie. Pour le malade psychiatrique, il recherche, lorsqu'il a conscience de sa maladie, à retrouver son état normal, et celuici sera dirigé vers ce qu'il était et ce qu'il faisait dans le passé.

Voici une autre définition de la guérison :

Guérir c'est en principe ramener à la norme une fonction ou un organisme qui s'en sont écartés. La norme, le médecin l'emprunte usuellement à sa connaissance de la physiologie, [...], à son expérience vécue des fonctions organiques, à la représentation commune de la norme dans un milieu social à un moment donné.

Ainsi, on voit que la norme est très variable, elle peut être différente d'un médecin à l'autre. Certains médecins accepteront donc plus facilement certains traits que d'autres médecins définiront comme pathologiques et symptomatiques et chercheront a «en guérir » le patient.

Pour conclure:

L'anormal ce n'est pas le pathologique. [...] Mais le pathologique c'est bien l'anormal.

2. Relativisme: « Chaque norme se vaut. »

Lors de sa conférence, Alain Gillis commence par évoquer la possibilité d'accepter la norme que se construit le patient afin de continuer à vivre avec son symptôme. En effet, il dit que le malade peut se construire sa propre norme, basée autour de son symptôme, pour continuer à vivre avec. Alors la possibilité se présente pour le psychiatre d'accepter cette norme, d' « être tolérant ». Or il se pose, comme nous allons le voir dans la citation qui suit, le problème de la souffrance :

Alors ce type de patients là(les malades qui entendent des voix depuis l'Elysée par exemple), on va le laisser tomber parce qu'il est immédiatement désigné comme fou et il est immédiatement désigné comme hors norme. Contrairement a ce qu'on pourrait penser, pour notre propos, il est plutôt pittoresque, ce patient là, mais il est moins intéressant parce que il est immédiatement environné de sa propre norme. Or une norme n'est pas par nature éclairante sur ce qu'est une norme. Il a simplement changé de norme. Alors on est bien avancé; certes on peut s'extasier sur l'inventivité; on peut aussi comme le font tous les très jeunes psychiatres se dire qu'après tout une norme en vaut une autre. [...] Chacun sa norme et une norme en vaut bien une autre; [...] Il y a juste à changer de norme et être tolérant. [...] Alors ce n'est pas exactement exact tout cela parce que dans la réalité, il y a de la souffrance. Le problème de cet enfouissement, de cet enfoncement dans lequel on pourrait imprudemment se commettre en disant : « toute norme est relative, par conséquent il n'y a pas de problème », c'est quelque

chose qu'on abandonne assez vite, parce que la souffrance est là et qu'elle nous rappelle qu'il va falloir quand même s'inquiéter des rapports entre la norme et la souffrance.⁴

Lorsqu'il dit : « Or une norme n'est pas par nature éclairante sur ce qu'est une norme. », cela signifie que la norme du patient ne nous aide pas à définir ce qu'est une norme (sujet de la conférence) ; en effet un exemple ne donne pas les caractéristiques absolues de la généralité.

Le médecin psychiatre n'a pas le droit de laisser souffrir un patient ; il doit donc l'aider à sortir de sa norme pour le remettre dans une norme où il souffrira moins et où il sera à nouveau accepté par les autres.

Quels sont les rapports entre la norme et la souffrance ? Selon A. Gillis, ce qui fait souffrir le patient, c'est de ne plus être accepté par les autres, « un au moins ». Ce point sera détaillé plus longuement dans la quatrième sous-partie de ce chapitre. Cependant, je pense que la souffrance due à la perte des autres n'est pas exclusive ; en effet, comme nous le verrons dans la sous-partie qui suit, la douleur peut être aussi physique, comme lors d'une forte angoisse, ou psychologique par rapport à son propre état, à son passé, à ses souvenirs douloureux...

Afin de faire changer de norme un patient, il faut, toujours selon A. Gillis, commencer par essayer de comprendre la norme dans laquelle il s'est établi et lui dire tout d'abord de ne rien changer. Car le malade a besoin de cette norme pour fonctionner. Mais ensuite, au fur et à mesure des séances chez le psychiatre, celui-ci va essayer de « faire une norme » pour son patient, qui lui permettra de vivre comme les autres, de ne plus souffrir, et d'être à nouveau accepté par la communauté.

Pour conclure, nous allons voir dans les parties qui suivent que la souffrance et le problème de l'acceptation du malade en font un sujet anormal. Il en va de même de la norme qu'il s'est construite et il est donc absolument nécessaire de le faire sortir de celle-ci. Cela va prendre du temps, mais il ne faut surtout pas que le médecin accepte de laisser le patient dans sa norme, qui entraine irrémédiablement un système de souffrance et d'exclusion.

3. Le problème de la souffrance

La souffrance est le problème majeur dans les maladies, et la souffrance psychique est la grande douleur dans la plupart des maladies psychiatriques. Bien entendu, souffrir ne fait pas de nous quelqu'un d'anormal; au contraire, il est humain de souffrir mais c'est la persistance de cette souffrance qui creuse un fossé entre les hommes « normaux » et le malade.

La maladie psychiatrique fait atrocement souffrir; la souffrance psychique et physique est d'ailleurs un des caractères qui regroupe, nous le verrons dans la deuxième partie, les malades psychiatriques. Que dire de cette souffrance, sinon qu'elle paralyse, décourage, énerve,...le patient. Il n'est pas de

4

⁴ Alain Gillis, La norme exposant du symptôme, conférence

moment où, sans les médicaments, il ne ressente cette douleur. Pour préciser certains moments de souffrance, lors de crises d'angoisses, j'ai choisi de citer Emilie Durand dans son livre Ma folie ordinaire. Je cite ici un passage où elle parle de sa douleur personnelle, dans un moment de crise :

Que se passe-t-il dans les moments d'angoisse, ces moments où j'avale trop de médicaments? Voici un extrait de ce que je peux écrire dans un tel moment et qui montre bien ce qui se passe dans ma tête et comment je raisonne :

J'en ai marre de souffrir, de ne pas pouvoir mettre un nom, une raison, une explication sur ce que je ressens. Je ne trouve pas de solution. Je souffre trop. Je ne gère plus la souffrance. Elle me domine. Alors je souhaite encore une fois que « tout s'arrête ». $[...]^5$

Cette douleur est comprise par les personnes qui ont déjà subi ce genre de crise, en effet beaucoup de récits racontent la même douleur, et il ne serait pas intéressant de les citer tous ici. Mais ce qui est à retenir, c'est la très forte souffrance qui entraine les malades à vouloir que « tout s'arrête ». Le suicide est actuellement un problème de société ; chacun peut aisément comprendre dans quel état de souffrance il faut être pour tenter de mettre fin à ses jours.

Je ne pense pas, au contraire d'Alain Gillis, que la souffrance soit seulement due à la perte des autres ; une partie de la souffrance doit effectivement être due à cela, mais j'imagine, au regard des récits de personnes ayant traversé ces maladies, qu'une part de souffrance extérieure aux autres existe.

Prenons par exemple le cas de la souffrance dans la dépression qui est bien raconté dans le livre de Philippe Labro : Tomber sept fois, se relever huit. En effet il y explique comment en haut de l'échelle sociale et professionnelle, il a été atteint par cette maladie et les conséquences qui en découlent. En voilà un extrait :

Définis ta douleur. Ca se passe où ? Dans le ventre ? Oui, c'est ça, c'est là, dans le creux du corps, au milieu de moi comme une vrille, ça tourne et tournoie, ça n'arrête pas de tournebouler comme les centrifugeuses dans les machines, comme une bétonnière qui broie sable et chaux pour en faire du ciment. [...]Qu'importe l'image ou la comparaison : ça fait mal, ça fait souffrir, c'est physique une angoisse, ça n'est pas seulement des pensées négatives, cela se passe, là, au centre de vous. Si seulement ça pouvait s'arrêter! Si seulement ça pouvait se reposer, cette bête ou cette machine, si seulement ça prenait des pauses, si seulement ça observait des arrêts de travail. Celui qui n'a pas connu ça ne peut absolument pas comprendre.

Philippe Labro ne s'inquiète pas, en réalité, des autres lors de sa maladie. Il est en fait complètement déconnecté de la réalité; il ne ressent que de la douleur, l'envie de ne rien faire, la fatigue et l'ennui. Il est entièrement centré sur lui-même. Ce n'est donc pas un problème d'acceptation. Il s'agit d'une douleur propre à elle-même, lancinante, ininterrompue...

⁶ Philippe Labro, Tomber sept fois, se relever huit

⁵ Emilie Durand, Ma folie ordinaire

On retrouve souvent dans les récits de telles maladies une certaine reconnaissance de la douleur des autres, et le fait que seul ceux qui ont été ainsi malade peuvent comprendre leur souffrance. Je pense pour ma part qu'avec de tels récits, il est possible pour tout à chacun de se l'imaginer.

Enfin, pour finir cette partie, j'ai reçu récemment le témoignage de la mère d'une malade psychiatrique. On voit bien dans ce qui suit qu'une mère peut ressentir la souffrance et surtout que la maladie psychiatrique va toucher aussi les proches du malade :

Quand un de vos proche est touché par la maladie mentale, vous ne savez pas que c'est une maladie mentale, vous ne savez même pas que c'est une maladie qui le touche! Non! Vous voyez qu'il soufre, vous savez qu'il faut l'aider mais pendant des jours, des mois, des semaines et mêmes des années, le mot dépression vous est servi comme seule explication.

Qu'est-ce : une dépression ?

Qu'est-ce : une maladie?

Et surtout, qu'est-ce : une maladie mentale? [...]

Ma définition personnelle d'une maladie:

Je suis aide soignante, et pour moi, une maladie, ce sont des symptômes, des causes, des conséquences , une possibilité de guérison ou à tout le moins une possibilité de soulagement [...] mais pour mon compte, maladie « classique » ou maladie « psychiatrique », cela n'a aucune importance, seule compte la souffrance rattachée à tout cela et c'est cette souffrance qu'il faut prendre en compte pour aider l'autre.

4. Le problème de l'acceptation par l'autre

Le second problème qui concerne les malades psychiatriques, c'est leur anormalité qui les isole de la société, des autres. Qu'ils circulent librement ou qu'ils soient enfermés dans des hôpitaux, leurs symptômes les différencient et les séparent des autres. Selon A. Gillis, c'est cette crainte du patient d'être déconsidéré qui le pousse à se faire soigner. Ceci est expliqué dans la citation suivante :

Tout cela pourrait bien arriver (accepter la conduite symptomatique) si n'existait justement le garde fou que constitue la peur de perdre l'autre ; la menace de n'être plus aimé, ou reconnu, par une personne, au moins une, au monde. Ce qui vient toujours dans l'enquête descriptive que le psychiatre entreprend avec son patient, c'est qu'au bout du compte, le patient est venu parce qu'il redoute, non sans raison, cette issue. La menace de déconsidération.

Ce qui porte le symptôme jusqu'au point où il devient intolérable, l' « exposant » du symptôme, c'est le souci de la norme.

Autrement dit la norme n'est pas, ici, constituée comme une quantité ou une qualité de valeur universelle. Elle n'est aucune moyenne dont on reconnait l'allure. Essentiellement variable au gré de l'histoire et de l'environnement de chacun, elle est pourtant constante : c'est le souci d'une forme d'être, instamment recommandée au patient par le groupe (famille, amis, collègues, voisinage...) qui authentifie son existence. La norme c'est « mes autres » ; un au moins !7

Le patient éprouve le besoin de ressembler au groupe social, c'est celui-ci qui devient la norme. Qu'ils s'agissent d'amis, de la famille ou de collègues, tous les exemples semblent montrer au malade qu'il n'est pas normal. C'est en voulant rester dans le groupe social que le patient décide de se soigner, ou tout du moins de faire disparaître son symptôme.

Outre le problème de ressembler à la norme que font les autres, il y a le problème de tous les exclus de la société à cause de la maladie. Souvent enfermés en hôpitaux ou en prison, parfois retrouvés dans la rue, ce sont des malades qui souffrent et que l'on ne préfère plus voir.

Aujourd'hui, j'écris pour eux (les malades psychiatriques), pour ceux que l'on refuse dans cette société à cause même de leur souffrance, ceux qui font peur, ceux que l'on traite de « fou » ou, de manière plus sophistiquée, d' « aliénés », ceux qui hurlent dans les rues ou qui se recroquevillent sur un trottoir pour ne plus jamais parler. On les rejette parce qu'on ne les comprend pas et qu'ils effraient. Ils sont en dehors de notre monde parfait et de nos convenances. C'est pourtant eux qui ont peur, bien plus que celui qui le ou la regarde.8

Ainsi, si le regard de l'autre est important pour le malade qui va chercher dans ce regard une manière de s'en sortir, afin d'être reconnu, il va quelquefois être celui qui enferme le patient, qui le rejette hors de notre société.

Enfin, quand une maladie psychiatrique touche le membre d'une famille, les parents rejettent rarement leur enfant malade. Par contre, se pose pour eux le problème de l'acceptation de la maladie de cette personne, et non le problème de l'acceptation de la personne. A nouveau le témoignage d'une mère :

Dans toute cette difficulté de l'acceptation, il y a eu pour moi personnellement une sensation de non écoute totale de la famille, une non écoute et une non explication de la maladie (par les médecins), de ses causes éventuelles et de ses conséquences possibles.

Petit exemple d'une des phrases offerte aux parents pour les aider à « soulager » leur enfant : <u>Si vous voulez un jour voir vos petits enfants, il faudra être très attentifs.</u>

Que doit-on faire avec cela ? Tout laisser faire à cette adolescente intéressée par le sport, des études longues et des tas d'autres choses, l'écouter et essayer de la suivre

⁷ Alain Gillis, La norme exposant du symptôme, résumé

⁸ Emilie Durand, Ma folie ordinaire

dans des choix parfois difficiles et la laisser partir loin de nous ou au contraire la « garder » sous la main pour surveiller sa douleur ?

Ainsi ce n'est pas la personne qui est rejetée ici mais sa maladie, par le fait du manque d'explication de cette maladie par les médecins et aussi par cette théorie qui rejettent souvent la faute de la maladie psychiatrique sur les parents. C'était par exemple le cas auparavant avec l'autisme; on accusait la mère de n'avoir pas été assez aimante dans les premières années de l'enfant. C'est le cas pour cette mère qui témoigne, accusée de ne pas avoir su protéger sa fille de son agresseur; agression qui causerait actuellement la maladie de sa fille.

II. La récurrence des symptômes

1. Exemple de classification des maladies psychiatriques : le DSM

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou DSM, en français Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, est un livre de référence dans la psychiatrie; ci-dessous la définition donnée par Wikipédia:

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (en anglais : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou DSM), quatrième édition, (**DSM-IV**) est un manuel de référence très utilisé internationalement particulièrement pour les recherches statistiques et dans une moindre mesure pour diagnostiquer les troubles psychiatriques. Il est édité par l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association ou APA).

Les diagnostics de pathologie psychiatrique portés à l'aide du DSM-IV reposent sur l'identification clinique de syndromes et sur les données paracliniques fournies par les examens complémentaires (examens biologiques, imagerie médicale...) Ces diagnostics sont catégoriels et identifient un nombre minimum de critères afin qu'une personne soit considérée comme présentant une pathologie psychiatrique ou neuropsychiatrique.

La CIM-10 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est l'alternative la plus couramment utilisée.

La valeur clinique du DSM est l'objet de vives critiques de la part des psychiatres et psychologues soucieux d'une psychopathologie raisonnée.⁹

La première édition du DSM date de 1952, une nouvelle version, le DSM-V doit être validée pour 2013 ; la création du DSM découle du besoin spécifique à la science et à la médecine de classifier les maladies ; il repose sur une évaluation statistique des apparitions de chaque maladie, lesquelles sont définies par une série de symptômes.

Le conférencier Alain Gillis nous donne lui aussi lors de sa conférence une vive critique par rapport à ces façons de normaliser les maladies psychiatriques ; cette formalisation aboutit selon lui à des absurdités, comme il nous en fait part par rapport à l'hyperactivité des enfants :

[...] c'est-à-dire que les régularités que l'on peut trouver en psychiatrie, je vais vous donner un exemple : l'hyperactivité (qui est une nouvelle maladie [...]) c'est pour moi rigoureusement rien, mais c'est une entité qui tient debout à partir d'un écart à la norme qui se stigmatise à partir de huit signes, [...] des descriptions de comportement d'enfant.

_

⁹ Wikipédia, article sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

Quand vous avez les huit signes, vous êtes hyperactif, vous avez droit à un traitement aux amphétamines [...]. 10

Ainsi cette façon de normaliser la psychiatrie n'a pas forcément de sens, lorsque l'on pense que chaque patient est différent.

La nouvelle réforme de Roseline Bachelot sur la médecine tend à payer les personnels soignants à l'acte; il est dans cette perspective très utile de pouvoir suivre des protocoles de soins qui seraient donc associés à une maladie; laquelle pourrait ainsi être définie par une série de symptômes. Mais cela est impossible en psychiatrie si l'on veut respecter la singularité de chaque patient; c'est ce qui est, entre autre, vivement dénoncé dans le film documentaire « Un monde sans fous ? ». Les activités différentes pour chaque patient ne peuvent pas être résumées à un protocole de soin identique pour chacun!

2. L'épisode central selon Henri Grivois

Cette partie se situe dans un registre écarté, en quelques sortes, par Alain Gillis, celui de la folie pure, de la psychose. Comme le dit aussi rapidement Alain Gillis, on peut trouver dans leurs délires, des formes récurrentes. C'est sur l'apparition de ces formes qu'Henri Grivois place son essai.

Henri Grivois est psychiatre à l'Hôtel-Dieu à Paris. Il a réalisé cet essai clinique, « naître à la folie », dans les années 90, à partir de l'écoute d'hommes et de femmes en rupture avec leur monde familier. Cette écoute s'est faite dès l'apparition des premiers symptômes, dans les consultations aux urgences de l'hôpital. Il a été aidé dans sa démarche par toute une équipe d'infirmières et d'infirmiers.

Que se passe-t-il dans les premières heures qui mènent le patient à se rendre, plus ou moins forcé, aux urgences ?

« Ces premières minutes, ces premières heures du choc psychotique sont décrites dans la littérature technique mais peut-on encore parler de psychose naissante dans les cadres institutionnels standards de la psychiatrie? C'est alors un patient orienté vers la spécialité et souvent déjà traité. »¹¹

Henri Grivois entend donc que ce qui est le plus souvent décrit dans la littérature concerne les malades déjà traités. Mais que se passe-t-il la première fois, avant que le malade, son entourage, les médecins, décident qu'il est devenu « complètement fou » ?

11 Les citations de cette sous-partie sont issues du livre de Henri Grivois, Naître à la Folie

¹⁰ Alain Gillis, La norme exposant du symptôme, conférence

« J'aimerais contribuer à combler cette lacune en me référant à plusieurs dizaines de cas de ces psychoses naissantes, que j'ai été conduit à observer. En les rapprochant peu à peu les uns des autres, j'ai tenté d'en dégager certains traits généraux saillants. »

Ces « traits généraux saillants »peuvent-ils constituer une norme dans le cas de la psychose naissante ? C'est ce que l'on peut considérer ici suivant ces dires :

« Un jour, j'ai laissé parler un homme. Je l'ai écouté comme tant d'autres mais plus longtemps, lui permettant de résister en tant qu'individu au protocole de nos examens psychiatriques habituels. [...]A partir de cet entretien et de quelques autres j'ai acquis la quasi certitude qu'une série de faits vécus communs reliait entre eux tous ces patients. »

Nous allons décrire dans la suite cette série de traits récurrents.

« Le plus extraordinaire fut dés lors de rencontrer avec régularité une histoire qui les place au centre instable et singulier du monde. Le sujet se sent projeté au cœur d'un système sans limite, par une polarisation qui lui semble à la fois arbitraire et impensable tout en devenant pour lui la matrice de son rapport avec les hommes. Tout découle de cette expérience centrale [...]. »

Dans la première partie du livre intitulé « la psychose naissante », on peut trouver ces traits:

- « L'expérience psychotique initiale est souvent empreinte d'une forte angoisse »
- « Le sentiment de précéder les autres ou de les suivre, le sentiment qu'ils vous suivent, vous imitent »
- « L'abandon de tout appel à l'aide »
- « Trois points se détachent de ce vécu paroxystique :

Sentiment d'être au centre de la totalité des autres (polarisation),

Surprise d'occuper seul cette place (singularité),

Incapacité d'en fournir une explication durable (arbitraire). »

- « Les montages délirants, par adoption de thèmes, surnaturels, persécutifs ou autres»
- « La centralité ou polarisation centrale, phase majeure de la psychose naissante »
- « Des gestes ou des mots traduisant des interactions particulières avec des personnes, des lieux, des objets »
- « De la phase de mutisme ou de pure activité gestuelle ils passent généralement trop vite à des élaborations interprétatives »

Les parties suivantes de l'essai expliquent surtout la démarche expérimentale et le protocole mis en place pour essayer d'aider ces malades en épisode central.

Enfin la dernière partie se pose la question de l'unité des psychoses. Henri Grivois pense que son approche par la psychose naissante permet d'englober toutes les psychoses :

Notre approche par le biais de la psychose naissante, véritable psychose souche, représente le pari du maintien d'une unité en deçà des multiples formes de maladies répertoriées sous cette rubrique par la psychiatrie.

Ainsi toutes les psychoses auraient une base commune. De plus, H. Grivois ajoute qu'aucun milieu social n'est protégé de la psychose car « la psychose se construit de comportement normaux ». Cependant il est reconnu aujourd'hui que certains facteurs peuvent faciliter le déclenchement d'une psychose, comme par exemple la prise de drogues.

3. La souffrance comme principal symptôme

Beaucoup de ce que nous pourrions dire ici est déjà relaté plus haut dans la sous partie 3. « Le problème de la souffrance ». La différence entre ces deux parties est le fait que, pour la première, il s'agit de la souffrance qui sépare du reste de la population, alors qu'ici il s'agit de la souffrance qui rapproche, comme symptôme commun, tous les malades psychiatriques.

Ce que nous voulons montrer c'est que la douleur est omniprésente dans toutes les maladies psychiatriques. Cette douleur quand elle n'est pas physique par somatisation, est d'abord psychique. Emilie Durand qui a passé plusieurs séjours en hôpital psychiatrique, raconte assez bien ce que l'on voit comme douleur dans ces établissements :

Au fond d'eux (parlant des malades rencontrés en hôpital psychiatrique) il y a un trou. Pas un de ces petits trous dans la terre, après une goutte de pluie un peu forte. Non, un trou sans fond. Un trou où lorsque l'on fait tomber un caillou, l'écho ne se fait jamais entendre. C'est ça la souffrance! Celle que j'ai rencontrée tout au long de ma courte vie. Celle que j'ai aussi détectée chez des gens que j'ai croisés. Les cris d'angoisse la nuit, les hurlements de désespoirs, l'absence de point d'attache. 12

La douleur que l'on rencontre chez les autres fait en effet souvent penser à un trou. Il en est ainsi aussi quand on leur demande d'expliquer leur souffrance. Elle est parfois tellement profonde qu'ils ne trouvent pas de mots pour l'expliquer. Mais on comprend bien que la douleur est chez tous les patients dans les hôpitaux psychiatriques. C'est donc un symptôme récurrent.

Ce n'est pas au cours de cette hospitalisation (dans un hôpital pour enfants et adolescents) que j'ai rencontré le plus de souffrance, chez les autres du moins. Peut-être

-

¹² Emilie Durand, Ma folie ordinaire

n'y étais-je alors pas très sensible. Dans mon souvenir, les enfants que j'ai croisés là-bas avaient tous une étincelle de vie que je ne retrouverai jamais chez les adultes. Comme s'ils avaient une souffrance encore plus désespérée, plus incontournable, plus manifeste¹³.

Ici, on ne sait pas si il s'agit de ses souvenirs, de son ressenti, ou de la réalité, mais il parait que les adultes semblent plus souffrir que les enfants. Il faut dire que les conditions de vie en hôpital psychiatrique pour adultes doivent être différentes de celles des enfants. De plus l'enfant en est à sa première hospitalisation, ce qui n'est souvent plus le cas des adultes hospitalisés en longue durée.

Enfin Emilie Durand évoque le terme « folie » :

Sainte-Anne, l'hôpital des fous... Je tiens à préciser tout de même que je n'en ai rencontré aucun. Je n'ai vu que des gens pétris de souffrance. 14

Non! La folie n'est pas « un symptôme » récurrent chez les personnes hospitalisées. Il faut dire que parfois les services sont séparés selon le type de pathologie, mais le plus souvent le « tri » se fait par secteur géographique et on retrouve toutes sortes de pathologies dans le même service. Aussi on peut dire que la norme dans ces services, c'est la douleur et non la folie!

¹³ Emilie Durand, Ma folie ordinaire

¹⁴ Emilie Durand, Ma folie ordinaire

Conclusion : le rôle du psychiatre

Nous avons vu dans ce mémoire deux principaux axes : l'anormalité du malade psychiatrique et la norme que l'on peut trouver chez ces malades : l'apparition de symptômes identiques d'un patient à l'autre. Ces deux axes illustrent surtout la difficulté dans laquelle ces malades se trouvent : souffrance intense, problème de reconnaissance par la société, isolement et parfois enfermement...

Pour ces malades, surtout ceux que l'on peut qualifier de léger, le rôle du psychiatre est déterminant afin de les sortir de ce cercle infernal; toujours en suivant Alain Gillis, nous pouvons proposer quel est le rôle du psychiatre pour aider ces patients.

Quant au psychiatre, il doit garantir au patient la possibilité de vivre un écart à la norme qui ne soit pas fatal à son humanité. Il « fait » la norme pour son patient. Il en tient lieu, aussi longtemps que nécessaire. ¹⁵

L'aide du psychiatre est ainsi essentielle pour le patient ; en effet, celui-ci doit retrouver un équilibre afin que son symptôme ne vienne plus perturber sa vie quotidienne et son rapport aux autres. Pour que le patient puisse se réintégrer dans la société, le psychiatre va lui proposer une norme, plus ou moins parfaite. Celle-ci va permettre au patient de vivre avec un écart à la norme le plus petit possible pour continuer à être accepté par l'autre.

Cette norme « faite » par le psychiatre est vitale pour le patient, celui-ci n'étant la plupart du temps plus assez lucide pour la « faire » seul. Il s'agira parfois d'expliquer le symptôme, d'en faire une construction rationnelle, afin qu'il soit compris. Le symptôme compris sera plus simple à combattre. Il s'agira d'autres fois d'accepter le symptôme mais de le réduire au maximum, afin qu'il ne pèse plus sur la vie de tout les jours, en travaillant sur des façons de « se passer » de ce symptôme (trouver une activité occupationnelle pour l'oublier de temps en temps ou pour le faire passer par exemple).

Quant au rôle du psychiatre pour les patients que l'on dit « complètement fous », il est aussi primordial pour leur assurer une certaine humanité. Henri Grivois parle dans son livre de la nécessité de « faire parler » le malade ; le psychiatre doit essayer de comprendre le mécanisme qui a placé le patient dans cette situation. Le psychiatre, en expliquant le mécanisme au patient, peut lui faire découvrir un déclic qui le remette dans une voie normale. Il peut aussi simplement réduire son trouble et lui permettre de vivre malgré tout dans la société.

Enfin l'un des rôles du psychiatre est aussi de prescrire des médicaments ; pour certaines maladies (dépression, schizophrénie, démence...), ceux-ci sont essentiels et malgré les effets secondaires gênants, la chimie permet à beaucoup de patients de vivre à peu près normalement, si l'on considère que « vivre malade » s'inscrit dans la norme de la société.

_

¹⁵ Alain Gillis, La norme exposant du symptôme, résumé

Bibliographie

Livres (par ordre alphabétique des auteurs):

CANGUILHEM, Georges. Le normal et le pathologique. 9^e édition « Quadrige ». Paris : Presse Universitaire de France, 2003. 224 p. (Quadrige, n°65). ISBN 2-13-53574-7

DURAND, Emilie. Ma folie ordinaire, Allers et retours à l'hôpital Sainte-Anne. Paris : Le Seuil, 2006. 167p. (Les empêcheurs de penser en rond). ISBN 2-84671-157-7

GRIVOIS, Henry. Naître à la folie. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1999. 202 p. (Les empêcheurs de penser en rond). ISBN 2-84324-080-8

LABRO, Philippe. Tomber sept fois, se relever huit. Paris: Edition Albin Michel S.A., 2003. 236 p. ISBN 2-226-14174-X

<u>Film :</u>

Un monde sans fous?

Durée: 53 minutes

Réalisateur : Philippe Borrel

Production: CINETEVE, FORUM DES IMAGES

Participation: FRANCE TÉLÉVISIONS, PLANETE, CNC (CINÉMA ET IMAGE ANIMÉE)