

Pourquoi la néopsychiatrie ne veut-elle plus prendre en charge les malades chroniques ?

Pierre Delion

10 Août 2021

L'expérience nous montre chaque jour davantage que les patients chroniques de la psychiatrie sont abandonnés au social et au médico-social, souvent seuls chez eux ou dans des situations peu enviables, clochardisés pour les plus en déshérence, ou emprisonnés pour les plus violents. Et ceux qui restent hospitalisés « bénéficient » fréquemment d'enfermements dans leur chambre ou dans leur service, alors qu'ils sont pour la plupart d'entre eux en « service libre », et sont facilement mis en contention lorsqu'ils manifestent la moindre agressivité.

Mais dans le même temps, tout se passe comme si la psychiatrie soignait des pathologies aiguës. En effet, un patient psychiatrique qui ne trouve pas de réponse à ses angoisses archaïques, ne pouvant obtenir rapidement une consultation avec un psychiatre, va aux urgences. Le recours aux services d'urgences est en très nette augmentation, au point que ce la plupart d'entre eux sont souvent « embolisés » par des patients présentant une pathologie psychiatrique, et pour lesquels, quand une consultation avec le psychiatre de liaison ou l'infirmier des urgences ne suffit pas, le geste prioritaire consiste à leur trouver une place dans un service de psychiatrie pour une hospitalisation... en urgence.

Pourquoi de telles constatations s'imposent-elles ? Quelles en sont les raisons ? Comment faire autrement ?

Avant de tenter de répondre à ces questions, qu'est-ce que la chronicité en psychiatrie ?

Les grandes pathologies de la psychiatrie sont chroniques. Elles présentent des manifestations aiguës comme toutes les autres pathologies mais leur traitement ne suffit pas, tant s'en faut, à traiter la maladie chronique qui les sous-tend. L'autisme, la schizophrénie, les maladies bipolaires, sont autant de pathologies qui modifient en profondeur la personne et ne peuvent être envisagées sur le modèle du diabète ou de la spondylarthrite ankylosante. En effet, dans ces pathologies organiques, la personne du malade subit l'impact des maladies en question mais cela ne modifie pas en profondeur la personne, même si ces maladies peuvent avoir de lourdes conséquences socioprofessionnelles et individuelles. En ce qui concerne les pathologies psychiatriques, nous savons tous que l'existence même de ces sujets en est profondément altérée, et que des interventions portant sur les moments de crises ne suffisent pas à traiter l'ensemble de la pathologie considérée. Bien sûr, nous avons tous l'expérience de patients suffisamment stabilisés qui peuvent à nouveau voler de leurs propres ailes, avec juste « ce qui suffit » d'aide par les professionnels. Les soignants ont appris depuis longtemps à ne pas « suraliéner » les patients stabilisés par des interventions intempestives et ces risques demeurent très faibles dans nos métiers. Au contraire, ne pas prendre en compte la chronicité de la maladie mentale risque de conduire à l'abandon et à la sédimentation de ces patients dans des asiles périphériques.

Aussi, considérer que le psychiatre et son équipe ne doivent plus intervenir qu'en période de crise aiguë, est un pas dangereux à franchir. Pourtant, aujourd'hui, c'est ce chemin qui s'ouvre devant les patients psychiatriques chroniques. Parce qu'ils ne sont plus suivis de façon suffisamment rapprochée par les équipes de psychiatrie de secteur qui sont totalement saturées par le nombre des demandes ou par les psychiatres libéraux qui

subissent les mêmes contraintes et, de plus, ne peuvent à eux seuls assurer les suivis en question. En effet, une des particularités de ces patients chroniques est d'avoir besoin d'une « équipe soignante à géométrie variable » pour les suivre de manière adaptée en fonction de leur état psychique. Auparavant, les patients psychiatriques étaient suivis par leur équipe de secteur à l'époque où cette pratique était encore à l'ordre du jour et avaient les moyens de ses ambitions. Depuis plusieurs décennies maintenant, la désaffection qui la concerne a abouti à la diminution des personnels qui la faisaient vivre puis survivre. Or, en psychiatrie, ce sont essentiellement les professionnels qui constituent la part la plus importante du budget du personnel sanitaire. Désormais, les équipes de secteur sont exsangues, et nombre d'entre elles ont dû fermer des lits hospitaliers, des hôpitaux de jour dans les quartiers souvent difficiles, des Centres Médico-Psychologiques, et ainsi abandonner les patients les plus graves, ceux qui faisaient l'objet d'une attention particulière et d'un soin soutenu de la part de leurs soignants de secteur grâce à tous ces outils indispensables au suivi des patients chroniques. Je ne connais pas d'équipes de secteur qui aient laissé tomber ces patients de gaité de cœur, mais beaucoup y ont été obligés par des contraintes administratives et financières décidées loin de toute réalité soignante.

Il n'est pas besoin de posséder une longue expérience en psychiatrie pour savoir qu'un tel patient traverse des moments d'angoisses archaïques à de nombreuses reprises, et que lors de ces crises, la possibilité d'avoir recours à l'infirmière qu'il connaît, au psychiatre de secteur qu'il peut facilement consulter, est la solution la plus efficace. Mais lorsque ces recours ne sont plus possibles, ni même envisageables, puisque désormais les listes d'attente du service public de psychiatrie et de pédopsychiatrie s'allongent inexorablement, en raison des nombreux postes de praticiens hospitaliers et d'infirmiers vacants, alors la situation se dégrade très vite, et dans la plupart des cas, les voisins, l'assistante sociale de la mairie, le médecin généraliste, les pompiers, inquiets de la décompensation du patient, l'adressent aux urgences avant qu'un drame se produise. Là, on lui cherche une place en hospitalisation, souvent sans en trouver tout de suite, et le patient s'angoisse, s'agite, devient agressif, et son séjour aux urgences pose plus de problèmes qu'il n'en résout. Non seulement le service des urgences n'a pas les moyens de régler la crise, mais souvent il en déclenche une nouvelle sans avoir de solutions humaines à portée de main. Là encore, les soignants des urgences ne sont pas en cause dans ce cercle vicieux, ils en sont plutôt les victimes collatérales, car les services d'urgences ne sont pas toujours en phase avec les problématiques psychiatriques pour lesquelles ils n'ont pas été créés.

Alors comment faire autrement ?

Pour mieux accompagner les patients chroniques, il faut avoir vécu à leurs côtés, les avoir côtoyés dans la vie quotidienne, avoir traversé avec eux leurs angoisses archaïques. Il faut également avoir accepté qu'ils comptent sur nous, sur notre fonction phorique, certes discontinue, mais assurée en cas de besoin. Il est intéressant de s'engager à long terme avec eux, pour une aventure humaine qui peut durer des années, sans a priori sur la période au cours de laquelle ils auront besoin de nous. Il faut veiller avec eux à leurs prises médicamenteuses, à leurs examens complémentaires, mais aussi à la qualité de leur vie quotidienne, à leurs relations avec les autres, avec leurs familles, avec leur médecin, avec leur employeur quand ils en ont un, avec leurs voisins. Il peut être intéressant d'organiser des activités culturelles dans lesquelles ils sont accueillis malgré leurs bizarreries, des sorties

sportives et de loisirs où ils peuvent éventuellement déployer leurs souhaits particuliers, et souvent les aider à sortir de leur apragmatisme.

Les soignants des urgences peuvent-ils partager ces expériences singulières ?

Sauf s'ils ont eu la chance de travailler dans un service de psychiatrie sectorisée auparavant, la plupart d'entre eux ne savent même pas que ces expériences existent et ont existé. Le patient chronique n'est connu de la plupart des urgentistes que lors des périodes de crises, celles qui nécessitent précisément le recours à leurs services. De plus, ils reçoivent l'enseignement de psychiatres qui n'ont pas assez partagé ce que la chronicité fait vivre aux patients dans leur vie quotidienne, concentrés qu'ils sont sur les neurosciences et la génétique, certes nécessaire aux problématiques de recherche, mais tout à fait insuffisants pour les prises en charge. Et la violence de quelques rares patients vient dramatiser encore le tableau de ce qu'ils montrent dans leurs moments d'angoisse, faisant de tous les patients chroniques des malades potentiellement dangereux, alors que la majorité d'entre eux est inoffensive, et que beaucoup sont victimes des violences d'autrui.

Que faire ?

Une doctrine cohérente, celle de la psychiatrie de secteur, avait résolu ces problèmes en instaurant une pratique centrée sur l'accueil de tous les patients présentant une souffrance psychique, en leur proposant des solutions de soins en fonction de la gravité de leur pathologie. Certains avaient besoin d'un suivi ambulatoire quand d'autres avaient besoin d'une hospitalisation pendant plusieurs mois. Mais le suivi de tous les patients, quelque soient leurs psychopathologies, était assuré par des soignants qui les connaissaient depuis le début de leurs demandes de soins, et ce, tout le temps nécessaire. Quand la psychiatrie de secteur était opérationnelle à la grande satisfaction des patients eux-mêmes, pendant trop peu de temps il faut bien l'avouer, les urgences étaient devenues rares, et les relais dans la cité avaient pris l'habitude d'adresser ces problématiques au psychiatre du CMP qui dès lors prenait en charge les patients adressés. Il y avait très peu de patients aux urgences, puisqu'un autre système avait été mis en place, qui répondait de façon beaucoup plus pertinente aux problématiques en question. Les soignants formés en psychiatrie accueillaient dans leurs psychés tous les éléments étranges, bizarres, impénétrables, que les citoyens ordinaires n'étaient pas en mesure de recevoir. Et ces soignants disposaient de groupes de travail et d'une formation continue digne de ce nom pour discuter de ces éléments reçus des patients chroniques, les comprendre et les transformer, de façon à prendre la juste distance avec ces patients très singuliers.

Syndrome de la porte tournante ?

Aujourd'hui, les soignants des urgences ont des séances de « débriefing », dispositif inventé par les psychiatres militaires pour répondre aux catastrophes guerrières, pour diminuer le niveau de stress qu'ils endurent dans leur métier très complexe. Mais ces séances n'ont pas grand-chose à voir avec les groupes de soignants psychiatriques qui, dans la durée, travaillent sur les formes très spéciales de transfert auxquelles ils sont soumis de la part des patients chroniques.

A continuer de considérer, comme le fait ostensiblement cette néopsychiatrie, que les maladies mentales sont des maladies comme les autres, on passe à côté des dispositions avec lesquelles leur accueil pourrait être radicalement amélioré. Bien sûr que les soignants doivent les considérer comme des citoyens malades avec les mêmes droits que les autres, mais qui présentent des spécificités dont il faut absolument tenir compte pour mieux les aider. Sinon, le syndrome de la porte tournante risque de s'aggraver au détriment de la qualité de l'accueil du patient chronique et surtout au risque de ne plus pouvoir le soigner en confiance, ce dont, in fine, il a le plus besoin pour aller mieux.