

Conversation avec Anne Claire Decrouy

Anne Claire Decrouy est médecin (Médecine Physique et de Réadaptation), chef de service, Neufmoutiers-en-Brie.

ANNE CLAIRE DECROUY : La grande psychose, comme le grand handicap physique, nous entraîne dans des zones limites où on ne peut plus réfléchir. On ne peut plus comprendre. On doit être le plus possible pragmatique. Il faut un peu abandonner le sens de nos réalités devant l'inconnu, la réalité de l'autre. Les espaces de conversation et de rencontres sont tellement faibles que le cadre de travail global devient particulièrement éminent, l'équipe, et non plus un rapport à deux.

Le psychotique va agir beaucoup, en un sens, sans beaucoup de paroles monnayables en conversation, compréhension... Un patient défenestré qui débutait une psychose sévère (c'était une entrée à dix-huit ans dans une schizophrénie) savait très bien quand il était bien, apaisé, ou quand il était très agité, avec des mouvements auto-agressifs. Peu de communication avec lui sur ce qui pouvait l'aider ou pas, zone de dialogue quasiment nulle, mais pour autant il réagissait positivement ou négativement au projet ou à la compréhension théorique qu'on lui proposait. Il nous a fait savoir qu'il était « bien » en hôpital de jour, malgré le deuil de ses études prometteuses, du foyer parental... Il s'était fait des amis, alors qu'il était auparavant très isolé. Dans ces cas, la projection est quasiment nulle, alors que normalement on se projette dans le patient. Dans ce qu'il peut imaginer, comprendre... là on n'en est pas capable.

Toutes sortes de questions surviennent sur notre travail, sur ce qu'on est comme humains... qu'est-ce qu'on croit pour travailler avec ces formes de vie si modifiées ? Qu'est-ce que c'est, un état végétatif chronique ? Est-ce vivre pleinement un état tellement différent du mien que je ne puisse pas le comprendre, y accéder ?

LAMPE-TEMPETE : Et cette vie modifiée quand on la dit dangereuse... ?

A. C. D. : La moitié des patients sont S.D.F. ou en prison, disent les psychiatres. Il n'y plus d'asile, il y a moins de lits. Il faut des symptômes somatiques pour être accueilli dans un hôpital, ou des symptômes psychiatriques mais de durée déterminée, traitable, avec évolution rapide.

L. T. : Politiquement, il y a une contradiction : demande de prise en charge de plus en plus grande (en termes de lois pour prévenir débordements dans la vie civile, sociale) alors que suppression de places, de postes de soignants en institutions depuis des années.

A. C. D. : Contradiction aussi chez les médecins : le mouvement anti-psychiatrique italiano-français a aussi prôné la liberté des psychotiques, la fermeture des établissements. En Italie, c'est même bien pire qu'en France...

L. T. : Parce qu'en France, l'anti-psychiatrie s'est mélangée, « institutionnalisée » différemment.

*

L. T. : Peut-on repérer l'agentivité dans le noyau d'expérience pour quelqu'un qui commet un suicide, une défenestration ? A travers leur récit, leur parole, peut-on savoir si ils sont eux-mêmes les sujets « décisionnaires » de leur propre action ? Ou bien disent-ils explicitement que c'est quelque chose d'extérieur à eux ?

A. C. D. : La plupart du temps, ces patients ne sont pas psychotiques, n'ont pas d'antécédents psychiatriques lourds et n'en auront certainement pas. Ce sont des mouvements dépressifs assez simples ; ils expliquent bien le caractère inextricable d'une situation et la volonté d'en sortir définitivement, d'agir vers la seule issue possible pour eux. Il y a une conscience. Dans les rares cas de psychoses, on ne comprend pas.

L. T. : Ce sont eux qui sont l'auteur d'une action ? Ou bien dans leur esprit c'est partagé, avec une causalité plus diffuse ?

A. C. D. : On ne peut pas parler du noyau d'expérience, on parle de ce qui précède et de ce qu'on peut faire après. Notre question est : comment faire autrement ? Pour moi le patient est toujours moteur du soin. Et dans le même temps, tu es là pour fournir une gamme de moyens de compréhension et de travail. Mon maître, Maurice Bensignor, qui m'a formée dans la médecine de la douleur disait toujours « si tu n'as qu'un marteau dans ta boîte à outils, tous les problèmes vont ressembler à des clous ». Si tu as une vis devant toi, tu vas quand même en faire un clou, car tu n'auras pas les moyens de penser autrement, sous peine d'être soi-même iatrogène. Peut-on prendre inutilement le risque de faire mal ? Il y a de la rencontre et du soin si le médecin peut proposer une palette de possibilités.

L. T. : Et les patients vont avoir tendance à ressembler à des clous, à « faire les clous », si tu n'as qu'un marteau.

A. C. D. : Un psychiatre avec qui je travaille souligne souvent ces points de contre-transfert.

*

A. C. D. : Je m'occupe d'enfants qui nécessitent des soins psychiatriques. J'ai été patiente toute petite. Donc je ne peux éviter ce double regard, à la fois comme médecin et comme patiente, sur la maladie. J'associe l'hôpital à la maternité, à la nourriture, au soin dans sa généralité. L'hôpital comme mère nourricière, en quelque sorte...

L.T. : Theodor Reik dirait « couvade pseudo-maternelle » pour qualifier ton expérience de l'hôpital...

A. C. D. : Complètement. Très maternant. Endroit de refuge et de soin. Mon regard sur la psychose est teinté de ma propre expérience, d'être « pair » de gens psychotiques. J'exerce presque en résilience. Si je n'ai pas fait de psychiatrie, c'est que je pensais que les psychologues psychiatres s'affranchissaient abusivement de leur rôle de médecin auprès du corps des patients. Parce que la médecine ne se conçoit que par le corps. S'affranchir du corps vers une certaine psychanalyse ou psychologie où on ne touche pas le corps du patient, ça me paraissait aberrant, incohérent avec la compréhension de l'examen clinique, du soin. Sans examen, ni toucher, on n'est pas médecin.

L. T. : Intellectualisation abusive dans l'examen clinique en psychiatrie ?

A. C. D. : Dans mon exercice, je laisse un champ de travail au patient. Vous pouvez aller mieux, sans que ni vous ni moi ne comprenne pourquoi. C'est une forme de liberté. Les patients ne pensent jamais qu'ils peuvent s'autoriser d'aller bien, de guérir, et qu'ils ne sont pas simplement dépossédés, « jouets » du médecin. J'ai eu un appel cette semaine d'une maman qui m'a appris que sa fille remarquait et qu'elle ne savait pas pourquoi, et elle avait besoin de me le dire. Je lui ai répondu : « Moi non plus, je ne comprends pas pourquoi, mais ce n'est pas très grave, puisqu'on a convenu en consultation que c'était quelque chose d'envisageable. Félicitez votre fille. »

L. T. : Est-ce que tu qualifierais ça de démarche radicale de thérapeute, c'est-à-dire que ce ne serait pas si important que cela d'avoir une compréhension exhaustive ? Ce serait plus important qu'il y ait ce qu'on pourrait appeler un « schème d'action », quelque chose qui se produise d'un changement, et d'une efficacité dans la vie d'un patient. La compréhension viendrait en second. Tu irais jusque là ?

A. C. D. : Non. J'ai assisté à des consultations où le patient avait pour fonction de valoriser le médecin. Jamais le médecin ne s'interrogeait sur la durée de soins, sur l'évolution entre deux

consultations, le bénéfice pour le patient, etc. J'ai trouvé cela angoissant. Il y a un goût morbide chez le médecin. Le patient sert l'appétit morbide du médecin. Le patient va mal, et s'instaure une complicité, une complaisance entre lui et le médecin. On ne peut pas s'affranchir de la compréhension des choses ; les repères théoriques et la compréhension d'une situation permettent d'éviter ce genre d'enlissement. Je refuse de recevoir un patient sans que du sens soit donné, pour le patient comme pour moi. La médecine a clivé le patient. Le corps et le toucher sont peut-être nécessaire accompagnement de tout travail psychothérapeutique.

L. T. : Et du point de vue de l'expressivité ?

A. C. D. : J'ai connu en psychiatrie le travail de la terre, avec des sensations de quelque chose de non verbalisé qui passait dans les mains, un nœud de tensions internes qui paraissait se dénouer dans un travail manuel. Mais je n'avais pas l'impression que ce que je produisais représentait quelque chose de présent à moi-même, comme une extériorisation, une projection matérielle, mais un dénouement sans parole. Ce n'est pas le sens de l'objet comme résultat ici, mais le sens d'un acte. Je pouvais nommer des choses autour d'une tension archaïque, mais il n'y avait pas de geste libérateur pour cela. La mise en forme physique elle-même était libératrice.

L. T. : Action où tu as l'impression que ce qui est dispersé, émiétté en toi se focalise ? Ou bien plutôt un point qui, devenant action, se diffuse dans un mouvement centrifuge ?

A. C. D. : Plutôt centrifuge, qui s'ouvre, oui.

entretien réalisé à Paris en janvier 2009