

La Lettre n° 87

Bulletin de L'UNAFAM Paris - Juin à septembre 2015



Un autre regard

Numéro spécial :

éditorial

Oser les thérapies non médicamenteuses !

Médicaments : indésirables mais incontournables 2

Médicaments. Certes, mais aussi... 2

La CHT* pour la psychiatrie parisienne 3
avec le Dr Catherine Boiteux

Thérapies brèves 5
avec le Dr Marie-Christine Cabié

Thérapie systémique et familiale 8
avec les Drs Béatrice Aubriot, Sonia Bouley et Frédérique Joste-Dallfard

Psychanalyse 13
avec les Drs Vassilis Kapsambellis, Luc Faucher et René Lew

Hypnose 18
avec Mme Sarah Carlier

Sismothérapie 19
avec le Dr Marion Plaze

Réhabilitation, Remédiation Cognitive et éducation thérapeutique 21
avec les Drs Isabelle Amado et Olivier Cancell

Et aussi, dans ce numéro :

La diététique à l'hôpital 24
Avec Mme Danièle Martin

SISM 2015 26

Les résultats de la psycho-éducation 27

Un nouveau lieu pour la journée : le 52 28

Entretien avec Francesca Biagi-chai, psychiatre et psychanalyste 30

Dernière lettre d'une petite fille ... Et « Simone Dujarier nous a quittés » 31

Info pratique : se faire prendre en charge en dehors de son secteur, c'est possible 32

Maux croisés 32

Depuis longtemps, l'idée nous travaillait de consacrer un numéro spécial de « La Lettre » aux thérapies avec un grand « T », les vraies, celles qui, dans le paysage psychiatrique un brin idéalisé, sont censées s'attaquer aux vraies racines du mal, sans dommages collatéraux.

C'est désormais chose faite avec la complicité de la direction de la communication de la CHT* pour la psychiatrie parisienne qui nous a ouvert les portes de ses 5 établissements et ainsi permis cette somme d'interviews destinées à vous faire toucher du doigt toute la richesse de l'offre de soins disponible sur Paris.

Au terme de ce périple dans lequel je m'étais engagé, je dois l'avouer, avec quelques « a priori », je souhaiterais commencer par vous dire que ma vision a changé pour davantage de... modestie ! Chaque thérapie se présente en effet comme une spécialité à part entière dont la prescription, pour un patient donné, m'est apparue a posteriori bien moins évidente que je ne le supposais naïvement.

Cette cure de modestie, je la dois d'abord aux praticiens eux-mêmes qui - autre découverte - ont cessé de se disputer sur cette question de la supériorité de telle pratique sur telle autre, source de polémiques encore il y a peu. Il semble bien que l'élément déterminant ayant présidé à l'apaisement des esprits réside dans la découverte du rôle prépondérant de la qualité du couple « patient - thérapeute » dans une thérapie réussie !

Alors, tout ça pour ça ? Pas seulement, et heureusement... Ce qui m'a surtout frappé, c'est cette confiance en leurs pratiques respectives dont témoignaient mes interlocuteurs. Que ce soit les psychanalystes, les thérapeutes familiaux « systémiques », les praticiens des « thérapies brèves », ou encore les sismothérapeutes avec leur taux de réussite à 80%... tous s'exprimaient avec cette tranquille assurance qui ne peut s'acquérir sans résultats tangibles au quotidien.

Enfin, la bonne façon d'aborder l'opportunité d'une « thérapie douce » consiste d'abord à se demander quel est l'objectif thérapeutique poursuivi. Une fois ceci posé, il ne faut pas hésiter à franchir le pas consistant à en parler : cela vaut vraiment la peine de tenter de bénéficier de l'un de ces parcours de soins.

Bien sûr, se poseront alors les questions de la prescription et des limites liées à la sectorisation. Là aussi, la CHT nous réserve de bonnes surprises : les échanges inter-sectoriels sur les pratiques avancent à grands pas comme vous pourrez le découvrir en pages 3 et 4.

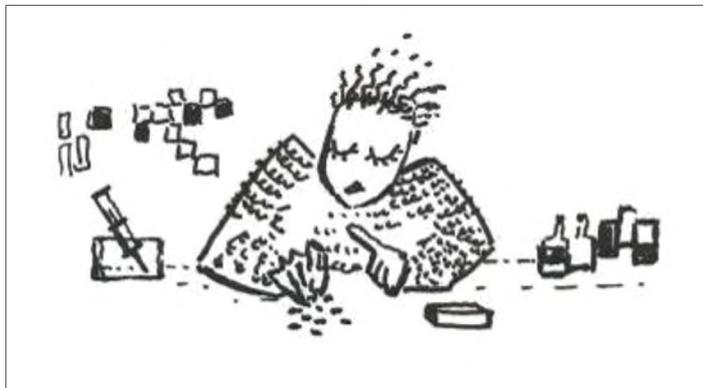
Un dernier mot pour vous prévenir que ce dossier est nettement plus volumineux que d'habitude : nous avons tenté d'aller au fond des choses pour vous faire toucher du doigt la variété des offres de cette nouvelle CHT qui se profile, le but avoué étant de vous donner envie de communiquer l'information à vos proches, voire de tenter vous-mêmes l'aventure si vous ressentez le besoin de vous faire aider.

Luc Vave

(*) CHT : Communauté Hospitalière de Territoire, voir page 3

Démarrer un dossier consacré aux thérapies non médicamenteuses... précisément par un ou deux articles sur la prise de médicaments, pourquoi pas ? C'est en tout cas ce que nous avons choisi pour mieux rebondir sur les limites de la pharmacopée, sur la réalité de ce que la psychiatrie institutionnelle peut offrir aujourd'hui, dans sa composante la plus humaine, à nos proches en quête de soins. Des soins qui s'adressent à eux dans leur spécificité unique.

Médicaments : indésirables mais incontournables



Afin de mieux cerner les réactions intimes des patients face au fait incontournable que si l'on veut « vivre mieux » avec sa maladie, il faut « prendre ses médicaments », j'ai discuté avec quelques-uns d'entre eux à bâtons rompus. Et j'ai réalisé à quel point ce sujet nous tient à cœur. Il est là, au centre de notre vie, comme un rappel de notre maladie à chaque jour qui passe.

Il faut se rendre à l'évidence, si la version officielle parle des médicaments comme d'un complément à d'autres thérapies, les patients au long cours y voient avant tout un point de passage obligé pour atténuer l'expression de leur maladie. Tout juste faut-il nuancer cette obligation en fonction du caractère de chacun : ressentie comme une contrainte sévère par les uns, elle se mue en habitude pour ces patients qui remplissent leur devoir avec docilité.

J'ai aussi observé qu'avant d'évoquer les bienfaits, les patients parlent des effets indésirables : allergies, prise de poids, douleurs articulaires, tremblements, la sécheresse de la bouche, somnolences, difficultés à se lever, manque de présence, incapacité de faire deux choses à la fois... sans

parler des contrôles, mensuels ou hebdomadaires, sources d'autres contraintes...

une négociation difficile avant d'en arriver à la bonne formule et au bon dosage

Mais au-delà des contraintes et des effets indésirables, se sent-on mieux en les prenant ? Oui, mais ce n'est ni magique, ni immédiat. Chaque patient cherche à se faire un allié du psychiatre qui prescrit le traitement et tous évoquent une négociation difficile avant d'en arriver à la bonne formule et au bon dosage : cela peut prendre plusieurs années... Mais au fil de ce long combat, ils finissent par bien connaître les effets de leur traitement ainsi que la dose optimale tout en chérissant en secret l'espoir de pouvoir un jour s'en passer !

Enfin ne pas oublier la « gestion » des parents et des proches... Ils trouvent un certain réconfort à voir leurs enfants « sous médicament » : avant tout éviter les crises ! Alors ils se font un devoir de veiller à ce qu'« il prenne ses médoc ». Je revois cette patiente quand elle m'a dit en riant : « Pour eux, avant j'étais folle et aujourd'hui je suis malade... » Un rire qui en dit long sur sa façon de « conduire le véhicule » en tentant d'éviter le rôle de bouc émissaire.

Une confiance pour finir : à ma question « Tu préfères être folle ou malade ? » Sa réponse fut « je préfère être folle... » Bien sûr car si « folie » rime avec créativité, « maladie » ouvre sur une vie ordinaire ponctuée de prises de médicaments.

Brigitte Hautefeuille

Les médicaments. Certes, mais aussi...

Vingt cinq ans de psychiatrie. Je t'accompagne depuis longtemps. Dernièrement, nous échangeons sereinement, comme de plus en plus souvent...

J'aimerais faire une psychothérapie, pour comprendre ce qui m'arrive quand je suis débordé

Tu me dis : « J'aimerais faire une psychothérapie, pour comprendre ce qui m'arrive quand je suis débordé ».

Je reste interloquée. Je suis interpellée par cette prise de

conscience, admirative du chemin parcouru.

Quelques semaines plus tard, nous reprenons le dialogue, sous un autre angle...

· Moi : « En fait, à part les médicaments, qu'est-ce qui t'a aidé, toutes ces années ? »

Lui, spontanément : « La possibilité de peindre à l'hôpital » (il retrouvait son métier, sa raison d'être) « et surtout la psychothérapie. Tu te rappelles, toutes ces années avec Mme X... ? »

Oh oui, je me rappelle ! Surtout le dénouement, l'annonce

par sa psychologue que ce sera la dernière séance, l'acceptation impossible, le refus inconscient, la mise à feu de toutes ses peintures, son studio détruit. Et le retour à l'hôpital.

Après tant d'années, le désir est toujours là. Parler pour comprendre, se comprendre, parler et être écouté.

Je réfléchis alors à la situation d'aujourd'hui : il n'y a pas de psychothérapie instituée, là où il réside, mais le cadre où vit mon fils, si dur m'apparaît-il, est peut-être lui-même thérapeutique ? Car il y a échange permanent (autant d'éducateurs que de résidents), la psychologue est attentive, il y a de la parole sur les faits, de l'analyse sur les situations, parfois un simple appel au bon sens, à la réalité.

Le psychiatre n'apparaît qu'épisodiquement dans la vie de

l'institution, une fois par semaine, mais sa présence a toute sa place. « Je fais un transfert » me dit mon fils, toujours en recherche de « père ».

Et la semaine dernière, il a peint « son » psychiatre » : un tableau ressemblant me dit-il. « et mon cadeau lui a fait plaisir » ajoute, heureux, l'artiste.

Oui, il y a plus que les médicaments. Il y a la vie à retrouver, le désir à faire renaître, la conscience d'un soi qui reprend sa place... Et mon fils, en souriant, d'ajouter : « Et toi aussi tu m'as aidé ! ».

Sans doute sent-il que moi aussi, je crois aux thérapies qui aident à retrouver du sens, à se recentrer, à agencer le puzzle, à prendre de la distance.

Parce que certaines m'ont aidée, moi aussi !

La CHT* pour la psychiatrie parisienne : une communauté de praticiens passionnés

Pour traiter ce dossier, il nous fallait de l'aide et nous nous sommes adressés à Florence Patenotte, Directrice de la Communication de la CHT. C'est aux chargés de communication de la CHT et à sa cellule médico-administrative, dont fait partie le Dr Catherine Boiteux, Praticien hospitalier à l'Hôpital Ste Anne, que nous devons un exceptionnel choix de contacts qui - disons le tout de suite - nous a impressionnés.

Avec son organisation à la fois sectorisée et spécialisée, la CHT présente de formidables opportunités pour nos patients. Le Dr Boiteux nous en présente ici sa raison d'être.

La CHT, c'est quoi au juste ?

La CHT, c'est un dispositif qui réunit, autour d'un projet médical commun en psychiatrie, les 3 établissements s'occupant de la psychiatrie de secteur parisienne (Ste Anne, Perray Vacluse et Maison-Blanche), l'ASM13 qui est un « ESPIC », pas un hôpital, et St Maurice qui se partage entre le 94 et le 75, et a des activités autres que psy.

Ce n'est pas une fusion au sens juridique du terme, même si la convention revêt une forme légale. L'important c'est cette notion de projet médical.

Parlez-nous de ce « projet médical » !

C'est pouvoir faire en sorte que les équipes se rencontrent et collaborent. Les psychiatres le demandaient depuis 1980 mais il n'existait pas de cadre qui permettait de le faire ni d'avoir des outils de mise en oeuvre.

Au-delà du partage de pratiques, l'esprit de la CHT, c'est aussi de se dire : « puisque chaque secteur ne peut pas déployer à son échelle toutes les prises en charge un peu spécifiques quelles qu'elles soient, disposons au sein de la CHT de centres qui, sans être experts, vont être quand même référents sur certains types de prises en charge. »

Concrètement, la CHT va permettre à des équipes, ayant dé-

ployé ponctuellement tel ou tel outil, de pouvoir ouvrir leurs portes à d'autres patients qui ne dépendent pas du secteur.

Mais cette collaboration entre les équipes, est-ce vraiment nouveau ?

Bien sûr que non ! Mais l'existence d'un cadre légal, matérialisé par une convention avec des membres à part entière et des associés, va nous conduire à revoir notre façon de travailler. Ça va nous obliger à formaliser les choses, ce qui est nouveau pour des équipes de psychiatrie...

Ces équipes, elles font des choses très bien mais ne prennent souvent pas le temps de formaliser, de sorte que, faute de support, écrit, elles manquent d'outils pour faire savoir ce qu'elles font.

Avec la CHT dont la mission consiste à institutionnaliser le partage de pratiques, on dispose enfin d'un outil pour communiquer et rendre accessibles les « savoir-faire » des 5 établissements parisiens.



Dr Catherine Boiteux

dès 2015, des patients vont pouvoir passer d'un secteur à l'autre pour des soins plus spécifiques

Vous parlez au présent, où en est-on du projet ?

Le projet médical est en cours de déploiement, sachez que dès 2015, des patients vont pouvoir passer d'un secteur à l'autre pour des soins plus spécifiques. Ils continueront de dépendre de leur CMP mais ils auront accès à d'autres équipes pour des

(*) Communauté Hospitalière de Territoire

La CHT pour la Psychiatrie parisienne regroupe 130 structures réparties sur 75 sites, soit les 25 secteurs qui couvrent l'ensemble du territoire de santé de la capitale. Dévolue à un bassin de population de près de 2,2 millions d'habitants, ses établissements ont reçu 76.400 patients en 2014, dont 76% de parisiens.

thérapies spécialisées. Il va aussi y avoir dès 2015 des ouvertures vers les nombreuses consultations non sectorisées déjà existantes dans la CHT.

On a un plan, avec un calendrier et des échéances. Par exemple, en ce qui concerne les thérapies non médicamenteuses, il y a un groupe de travail qui est en train de référencer toutes les consultations spécifiques qui existent soit au sein des Hôpitaux, soit au fin fond des secteurs, soit dans l'un de nos services universitaires. C'est un travail de fourmi : on va voir chaque CMP et chaque service et chaque fois que l'on découvre quelque chose de spécifique, on se renseigne sur les moyens (une seule ou plusieurs personnes ?) et on évalue les possibilités d'ouverture à l'extérieur du secteur.

Le but à horizon 2016-2017, c'est de disposer de toutes les références de structures trans-sectorielles

Le but à horizon 2016-2017, c'est de disposer de toutes les références de structures trans-sectorielles. En clair, c'est d'obtenir une cartographie précise de ce qui existe déjà, de ce qui est déjà ouvert à l'extérieur du secteur sans qu'on le sache, et aussi de ce qui manque au sein de la CHT dans notre offre de soins.

Si je comprends bien, il faudra attendre 2016-2017 pour voir des changements significatifs ?

Ca va aller plus vite que ça car, dans le même temps, on va intensifier les formations en lien avec les groupes de partages et ces thérapies vont monter progressivement en charge. Je prends l'exemple de la remédiation cognitive : on a déjà des équipes dans tous les hôpitaux qui travaillent là-dessus en lien avec un centre référent : le C3RP du Dr Amado. Le groupe de travail est constitué, il fonctionne et on assiste à une avancée de la formation des équipes déjà en place. Comme il s'agit d'un centre de référence, il y a des outils particuliers, notamment informatiques, qui sont en tests et, si ça fonctionne - et on a déjà des retours - ça va circuler et on va les implanter dans les hôpitaux de jour et, du coup, ça va avoir un vrai impact sur les patients.

Ne craignez-vous pas de devoir faire face à un afflux de demandes ?

On imagine bien qu'il peut y avoir un afflux après un superbe article sur la remédiation cognitive ou sur la psychanalyse : « voilà ce qu'il faut pour mon proche » ! Mais c'est là que le psychiatre de secteur doit jouer son rôle de prescripteur : c'est lui qui est aux avant-postes pour orienter le patient vers la thérapie qui lui convient en tenant compte de ses désirs et de sa façon d'être.

Par exemple, si la psychanalyse est un formidable outil, elle demande au patient un travail important, requérant une véritable motivation. Il m'est arrivé de voir des parents me demander : « pourquoi ma fille ne fait-elle pas une psychanalyse ? » pour, en fait, m'apercevoir en entretien que cette jeune fille de 17 ans n'est pas du tout prête pour cette élaboration là. Si on passe outre et qu'on la lui propose maintenant, on risque de l'en dégoûter irrémédiablement alors qu'elle serait parfaitement indiquée 10 ans après !

Mais le psychiatre de secteur pourra-t-il se montrer neutre dans sa prescription compte tenu de son parcours ?

C'est très bien que vous me posiez cette question car cela me donne l'occasion de vous dire que l'époque des querelles

entre les différentes écoles est révolue ! Comme vous l'avez vu, les praticiens que nous vous avons fait rencontrer sont passionnés par leur travail mais cela n'empêche pas une bonne cohabitation avec leurs collègues qui ont choisi une autre spécialité thérapeutique.

l'époque des querelles entre les différentes écoles est révolue !

Et au-delà de cette bonne cohabitation qui nous est clairement apparue au fil des entretiens, comment les praticiens de secteur s'y retrouveront-ils dans toute cette offre de soins ?

Ils procéderont à l'image de ce qui se fait en médecine somatique. Il ne faut pas oublier que la psychiatrie est une discipline médicale où, un peu comme l'ophtalmologie, chacun s'est tourné vers une sur-spécialisation. Tant qu'on n'en fait pas une discipline médicale, la psychiatrie reste tributaire de quelque chose d'apparenté à un jugement moral.

En fait, il faut prendre ces thérapies non médicamenteuses pour ce qu'elles sont : des pratiques spécialisées demandant des compétences aussi pointues que - par exemple - pour aller opérer un cerveau... et faire respecter leur niveau. Nous savons tous que pour pouvoir les pratiquer, il faut se former... et se former sérieusement, dans un service qui la pratique.

Mais nous avons tous en commun cette base d'études cliniques qui caractérise l'école française de psychiatrie, c'est cette base commune qui nous permet de partager nos compétences... Et c'est ce qui est rassurant pour nos patients car, en fait, c'est bien cette démarche clinique qui sous-tend toute la cohérence de chaque projet individuel de soins.

Pourriez-vous, en quelques mots, démystifier cette « démarche clinique » ?

La démarche clinique, ça consiste à partir des symptômes présentés par le patient pour connaître le plus précisément possible ce dont il souffre et lui offrir une thérapie adaptée à son cas individuel. Nous avons la chance d'avoir à notre disposition, en France, toute une tradition historique de psychiatres qui se sont attelés à décrire les maladies. Ce sont des textes d'une très grande richesse avec une symptomatologie analytique, spontanément orientée vers la thérapie.

la psychiatrie, c'est peut-être la dernière discipline médicale clinique !

En psychiatrie, nous n'avons pas le choix, nous ne disposons pas d'une batterie d'examen ou de la radiologie, contrairement à ce qui se passe pour la médecine somatique, nous devons comprendre... Et, pour comprendre, nous devons nous tourner vers le patient, en purs cliniciens qui partent des symptômes pour identifier et soigner les troubles. En un certain sens, la psychiatrie, c'est peut-être la dernière discipline médicale clinique !

Un dernier mot sur d'autres changements à la CHT ?

Oui, pour mentionner que nous venons de nous adjoindre les services d'une épidémiologiste. Elle nous permet de poser les questions dans le bon sens et son aide sera déterminante pour nous aider à structurer notre démarche.

Propos recueillis par Luc Vave

Thérapies brèves

Dynamiser les capacités de changement

Le D^r Marie-Christine Cabié est psychiatre, Chef de Pôle aux Hôpitaux St Maurice. Elle a ouvert une consultation « hypnose et thérapies brèves » dans l'un des CMP du 11^e arr. Elle a contribué à la création du « modèle de Bruges » qui met l'accent sur le libre choix du patient dans la conduite de sa thérapie.

Pourriez-vous commencer par nous parler des origines de ce concept de « thérapies brèves » ?

Les thérapies brèves sont issues de plusieurs courants, dont le plus ancien et peut-être le plus connu, est l'école de Palo Alto avec « la résolution de problèmes ». Puis, toujours aux Etats-Unis, à Milwaukee, a été développé « l'orientation vers les solutions » et, à peu près en même temps, le « modèle de Bruges », cette fois en Europe. Je fais moi-même partie de l'équipe qui a développé le modèle de Bruges. Il y a eu beaucoup d'échanges avec Steve de Shazer, fondateur de Milwaukee et les deux modèles sont très similaires. Plus récemment, sont apparues les thérapies narratives qui connaissent actuellement un certain essor en France et présentent également des liens avec les deux précédentes approches. Enfin, il y a le modèle collaboratif.

cette idée que les thérapies soient les moins longues possible avec le moins de séances possible

Comme vous le savez, ces différents courants ont pris leur source aux Etats-Unis. C'était il y a plus de 30 ans, à une époque où ce qui préoccupait tant le corps médical que les patients, c'était de continuer à se faire rembourser par les compagnies d'assurance. Ainsi est apparue cette dénomination de « thérapies brèves » : un terme essentiellement marketing destiné avant tout à répondre aux questions des compagnies d'assurance. A titre d'exemple, le modèle de Palo Alto parle de tout régler en 10 séances maximum... Et déjà à l'époque, nous ne nous y retrouvons pas ! Mais ce qui nous paraissait quand même intéressant, c'est cette idée que les thérapies soient les moins longues possible avec le moins de séances possible.

l'abandon de la notion de diagnostic pour passer à la notion de difficultés ou de problème

Pour nous, c'était déjà un progrès, ne serait-ce que du point de vue éthique, mais la brièveté, de notre point de vue, devait figurer davantage comme conséquence que comme but premier du modèle. C'est pour ça que, comme on va le voir plus loin, on parle maintenant d'approche centrée sur les compétences... Mais revenons à Palo Alto, on leur doit une autre idée, commune à tous ces modèles, l'abandon de la notion de diagnostic pour passer à la notion de difficultés ou de problème. Ce qui est important pour nous, c'est ce quelque chose qui fait problème pour quelqu'un : il y a donc une plainte, signe d'une souffrance pour une personne. C'est de cela qu'on va s'occuper et on va laisser tomber la recherche de diagnostic... Au moins



D^r M. C. Cabié

dans l'élaboration de la thérapie car je suis psychiatre, et donc je continue de faire des diagnostics !

Pour Palo Alto, quand une personne vient en thérapie, c'est bien sûr qu'il a un problème, mais aussi souvent, qu'il a déjà tenté de le résoudre... Et si la solution mise en place n'est pas efficace, c'est elle qui devient alors le problème principal.

Prenons un exemple concret, l'un des plus faciles à comprendre : c'est l'addiction. Un membre du couple souffre par exemple d'une dépendance à l'alcool, son conjoint s'en rend compte, essaie de le convaincre d'arrêter et, petit à petit, va se mettre à le contrôler. C'est une solution, mais plus le conjoint va contrôler, plus la personne alcoolique va s'appliquer à déjouer ses contrôles et on en arrive à une sorte de cercle vicieux. L'idée de Palo Alto, c'est donc de sortir du cercle vicieux de façon à créer un nouveau contexte où

d'autres choses soient possibles.

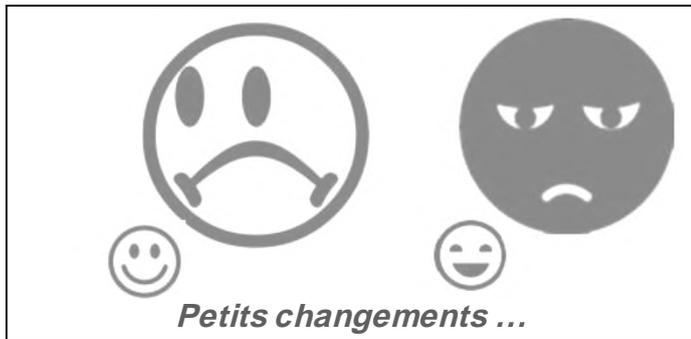
Et comment opère-t-on pour aider le patient à sortir du cercle vicieux ?

C'est là que l'approche thérapeutique du modèle de Milwaukee et du modèle de Bruges diverge de celle de Palo Alto : Palo Alto cherche à briser le cercle vicieux en faisant sortir le patient de son mode habituel de fonctionnement. Cette pratique, connue sous le terme de « prescriptions paradoxales » s'est avérée délicate à mettre en oeuvre, tant pour des raisons éthiques que pratiques. À Milwaukee en revanche, on est parti du principe suivant : quand des personnes ont des difficultés, elles essayent de les résoudre et leurs solutions sont, en partie, efficaces. En particulier, il faut prendre très au sérieux les raisons qui ont poussé la personne à entamer une thérapie. On choisit donc de s'appuyer sur les ressources mises en évidence par le patient dès le début de sa démarche thérapeutique, laquelle commence en fait dès qu'il décroche son téléphone pour la prise de rendez-vous. C'est ce que Milwaukee a appelé « l'orientation solutions » tandis que le modèle de Bruges a préféré l'expression « approche centrée sur les compétences »... Comme vous le voyez, nous sommes très proches !

on recherche les petits changements qui sont survenus récemment

Concrètement, ça se passe comment ?

On commence par interroger le patient sur le contexte de sa démarche et on recherche les petits changements qui sont survenus récemment, soit pour lui faire prendre sa décision, soit suite à sa prise de décision de faire une thérapie. Cela implique une prise rapide de rendez-vous : on ne peut pas attendre 3 mois. Ces petits changements, croyez moi, si on les cherche, on les trouve ! Nous allons nous appuyer sur ces petits changements pour découvrir ce qui est important pour le patient qu'on a en face de soi et inscrire la thérapie dans sa dynamique per-



sonnelle de changement. C'est tellement simple que cela peut sembler déconcertant au premier abord, et pourtant cette recherche élémentaire des petits changements clés exige une rigueur en proportion avec la simplicité de cette démarche.

Et comment faites-vous pour faire émerger ces « petits changements » dans le discours de vos patients ?

Dans notre modèle, nous utilisons une technique de conversation thérapeutique, qui recherche les solutions cachées dans les problèmes pour les faire émerger. Nous commençons par nous intéresser aux problèmes car c'est pour ça que le patient vient consulter mais, pendant que le patient nous fait le récit de ses malheurs, nous l'interrompons souvent pour demander des détails concrets. A cette occasion, il nous livre des exceptions. Les symptômes ne se produisent pas 24 h sur 24, 365 jours par an. Il existe des moments libres de tout symptôme, sans angoisse, sans hallucinations, etc.

C'est ce que nous appelons des exceptions. Ce sont des ébauches de solutions trop vite abandonnées, des essais hésitants d'exercice de contrôle que l'on va s'atteler à faire émerger et croire jusqu'à envahir l'espace de l'attention. L'idée, ce n'est pas tant de résoudre le problème que d'aider le patient à le dissoudre de l'intérieur. Par exemple, s'il remarque que lorsqu'il n'est pas angoissé, il est actif, on lui suggère de centrer son attention sur une activité concrète lorsqu'il sent venir une angoisse...

Comment vous y prenez vous pour transformer l'essai ?

C'est ce qu'on va voir maintenant. La première étape a consisté en une mission de reconnaissance visant à établir une relation thérapeutique respectueuse des attentes du patient, assortie d'une liste des solutions et ressources préexistantes. La deuxième étape va servir à définir les objectifs de la thérapie.

les objectifs utiles à la thérapie : ceux qu'il va pouvoir atteindre dans les jours qui suivent la consultation

En règle générale, les objectifs du client* sont multiples. Ces objectifs sont plus ou moins compatibles et réalistes : par exemple tel patient* souhaite ne plus présenter de symptômes sans pour autant perdre certains avantages que ceux-ci lui procurent. Dans ce cas, il faut le laisser choisir entre les différents objectifs thérapeutiques, et lui laisser le soin d'établir un ordre de priorité entre eux. L'un des objectifs de la thérapie, c'est de le réhabiliter dans l'exercice du contrôle de sa vie et cela implique de respecter son choix de choisir... ou de ne pas choisir !

Personnellement, je distingue deux sortes d'objectifs. D'abord il y a les objectifs à long terme : ils sont importants - même s'ils ne sont pas réalistes - car ils révèlent les valeurs du patient, ce



qui est capable de le motiver, ce dont il a envie. Ensuite, il y a les objectifs utiles à la thérapie : ceux qu'il va pouvoir atteindre dans les jours qui suivent la consultation. Ce sont des objectifs qui sont les siens, qui sont à sa mesure. Ils sont petits, ils sont réalistes et réalisables et enfin, ils sont mesurables... Car ce qui est important pour nous, c'est de savoir, la séance suivante, si on a atteint l'objectif ou pas !

on ne prétend pas accompagner les patients toute leur vie. On les met en route ...

C'est pour ça qu'ils doivent être exprimés en termes de comportement en présence de quelque chose. Par exemple, ne plus être déprimé ou ne plus être angoissé, ce n'est pas un objectif utile à la thérapie. Ce qui est important pour nous, ce n'est pas de savoir si une personne est moins angoissée, c'est de savoir comment elle va se comporter si elle est moins angoissée, c'est l'atteinte de cet état autre qui nous intéresse.

La définition des objectifs est vraiment un moment clé de la thérapie, le début d'un processus dont, clairement, on ne verra pas la fin : on ne prétend pas accompagner les patients toute leur vie. On les met en route et après, dès qu'ils sont assez stables, ils peuvent continuer tout seuls.

Une thérapie brève, ça prend combien de temps ?

Quand j'exerçais la responsabilité d'un CMP, je commençais à considérer qu'on a passé plutôt longtemps avec un client au bout de sept à huit séances, sachant que l'intervalle entre deux séances est très variable d'un patient à l'autre. Ceci ne vaut pas pour les patients présentant une problématique psychotique exigeant un suivi au long cours... Dans le cas d'un patient suivi régulièrement, je différencie les moments où il va bien des moments plus difficiles où j'utilise ponctuellement les thérapies brèves pour l'aider à les gérer, en évitant qu'une décompensation ne survienne dans ces moments délicats.

Pouvez vous nous en dire un peu plus sur la façon dont vous pratiquez le modèle de Bruges ?

Il y a deux points importants dont je ne vous ai pas encore parlé. Dans le modèle de Bruges, on insiste beaucoup également sur la notion de choix en psychothérapie, et ensuite la façon dont on construit la relation avec le patient.

La notion de choix en psychothérapie : bien souvent on oublie que, quand les patients viennent nous voir, en général, ils n'ont pas le choix... Ce n'est pas par plaisir qu'on vient en psychiatrie et, dans les années 80, Luc Isebaert avait observé l'importance, pour des patients alcooliques engagés dans un processus conduisant au sevrage, de choisir tout seuls eux-mêmes leur date de bascule dans l'abstinence complète.

A partir de là, nous avons essayé de réfléchir à ce qui se trouvait derrière cette notion de choix en psychothérapie et on a mis en évidence deux niveaux dans ce processus de choix :

(*) Le Dr Marie-Christine Cabié parle indifféremment de ses « patients » et de ses « clients », « aucune de ces terminologies ne la satisfaisant pleinement. » Nous avons choisi de respecter cette alternance.

niveau 1 : ce que l'on perçoit de la réalité et niveau 2 : ce que l'on renvoie dans la réalité. Quand on perçoit la réalité, la première chose que l'on fait, c'est de lui attribuer un sens et notre hypothèse, c'est justement que ce sens attribué par le patient génère l'impasse dans laquelle il se trouve. La thérapie consiste alors - selon notre modèle - à lui permettre de voir d'autres sens à cette réalité qu'il vit, puis choisir lui-même le sens qui lui convient le mieux, pour réagir à cette réalité selon un axe utile dans le cadre de sa thérapie.

On ne peut pas dire que l'on veut rendre au patient sa capacité de choisir ce qu'il veut faire de sa vie et ne pas lui ouvrir des choix dans le cadre de sa thérapie. Ceci m'a amenée en tant que psychiatre à toujours ménager des choix à mes clients, tant dans le contexte de leur thérapie - je leur demande par exemple s'ils souhaitent se faire accompagner de quelqu'un et on va choisir ensemble qui vient - que pour la fréquence des séances, et aussi pour les tâches que l'on donne souvent à réaliser d'une séance à l'autre. Pour ces tâches - ce que je conçois davantage comme des stimulants que comme devant être réalisées à la lettre - je donne toujours le choix entre plusieurs propositions.

Pour moi, cette notion de choix s'impose bien au-delà des psychothérapies : j'ai été amenée en tant que psychiatre à réfléchir sur la façon de proposer des soins dans les différentes structures dont on dispose. Sauf en cas d'hospitalisation sous contrainte, quand il n'y a pas de relation possible, j'offre toujours par principe un choix entre plusieurs traitements en prenant le temps d'expliquer leurs actions respectives aux patients. De toutes façons, si un patient n'est pas satisfait d'un médicament, il ne le prend pas... Et, concernant par exemple les patients psychotiques au long cours, j'estime que la relation thérapeutique est réussie quand on peut discuter du traitement, le patient étant capable de dire s'il souhaite voir augmenter ou diminuer le dosage de tel ou tel médicament. De même, si un patient est réticent pour prendre un traitement, je vais commencer par lui dire que je suis inquiète puis j'en parlerai à son entourage.

L'autre élément central du modèle de Bruges réside donc dans la façon de construire la relation. Dans le modèle médical classique, le client est en « position basse » par rapport au thérapeute. Dans notre modèle, le client vient nous demander de l'aide, on accepte de l'aider et, pour pouvoir l'aider, on va lui demander son aide en retour... Cette « circularité » rehausse sa position et lui permet de percevoir la thérapie comme une « coconstruction » dont il est acteur et non comme une prescription qu'il subit.

Vous parlez de « coconstruction », cela signifie-t-il que le thérapeute n'est pas « neutre » ?

Effectivement, dans les thérapies systémiques et les thérapies brèves, le thérapeute « n'est pas neutre » et va s'utiliser lui-même dans la mise en œuvre du processus thérapeutique. Il a d'ailleurs parfaitement le droit d'avoir des affects et de les partager. Par exemple, il m'arrive de dire à mes patients que je suis très touchée ou très impressionnée par ce qu'ils me disent... Mais cela dépend bien sûr beaucoup du thérapeute ! « Ne pas être neutre » ne veut pas dire ne pas respecter les valeurs du patient, ou sortir d'une distance professionnelle.

Nous n'avons pas encore évoqué l'efficacité des thérapies... Pourriez-vous nous faire part de votre expérience ?

L'efficacité en thérapie... Vous risquez d'être surpris : des recherches ont été menées tant par des psychanalystes que par

des « systémiciens ». Elles aboutissent toutes à l'idée que, pour qu'une thérapie marche, les éléments déterminants sont

**les éléments déterminants sont à 50%
les ressources des patients ! (...) Il reste
seulement 10-15% pour le modèle**

à 50% les ressources des « clients - patients » ! Ce sont donc en premier lieu les ressources de la personne et de son entourage qui créent les conditions de la réussite d'une thérapie. Les autres facteurs à prendre en compte se présentent ainsi : 25% pour la qualité de la relation avec le thérapeute (empathie, respect, souci de la personne et de ses valeurs et authenticité du thérapeute), 10-15% pour l'effet placebo (croyance du patient en l'efficacité de la thérapie et espoir placé dans sa démarche)... Il reste seulement 10-15% pour le modèle de thérapie ! Donc on ne va pas se battre sur les modèles.

**je suis fière de dire que dans ce pôle des
Hôpitaux St Maurice où j'exerce,
il y a de tout**

Ma position par rapport aux thérapies, c'est d'offrir un maximum de choix aux personnes sur les modèles de thérapies qu'ils souhaitent utiliser et je suis fière de dire que dans ce pôle des Hôpitaux St Maurice où j'exerce, il y a de tout. Je pense que selon les personnes et selon les thérapeutes, on accroche plus avec tel ou tel modèle.

Quelques mots sur les pratiques narratives et coopératives ?

Concernant les thérapies narratives, je vais vous parler d'une technique que j'utilise à titre personnel : l'externalisation. Elle est très intéressante par son principe qui consiste à amener la personne à se différencier de sa maladie. Par exemple, on peut décider de travailler sur l'externalisation de la schizophrénie. On va commencer par demander au patient une représentation de cette maladie, il va lui donner un nom, il va éventuellement la dessiner etc. Ensuite, on va lui demander comment cet invité indésirable lui pourrait la vie, par exemple ce que ça l'empêche de faire, et aussi quelles ressources il peut mettre en œuvre pour y remédier. C'est une technique très intéressante qui permet de tracer une première carte de la situation et, partant de là, de définir les objectifs de la thérapie. On peut la pratiquer en individuel ou en famille.

Enfin, une technique que j'utilise beaucoup en thérapie brève : c'est l'hypnose. Il y a plusieurs sortes d'hypnose, à titre personnel, j'utilise la technique coopérative développée par Milton Erikson* où l'on se sert des observations qu'on fait pour amener progressivement la personne à rentrer en transe, en particulier par une démarche dite « conversationnelle »... Mais toujours dans l'esprit « thérapie brève » consistant à travailler sur les compétences des patients pour leur redonner des choix et leur permettre de rediriger leur vie.

Propos recueillis par Luc Vave

Le pôle du 11^e arrondissement comporte deux CMP :

- CMP République, 39 av de la République
Tel : 01 4357 5264,
- CMP Louis Le Guillant, 25 rue Servan
Tel : 01 4379 8144

mail : 75G08@hopitaux-st-maurice.fr

(*) Milton Erikson est un psychiatre et psychologue américain qui a joué un rôle important dans le renouvellement de l'hypnose thérapeutique.

Thérapie systémique et familiale

Apaiser la relation dans la famille !

La thérapie systémique et familiale, jadis un brin inquiétante, se présente aujourd'hui comme une alliée parfaitement maîtrisée de la paix des familles. Elle est désormais très répandue et nous en avons recueilli 3 présentations enthousiastes. Commençons avec le Dr Béatrice Aubriot, Chef de Pôle au GPS Perray-Vaucluse qui pratique la thérapie systémique et familiale depuis 20 ans.

Pourriez-vous nous dire ce que recouvre cette notion de thérapie systémique et familiale ?

Les thérapies familiales systémiques, nées dans les années 50/60 aux Etats Unis, pas forcément à l'initiative des psychiatres, plutôt des anthropologues, des sociologues, des psychologues, sont parties de la théorie des systèmes : l'idée, c'est de se dire que la famille, c'est un groupe, et donc un système et il existe des relations qui unissent les individus de ce système.

Ce qui est central dans les thérapies familiales, c'est qu'on ne travaille pas sur le pourquoi mais plus sur le comment cela se passe entre les gens et donc sur la relation entre les gens. On ne va pas remettre en cause les uns ou les autres, on va travailler sur la relation, on vise à changer quelque chose dans la relation pour aider les familles. Je dis ça parce qu'il y a quelque chose qui traîne encore sur les thérapies familiales qui viseraient à rendre par exemple les parents coupables de quelque chose et qu'on va réparer à travers ça. Non, on n'accuse personne.

Donc ce qui est important, c'est de travailler sur la relation dans une famille en souffrance : la principale indication, c'est la souffrance familiale quelle qu'elle soit... Évidemment, quand on a un enfant malade, on peut imaginer que ça a des retentissements sur la famille, sur les relations, et que tout le monde en pâtit et que, du coup, ça aggrave la pathologie qui aggrave les relations. On s'inscrit alors dans un cercle vicieux et l'idée des thérapies systémiques et familiales, c'est de couper court à cette escalade et d'essayer de travailler la relation entre les gens pour apaiser les choses.

Ainsi, le propre des thérapies systémiques et familiales, c'est de centrer le travail sur la relation ?

Pas seulement, cette notion de « systémique familiale » implique plus que cela. Dès lors qu'un thérapeute entre en séance, il fait partie du système. D'où la présence d'un deuxième thérapeute derrière une glace sans tain. Il arrive qu'au cours de la séance, on aille voir les gens derrière la glace sans tain afin de faire le point. On s'extrait ainsi du système et on se retrouve à deux pour pouvoir échanger son point de vue d'acteur du système avec celui de l'observateur.

De plus, les séances sont filmées car, parfois, on a besoin de revoir ces séances à distance. On s'aperçoit alors qu'on a une vision différente de celle qu'on avait quand on était dedans. C'est vraiment un outil thérapeutique intéressant. Bien évidemment, on explique tout ça, on demande leur accord aux participants et généralement ça ne pose pas de problème. D'ailleurs les gens oublient très vite qu'ils sont observés et filmés. Bien sûr, il nous arrive que la famille ou les patients eux-mêmes

réagissent au fait qu'ils sont filmés, auquel cas on s'en explique et je n'ai pas le souvenir de problème durable.

Comment se passe la prescription ? vous arrive-t-il de voir des familles entières confrontées à la psychose d'un des enfants ?

Comment ça se passe en général ? Soit on voit le patient en CMP et il n'arrête pas de parler de ses difficultés avec ses parents ou avec son frère, ou avec sa sœur, et on se dit que ça peut être intéressant de réunir la famille et de l'adresser en thérapie familiale pour arranger ça... Mais il se peut aussi que l'on reçoive des appels spontanés, cela se produit même de plus en plus. Je suis même agréablement surprise de voir qu'après seulement un an d'existence, nous avons déjà une fille active de 20 familles en thérapie.

Les psychoses d'un membre de la fratrie constituent par elles-mêmes une excellente indication : la survenue d'une schizophrénie ou d'une bipolarité n'a pas son pareil pour chambouler les familles, avec des retentissements évidents sur ses membres. Il s'ensuit souvent une spirale destructrice mettant parents et enfants à très rude épreuve

mais, après 20 ans de thérapie familiale, je constate que ce n'est pas ces familles qui viennent le plus facilement et les thérapeutes n'y pensent pas spontanément alors que la psychose devrait être la source d'indication privilégiée. Cela m'a toujours étonnée.

la survenue d'une schizophrénie ou d'une bipolarité n'a pas son pareil pour chambouler les familles

C'est d'autant plus dommage que l'hospitalisation en psychiatrie est pour nous une occasion privilégiée de rencontrer les familles des patients. Nous recevons systématiquement les familles, malheureusement nous ne disposons pas encore ici d'un local adapté pour accueillir les familles dans le cadre d'une thérapie familiale. L'idéal, c'est d'initier la thérapie familiale au moment où les familles ressentent le plus un besoin d'aide et c'est particulièrement le cas lors d'une décompensation.

Existe-t-il une limite d'âge, avez-vous souvent des parents âgés ?

Non, on voit clairement qu'il n'y a pas de contre-indication d'âge pour effectuer une thérapie familiale : tout dépend de la proximité des gens. Cela dit, les résultats pratiques peuvent être limités quand les parents sont trop âgés : plus on vieillit, plus on se rigidifie... ce n'est très clairement pas la majorité.

Et comment déterminez-vous les participants ?



Dr Béatrice Aubriot

On essaye de réunir au minimum toute la famille qui fait partie du quotidien du patient. Nous, au départ, on réunit qui on peut et ensuite on tente d'élargir au maximum sur les parents et la fratrie. En thérapie familiale chacun pratique à sa manière : certains sont très rigoureux et tiennent absolument à avoir toute la fratrie. Ce n'est pas notre cas bien que nous nous appuyions beaucoup sur la fratrie qui s'avère souvent très aidante. De même, nous n'hésitons pas à faire venir les grands-parents si nous sentons qu'ils jouent un rôle important dans le fonctionnement de la famille.

Venons-en au contenu : on y parle de quoi ?

On parle de la relation. On parle des difficultés, on essaye d'abord de comprendre le fonctionnement de la famille, pourquoi ils ont voulu venir ou pourquoi ils nous ont été adressés, et donc à partir de ça, on essaye de comprendre comment cela fonctionne dans la famille et en quoi ce fonctionnement est en lien avec les difficultés qu'ils énoncent.

Cela dit, notre démarche thérapeutique n'est pas représentative de l'ensemble des thérapies familiales et il existe d'autres écoles : certains, par exemple, travaillent sur le « génogramme ». Le génogramme, ce n'est pas un arbre généalogique, c'est ce dont on a hérité en termes de dettes, de loyauté, que sais-je... tous ces « héritages » qui se transmettent de façon informelle et influencent le fonctionnement de la relation dans la famille.

Il existe aussi des formations de thérapies familiales analytiques où on travaille beaucoup plus sur l'inconscient familial, sur les rêves, sur quelque chose de beaucoup plus analytique. On s'entend bien avec eux... ils se méfient du côté prescriptif de certains thérapeutes systémiques mais cela nous concerne peu, il nous arrive de devoir prescrire en cas de violence installée mais nous privilégions une vision plus intégrative.

Auriez-vous un exemple à nous faire partager ?

Je pense à l'un de mes patients, atteint de schizophrénie, il est âgé d'une trentaine d'années, que l'on reçoit avec ses deux parents et un de ses frères. Ce patient, après des prises en charges multiples en hospitalisations de longue durée, est revenu vivre chez ses parents, lesquels sont très inquiets car il est dans le déni de sa maladie. Il ne se considère pas comme malade et veut un logement autonome.

Ça se passe très mal, il est parfois violent et, bien sûr, plus il se montre violent, plus les parents disent qu'il est incapable de vivre seul et plus ils contribuent à leur tour à renforcer cette violence. Evidemment, ils sont dedans, ils n'ont plus de notion de cela et quand il y a quelqu'un qui voit ça de l'extérieur et qui le pointe, déjà ça calme un peu les choses, ça apaise et ça permet de les aborder différemment. Là, chacun a ses techniques pour faire reconsidérer les choses sous un autre angle. Par exemple on dit : « Effectivement madame, il est violent, mais peut-être pourriez-vous lui faire confiance pour ça ? » L'idée consiste à réinstaller un peu de confiance pour quelque chose, réintroduire une petite part d'autonomie, que sais-je ? Et puis, de fil en aiguille, on « reticote » la relation dans l'autre sens...

Aujourd'hui, ce patient vit seul, et continue la thérapie familiale, il n'y a plus de problème de violence, ses parents lui ont pris un studio pas trop éloigné de chez eux. Au début il passait au domicile familial tous les 1 ou 2 jours. Maintenant, c'est une fois par semaine et les relations sont assez apaisées. On a reticoté de la confiance dans l'autre sens.

C'est à ça que sert la thérapie familiale, On ne peut pas travail-



ler soi-même sur la relation avec quelqu'un, ou plutôt on peut... mais on est pris dedans et, si cette relation est dégradée, il vous faut l'apport d'un tiers pour arriver à vous sortir du cercle vicieux des spirales installées.

Avez-vous des recettes pour rompre ainsi avec le passé ?

Non, chaque cas est différent et c'est une question d'attitude de la part du thérapeute. Ce qu'il faut bien voir, c'est qu'il est à la fois spectateur et dedans. C'est là que réside la subtilité de son travail : on ne peut pas juste être à l'extérieur et dire : « il faut faire comme ci ou comme ça ». Il y a tout un travail d'affiliation à la famille pour se faire accepter de tous ses membres. Cela ne l'empêche pas de parler vrai, par exemple on n'hésite pas à dire : « quand il est violent, plutôt que de vous inquiéter, appelez la police ! »

On crée ainsi un nouvel espace au sein de la famille, un nouveau système où le thérapeute puise sa légitimité dans la vision novatrice qu'il apporte.

Cette vision, il l'acquiert du fait qu'il passe son temps à entrer et à sortir du système. C'est toute une gymnastique qu'il nous faut pratiquer en permanence afin de préserver à la fois la neutralité et le lien avec tous les membres de la famille. On veille à ce que chacun reste actif et impliqué et c'est ainsi, avec la contribution de chacun, qu'on arrive à faire changer les choses.

Au début de l'entretien, vous avez évoqué cette « idée qui traîne » au sujet de la culpabilité des parents, de ces causes premières de l'apparition des troubles. Il nous est arrivé d'entendre des couples émettre des craintes à ce sujet. Que leur répondre ?

Simplement que cette vieille image est diamétralement opposée et à la méthode et au but recherché. On se contrefiche de savoir pourquoi ou comment on en est arrivé là ! Tout ce qui nous intéresse, c'est de savoir comment en sortir et là, place à la créativité, à ces petits riens destinés à réinjecter de la vie, de

place à la créativité, à ces petits riens destinés à réinjecter de la vie, de la fraîcheur, des expériences nouvelles qui fassent prendre conscience des possibles

la fraîcheur, des expériences nouvelles qui fassent prendre conscience des possibles...

Cela dit, cette peur que vous évoquez est bien compréhensible et parfaitement légitime. C'est vrai qu'on s'expose en thérapie familiale malgré tout. Quand il existe des mésententes ou des dysfonctionnements dans le couple de parents, par exemple sur la façon d'élever leurs enfants, ça apparaît au grand jour en séance, les enfants ne se privent pas de le dénoncer et on en discute clairement. Donc il peut y avoir des moments pas forcément faciles pour le couple de parents...

Mais souvent, comme ce couple vit déjà avec ça, il sait très bien que ce n'est pas nouveau et ça peut être pour lui l'occasion de le travailler. Il nous arrive alors de faire une ou plusieurs séances juste avec les parents afin de préserver l'intimité du couple. Il nous arrive aussi parfois de ne déboucher que sur une thérapie de couple, mais je ne pense pas que ça puisse être le cas avec les adhérents de l'UNAFAM : la pathologie - schizophrénique ou bipolaire - est tellement bruyante qu'il y a toujours besoin de réunir toute la famille et de travailler sur la maladie de l'enfant et la manière d'être. Attention, on n'est pas dans l'éducation thérapeutique, l'idée n'est pas de donner des conseils : si les parents sont demandeurs, on sait où les adresser mais ce n'est pas nous.

Peut-être vous arrive-t-il aussi de constater une amélioration de la relation dans le couple liée à la thérapie familiale, à son effet sur le comportement du patient ?

Evidemment, comme vous le dites, la pathologie d'un des membres de la famille, ça peut exacerber les difficultés de relation entre les deux parents : ils peuvent être en désaccord sur la manière de faire, ils peuvent être en désaccord sur d'autres choses et le fait qu'il y ait des tensions énormes à la maison donne d'autant plus d'ampleur à ces désaccords. Du fait que l'on arrive à apaiser les symptômes du patient, ces tensions s'apaisent et tout le monde est gagnant. De même, l'amélioration des relations à l'intérieur du couple de parents aura souvent un effet bénéfique sur la santé du patient.

Parlons « réussite » : quand et comment estimez vous que la thérapie familiale a atteint son but ?

On fixe toujours des objectifs avec la famille. Souvent, l'objectif peut se résumer à apaiser la tension familiale. On ne va pas dire qu'on a 100% de réussite mais la plupart du temps ça fait du bien et les résultats sont palpables. On ne prétend pas guérir la schizophrénie, mais quand on voit que la tension familiale est apaisée, qu'on estime avoir fait le tour du travail, soit c'est l'équipe, soit c'est la famille elle-même qui propose l'arrêt de la thérapie. En ce qui me concerne, je n'ai qu'une expérience de thérapie familiale en CMP, donc je sais que j'entendrai toujours parler du patient : la relation n'est pas rompue, ils savent qu'ils peuvent revenir.

On n'est pas loin de la fin de cet entretien et si la démarche paraît très claire d'un point de vue pratique, je vous avoue manquer de repères sur la théorie sous jacente !

Ce n'est pas étonnant, en fait c'est très compliqué à bien appréhender. Ce qui est compliqué, c'est que notre pensée humaine, elle est linéaire, c'est-à-dire que l'on fonctionne avec une cause et un effet. C'est tellement humain que, sans cette linéarité de la pensée, on ne serait pas capables d'avancer...

***notre pensée humaine, elle est linéaire
(...) alors que la pensée systémique,
elle est circulaire***

Alors que la pensée systémique, elle est circulaire : on est dans l'obligation de penser en circulaire, ce qui rend l'explication de texte bien plus difficile !

Quant il y a une action entre deux personnes, de A vers B, il est impossible qu'il n'y ait pas quelque chose dans l'autre sens, de B vers A : c'est ça la relation. Pour l'expliquer, cette relation, pour mettre des mots dessus, on est obligé de « couper le circuit » et de dire : « d'abord vous avez fait ça et ensuite, en réponse, il a fait ça »... Sauf qu'en réalité, c'est bien

d'abord on ne sait jamais vraiment qui a commencé... Ensuite : même si on le savait, ça n'aurait pas d'importance

plus complexe : d'abord on ne sait jamais vraiment qui a commencé... Ensuite : même si on le savait, ça n'aurait pas d'importance et on ferait comme si on ne savait pas !

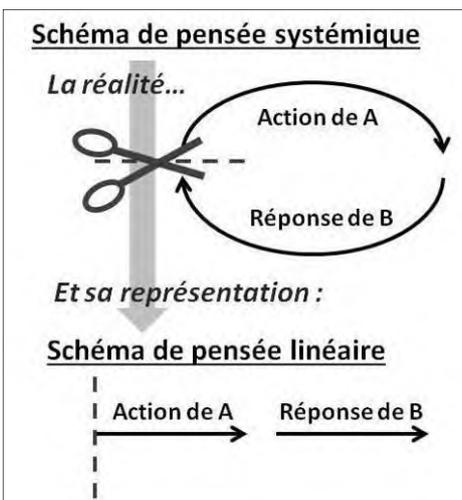
Bref, on bute sur les limites du langage qui ne permet pas de représenter quelque chose de circulaire : pour l'expliquer, on est obligé de couper la phrase, on est obligé de « ponctuer ».

Mais encore une fois, tout passe par l'expérimentation : tant qu'on n'a pas expérimenté une situation, tant qu'elle ne s'est pas imprimée psychiquement dans l'intimité de la relation vécue, il est vain d'attendre un changement de comportement, et cela pour la simple raison que la possibilité de voir les choses sous un autre angle ne se présente pas encore spontanément à votre cerveau !

C'est par exemple sur ça que repose une autre thérapie, très en vogue actuellement : l'hypnose... C'est de mon point de vue une très bonne thérapie. L'hypnose, c'est quoi ? Ça consiste à faire expé-

ri-
menter grâce à la suggestion autre chose qui permette qu'après, dans la vie réelle, on le revive différemment. Au fond, je pense que ceci vaut pour toutes les thérapies : il faut expé-
ri-
menter, c'est-à-dire ressentir pour soi ce qui est en train de se passer pour le rendre opérant et ensuite être capable de s'appuyer dessus et aspirer d'autant plus à le revivre qu'on en a goûté les bénéfices.

C'est ce qui se passe dans les thérapies familiales : la famille expérimente avec nous que la relation peut être un peu différente, plus apaisée que ce dont ils avaient l'habitude et, d'une séance à l'autre, ils ont tout le loisir de s'appuyer là-dessus pour le mettre en pratique entre eux. C'est quelque chose de



Le pôle que dirige le Dr Béatrice Aubriot pratique la thérapie systémique et familiale au CMP Henri Rochefort dans le 17^e arrondissement. La priorité est donnée aux familles des patients du Centre Perray-Vaucluse (7^e, 8^e et 17^e arrondissements) mais, forte de ses 8 praticiens, l'équipe sait se montrer disponible pour accueillir d'autres patients de la CHT qui leur en font la demande. Le délai d'attente est actuellement de l'ordre de 1 mois et, probablement du fait des progrès de l'éducation thérapeutique, la demande s'accroît régulièrement.

Contact : secretariat-rochefort@gpspv.fr

Tél : 01 4766 0450

Adresse : 31-33 rue Henri Rochefort, 75017 Paris

Pratique de la thérapie systémique familiale

Interview du Docteur Sonia Bouley, Chef de Pôle à l'Hôpital Maison Blanche

Nous sommes très conscients du traumatisme que représente la décompensation d'un proche pour le reste de la famille et la thérapie familiale constitue pour nous une aide majeure à la prise en charge du patient. Elle permet de diminuer la tension intra-familiale et contribue à dédramatiser cette épreuve pour le patient et son entourage. Nous la pratiquons beaucoup dans le service.

Nous recevons systématiquement les familles des patients hospitalisés, c'est un principe de base. On propose toujours au patient de participer à l'entretien, il arrive qu'il s'oppose à cette démarche mais, alors, on lui propose à nouveau lorsque sa famille est là et il est bien rare qu'il refuse !

Cette première visite, c'est l'occasion pour nous de commencer à proposer la thérapie à la famille et non plus au patient seul. Cette proposition a le mérite d'inclure l'entourage du patient dans la démarche de soin en présentant la nécessité de s'intéresser aux interactions de la famille.

Nous avons une bonne capacité d'accueil et l'attente n'excède généralement pas un mois

Nous ne prétendons pas réunir tout le monde au premier rendez-vous. Nous avons une bonne capacité d'accueil et l'attente n'excède généralement pas un mois. Nous pratiquons la thérapie systémique familiale à raison d'une séance par mois pendant un à 2 ans, mais nous avons des familles qui viennent bien plus longtemps.

Bien sûr, il arrive qu'il y ait des rendez-vous manqués, ou que la démarche s'arrête prématurément, mais cela nous permet au moins de bien nous assurer avec la famille que nous poursuivons les mêmes buts : par exemple il serait absurde de préparer notre patient à quitter le foyer familial si la famille ne travaille pas également dans ce sens.

Il est très important que l'entourage puisse dire ce qu'il ressent, la présence d'un tiers permet de faire circuler la parole,



Dr Sonia Bouley

elle aide à faire comprendre que les parents, la fratrie aussi peuvent éprouver une grande souffrance. C'est le fonctionnement global de la famille qui est touché et nous tâchons de faire en sorte que le bouleversement induit par la crise psychique du patient puisse être abordé par l'ensemble des membres de la famille sans en bloquer le fonctionnement.

Nous devons faire face à beaucoup de parents séparés mais il est très important que le couple parental soit présent dans la prise en charge du patient.

Cela permet d'explorer l'histoire de la famille, son origine, ses traumatismes, son originalité, mais aussi sa vigueur.

Nous travaillons non seulement avec les parents, mais aussi souvent avec les grands-parents qui peuvent constituer des points d'appui déterminants pour soulager la famille.

L'enjeu, c'est de mettre en accord les dires des uns et des autres, pas seulement sur le plan factuel, mais surtout avec le vécu émotionnel

L'enjeu, c'est de mettre en accord les dires des uns et des autres, pas seulement sur le plan factuel, mais surtout avec le vécu émotionnel : faire en sorte que ce vécu soit partagé, permettre à chacun d'expérimenter par exemple la tristesse de celui qui est en face... C'est déjà un grand pas de franchi quand on arrive à ce résultat car cela permet de désamorcer des cercles vicieux nourris de ressentiments inexprimés.

Propos recueillis par Luc Vave

CMP Sampaix - 7° secteur - ouvert du lundi au jeudi
9h00 à 20h00 et de 9h00 à 17h00 le vendredi
Adresse : 21-23, rue Lucien Sampaix-75010 Paris
Contact : sonia.bouley@ch-maison-blanche.fr
Tél. : 01 5641 8080

Une thérapie systémique et familiale ouverte à tous et à tout

par le Docteur Frédérique Jost-Dalifard, Médecin du Centre Médicis (unité de thérapie familiale), pôle 6-5^{ème} arrondissements de Paris, CH Sainte-Anne.

Chaque événement de la vie familiale, que ce soit une maladie avérée (par exemple une psychose, une dépression, etc.) ou plus simplement une naissance, le départ d'un des enfants ou un départ à la retraite, nécessite de la part de la cellule familiale un changement dans son mode de fonctionnement. Ce changement peut ne pas s'opérer avec fluidité : les relations se conflictualisent, et la vie familiale peut

se retrouver plongée et « coincée » dans la souffrance, malgré les efforts de chacun pour maintenir une cohésion et des liens aux autres satisfaisants, voire agréables.

La thérapie systémique et familiale peut s'avérer décisive pour relancer une dynamique de changement et de réaménagement collectif. L'approche systémique des troubles psychiques a beaucoup évolué depuis les années 50. Le

travail avec les familles s'appuie aujourd'hui sur les compétences de chacun des membres de la famille. Il s'agit, non pas d'une thérapie de la famille, mais d'une thérapie avec la famille. On va davantage se concentrer sur le vécu actuel que sur l'enchaînement linéaire des faits.

Nous savons que c'est au sein de la famille que résident les capacités pour venir à bout des problèmes. Nous parlons de « co-construction » : Tous les intervenants (membres de la famille, thérapeutes) deviennent des maîtres-d'œuvre collaborant à une construction collective permettant et respectant les constructions individuelles.



Dr F. Jost-Dalifard

Nous savons que c'est au sein de la famille que résident les clés pour venir à bout du problème

Le (ou les) symptôme (s) d'un membre de la famille est envisagé comme inséré dans une complexité relationnelle présente et passée. Nous évitons les logiques simplistes et réductrices de causalité linéaire entre un fait et un autre. La recherche, l'expression et le partage des vécus individuels, « triangulés » et collectifs permettent l'enrichissement des visions du passé, du présent et de l'avenir. En séance, chaque membre de la famille, en entendant le vécu des autres membres, enrichit sa propre gamme d'échanges avec les autres et tous apprennent ainsi, avec nous, à vivre différemment. Le travail sur les processus relationnels se poursuit bien sûr en dehors des séances. Tous peuvent alors continuer, de par ces modifications émotionnelles et ces changements de représentation idéiques, à vivre plus sereinement et librement. Le fonctionnement familial change, sans brutalité, relativement naturellement, avec une appropriation durable pour chacun.

Le fonctionnement familial change, sans brutalité, relativement naturellement

La thérapie systémique et familiale doit être considérée comme complémentaire des thérapies individuelles. Nous sommes bien conscients de n'être qu'un maillon dans la chaîne de soins. Notre approche, « biopsychosociale », se veut intégrative. Elle se concentre notamment sur les réalités vécues de chacun des intervenants, au sein d'appartenances groupales (couple, famille, cadres professionnels, sociaux, institutionnels, de soin, etc.). Aider chacun à mieux vivre constitue déjà un contexte qui entraîne moins de souffrance individuelle et collective, et favorise une bonne évolution de la personne porteuse des symptômes les plus spectaculaires.

Il peut nous arriver de recevoir la famille sans le patient « désigné ». Nous avons reçu un père, une mère et le frère d'une patiente psychotique qui vivait seule, ne sortant plus et ayant rompu toute relation avec ses proches et s'en tirait relativement bien sans suivi ni traitement psychiatrique. L'absence totale de contact avec leur fille était une souffrance pour la famille, ce qui a déclenché la demande de thérapie familiale. Une singularité extraordinaire est apparue : toutes

les filles d'une même lignée s'étaient trouvées orphelines de mère peu après leur naissance, et cela sur 4 générations successives ! Nous pouvions imaginer le fonctionnement familial et ses sous-jacents antérieurs (maintenir vivante la mère pour conjurer la fatalité, découvrir la relation mère-fille, crainte d'enfanter une fille, fatalité de l'absence de liens, etc.). Cette thérapie qui a duré 3 ans a permis de réfléchir ensemble sur ces hypothèses psychologiques (vie, mort, absence, liens... pour simplifier abusivement). La patiente elle-même ne s'est jamais manifestée dans le cadre de la thérapie. Son frère l'a néanmoins tenue régulièrement informée par des courriers

auxquels elle n'a jamais répondu...

Une autre fois, nous avons pris en thérapie familiale une fratrie de jeunes adultes avec leur mère, plus de 20 ans après que leur frère se soit suicidé. L'élaboration psychique et un dégagement plus serein et apaisé du drame familial et d'autres problématiques familiales ont pu se mettre en place, et la fratrie, bien qu'amputée d'un des ses membres, créer un réel mode relationnel.

Ces quelques exemples montrent que, même dans des conditions très particulières, l'approche systémique familiale (dans le travail sur les perceptions, les émotions, les comportements, les mentalisations, les symbolisations) peut être opérante, pour chacun des membres de la famille, et notamment les générations futures.

nous sommes très attentifs à bien communiquer entre nous sur le plan professionnel

L'équipe est multidisciplinaire (médecins, infirmières, assistante sociale) formée à l'abord des troubles mentaux, à la psychothérapie psychodynamique et à l'approche systémique familiale. Très conscients des difficultés des échanges relationnels, nous sommes très attentifs à bien communiquer entre nous sur le plan professionnel. C'est en grande partie à cela que tient cette grande confiance et ce plaisir communicatif que nous avons à travailler ensemble. Cet engagement intersubjectif est un allié qui contribue à mettre la famille en confiance, à recréer une adaptation à autrui choisie et générant moins de souffrance.

Propos recueillis par Luc Vave

Cette consultation n'est pas sectorisée et reçoit les familles en rendez-vous sur simple appel téléphonique au secrétariat. Les séances sont espacées de 1 à 2 mois, elles sont animées par 2 co-thérapeutes au minimum et filmées après autorisation de la famille.

Contact : Lydie Cabecinha

Adresse : Bâtiment Levy Valensi, 1 rue Cabanis
75014 Paris

Tel : 01 8565 8270

Mail : l.cabecinha@ch-sainte-anne.fr

Psychanalyse

Réinvestir les mots... « la » planche de salut !

La psychanalyse demeure l'outil incontournable pour la représentation des troubles psychiques. Le Dr Vassilis Kapsambelis, Directeur du Centre de psychanalyse et de psychothérapie Evelyne et Jean Kestemberg de l'ASM 13, est psychiatre et psychanalyste. Il nous présente ici avec une particulière acuité le fonctionnement des patients psychotiques et ce que peut leur apporter la psychanalyse.

Peut-être devrions nous commencer par un bref rappel de ce qu'est la psychanalyse ?

La psychanalyse a été définie initialement par Freud comme la somme de trois composantes : une méthode de soins de certains troubles (les névroses), une méthode d'exploration du psychisme - il y en a d'autres - et une théorie du psychisme humain. Même à un siècle de distance, je ne vois pas de meilleure définition !

Ces soins sont-ils destinés à guérir ou à soulager ?

On est en psychiatrie, la psychiatrie est une branche de la médecine, le but de la médecine est de guérir et la psychiatrie, à défaut de guérir, elle soigne et, ce faisant, les gens vivent mieux si ça marche : moins de symptômes, moins de handicaps... et moins de souffrance ! Donc pour moi, il n'y a pas lieu de vouloir distinguer le progrès vers la guérison de l'atténuation de la souffrance.

Il n'y a pas lieu de vouloir distinguer le progrès vers la guérison de l'atténuation de la souffrance.

Vous avez parlé de névroses, est-ce par opposition aux psychoses ?

Les psychoses ne font clairement pas partie de la première partie de la définition, elles peuvent faire partie de la seconde mais on n'utilise pas les patients comme des cobayes ! Donc on tombe sur la troisième : une théorie générale du psychisme humain. Cela veut dire que la psychanalyse peut servir aux psychoses de deux façons totalement différentes :

- Soit dans l'usage par les personnels soignants de sa théorie générale du psychisme pour la réalisation des soins : cela concerne la totalité des patients psychotiques. Ce ne sera pas de la psychanalyse mais, d'après moi, cela peut déjà apporter beaucoup ;
- Soit en tant que véritable thérapie psychanalytique, profitant des progrès réalisés postérieurement à l'époque de Freud... Mais ceci concerne une minorité de patients psychotiques : en gros les moins atteints.

Et comment les caractériseriez vous ?

D'abord il faut une certaine curiosité pour son fonctionnement mental, ensuite cela exige une certaine discipline : une psychanalyse suppose de se plier à un rythme de rendez-vous, ce qui peut s'avérer hors de portée... Enfin, il existe une forme de destructivité propre à la psychose, qui peut s'avérer antinomique du travail d'élaboration psychanalytique.

Et cette minorité de patients psychotiques, cela peut représenter quel pourcentage ?

A l'ASM 13, nous avons une très longue expérience du traitement psychanalytique des psychoses et cela va me



Dr V. Kapsambelis

permettre de vous répondre : nous suivons de façon régulière environ 1500 patients psychotiques au CMP et nous avons environ 150 de ces patients qui suivent un traitement psychanalytique. Cela fait donc un résultat de l'ordre de 10%, chiffre qu'il faut éventuellement augmenter du pourcentage de patients qui s'adressent à des confrères du privé.

Vous avez parlé de progrès : quelle méthode employez-vous avec cette minorité de patients ?

Avec les patients psychotiques, il faut oublier la méthode développée par Freud pour les névroses. Les américains l'ont essayée de façon intensive mais, même en face à face, ils n'ont

pas eu de bons résultats et il y a eu un terrible retour de bâton...

Chez nous, en France, on a essayé de trouver des pratiques autres pour ces patients là, alors on pratique beaucoup le face à face une fois par semaine. C'est intégré dans un suivi plus global, en association avec le travail institutionnel et le traitement médicamenteux. C'est la technique que nous utilisons le plus fréquemment, mais nous avons aussi développé une pratique du psychodrame.

Commençons par ces séances en face à face, auriez vous un exemple ?

Prenons par exemple le cas d'un patient schizophrène qui se plaint que tout le monde le regarde dans la rue... Eh bien je pars du principe que le patient psychotique est un être humain, donc il est capable de se rendre compte que le regard dans la rue, c'est le lien à l'autre. Freud distinguait deux grandes pulsions antagonistes : la conservation de l'individu - c'est la pulsion du moi, le narcissisme - et la conservation des espèces - c'est la sexualité... Alors, avec mon patient schizophrène, je vais me garder de toute symbolique sexuelle et je vais simplement lui parler du lien à l'autre. Ensuite, partant de là, je vais l'amener à élaborer sur ce qui se passe autour de lui, à se forger sa propre représentation de son lien à l'autre, avec pour finalité de déboucher sur une nouvelle question : pourquoi son désir d'être en lien avec l'autre prend chez lui une dimension si envahissante, et donc si persécutive ?

le patient psychotique reçoit en quelque sorte la réalité en pleine figure

Et là, on peut vraiment dire qu'on fait de la psychanalyse ?

Tout à fait car, chez l'être humain, la toute première prise de distance par rapport au vécu... c'est la parole ! Dans la constitution même de l'être humain, il y a un système qui consiste à remplacer les choses par les représentations des choses et par les mots. Ainsi s'opère une première prise de distance avec la réalité... Tandis que le patient psychotique reçoit en quelque sorte la réalité en pleine figure et la thérapie

verbale, n'est rien d'autre qu'un constant encouragement pour transformer les perceptions, les images et les sensations en mots : il n'y a pas de moyen de se sortir de sa psychose si les choses ne deviennent pas des mots.

La psychose est une sorte de prise directe avec le réel, sans que vous disposiez d'un système de représentation verbale de votre vécu pour y faire face... C'est comme ça qu'on explique ces « passages à l'acte » consistant par exemple à dépenser tout votre argent du mois en deux jours ! Vous ne pouvez pas y résister parce qu'il vous manque la simple représentation verbale de cette notion si répandue qu'on appelle « la fin de mois. »

cette grave difficulté qu'éprouve le patient psychotique à investir les mots de leur pouvoir de représentation

Ce serait donc plus grave qu'une absence de réflexion?

Oui, selon la théorie psychanalytique des psychoses, le problème ne réside pas tant dans l'absence de réflexion que dans cette grave difficulté qu'éprouve le patient psychotique à investir les mots de leur pouvoir de représentation. Ici, notre approche psychanalytique n'est pas si éloignée de l'approche cognitive quand elle parle de « déficit »... à la nuance près que nous estimons plus juste de parler d'attaque auto-destructrice des capacités de représentation du psychisme.

Et la démarche thérapeutique va consister en quoi ?

Le travail va consister à restaurer cet appareil, le rétablir, le valoriser : le fait qu'on puisse penser les choses est plus important pour un patient psychotique que les choses elles-mêmes... Mais nous n'utilisons pas que le face à face, nous utilisons aussi beaucoup le psychodrame pour nos patients psychotiques, particulièrement pour ceux qui ont tendance à se mettre en « retrait » : ils ne parlent pas, ne s'expriment pas, ils ne se permettent pas des manifestations spontanées, ils en viennent même à réprimer leurs pulsions... Le psychodrame va consister à réintroduire ces patients, qui souvent ne sortent même plus de chez eux, dans une dynamique de « jeux de rôles » à laquelle participera une équipe de 6 ou 7 soignants. Ca se passe en individuel, avec un meneur de jeu, le patient arrive, on lui demande d'imaginer une scène et on lui demande de proposer des rôles. Il se lève et il joue la scène avec les autres participants... Et le fait de se lever en étant physiquement dans son rôle, de devoir répondre aux questions, cela l'aide à « recoller » ensemble les mots et les choses.

Pardonnez-moi cette question : Comment faites vous économiquement ?

A part le meneur de jeu, ça ne nous coûte rien ! Nous bénéficions d'un réseau d'analystes bénévoles qui participent aux psychodrames à titre gracieux, à la fois pour rendre service et parce que cela leur permet de sortir de leur cabinet. Le métier d'analyste présente des aspects un peu lourds quand vous ne faites que ça et ils y trouvent leur compte.

Nous avons vu le psychodrame, le face à face, avez-vous développé d'autres thérapies pour ces patients là ?

On a également développé ici une psychothérapie de relaxation, davantage centrée sur le corps. Quand on dit d'un patient : « il n'a pas conscience de son corps », cela veut dire qu'il n'a pas de représentation mentale de son corps. C'est en partant de cette idée là qu'une équipe de psychanalystes a développé une technique de relaxation qu'ils utilisent avec

succès pour des patients ayant une idée très peu intégrée de leur corps... Mais ce sont moins souvent des psychotiques que des « états limites graves ».

Jusqu'ici, vous nous avez parlé des 10% de patients pouvant bénéficier d'une thérapie analytique. Et les autres ?

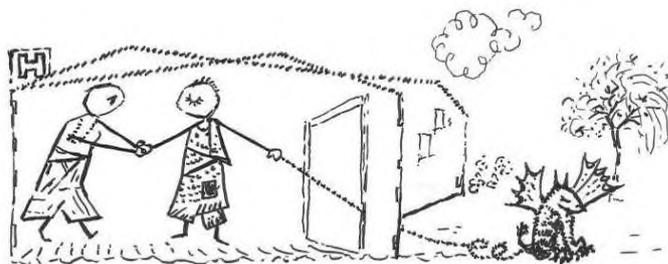
C'est justement en pensant aux autres que ses fondateurs ont créé l'ASM 13 ! L'idée initiale consistait en effet à faire de la psychiatrie de secteur, celle qui convient aux patients qu'on voit régulièrement sans pour autant leur faire entamer une psychanalyse... Bref, ils voulaient créer une psychiatrie dynamique et accessible, sans renoncer à la compétence d'une équipe d'orientation psychanalytique.

le psychiatre d'orientation psychanalytique bénéficie de précieux outils d'analyse et de diagnostic

Comme nous l'avons vu, le troisième volet de la psychanalyse, sa version « théorie du psychisme humain » intéresse tous les patients dans la mesure où elle nous donne les moyens d'entrer en relation avec les patients et d'investiguer pour comprendre ce qui leur arrive. Je suis convaincu que le psychiatre d'orientation psychanalytique bénéficie de précieux outils d'analyse et de diagnostic lui permettant de mieux faire son travail. On écoute différemment son patient et on prescrit de façon plus précise. Je parle ici de la pratique de base que nous avons avec notre patient quand il vient nous voir une fois par mois, en tant que psychiatres consultants.

Je voudrais maintenant aborder une question délicate : que pouvez-vous nous dire en matière de résultats ?

A mon avis, l'évaluation comparée des résultats en matière de psychoses est une affaire bien présomptueuse. J'ai maintenant 35 ans d'exercice et ce qui me paraît déterminant, c'est le « génie de la maladie », bien plus que les thérapies ! Il m'est arrivé de voir des jeunes psychotiques commencer sous les meilleurs auspices - ils prenaient bien leurs traitements, la famille était attentive - entamer une thérapie et... Ils ne s'en sont jamais sortis ! J'en ai aussi vu d'autres : c'était très compliqué, la famille était très pathogène... et à 40 ans, ils sont mariés et ont des enfants. On retrouve la même observation chez les cancérologues : pourquoi, sur 100 femmes soignées pour un cancer du sein, 70 n'en entendront plus jamais parler et 30 vont rechuter ? Il y a quelque chose du génie de la maladie que nous ne savons pas.



ce qui me paraît déterminant, c'est le « génie de la maladie »

Notez que ce problème, qui concerne toute la médecine, est rendu ici particulièrement impénétrable du fait même de la psychose. C'est particulièrement flagrant lorsqu'on tente de recueillir des témoignages sur les effets des médicaments. Je vais reprendre l'analogie avec le cancer : une personne, soignée par chimiothérapie pour son cancer du sein, et qui a

perdu tous ses cheveux, la première chose qu'elle vous dit, en parlant de son traitement, c'est qu'il lui a sauvé la vie... elle ne commence pas par vous parler des effets secondaires...

Maintenant, allez demander à un patient psychotique ce qu'il pense de son neuroleptique, il commence par : « je tremble, je piétine, j'ai la bouche sèche, je suis constipé, j'ai pris du poids » et vous avez envie de lui dire : « mais enfin, ce médicament qui ne vous fait que du mal, si vous le prenez malgré tout, c'est bien que vous devez avoir une raison ? » Les psychoses posent le problème de la méconnaissance de la maladie, problème qui est aussi celui de la projection : « le mal vient de l'extérieur ! »

cette incapacité des patient psychotiques à se regarder eux-mêmes

Je m'explique : là où la névrose est schématiquement caractérisée par la culpabilité « c'est ma faute », la psychose est caractérisée par la projection, c'est-à-dire : « c'est la faute à... ». Cette difficulté des patient psychotiques à se regarder eux-mêmes et à garder en tête les bénéfices du traitement correspond clairement à leur vécu. L'absence de conscience de

la pathologie est en rapport avec cette « prise directe » sur la réalité, qui les submerge. C'est un vécu envahissant qui tient d'autant plus la place qu'il n'y a pas assez de vécu investi ailleurs.

Tout ceci pour dire combien nous manquons de témoignages propres à nous permettre d'évaluer les résultats qui nous intéressent ! C'est un problème inhérent à la psychiatrie, il n'y a qu'en psychiatrie que l'on parle autant des effets secondaires car les effets primaires, on a beaucoup de mal à en parler... C'est d'ailleurs une chose que les laboratoires ont bien compris : quand ils vous parlent des effets des médicaments, ils évoquent davantage l'absence de tel ou tel effet secondaire que les effets « primaires », c'est-à-dire les gains thérapeutiques... Or, ce qui nous intéresse en premier lieu, c'est quand même l'effet thérapeutique !

Propos recueillis par Luc Vave

Centre de psychanalyse et de psychothérapie Evelyne et Jean Kestemberg, 11, rue Albert-Bayet, 75013 Paris
Tel : 01 4077 4468

Se faire aider... ça vaut aussi pour les aidants !

Le D^r Luc Faucher est psychiatre et psychanalyste, il est chef de service à l'institut Hospitalier de Psychanalyse de l'Hôpital Sainte-Anne. Il évoque ici avec nous, dans une perspective psychanalytique, cette problématique de l'aide psychologique aux aidants qui nous tient à cœur.

Docteur, nous souhaiterions aborder avec vous la problématique des parents brutalement confrontés à des troubles psychiques chez leur enfant.

Une grave crise, décompensation ou autre, cela remet en jeu un tas de questions personnelles : qu'est-ce que j'ai fait, qu'est-ce que j'ai loupé ? Je n'ai rien vu venir... Les couples sont tout de suite confrontés à leur histoire. La maladie appuie là où ça fait mal. Les problèmes, on a tous tendance à les « glisser sous le tapis » et ils ressortent en cas de crise. C'est une situation compliquée à gérer, surtout sur la longueur.

Les aidants n'ont pas été préparés à ça, c'est un problème tant pour eux que pour leurs enfants...

La manière qu'ils vont avoir d'accueillir la maladie de leur proche et l'influence qu'ils vont avoir sur l'évolution de sa pathologie est primordiale. J'ai travaillé 10 ans en CMP et j'ai eu l'occasion de bien constater la différence entre les patients dont les parents font face et se mettent à la recherche de solutions (souvent d'ailleurs dans des associations telles que la vôtre) et ceux dont les parents ont tendance à démissionner ou sont là, mais font comme ils peuvent, avec leurs difficultés propres, sans avoir les ressources nécessaires pour affronter ce qui se présente effectivement comme une véritable catastrophe.

Et cette différence, elle se manifeste comment pour vous ?

Elle se manifeste par des séjours plus courts et moins fréquents à l'hôpital, les patients bien soutenus vont mieux que les autres. Faute d'une présence soutenue des parents, c'est alors à nous, psychiatres de nous débrouiller avec le patient, les séjours à l'hôpital sont alors souvent plus fréquents et plus longs, et la probabilité d'aller mieux forcément réduite.

Et que préconisez-vous pour aider les aidants qui se sentent démunis ?

La psychanalyse ou l'écoute psychanalytique, ne serait-ce que comme soutien, face à l'effondrement qui peut apparaître dans ces moments là, et aussi un peu comme guide sur ce qu'il y a à faire. On ne va pas donner de conseils sur tout ce qu'il faut faire avec un enfant malade, mais on peut les aider à réfléchir à la manière dont ils prennent les choses, dont ils se comportent et réagissent avec leurs proches.

On peut les amener à changer un peu les choses pour désamorcer les sources de tension, par exemple leur permettre de prendre du recul sur les dimensions persécutives qui peuvent surgir et entraîner des rejets. Souvent, quand un patient manifeste un délire de persécution, les parents prennent ça pour argent comptant, au premier degré. Ils pensent qu'ils sont visés personnellement, alors que c'est une manifestation pathologique... Ils risquent alors de mal le vivre et de s'éloigner de leur enfant.

on ne peut pas faire l'économie de l'écoute des problématiques de la famille

S'il n'y a pas un travail possible, si l'on n'a pas pu expliquer ça, et si les parents se retrouvent seuls avec les propos délirants de leur enfant, il leur est très difficile de faire la part des choses et de s'en sortir. Ceci n'est qu'un exemple parmi le flot de questions que se posent les membres de la famille. On sait la plainte souvent exprimée par les parents de ne pas avoir suffisamment d'informations de la part des psychiatres... Quand on prend en charge un patient, on ne peut pas faire l'économie de l'écoute des problématiques de la famille et de la ré-



D^r Luc Faucher

ponse aux questions de la famille en expliquant pourquoi on peut répondre à certaines questions et pas toujours à d'autres. Et puis les réponses doivent tenir compte de la singularité du patient et de sa famille... Il n'y a pas une conduite type à tenir chez le schizophrène et une conduite type chez le maniaco-dépressif !

l'essentiel, c'est la question du souci clinique de la singularité du patient

Quel type de thérapie psychanalytique pratiquez vous ? Par exemple qu'en est-il du fameux divan ?

L'essentiel, ce n'est pas une question d'orientation freudienne, lacanienne ou autre. L'essentiel, c'est la question du souci clinique de la singularité du patient... Ça dépend des gens qui le font, tout simplement et c'est la même chose pour toutes les psychothérapies ! Il faut savoir ce qu'on fait et savoir s'adapter à la singularité de chaque cas...

Vous évoquez la cure sur le divan, il y a eu une époque triomphante et dogmatique de la psychanalyse que je n'ai pas connue d'ailleurs... mais dont je vois les effets de retours de bâton après coup, sous la forme d'une remise en cause radicale de la psychanalyse, remise en cause totalement absurde d'ailleurs. Il est certain que la cure sur le divan ne convient pas à tous et qu'il s'agit de bien évaluer cliniquement chaque situation au cours des entretiens préliminaires, qui peuvent prendre un certain temps, et ensuite adapter les modalités de son intervention psychanalytique à chaque cas. Donc il ne faut pas montrer d'a priori sur le « face à face » comme modalité de cure analytique.

Vous parlez d'un choc énorme au sujet de la décompensation

Il faut être clair : l'évolution de l'économie de la santé devrait aboutir à des soins à 2 vitesses, c'est-à-dire à des soins purement médicamenteux et de moins en moins tournés vers l'approche psychothérapeutique, considérée de plus en plus, du fait du non-remboursement comme « un peu cosmétique » par certains. Bref, la priorité va s'accroître sur le soin hospitalier et les traitements médicamenteux. Nous sommes encore un peu épargnés sur ce point à Sainte Anne, où malgré les économies, on ne néglige pas le soin psychothérapeutique.

Dans les services du secteur où j'ai exercé, les psychiatres fortement incités par leur chef de service - Françoise Gorog - ont toujours cherché à maintenir le contact avec les familles dans le cadre de leur approche psychothérapeutique...

Permettez moi de témoigner que cela correspond tout à fait avec ce qui nous est remonté en interne à l'UNAFAM !

Cela fait toujours plaisir à entendre mais cela devient de plus en plus difficile car les psychiatres ont de moins en moins de temps à consacrer à leurs patients et vous imaginez bien que, dans ces conditions, pour les familles, c'est encore plus com-

pliqué...

Cela me conduit à évoquer la question de l'accessibilité des psychothérapies analytiques : Quel est le délai d'attente ?

Il n'y a pas de miracle : il faut compter un temps d'attente de 6 mois à un an dans la plupart des structures publiques. C'est ce qui est observé dans les centres de qualité tels que par exemple l'ASM 13. Mais ces structures existent et le CHSA a décidé en 2011 de favoriser cette accessibilité avec la création de l'Institut Hospitalier de Psychanalyse.

Si je peux résumer : la tendance, c'est sauf exceptions, la thérapie médicamenteuse prise en charge pour les plus pauvres et la même chose assortie de psychothérapie pour les plus aisés ?

Comme vous le dites, c'est la tendance mais j'espère que ce ne sera pas le cas... Ce que l'on essaye ici de défendre, c'est la possibilité d'un soin psychanalytique accessible à tous.

nous recevons et examinons toutes les demandes

Je crois me rappeler que vous n'êtes pas sectorisé, on peut donc dire à nos lecteurs de s'adresser à vous ?

Tout à fait, nous recevons et examinons toutes les demandes. Nous ne sommes pas encore saturés mais comme notre structure est limitée en termes d'effectifs, nous prenons en priorité les patients les moins aisés et orientons les autres vers un réseau d'analystes et de psychiatres de confiance exerçant en cabinet. Ce réseau nous permet de ne pas laisser les personnes qui viennent nous voir sans réponse, une réponse adaptée à leur situation clinique et, bien entendu, financière.

Y a-t-il des différences entre ce que vous proposez et ce que l'on trouve en cabinet ?

Oui, on s'inscrit dans un cadre de service public avec des moyens nécessairement limités : on ne propose pas 3 séances par semaine mais une, en général, et on reçoit en face à face... Mais je peux vous dire que cela fait un nombre conséquent de personnes avec lesquelles on peut travailler sérieusement pendant 1 an, 2 ans ou parfois plus. Nous recevons en effet près de 250 nouvelles demandes par an et plus de 100 patients bénéficient d'un traitement au long cours.

Propos recueillis par Luc Vave

L'Institut Hospitalier de Psychanalyse de Sainte-Anne offre la possibilité d'une rencontre gratuite avec un psychanalyste pour toute personne souhaitant s'engager dans un travail psychanalytique dans la ville de Paris au-delà de la sectorisation.

Secrétariat : s.rigaud@ch-sainte-anne.fr

Tel : 01 4565 8088

Adresse : 1, rue Cabanis, 75674 Paris Cedex 14

Psychanalyse, le dernier des mohicans ?

Psychiatre de formation, et ne pratiquant que la psychanalyse, le docteur Lew annonce clairement la couleur : de la psychanalyse, sans confusion avec une psychothérapie. En bonne entente avec ses collègues psychiatres qui lui adressent leurs patients. Il craint qu'après son départ...

Vous êtes psychanalyste ?

Je suis psychiatre de formation mais ne pratique que la psychanalyse. À Saint-Maurice, je suis rentré en 1969, dans le service de Mme Bouquerel, équivalent d'externe. Puis j'ai fait

mes « classes » dès 1970 chez Georges Lanteri-Laura jusqu'à sa retraite, relayé par Martine Gros et actuellement Marie-Christine Cabié qui dirige le Pôle Paris-11. En particulier au dispensaire d'hygiène mentale du XI^{ème}, ancienne appellation

pour le CMP de la rue Servan dans le 11^e, où je suis toujours. J'ai été interne de 1973 à 1977, vacataire, contractuel, praticien hospitalier, et, enfin, en cumul emploi-retraite.

Vous travaillez comme psychiatre à l'hôpital depuis 1971 ?

Oui, faisant fonction d'interne. En 71, j'ai commencé mon analyse. J'avais choisi un lacanien de l'École freudienne. Je faisais des psychothérapies au DHM et agissais en psychiatre jusqu'en 1985. À la suite de quoi, nous avons monté, avec quelques autres, une consultation pour consommateurs de drogues, puis mis sur pied une consultation de psychanalyse qui existe encore. Les collègues psychiatres ont accepté aussi, en accord avec l'administration, que je n'agisse pas comme médecin. Actuellement je suis seul sur les deux vacations de psychanalyse.

Vous agissez donc en tant que psychanalyste ?

Oui, je considère que je fais des « cures type », mais incluant toutes les variantes lacaniennes. A priori j'utilise le divan. J'annonce la couleur : de la psychanalyse, sans confusion avec une psychothérapie.

Concrètement ?

Des séances pas très longues : je compte sur la fréquence et la régularité plus que sur le temps de contact. Les nouveaux thérapeutes viennent avec une formation de psychologie, non de psychanalyse.

Il n'y a pas de guerre psychiatrie/psychanalyse ?

Non. Les collègues m'adressent des patients pour des analyses. C'est un travail en parallèle. Mais je soutiens ma pratique d'un séminaire théorico-clinique de psychanalyse (voir encadré).

Et personne ne se bat pour maintenir la psychanalyse ?

Non, quand je serai parti, cela risque de ne plus exister.

Pourtant l'apport de la psychanalyse est réel ?

Oui. Il y a énormément de demandes de parole. Les patients cherchent à parler mais à qui s'adresser. Les infirmiers du CMP nous les envoient, aux psychologues ou à moi.

Que deviennent les demandes de parole dans les autres CMP ?

Sans psychanalyse, j'imagine que le psychiatre répond par des médicaments !

Vous sélectionnez vos patients ?

Non, je ne choisis pas. J'ai assez de background analytique pour me débrouiller quelle que soit la situation.

Comment se passe le paiement ?

C'est gratuit. Ce n'est pas parce qu'il ne paie pas que le patient passe à côté de l'analyse.

Lors de la séance, vous parlez de maladie ?

Non, je n'en parle pas. Je « soigne » n'importe qui par la parole, même les gens délirants, à condition qu'ils viennent régulièrement, sans médicament ni hospitalisation.

Vous apportez un mieux-vivre ?

Assurément. Ce qui arrive souvent, c'est que le patient ait le même discours que du temps où il était activement délirant, alors qu'il n'est plus dépendant du processus de psychotisation. Le psychiatre moyen se trompe là-dessus et donne toujours les mêmes médicaments quand ce n'est plus forcément utile. Pour ma part, je responsabilise le patient et je contribue

nettement à la guérison, aussi au sens psychiatrique. Il n'y a donc pas de concurrence avec mes collègues psychiatres, d'autant que quasiment tous, ici, au CMP de la rue Servan, sont passés par la psychanalyse.

Vos patients ?

La plupart ne sont pas « psychosés. » Certains, oui. Ceux qui sont psychiatisés depuis longtemps, à l'hôpital de jour par exemple. D'un tiers à la moitié. Les résultats positifs ? Certaines sorties de délire. Avec des rechutes délirantes possibles. La psychanalyse n'est pas la panacée, mais elle donne des résultats. Cela prend du temps. On peut aider à déchroniciser beaucoup de gens. Quant aux névroses, le travail s'effectue comme ailleurs, avec cette restriction d'une fréquence réduite.

L'avenir de la psychanalyse dans le service public ?

Les collègues et l'administration me laissent travailler, on vous a même envoyé me trouver. Je les remercie pour cette occasion de m'expliquer.

Ce sera un manque pour les patients ?

Assurément. Si les jeunes psychiatres n'ont pas la formation ad hoc, c'est de la faute des psychanalystes eux-mêmes qui ont délaissé

les institutions, en psychiatrie, comme dans le médico-social, les CMP, les IME. Ils ne sont guère présents dans les facultés de psychologie. Alors qu'Henri Ey avait instauré un vrai dialogue. C'est balayé par l'américanisme actuel et le DSM* : on n'a plus affaire à une personne mais à un symptôme. Mais il faudra bien que la psychanalyse fasse entendre qu'elle est une voie correcte, d'autant que la seule étiopathogénie à mon sens fondée est fournie par la psychanalyse.

le DSM* : on n'a plus affaire à une personne mais à un symptôme

Dans les hôpitaux parisiens, vous êtes le seul à pratiquer une stricte psychanalyse ?

Je crois. Je n'ai jamais entendu parler d'autres. A priori nous nous serions retrouvés.

Dans le XIII^e arrondissement ?

Oui, mais c'est en perte de vitesse. Le mandat de sectorisation avait été donné à l'Association de Santé Mentale du 13^e qui émanait de la Société Psychanalytique de Paris. Il doit bien en rester quelque chose, mais je ne suis pas sûr que ce soit de la psychanalyse stricto sensu. La loi Accoyer, en 2002 (loi de Santé mentale) a noyé la psychanalyse dans l'ensemble psychothérapique sans rien protéger de sa spécificité.

À mon sens, la psychiatrie n'est pas de la médecine, sinon pour des raisons historiques. Aussi la psychiatrie peut-elle bien s'accommoder de la psychanalyse — si elle le souhaite.

Propos recueillis par Jean-Louis Le Picard



Dr René Lew

Le Dr René Lew tient un séminaire tous les lundis à 20h45 dans le 7^e arrondissement de Paris.

Contact : 06 1212 8597

Ou : lysimaque@wanadoo.fr

(*) DSM : manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux

Hypnose

Se retrouver dans son corps grâce à l'hypnose

Madame Sarah Carlier est psychologue clinicienne au CMP du Figuier dans le 4^e arrt (pôle Paris Centre). Elle utilise régulièrement l'hypnose en thérapie et nous fait partager son expérience.

Comment en êtes-vous venue à l'hypnose dans votre pratique de psychologue clinicienne ?

En fait, il y a quelque chose de l'approche du corps qui n'était pas suffisamment pris en compte pour moi par la psychanalyse : je me suis rendu compte qu'il y a des moments d'angoisse où la parole ne va pas suffire, qu'elle ne permet pas toujours de contenir physiquement. Il existe des thérapeutes qui savent alors apporter une présence corporelle « contenant » : masser, presser, que sais-je ? Je ne me sens pas suffisamment à l'aise avec ça, j'ai besoin de maintenir une certaine distance physique avec le patient.

Donc j'étais insatisfaite et je suis allée voir du côté de l'hypnose, après avoir fait une formation en « systémie », et ça a été une vraie rencontre : cela renforce la présence du corps dans la relation thérapeutique. Cela permet de ne pas s'adresser seulement à l'esprit, de travailler aussi sur le lien entre le corps et la psyché...

Pour moi l'hypnose, c'est un outil qui s'est ajouté un peu à tout le reste. Je ne fais pas que de l'hypnose et je crois beaucoup à la psychothérapie. L'hypnose va par exemple me permettre de soulager un patient de son angoisse et d'installer un climat de confiance. Ce soulagement que l'on partage peut créer un lien incroyable avec le patient. Parfois, je pense que l'hypnose aura surtout agi parce qu'elle aura soulagé, permettant ainsi au travail thérapeutique de commencer.

Alors, ça consiste en quoi, l'hypnose ?

L'hypnose, c'est un état de conscience modifié qu'on atteint au moyen d'une induction. L'induction, c'est le procédé par lequel on va plonger la personne dans un état de conscience modifié. La personne reste toujours pleinement consciente. On ne peut pas lui faire faire des choses qu'elle ne veut pas faire, elle reste très présente, on appelle cela la « transe hypnotique ».

Physiquement, cela se voit à de petits signes comme l'affaissement des tissus musculaires, le visage qui devient comme de la cire, ou encore un changement de rythme respiratoire.

il y a suspension du jugement. (...) On est très réceptif et aussi très suggestible

L'une des particularités de cet état, c'est qu'il y a suspension du jugement. Cela ne veut pas dire qu'on n'a plus nos pensées mais il y a quelque chose de suspendu et cela permet de faire des associations beaucoup plus librement. C'est un état où on est très réceptif et aussi très suggestible, où l'on peut activer des ressources non conscientes. Avec l'hypnose, on peut faire un peu tout ce qu'on veut... Si la question, c'est de renforcer les limites, alors on va renforcer les limites...



Mme Sarah Carlier

Pourriez-vous nous en donner un exemple ?

Je vais vous parler d'un de mes patients que j'ai rencontré à l'hôpital lors d'une crise accompagnée d'hallucinations très fortes. Il est sujet à des angoisses qui génèrent des crises psychotiques, au sens psychanalytique du terme... C'est-à-dire qu'il a une problématique autour des limites : ses limites sont floues, incertaines, pas suffisamment rassurantes, perméables, et, à certains moments, elles sont facilement « effractées » par le réel. En crise, il est capable, par exemple, de se mettre à suivre un pigeon et ne saura plus qui il est, où il va et s'il est le pigeon ou s'il est lui... Ce patient, je fais de l'hypnose avec lui quand il est très angoissé car ses angoisses sont tellement désorganisatrices qu'elles créent de la dépersonnalisation. Je l'ai même encouragé à venir quand il est en crise parce que, quand il vient dans ces moments-là, le

fait de faire une séance d'hypnose le rassemble.

Autre exemple davantage centré sur le corps : une patiente suivie par une collègue, qui m'avait été adressée car elle voulait arrêter cannabis et alcool. Dans certains cas, une seule séance d'hypnose peut permettre de se débarrasser d'une addiction. Cette patiente, comme cela arrive parfois, avait tout arrêté dès la prise de rendez-vous, mais elle est quand même venue et m'a dit : « peut-être faudrait-il que j'ancre ça ? » Je pense qu'elle avait vraiment un travail à faire du côté de l'ancrage, du côté des limites, pour bien sentir son contenant psychique...

Je lui ai fait un ancrage totalement corporel : s'inscrire dans le corps, se laisser peser de tout son poids, être la plus lourde possible, laisser son empreinte dans le fauteuil... On a été interrompues par la sonnerie de son téléphone et, d'un seul coup, elle s'est mise à pleurer. Elle n'a pas voulu arrêter la séance, je l'ai laissée gérer et, à la fin elle m'a dit : « je ne savais pas ce qu'était cette émotion, je n'avais pas de pensées, c'est mon corps qui a pleuré ». Elle avait une charge émotionnelle à évacuer et, dans cet état de transe, elle se sentait suffisamment sécurisée psychiquement pour laisser aller les émotions...

l'hypnose n'est pas une baguette magique et l'hypnothérapeute n'est pas un magicien !

L'hypnothérapeute peut faire ce qu'il veut ?

Jamais de la vie : l'hypnose n'est pas une baguette magique et l'hypnothérapeute n'est pas un magicien ! Je fais très peu de suggestions car j'aurais trop peur de me tromper. Je pratique beaucoup l'hypnose conversationnelle développée par Milton Erickson*. Cela permet de sortir de la lourdeur de ce rapport avec le psy « assis dans son fauteuil avec son stylo et son Vidal » pour introduire le fait qu'il peut se passer autre chose. Cela permet d'ouvrir les possibles...

(*) Milton Erickson est un psychiatre et psychologue américain qui a joué un rôle important dans le renouvellement de l'hypnose thérapeutique.

Partir en psychothérapie, c'est un peu partir à l'aventure et il faut bien voir que, sur ce chemin-là, le patient est bien plus fort que le thérapeute... C'est lui qui sert de guide, lui seul est capable de reconnaître le terrain !

j'évite l'hypnose avec des patients que je sens trop dissociés

Vous arrive-t-il souvent de pratiquer l'hypnose avec des patients psychotiques ?

Je suis très précautionneuse avec les patients psychotiques : j'utilise l'hypnose avec parcimonie et certainement pas avec les patients que je ne connais pas. J'ai débuté par hasard, avec une patiente amnésique. Elle n'avait pas de langage accessible et on m'a demandé de travailler avec elle sur un possible traumatisme. Quand elle a retrouvé la parole, il s'est avéré qu'elle était suivie pour schizophrénie. Sous hypnose, elle éprouvait une sensation de bien-être qu'elle ne connaissait pas. C'était très fort et elle est revenue plusieurs fois pour se rassembler sur ses sensations.

Pourquoi cette « parcimonie » dans l'usage de l'hypnose avec les patients psychotiques ?

J'évite l'hypnose avec des patients que je sens trop dissociés. Chez certains patients cela prend beaucoup de temps pour relier l'esprit et le corps car cette dissociation entre l'esprit et le corps peut avoir été « salvatrice » pour la personne... Et « rassembler ça » peut s'avérer très violent parce que, si elle a laissé cette dissociation s'opérer, c'est qu'elle en avait besoin... Il ne faut pas aller trop vite ni trop loin.

Et puis, si l'hypnose permet de « rassembler », elle peut aussi

abolir les limites. On sent bien que cela peut être vécu par certains patients comme une intrusion. Je me rappelle d'un patient schizophrène qui voulait arrêter de fumer par l'hypnose. J'étais plutôt réticente mais j'ai fini par essayer quand même et, à peine avions-nous commencé qu'il a eu très mal à l'épaule. On s'est concentrés sur son épaule et dès qu'il s'est senti soulagé, on a arrêté. Plus tard, il m'a dit que « j'étais trop proche ». Dans cet état d'hypnose, il y a cette idée de lien « inconscient - conscient », « corps - esprit » et, chez certains, cela provoque une réaction de défense : ils se rigidifient car cela les met en danger.

Un dernier mot à l'intention de nos lecteurs ?

Je voudrais juste insister sur le fait que l'hypnose n'est pas une méthode alternative : elle est complémentaire et il me paraît important de choisir un hypnothérapeute ayant aussi une qualification médicale, psychologique ou psychiatrique. Bien sûr, il y a le CMP, mais on peut également s'adresser à des centres comme « L'Élan retrouvé » par exemple. Le mieux consiste à s'adresser à ses référents : psychiatre, psychologue, infirmier, etc. Nous coopérons bien entre CMP.

Propos recueillis par Luc Vave

CMP du Figuier, 2 rue du Figuier, 75004 Paris
Consultations « Hypnose » sur rendez-vous :

- le lundi, de 9h00 à 17h00
- le jeudi, de 17h00 à 19h00
- le vendredi, de 9h00 à 17h00

Tel : 01 4887 8193 ou 01 4272 2069

Sismothérapie

L'ECT*, une thérapie efficace dans plus de 80% des cas

Avec le D^r Marion Plaze, praticien hospitalier à l'hôpital Sainte Anne

L'ECT* semble avoir désormais bonne presse, qu'est-ce qui a changé depuis le temps des électrochocs ?

Le principe est resté le même, mais les conditions de réalisation ont complètement changé... Avant, les électrochocs étaient administrés sans anesthésie ni curarisation et donnaient lieu à des convulsions à la fois désagréables pour le patient et très impressionnantes. Aujourd'hui, les ECT se font sous anesthésie générale et il n'y a plus de mouvements corporels puisque les patients sont curarisés comme pour toute opération chirurgicale.

Seule, la crise électrique reste désormais visible à l'électro-encéphalogramme... avant d'être stoppée par le cerveau ! C'est d'ailleurs cette réaction du cerveau qui nous intéresse sur le plan thérapeutique car elle va donner lieu à la production de neurotransmetteurs qui vont permettre de soigner la pathologie psychiatrique.

Et quelles sont les pathologies de prédilection ?

L'ECT s'est vue initialement développer pour traiter la schizophrénie, mais on va se rendre compte très vite que, certes l'ECT donne des résultats dans la schizophrénie, mais



D^r Marion Plaze

surtout est extrêmement efficace dans les troubles de l'humeur et particulièrement la dépression... Et si la dépression est sévère et mélancolique, alors les ECT se révèlent quasiment miraculeuses !

si la dépression est sévère et mélancolique, alors les ECT se révèlent quasiment miraculeuses !

Il y a 2 grandes situations où l'on doit privilégier l'ECT : l'urgence et la résistance. Pourquoi l'urgence ? Parce que c'est le traitement dont nous disposons actuellement qui agit le plus efficacement et le plus rapidement. Les traitements antidépresseurs, s'ils sont efficaces, nécessitent un délai d'action de 2, 3, 4 semaines là où l'ECT, à raison de 2 à 3 séances par semaine, pourra soulager le patient dès la première semaine de traitement. Par exemple, pour des patients mélancoliques suicidaires ou avec refus alimentaire : le patient ne sera pas guéri au bout de quelques séances mais on aura dépassé le stade où son pronostic vital est engagé.

(*) ECT, nom abrégé de « Électro-Convulsivo-Thérapie » est la nouvelle dénomination des électrochocs ou encore « sismothérapie ».

Qu'entendez-vous exactement par « efficace » ?

Dans la dépression, les ECT sont efficaces dans 80-90% des cas quand les médicaments ont une efficacité de 60%... Si un premier antidépresseur s'est révélé inefficace, alors l'efficacité d'un deuxième antidépresseur diminue à 30 % seulement de chance d'être efficace.

***dans la dépression, les ECT sont
efficaces dans 80-90% des cas
quand les médicaments ont
une efficacité de 60%***

Après une cure d'ECT qui dure quelques semaines, le patient va beaucoup mieux et peut sortir de l'hôpital. L'amélioration peut être spectaculaire pour des patients souffrant de troubles de l'humeur et de dépression. Certains patients vont ensuite pouvoir bénéficier d'ECT de maintenance, c'est à dire une ECT par mois environ, pour éviter une rechute ou récurrence dépressive. Ainsi certains de nos patients sont très attachés à leurs ECT de maintenance qui leur permettent de reprendre et maintenir une vie sociale, familiale et professionnelle satisfaisante.

Ça se passe comment ?

Supposons que vous soyez hospitalisé, si les médecins posent l'indication d'une cure d'ECT, on recueille votre accord, on vous fait une batterie d'exams, en particulier un bilan d'anesthésie et, le matin de la séance d'ECT, vous êtes conduit en salle d'anesthésie, accompagné par une infirmière du service de psychiatrie. L'anesthésiste vous endort durant quelques minutes seulement et le geste est réalisé par le psychiatre. La crise convulsive dure environ 30 secondes - bien entendu, vous êtes sous monitoring : électro-encéphalogramme, électro-cardiogramme etc. - puis vous êtes conduit en salle de réveil. C'est très court : vous vous réveillez dans les 2 à 3 minutes qui suivent... Vous restez sous surveillance en salle de réveil jusqu'à ce que toutes vos fonctions soient bien revenues, en particulier la déglutition, et à partir de ce moment là, vous regagnez le service de psychiatrie.

Et comment se présente l'amélioration ensuite ?

L'amélioration n'est pas immédiate. Au réveil, le patient va être un peu confus, un peu désorienté... Les progrès seront constatés lors des entretiens psychiatriques, dans les jours qui suivront. Le plus souvent, ce qui s'améliore en premier, c'est l'énergie, ensuite l'humeur, et enfin la concentration, l'aptitude à la lecture... On observe la même marche de progression pour les anti-dépresseurs. Mais ceci n'est d'ailleurs même pas spécifique des traitements modernes, c'était déjà les termes utilisés par les anciens pour décrire l'amélioration spontanée d'épisodes dépressifs.

Y-a-t-il des effets secondaires ?

On enregistre souvent de petits problèmes de mémoire. En général, les personnes ne conservent pas un souvenir très précis de la période de cure d'ECT. Ces problèmes s'estompent plus ou moins rapidement en fonction des patients et toutes les capacités mnésiques vont être progressivement récupérées dans les jours ou les mois qui suivent... Je me souviens d'une patiente, secrétaire médicale qui posait un jour de RTT le vendredi pour venir faire sa séance d'entretien : elle avait le

week-end pour récupérer et retournait travailler le lundi comme si de rien n'était ! Mais c'est quelque chose que certains patients vivent mal, surtout si la mémoire est déjà atteinte du fait de la dépression. Cela dit, ce que les patients semblent appréhender le plus, c'est l'anesthésie, davantage peut-être que l'ECT elle-même.

***ce que les patients semblent
appréhender le plus,
c'est l'anesthésie***

Si je comprends bien, on pourrait presque faire un parallèle avec la chirurgie... C'est à ce point rassurant ?

Tout à fait. Vous savez, quand j'étais externe, c'est en psychiatrie que je voyais l'état des patients s'améliorer de la façon la plus spectaculaire... Et pas seulement avec les ECT ! Regardez les patients mélancoliques qui arrivent extrêmement mal, souffrant de douleurs morales intolérables et qui, au bout de quelques semaines, se portent beaucoup mieux : on leur procure une amélioration de la souffrance tout à fait comparable avec ce qui se passe en chirurgie !

***on leur procure une amélioration de la
souffrance tout à fait comparable avec
ce qui se passe en chirurgie !***

L'ECT est absolument impressionnante par sa capacité à aider les gens. C'est une des raisons pour lesquelles j'ai choisi ce métier !

On a beaucoup parlé de dépressions, quels résultats obtenez-vous avec la schizophrénie ?

En cas d'agitation aigue, d'état suicidaire, on peut avoir recours à la sismothérapie pour apaiser vite le patient. De même on va pouvoir proposer ce traitement pour la schizophrénie résistante : des hallucinations qui restent importantes malgré plusieurs traitements antipsychotiques, malgré le Leponex... Mais dans le cas des schizophrénies résistantes, l'efficacité est alors de 50-60%. Il faut savoir que l'ECT présente davantage d'efficacité sur les manifestations « positives », par exemple sur les épisodes délirants ou dépressifs, que sur les aspects déficitaires comme par exemple l'apragmatisme.

***dans le cas des schizophrénies
résistantes, l'efficacité
est alors de 50-60%***

Eh bien, vous vous êtes montrée très claire... et convaincante !

Pour nous, c'est très important. Ça fait vraiment partie de nos missions, aux soignants, aux soignés qui ont bénéficié d'ECT et aux associations telles que la vôtre, de participer à la destigmatisation de ce traitement. Il y a là un véritable enjeu car il peut être difficile pour une famille, en raison de la représentation sociétale négative des ECT, de prendre la décision des ECT pour un proche mélancolique qui n'est pas à même de prendre une décision en raison de son état... alors que l'ECT est le traitement le plus efficace de la dépression mélancolique à l'heure actuelle.

Propos recueillis par Luc Vave

La remédiation cognitive :

Bien utiliser la boîte à outils.

La remédiation cognitive est actuellement une thérapie psycho-sociale très intéressante pour la réinsertion des personnes atteintes de schizophrénie et pour l'amélioration de leur autonomie au sein de la société.

Les pathologies psychiques et tout particulièrement la schizophrénie, s'accompagnent de difficultés qui sont pour partie neurocognitives (mémoire, attention, raisonnement, fonctions exécutives, etc) et pour partie déficience des cognitions sociales (compréhension des conventions sociales, théorie de l'esprit, etc.).

Ces déficits sont observés chez presque tous les patients avant même l'écllosion de la maladie mais différent cependant d'un patient à l'autre. Les troubles des interactions sociales ont notoirement une répercussion fonctionnelle plus invalidante que le déficit neurocognitif. Au final, cognition sociale et neurocognition constituent des composantes indépendantes mais qui interagissent étroitement.

Des techniques bien maîtrisées

Depuis les débuts du développement des techniques de remédiation cognitive dans les années 1970, les praticiens ont développé et utilisé différents programmes, pour certains ciblés sur la neurocognition (Recos CRT, NEAR) et pour d'autres sur la cognition sociale (Gaia pour la reconnaissance des émotions faciales, programme SCIT ou encore RC2S)

Les résultats obtenus permettent d'affirmer aujourd'hui que la remédiation cognitive apporte de réels bénéfices cliniques, thérapeutiques et fonctionnels. Le choix d'une porte d'entrée cognitive dans les soins suscite donc de plus en plus le consensus et on admet plus facilement aujourd'hui que l'action des antipsychotiques puisse être complétée par une prise en charge spécifique des déficits cognitifs, véritable tremplin pour l'insertion dans la société.

La remédiation cognitive, visant à « ré-entraîner » des fonctions déficitaires, devrait donc faire partie intégrante de la prise en charge de la schizophrénie.

Le docteur Isabelle Amado (*), praticien hospitalier et chercheur, s'attache depuis de longues années à améliorer et promouvoir les protocoles de remédiation cognitive au sein du Centre Référent en Remédiation Cognitive et Réhabilitation Psychosociale de l'hôpital Sainte-Anne. Elle en connaît parfaitement bien les atouts et aussi les limites qui ne sont pas intrinsèques mais liées à l'environnement social et à la manière dont la société accepte d'accorder une possibilité de réinsertion aux personnes malades.

Il apparaît que les structures de soins et celles qui oeuvrent dans le domaine psycho-social sont encore trop peu liées.

(*) Psychiatre, praticien hospitalier, co-responsable du Centre Référent en Remédiation Cognitive et Réhabilitation Psychosociale, Award 2014 au Congrès International de Remédiation Cognitive remis à New-York.



Dr Isabelle Amado

C'est pourtant ce lien qui devrait à terme faire du rétablissement, et surtout du parcours qui peut y mener, non plus une posture de principe mais une réalité effective pour passer « de la couleur du soin à la couleur de l'empowerment (*) » comme dit le docteur Isabelle Amado.

Le crible de la vraie vie.

Isabelle Amado compare ces techniques à de véritables boîtes à outils. Elle n'hésite cependant pas à souligner que « Si on ne crée pas un contexte favorable pour les utiliser, elles ont un intérêt très limité », notamment en dehors de tout projet de vie réfléchi avec le patient.

Et ce, d'autant plus qu'un programme de remédiation cognitive, une fois suivi, a des effets limités dans le temps. Ces

programmes doivent donc être inscrits dans un projet de vie, dans un parcours de réhabilitation dans les mois qui suivent. Sans pratique dans la vraie vie, sans entraînement des facultés améliorées, les bénéfices s'estompent.

« Ce programme de soins innovants a pour objectif un entraînement à 3 mois destiné à optimiser les aptitudes cognitives en vue d'améliorer la qualité de vie, l'autonomie et la réinsertion des patients schizophrènes. »

Il inclut une évaluation neuropsychologique et fonctionnelle très approfondie en amont puis en fin de programme, et encore 6 mois après, afin d'évaluer le maintien du bénéfice cognitif et psychosocial » précise-t-elle, en ajoutant que les résultats sont particulièrement bons quand le patient parvient à reprendre dans la foulée une activité professionnelle.

Il est donc doublement important de bien « caler » le moment où la personne malade va pouvoir suivre le programme de remédiation cognitive dans un parcours qui tient compte de l'amont (sa stabilisation et l'émergence d'un projet personnel) comme de l'aval (sa possibilité de trouver un travail ou d'intégrer une activité dans un délai assez bref après avoir suivi le programme de remédiation cognitive). Cette réalisation de soi prendra le pas pour entretenir la discipline intellectuelle amorcée par la remédiation cognitive.

Une prise en charge structurée.

La place du secteur ou de l'environnement territorial, fondamental dans le parcours de soins ayant cours en France, constitue une ressource qui, la crise économique aidant, détient de plus en plus la clé d'un transfert des acquis au quotidien.

(*) **L'empowerment** est l'octroi de plus de pouvoir aux individus ou aux groupes pour agir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques qu'ils subissent.

Il joue un rôle très important dans le projet de prise en charge sectorisée préconisé par le docteur Isabelle Amado.

Ce projet invite à une relecture des parcours de soin à partir d'une porte d'entrée cognitive avec l'ambition de mettre un frein aux déperditions qu'entraînent la longueur et la lenteur du processus d'accompagnement social vers le rétablissement. Autrement dit, le parcours doit être coordonné et intégratif pour inscrire réellement le patient dans un passage du parcours de soin au parcours de vie.

Les secteurs deviennent alors autant de structures pivot qui inscrivent le patient dans un espace plus ouvert, élargi au territoire, dans son cheminement vers le rétablissement. Comment ? Par exemple, en accordant un soutien attentif durant 6 à 8 mois à la personne qui vient de suivre un programme de remédiation cognitive, véritable coaching pour

« mettre le pied à l'étrier de la réinsertion ».

A terme, la démarche pourrait même, en prenant en charge une évaluation structurée des personnes stabilisées désirant reprendre une activité professionnelle, faciliter la mission de la MDPH pour tout ce qui relève de la recherche d'emploi. Mieux encore, on pourrait envisager de combler un manque : celui du chargé d'insertion professionnelle dédiée afin de faciliter l'intégration dans le monde du travail, protégé ou non, en lien avec l'obtention de la reconnaissance Travailleurs Handicapés. Une telle configuration existe déjà en Suisse.

Un modèle à suivre ?

Claire Calméjane

Réhabilitation psychosociale :

Pour tenter une réussite à plusieurs

La Communauté Hospitalière Territoriale s'est emparée à fort bon escient du sujet fondamental dans le parcours de soin que constitue la réhabilitation psychosociale. Si on se laissait aller à utiliser une expression guerrière, on pourrait la qualifier de « mère des batailles ». Elle a, en effet, comme but de mettre en bon ordre de fonctionnement les rouages que constituent chacun des outils existants, pour le lancement d'un parcours de soin qui constituerait réellement pour chaque patient une voie vers le rétablissement, certes en plusieurs étapes, mais personnalisée et « sur-mesure ».

Au sein de la CHT, un groupe de travail, co-animé par le Dr Isabelle Amado et le Dr Olivier Canceil, s'est constitué et a tenu sa toute première réunion le 18 mars. Il rassemble toutes les personnes oeuvrant dans le champ de la réhabilitation psychosociale. Le sujet est mobilisateur dans les 5 établissements regroupés en son sein et ce groupe de travail devrait au bas mot rassembler une trentaine de personnes plutôt enthousiastes.

Le premier objectif sera d'opérer un recensement de toute l'offre existante et encore fort peu mise en lumière (programmes d'éducation thérapeutique, programmes de remédiation cognitive, d'entraînements aux habilités sociales et autres thérapies dont cognitivo-comportementales, puis dans un second temps de coordonner cette offre dans une logique de parcours de soin à l'échelle du territoire en étendant sa portée au-delà de son seul secteur d'origine.

« l'articulation et la fluidification restent à peaufiner » résume le docteur Olivier Canceil, chef de pôle à l'hôpital Maison-Blanche. La formule est plus profondément réformatrice qu'il n'y paraît. C'est en effet une invite, pour toutes les équipes concernées, à voir plus loin que le bout de la file active de leurs patients qui, bien soutenus par leurs proches et/ou bien informés, sont parvenus à accéder à ces structures, donc à bénéficier de l'un ou l'autre des programmes dispensés en secteur et qui contribueront à les faire progresser dans la voie du rétablissement.

Le facteur chance, la place laissée au hasard font partie des

paramètres que le groupe de réhabilitation psychosociale devrait avoir à cœur de gommer. L'objectif est en effet de construire des parcours possibles pour chacun et non plus de s'en remettre à la rencontre de la bonne personne, dans le

bon secteur, au bon moment etc. Bref, de transformer un heureux coup du sort, ce qu'il est encore trop souvent au grand dam des parents, témoins désolés autant qu'impuissants devant ces disparités, en volonté délibérée d'aider tous les patients. Comment ? Par la mise à disposition à l'échelle du territoire (c'est-à-dire Paris pour la CHT) de paniers de soins minimum dispensés dans un ordre logique propre au cheminement de la personne malade. « Nous raisonnons sur des offres de soins par bassin de 200 à 300.000 personnes » explique Olivier Canceil, ajoutant « L'enjeu de ce groupe sera de mettre en réseau le dispositif existant, de promouvoir une organisation des implantations d'équipe. Il y a un vrai désir de se connaître, de se mettre en lien, de se fédérer et surtout de proposer une organisation cohérente du

parcours de rétablissement du malade ».

Bon sens et ouverture

On se trouve face à l'introduction d'un changement de culture et à l'impérieuse nécessité de transcender les frontières du secteur sans pour autant renoncer à celui-ci, essentiel pour le suivi de chaque patient.

Mais chaque secteur ne peut proposer seul toute la palette des programmes possibles et la taille d'un secteur n'est pas suffisante non plus pour rassembler des patients qui en soient



Dr Olivier Canceil

au même stade de prise de conscience de la maladie. « Il arrive un moment où, pour proposer la bonne étape de soin à des groupes homogènes, il est nécessaire d'ouvrir ces dispositifs à d'autres » argumente le docteur Canceil en précisant que le changement d'échelle présente aussi beaucoup d'intérêt quant à l'échange des savoir-faire entre équipes soignantes.

Ce processus s'inscrit tout à fait dans le volet hospitalier du Schéma Régional d'Organisation des Soins Francilien dont la vocation première est de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé en Ile-de-France. Il constitue un des éléments forts de la révision du Projet Régional de Santé d'île de France engagé tout récemment par l'Autorité Régionale de Santé francilienne (*).

Dans le préambule de ce Schéma d'Organisation des Soins, il est clairement accordé une place majeure au soin de suite et de réadaptation (SSR) qui prend en charge le patient en situation de handicap en assurant :

- Des soins médicaux de rééducation et de réadaptation ;
- La prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;
- Une préparation et un accompagnement à la réinsertion.

Ces prises en charge sont assurées par l'équipe pluridisciplinaire et un plateau technique défini pour la mise en œuvre de programmes de soins et de réadaptation dans le cadre d'un parcours coordonné de réadaptation.

Le SSR constitue un centre de ressources pour les acteurs de ce parcours de soins et de santé, par le biais des processus

d'évaluation, du suivi du patient « acteur de sa prise en charge », de la mise à disposition de plateau technique et d'équipes mobiles externes.

L'instauration d'un groupe dédié au sein de la CHT s'inscrit complètement dans ce nouveau cap, tout comme les premiers essais de mises en place dans la sphère de l'Hôpital Maison-Blanche, plus précisément dans le 20^{ème} arrondissement où l'on travaille sur l'engagement et la mise en cohérence de diverses structures (CATT, centre de post-cure, Atelier Thérapeutique Hubert Mignot) préparant à l'entrée dans les centres d'aide par le travail pour répondre aux projets de réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques stabilisés, etc.

L'ampleur de la tâche induit tout naturellement de cultiver des liens avec d'autres acteurs dont le riche champ associatif n'est pas des moindres puisque la réhabilitation psycho-sociale concerne non seulement le continuum des soins proprement dits, médicamenteux et non médicamenteux, mais aussi le logement, la vie quotidienne, la pratique d'activités, la vie professionnelle.

Claire Calmégane

(*) Projet consultable sur le site <http://prs.sante-iledefrance.fr> signé par Claude Evin, Directeur Général de l'ARS Ile de France le 11 mars 2015. On lira également avec profit le volet réhabilitation psychosociale du projet de révision du SROS Ile de France ainsi que l'article 13 de la loi de Santé récemment voté par l'Assemblée Nationale.

Education Thérapeutique du patient :

Une étape clé dans le parcours de Réhabilitation psycho-sociale

La Communauté Hospitalière Territoriale (CHT) a intégré dans son projet médical tout ce qui concerne l'Éducation Thérapeutique (ETP) et ses programmes spécifiquement destinés à des patients atteints de troubles chroniques. Un préalable qui doit trouver sa juste place sur le chemin du rétablissement.

L'Éducation Thérapeutique du Patient se situe dans le champ de la prévention et de l'éducation pour la santé et fait partie intégrante du soin.

Elle est déjà en place pour nombre de maladies somatiques chroniques et progresse dans le domaine de la santé mentale avec des réponses adaptées aux difficultés rencontrées par les patients atteints de psychose.

Elle s'inscrit également dans la dynamique du secteur et dans la proximité, mais nécessite aussi un travail que chacun des secteurs ne peut assurer seul et qui tire donc profit d'une mutualisation.

Fluidifier les échanges

L'aiguillon de cette nouvelle interaction fut la mise en place d'un groupe de travail ressource en ETP au sein de la CHT afin d'assurer un meilleur service, d'accompagner chacun des secteurs, d'harmoniser les programmes.

Par effet d'entraînement elle a logiquement fait émerger une équipe ressources en ETP dans chaque établissement. La mise en place d'une équipe transversale pour gérer au mieux

l'objectif ETP et assurer la bonne représentativité de toutes les activités mises en place sur le territoire a été la réponse logique à ce nouveau mode d'organisation. Elle orchestre le dialogue au sein de la CHT entre chacun des établissements concernés (Maison-Blanche, Sainte-Anne, Pery-Vaucluse et les établissements associés ASM 13 et hôpitaux de Saint-Maurice anciennement Esquirol).

Le sous-groupe de travail ETP (agrégé au groupe « Proximité » de la CHT) réunit tous les professionnels impliqués dans l'Éducation Thérapeutique.

Il se propose d'accompagner mais ne peut « faire à la place » : Cependant le fait qu'une équipe transversale soit reconnue et identifiée dans chaque établissement confère du poids et crédibilise la démarche ETP.

Un partage mesuré

La première tâche de chacune de ces unités ressources a été de recenser tout ce qui pouvait exister en matière d'ETP sur leur territoire. Cet « état des lieux » de l'existant n'est pas figé. Il se poursuit au fil des mois à travers une actualisation régulière.