

La Chronicité en psychiatrie

Par Yaël Frydman, secrétaire du CRPA (Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie) - Site : <http://psychiatrie.crpa.asso.fr>

Paris, Le 19 juillet 2013.

Notez bien que ce document est une synthèse essentiellement élaborée à partir d'analyses trouvées sur internet.

I – définition de la chronicité

Caractère d'une maladie mentale qui évolue longtemps, voire toute la vie, avec ou sans phases aiguës ou rémissions, entraînant à la longue une altération plus ou moins accentuée des fonctions psychiques. Il peut s'agir de névroses ou d'états dépressifs, mais avant tout de psychoses au long cours.¹ La chronicité est aujourd'hui considérée comme l'une des caractéristiques de la pathologie mentale : la maladie dure longtemps, les troubles sont récurrents.

2- La Chronicité dans l'histoire

- La notion de chronicité dans l'histoire d'après Georges Lanteri-Laura²

D'après l'ouvrage de Georges Lanteri-Laura « la chronicité dans la psychiatrie moderne française », il n'a pas toujours été question en psychiatrie de chronicité. Les fondateurs de la psychiatrie française ont fondé la psychiatrie sur l'idée de la possible guérison. Ce sont les asiles psychiatriques qui ont créé la chronicité en utilisant les aliénés aux travaux de subsistance et d'entretien des asiles. " Des malades se trouvent observés dans une institution qui ne peut durer que s'ils restent longtemps hospitalisés ; cette condition s'occulte, et le savoir théorique vient affirmer, à sa place, que la chronicité est une caractéristique essentielle de la psychiatrie. "

D'après cette étude, l'entrée de la conception de base d'une chronicité se fait dans le dernier tiers du XIX^{ème} siècle, pendant le second empire, puis dans les débuts de la 3^{ème} république. C'est l'époque où les départements se dotent des grandes institutions asilaires programmées dans la loi de 1838. Les théories psychiatriques mettent l'accent sur la chronicité à l'occasion de l'élaboration de la notion de délire chronique, de la théorie de la dégénérescence et de la notion de démence (CF Lasuège, Morel, Falret, Foville). C'est à la fin du XIX^{ème} siècle avec Valentin Magnan que l'acceptation du terme prend une valeur définitive avec une déclinaison en délire chronique à évolution progressive et délire chronique à évolution systématique.

L'idée est de ne plus caractériser une espèce de délire par son thème prévalant mais par ses phases évolutives. Nous sommes à l'ère du positivisme scientifique, le pronostic de délire chronique permettait de prévoir l'avenir : tel sorte de délire se transforme en mégalomanie puis en délire de persécution puis en démence ... L'avenir devient nécessairement pathologique, cela signe les débuts d'un pessimisme clinique.

L'œuvre de Valentin Magnan a été très controversée et la tradition française classique s'emploiera à détruire le délire chronique systématique pour lui substituer les notions de délire d'interprétation, de délire d'imagination et de psychose hallucinatoire chronique. Cependant, l'idée de chronicité, elle, est acquise et tout délire devient nécessairement chronique. Le dire devient une redondance.

En même temps la référence de la psychiatrie à la pathologie cérébrale accentue l'idée de chronicité : si les maladies mentales sont des lésions de l'encéphale, il ne faut pas s'illusionner sur le pronostic de guérison.

Dans la même période, l'expertise médico-légale tend à devenir non plus un espace de guérison pour ceux qui ne sont considérés ni comme délinquants ni comme criminels, mais un moyen de maintien de l'ordre : au baignage perpétuel se substitue le placement d'office à vie.

Avec la notion de dégénérescence mentale³, la maladie prend une tournure d'aggravation supplémentaire dans son processus morbide : la chronicité devient inéluctable et elle ne touche pas seulement l'individu mais ses générations aussi.

Pour conclure l'analyse de G. Lanteri-Laura : les grands asiles créent la chronicité pour des raisons économiques : pour exister, ils avaient besoin d'une main d'œuvre gratuite que formaient les aliénés chroniques. Les patients stabilisés travaillaient dans différents secteurs : ferme, buanderie, cuisine... Les théories psychiatriques en analysant la chronicité exclusivement d'un point de vue intrinsèque à la maladie, justifiaient un fonctionnement pratique des institutions. Voir à ce sujet le règlement intérieur modèle des asiles d'aliénés, édicté par le 3^{ème} Bureau du Ministère de l'Intérieur, le 20 mars 1857 (sous Napoléon III), qui, dans ses articles 150 et suivants régit le travail des aliénés, à raison de 10 heures par jour.

- **L'approche de la psychothérapie institutionnelle et du mouvement de l'antipsychiatrie⁴**

Une autre approche historique analyse la chronicité comme un produit de l'institution aliénante et indexe un « travail de chronicisation » : elle provient du mouvement de la psychothérapie institutionnelle et du mouvement de l'antipsychiatrie, essentiellement anglo-saxonne et italienne. C'est au sortir de la seconde guerre mondiale que la conception anti-asilaire prend son apogée (références aux pratiques dans les camps de concentration) : l'asile construit un objet clinique en mettant le malade mental à l'écart. Ce changement de perspective déplace et même inverse le point d'application de la chronicité. Le malade n'est plus si chronique que cela. Il n'est plus le simple dépositaire d'une entité morbide ayant son économie propre mais un être humain porteur d'une histoire. L'entité devient maladie au long cours, susceptible d'une perméabilité à la fois intrapsychique et sociale. L'étiquette diagnostique passe du sujet à l'institution. On interroge le pouvoir chronicisant de l'asile et au-delà sa contradiction structurale.

Je reprends Michèle Hugué, professeur de psychologie à l'université d'Amiens : Alors, comme l'affirme R. Roelens « ont commencé les avanies d'un mouvement constamment sujet à l'ensablement ». C'est dire que quarante ans de réflexions de réformes expérimentées ou projetées des pratiques institutionnelles, malgré la volonté constante de détruire ou de neutraliser la réalité asilaire, n'ont pu venir à bout des effets d'enfermement, d'oppression, d'inertie, de routine qui désignent la maladie asilaire et affectent simultanément les soignants et les soignés.

Les nouvelles réponses institutionnelles données à la maladie mentale témoignent de l'indépassabilité de la chronicité et de la multiplicité de ses formes. Les portes des asiles se sont

ouvertes, mais l'asile demeure comme un poids mort qu'on porte en soi, comme le lieu d'un découragement sur lequel on bute. D'un côté la folie oblige à faire le deuil de la toute-puissance engagée dans l'idée de guérison, d'un autre, les défenses qui répondent à cette impuissance deviennent des forces de mort qui font taire ou canalisent la folie, la répriment. C'est ce que manifeste l'histoire des réformes entreprises, faite de flux et de reflux, marquée de répétition, et où les changements semblent obéir avant tout à une logique du déplacement, mais où ce sont les mêmes cartes qu'on redistribue autrement.

Il faut rappeler que, dans le contexte français, les efforts entrepris depuis 1945 pour contourner et combattre les effets de l'enfermement ne se sont jamais inscrits, contrairement à l'expérience italienne, dans le choix clair d'une disparition de l'hôpital psychiatrique. L'asile, devenu hôpital psychiatrique à partir du Front populaire, même décrié reste un référent, un pôle agissant dans les tentatives faites pour le combattre. Il participe de ce fait aux formes nouvelles de chronicisation.

Les mouvements de réformes liés à la sectorisation, à la psychothérapie institutionnelle, au développement de structures intermédiaires, portent des contradictions dont le cœur est l'indépassable chronicité. Que cela soit à l'hôpital, en maison de cure long séjour, ou dans des espaces ouverts. Le projet thérapeutique est rendu inopérant par son processus de chronicisation : c'est toujours l'absence de vie et l'ennui qui dominent dans les prises en charge institutionnelles structurées autour de l'enfermement, de la routine hospitalière et de l'acharnement thérapeutique.

Nous voyons donc que deux idéologies se sont développées concernant la chronicité :

- Pour la première, la chronicité relève de la maladie et de son évolution,
- Pour la seconde, la chronicité est le pur produit de l'institution aliénante.

3- La Chronicité en pratique

L'analyse de J.P. Talpin *Fonction psychique de la chronicité*⁵ nous amène à déduire que les patients jugés chroniques pour l'institution psychiatrique sont :

- Les patients à hospitalisation longue qui bien souvent rechutent,
- Les patients qui reviennent régulièrement à l'hôpital,
- Les patients qui sont très régulièrement présents dans les CMP ou les lieux de prises en charge à temps partiel.

Ce qui revient à dire que tous ceux qui fréquentent les institutions psychiatriques de façon récurrentes, pour se soigner, sont, ou seraient, des malades chroniques. Nous ne pouvons que dénoncer une telle approche, précisément en tant qu'elle entrave l'accès au soin et la stigmatise.

Il faut aussi savoir qu'au plan national, les personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie faute d'un relais social ou médico-social occupent 26 % des lits d'hospitalisation complète⁶. On a pu évaluer qu'environ 17 % des personnes hospitalisées à temps complet en psychiatrie, le sont de façon inadaptée (détresse sociale, sdf..). Ce dernier chiffre provient d'une étude de la Cour des comptes de décembre 2011⁷ qui fait état d'un nombre d'hospitalisations inadaptées un jour j, de 10 000 hospitalisations, pour un nombre de 57 600 lits, sachant au surplus que ces lits connaissent un taux d'occupation proche de 100 %. Une étude de l'IGAS, beaucoup plus lointaine puisqu'en date de 1989, affirmait, quant à elle, que 45 % des placements psychiatriques de l'époque, étaient inadaptés.

Je n'ai pas trouvé de documents qui appuieraient cette idée, mais il ne serait pas étonnant de s'apercevoir que les patients aux long cours se voient être ceux qui reçoivent les traitements les plus lourds : isolement, électrochocs, neuroleptiques, coma insulinique, cure de sommeil... Ce que Nicole Maillard nomme « les aspects particulièrement violents et effets irréversibles du soin mental ⁸ ».

Nicole Maillard parle également « de la déshumanisation du malade mental par sa négation comme sujet et sa condamnation à ne jamais recouvrer son statut d'être humain par des « soignants » garants avant toute chose de l'ordre social ». Elle reprend pour ce faire l'analyse de Philippe Clément⁹ qui, précise-t-elle, dénonce « ... le détournement de la psychanalyse par la majorité des psychiatres, tous ou presque plus neurobiologistes, s'il était possible, que les fabricants de médicaments eux-mêmes ... ». Philippe Clément ironise ainsi sur le, « ... ô combien pervers, dédoublement de la personnalité de ces mêmes psychiatres : «... Quand le psychanalyste écoute la parole de l'autre, le psychiatre parle de l'autre, pour l'autre, et il ordonne. Quand l'un cherche à percevoir le sens des symptômes, l'autre n'a de cesse de les faire disparaître. Quand le psychanalyste tente de libérer une parole, le psychiatre la discrédite. » (Philippe Clément, cité par Nicole Maillard).

Je souhaite mettre en parallèle cette analyse d'une émission de radio que j'ai entendu il y a environ un an sur France Culture qui donnait la parole au Réseau d'entraide aux entendeurs de voix de Genève. Des personnes dites schizophrènes expliquaient en quoi l'expérience de la rencontre avec leurs voix, qu'offrait l'association, est fondamentale dans la connaissance d'eux-mêmes, de leurs traumatismes et de leurs symptômes et par là-même un facteur essentiel de leur possible guérison. L'un d'eux racontait comment il a découvert, en étant à son écoute, que telle voix était apparue suite à tel traumatisme. Un autre relatait que quand il prend ses médicaments il dit « au revoir » à ses voix, qu'il n'entendra plus. Cette rencontre avec ses symptômes montre ici le chemin qui mène au traumatisme, comme la somatisation montre le chemin du trouble psychique qui en est la cause.

En ce sens, la démarche psychiatrique qui consiste à empêcher les troubles en empêchant l'apparition et le maintien des symptômes est porteuse d'un effet chronicisant en maintenant le malade mental dans sa maladie et l'ignorance de sa cause.

4- La chronicité et la relation : soignant, famille, patient ¹⁰

« Il ne fait de doute pour personne que la [maladie mentale] est très souvent réputée durer tout le long de la vie » (...) «La chronicité est rapidement devenue dans la psychiatrie un des signes majeurs de sa description, sauf dans le cas des pathologies décrites par Henri Ey comme pathologie aiguës. (...) En un mot, la chronicité est une dimension basale de la maladie mentale. » (Pierre Delion¹¹).

La chronicité renvoie familles, usagers, soignants à leurs propres limites et nous allons voir que dans la façon dont elle est considérée, elle conduit à une résignation, à l'idée que le temps et l'action ne changent rien.

- Côté soignant

La conception psychiatrique selon laquelle la chronicité qualifie la maladie mentale implique que la fonction du soignant est de faire en sorte que « la chronicité en puissance ne devienne pas une chronicité en acte », pour reprendre les termes de G. Lantéri-Laura¹². De cette conception, il précise deux approches qui en découlent dans le traitement de la personne :

- Soit il est considéré que la chronicité est l'exception,

- Soit il est considéré que la chronicité est la règle : ce qui revient à dire que toute guérison n'est qu'apparente et qu'il faut prévenir l'apparition des troubles et le développement des symptômes. On voit vite à quelles dérives répressives cette conception peut mener.

Pour A. Michon, la chronicité renvoie les soignants à quelque chose d'anxiogène et de mortifère, d'angoissant dans le sens où quoiqu'ils fassent cela ne servira à rien, cela ne règlera pas le problème. Dans l'idée d'absence de guérison possible, il y a une condamnation de la personne et de la relation de soin, le soignant devenant un simple soutien ou accompagnateur.

La chronicité n'est pas dans l'air du temps et va à l'encontre d'une vision d'un monde héroïque, dans lequel les problèmes doivent être immédiatement résolus et le mal vaincu, avec efficacité, précision et rapidité.

Face à une certaine forme de chronicité toute tentative apparaissant vouée à l'échec, le thérapeute peut avoir une réaction dépressive par rapport à certains patients. Cette réaction dépressive due à l'échec, a pour corollaire la mise à distance du patient et le renforcement de la chronicisation.

- Côté famille

L'évolution progressive de la maladie permet aux familles de s'ajuster avec le temps mais les phases d'aggravation successives, forcent la structure familiale à modifier le rôle de chacun et à se réorganiser autour des soins de la personne malade. La famille doit faire face à l'absence de gratification dans les soins du fait de la confrontation à l'aggravation de l'état du patient. L'évolution chronique n'exclut pas la gravité et la survenue d'épisodes aigus tels que l'exacerbation de troubles comportementaux. Ces épisodes aigus risquent d'induire rejet et exclusion et dans ce sens contribuent à la chronicisation et à la pérennisation de l'hospitalisation.

- Côté patient

L'individu atteint est menacé dans son intégrité, dans la maîtrise de sa destinée, dans son autonomie. Il doit renoncer à l'image qu'il avait de lui-même pour se retrouver, se redéfinir dans une nouvelle réalité. Le diagnostic de maladie chronique est porteur de la notion de gravité et de durée des troubles. Il confronte au deuil de la guérison, à un pronostic fatal qui par son image d'incurabilité fait obstacle à tout espoir d'amélioration.

- La réinsertion sociale

La chronicité engendre souvent des hospitalisations à long terme et l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle suivie. L'impossibilité de réinsertion sociale dépend autant du contexte social que de la maladie elle-même.¹³ Il y a une condamnation de la personne à l'exclusion sociale qui chronicise. La question de la réinsertion sociale (indices extérieurs de la chronicité) est à creuser. Notamment la question du nombre de logements mis à la disposition des malades et plus particulièrement de ceux au long cours. Que des malades en situation de précarité sociale se retrouvent dépendants de leurs proches ou famille, en matière de logement, est certainement un facteur essentiel de ré-hospitalisation à la demande de ces mêmes proches.

La manière dont se conçoit la relation est donc une problématique essentielle dans le soin de la personne, et elle a des implications sur l'évolution de la maladie même.

Pour reprendre l'analyse d'A. Michon dans *Faire face à la chronicité : à propos de l'apprentissage des limites* : « Le handicap, la perte d'autonomie peuvent conduire à la perte des limites dans la relation à l'autre. L'inversion des rôles familiaux, la perte de l'identité de conjoint qui devient plus l'infirmier que l'époux, l'intrusion dans l'intimité de l'autre, la prise de possession de l'autre devenu dépendant, les prises de décision sans l'avis du patient, sont autant de conséquences qui conduisent à la perte des limites de la position et du rôle de chacun. Quand et jusqu'où intervenir à la place de l'autre ? Que peut-on lui laisser faire ? Si elle explique les troubles du comportement, la maladie ne doit pas excuser tout comportement. Le soignant doit faire la part de ce qui revient à la maladie et de ce qui revient aux processus d'adaptation de l'individu à sa maladie. Il a à se situer sans cesse sur la frontière entre laisser l'individu libre de ses choix et intervenir pour assurer sa protection. Ceci pose la question du pouvoir dans la relation d'aide dans le sens que nos actes ou décisions peuvent être conduits comme le souligne Guggenbühl-Craig «non pas par le désir d'aider mais par le désir du pouvoir et la satisfaction de rendre moins puissant l'assisté.»

L'évolution de la maladie dépend des cadres de prise en charge, des dispositifs de soins et de vie présents.

Conclusion

Je terminerai par ces mots de Nicole Maillard dans *Pour en finir avec la psychiatrie*¹⁴ : « Pierre Delion serait-il peiné s'il nous lisait et découvrirait que, tant que faire se peut, nous ne souhaitons pas plus être « chronicisés » que « sédimentés¹⁵ » ? Et que nous souhaiterions que les psychiatres, tous les psychiatres, y regardent à deux fois, que dis-je, à soixante dix-sept fois, avant de poser un diagnostic de chronique, a fortiori d'incurable, sur un malade. Le potentiel d'auto-guérison d'un sujet est souvent bien plus grand qu'il n'y paraît et il suffit parfois d'un peu de confiance accordée pour que se réveillent les énergies les plus endormies. »

¹ Dictionnaire de la Psychiatrie des éditions du CILF.

² G. Lanteri-Laura - « *La chronicité dans la psychiatrie moderne française* » - Chap. 2 *Origine de cette conception de la chronicité* - 1972 - http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ahess_0395-2649_1972_num_27_3_422522

³ On trouve également cette notion chez le criminologue italien du 18ème siècle Cesare Beccaria.

⁴ Michèle Huguet - *Espace imaginaire et chronicité institutionnelle*- <http://www.u-picardie.fr/labo/curapp/revues/root/17/huguet.pdf>

⁵ *Fonction Psychique de la chronicité* par J.P. Talpin dans *Soin et psychose : question de temps*- sous la direction de H. Bokobza, J. Mornet, D. Valmier - Edition L'Harmattan.

⁶ *Les patients au long cours* - Partage Santé.

https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.parhtage.sante.fr%2Ffre7%2Ffidf%2Fdoc.nsf%2FVDoc%2FE28A28FE7E6CC075C12570D5005E29D9%2F%24FILE%2FLes%2520patients%2520au%2520long%2520cours%2520def.doc&ei=J1TqUbnWC83jO56_gaAL&usg=AFQjCNEwZNF8K1pKMr-LDiLLW8NbRFPMQ&sig2=qpYCO2BC1dlbERdnhBrb-A&bvm=bv.49478099,d.ZWU

⁷ *L'organisation des soins psychiatriques* - Rapport de la Cour des comptes de décembre 2011 - <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/L-organisation-des-soins-psychiatriques>,

⁸ *Pour en finir avec la psychiatrie. Des patients témoignent* - Editions Libertaires, juin 2008.

⁹ Philippe Clément – *La Forteresse psychiatrique* – Ed Flammarion-Aubier – 2011.

¹⁰ A. Michon - *Faire face à la chronicité : à propos de l'apprentissage des limites* – Revue médicale suisse - <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=23901>.

¹¹ *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui, Historicité et institutions*. Sous la direction de Pierre Delion - Ed Erès – 2004.

¹² G. Lanteri-Laura - « *La chronicité dans la psychiatrie moderne française* » - *Chap. 1 Situation de la notion de chronicité dans la psychiatrie contemporaine* –

1972 http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ahess_0395-2649_1972_num_27_3_422522

¹³ Idem.

¹⁴ *Pour en finir avec la psychiatrie. Des patients témoignent* - Editions Libertaires - juin 2008.

¹⁵ « La distinction fondamentale entre le concept de "chronicité" consubstantiellement lié à celui de maladie mentale et l'avatar de sa non prise en compte, "la sédimentation". Cette utile différenciation permettait de mettre en avant l'importance de quitter l'organisation asilaire pour aller vers la psychiatrie de secteur, et d'accueillir les patients porteurs de symptômes comme des sujets avec lesquels mettre en place une aide tout le temps nécessaire, avec le projet affiché de ne pas laisser se "sédimer" les patients chroniques par absence de prise en charge adaptée. » P. Delion – *Hommage à Lucien Bonnafé* -

<http://www.carnetpsy.com/Library/Applications/Article.aspx?cpald=552>