

La place conférée en pratique aux patients par la psychanalyse et par la psychopharmacologie : une enquête comparée dans deux services psychiatriques

par Nicolas Dodier et Jacqueline Sandra

du Groupe de sociologie politique et morale (CNRS/EHESS)

LES transformations de la place des patients dans les services de psychiatrie s'inscrivent aujourd'hui dans le cadre d'un mouvement global qui concerne la médecine dans son ensemble. Une « médecine des preuves » de type participatif tend à devenir, au moins officiellement, la référence dans plusieurs secteurs de la médecine. Elle inspire une bonne part des textes administratifs et législatifs édictés depuis les années 1990. Ce nouveau modèle articule deux types de dispositifs. Il promeut tout d'abord des modes d'évaluation des traitements qui suivent les canons aujourd'hui institués de l'*evidence-based medicine*. Il valorise par ailleurs une participation des patients aux soins les concernant, à travers une meilleure communication des informations, le partage de décisions, et de nouvelles formes de représentation des patients dans les instances décisionnaires.

La psychopharmacologie et la psychanalyse réagissent de façon très contrastée à ces évolutions. Une bonne part de la psychopharmacologie se prévaut aujourd'hui de sa capacité à s'inscrire dans cette approche « participative » des soins. Les nouvelles alliances entre laboratoires pharmaceutiques, psychiatres, et associations de patients ou de familles de patients, autour d'une psychiatrie des preuves de type participatif, en lien avec la psychopharmacologie, mais aussi avec les thérapies cognitivo-comportementales, incarnent aujourd'hui, pour certains, l'image du nouvel usager des services de santé mentale.

La psychanalyse affiche clairement une distance critique vis-à-vis de ce mouvement. Elle véhicule une conception de l'objectivité et de la scientificité fort éloignée des canons sur lesquels repose aujourd'hui la médecine des preuves. Elle critique notamment l'attachement inconditionnel de celle-ci aux essais contrôlés randomisés comme base incontournable d'une évaluation scienti-

fique. Le type de travail que la psychanalyse engage vis-à-vis des patients la conduit par ailleurs à revendiquer une approche critique du modèle contractuel d'autonomie qui soutient de nombreux dispositifs de participation des patients.

Ces positions se sont exprimées depuis une vingtaine d'années au fil de controverses marquantes. Les polémiques autour du DSM (*diagnostic and statistical manual of mental disorders*) en constituent un exemple important. Les tensions ont été récemment relancées en France par les confrontations autour du statut légal des psychanalystes et des psychothérapeutes, et autour de l'expertise collective de l'Inserm relative aux psychothérapies. Lors de ces polémiques, chaque camp s'est appuyé sur des images souvent schématisées des pratiques psychanalytiques ou psychopharmacologiques. Des tentatives ont été faites pour les évaluer, dans des conditions elles-mêmes âprement discutées.

Malgré l'ampleur de ces polémiques, on ne dispose pas actuellement de comparaison approfondie, compréhensive, des pratiques, c'est-à-dire attentive à bien cerner, sur la base d'observations empiriques précises des situations concrètes, la nature des visées que les différents acteurs (psychiatres, personnel soignant, patients notamment) associent à ce qu'ils font. Une comparaison de ce type est exigeante et difficile. Elle suppose notamment, pour réaliser de bonnes descriptions, de mettre entre parenthèses certaines conceptions que l'on peut avoir *a priori* sur des sujets essentiels (science, autonomie, démocratie, objectifs de la psychiatrie), pour être véritablement attentif à la manière dont les acteurs travaillent eux-mêmes ces questions.

C'est dans cette perspective que nous avons entrepris une enquête dans deux services hospitaliers, d'obédience théorique contrastée. La question qui nous a guidés était la suivante : en quoi, et jusqu'à quel point la place conférée

concrètement aux patients dans chaque service s'avère influencée par les différences qui existent entre les approches psychodynamiques et psychopharmacologiques?

Du débat public à l'observation des pratiques concrètes

Le service psychopharmacologique s'avère dans les faits beaucoup plus proche que son homologue de tendance analytique, de tout l'univers construit autour d'une psychiatrie des preuves de type participatif. Il est tout d'abord plus lié aux laboratoires pharmaceutiques. Il s'approprie, par ailleurs, plus facilement les outils d'évaluation imposés par les administrations hospitalières et sanitaires. La communication de l'information sur le diagnostic, si elle est loin d'être systématique en psychopharmacologie, est néanmoins plus aisée, car moins dramatisée. Du fait même des nouvelles classifications en vigueur, on informe désormais la personne de troubles qui sont en quelque sorte dissociés d'elle-même, de ce qui la constitue.

C'est une différence très importante avec les pratiques d'inspiration psychanalytique, notamment lacaniennes, qui travaillent avant tout sur la «structure psychique» des personnes. Donner une information sur cette structure, c'est viser directement la personne elle-même, dans ce qu'elle a de plus profondément établi. En s'appuyant sur une distinction entre les troubles et la personne, la psychopharmacologie contemporaine travaille avec un modèle de patient assez proche en définitive du type de participation conçu dans certaines spécialités autour du malade chronique. Elle se donne pour tâche d'informer les patients de façon relativement complète sur leurs symptômes et sur leurs traitements, afin qu'ils puissent par eux-mêmes être en mesure de les gérer.

Les familles «participent» plus aux soins dans le service psychopharmacologique. Du point de vue de ce service, l'entourage du patient est un relais pour agir et informer sur la vie quotidienne des patients. Les familles sont volontiers placées en face de leurs responsabilités concernant la prise en charge des patients, même si celles-ci sont coûteuses à assumer. Elles sont sollicitées par les membres du service pour les aider à objectiver la réalité de la vie quotidienne

des patients, surtout lorsque les dires de ceux-ci semblent sujets à caution. Enfin, les familles sont mobilisées, individuellement ou collectivement, pour rassembler une meilleure connaissance des effets des traitements, et pour créer à domicile les conditions d'une meilleure observance des prescriptions de la part des patients. L'entourage du patient est considéré avec nettement plus de prudence, voire de distance, par le service analytique. Les liens entre certaines personnes proches des patients, et les membres du service, peuvent certes s'avérer parfois très étroits, mais dans un tout autre cadre que celui construit en pharmacologie; car l'entourage du patient est placé ici, beaucoup plus que dans le cas précédent, sous le regard clinique des psychiatres-psychanalystes et de l'équipe, soucieux d'identifier en quoi et jusqu'à quel point les dynamiques familiales jouent un rôle dans la pathologie du patient.

Le service de psychopharmacologie présente par ailleurs un souci plus immé-

diat de «réinsertion sociale» du patient. Une réinsertion rapide est même l'un des objectifs primordiaux. Comparativement, les hospitalisations sont ainsi plus longues dans le service analytique. On attend en effet dans ce service, avant de concrétiser une aide à la réinsertion, que le patient soit déjà engagé dans une réflexion suffisante sur soi. Si la réinsertion est jugée importante, elle n'est pas l'objectif du service «avant toute chose». Le recours à des prestations sociales telle l'Allocation adulte handicapé n'est bien sûr pas absent, mais il fait l'objet d'interprétations prudentes et mesurées, ajustées au souci de délier les nœuds familiaux qui peuvent s'y greffer.

Tous ces éléments tendent à confirmer le profil d'une psychopharmacologie globalement plus attentive à construire une médecine «participative», au sens actuel du terme, et plus ouverte sur la cité, à travers une problématique de la réinsertion. Le niveau de participation des patients reste néanmoins assez bas par

Méthodologie et présentation du terrain

Nous avons opté pour une méthode ethnographique, basée sur un terrain approfondi dans chacun des deux services. Nous nous sommes par ailleurs limités dans le cadre de cette enquête aux hospitalisations en placement libre. Les hospitalisations sous contrainte ouvrent en effet sur des questions sensiblement différentes concernant la place et l'autonomie des patients, et méritent un travail particulier.

Le service psychanalytique est d'obédience lacanienne, il s'appuie notamment sur la théorie des psychoses développée par Jacques Lacan. Il s'agit d'un service sectorisé. Les patients relevant du secteur psychiatrique sont d'abord vus aux urgences qui les adressent ensuite vers le service dont ils dépendent. Il s'agit donc d'une population variée ne reposant pas sur des types de pathologies spécifiques.

Le service d'inspiration psychopharmacologique est un service hospitalo-universitaire qui reçoit à la fois des patients sectorisés et non sectorisés adressés directement par des confrères. Dans ce dernier cadre, il s'agit de prises en charge relevant de réseaux de professionnels, ou nécessitant un recours à des outils thérapeutiques essentiellement disponibles dans un service hospitalo-universitaire (sismothérapies par exemple). Les patients non sectorisés sont généralement issus d'un milieu social plus élevé ou disposent d'appuis relationnels que l'on rencontre plus rarement pour les patients sectorisés. Les lits d'hospitalisation pour les patients sectorisés représentent dans ce service la moitié des lits disponibles.

Les observations que nous avons réalisées portent sur les soins psychiatriques courants. Nous nous sommes donc centrés sur les patients hospitalisés dans les unités de placement libre, et diagnostiqués par les médecins comme souffrant de dépression ou de schizophrénie. Dans le service psychopharmacologique, nous avons réalisé des observations de 6 mois au sein d'une unité de bilan diagnostique et thérapeutique. Par la suite, nous avons réalisé des observations de 6 mois dans une autre unité de ce service où était pratiquée une psychiatrie de secteur. Dans le service psychanalytique, nous avons réalisé des observations sur une période d'un an dans l'unité de placement libre. Pour ces deux services, nos observations ont porté sur les soins infirmiers apportés au patient, et sur les consultations médicales. Nous avons également participé aux séminaires proposés dans chaque service afin de mieux appréhender les expertises propres à chacun d'entre eux. Enfin, nous avons participé aux réunions de synthèse de chaque service, afin d'analyser les questions que pose chaque cas à l'ensemble des intervenants tant au niveau médical, paramédical, qu'administratif (concernant notamment l'après-hospitalisation).

rapport à ce que l'on peut observer dans d'autres spécialités médicales. Mais elle place clairement la pharmacologie « au-dessus » de la psychanalyse dans le mouvement vers la participation. Cette observation est importante mais elle ne doit pas cacher l'essentiel. En effet, en projetant les deux mondes de soins sur une échelle externe de la participation, on échoue à saisir de façon compréhensive chacune des options proposées – ce que nous pouvons appeler, dans chacun des cas, la « politique du patient » mise en œuvre. Nous en aborderons ici deux dimensions : la conception de l'autonomie et le statut attribué au monde social ordinaire.

Deux conceptions de l'autonomie

On est souvent tenté de considérer l'autonomie comme une notion simple, unidimensionnelle, facilement évaluable. Une telle attitude fait l'impasse sur une caractéristique majeure de nos sociétés : l'existence de différences profondes entre les acteurs (et notamment entre les psychiatres), sur le sens même que l'on peut donner à cette notion, et sur les exigences qui sont associées à l'autonomisation des individus. Cette variabilité de la notion d'autonomie ressort clairement de notre enquête.

L'autonomie déléguée

La politique du patient véhiculée dans le service psychopharmacologique vise globalement la construction, chez le patient et son entourage, de ce que nous proposons d'appeler une autonomie déléguée par les spécialistes. Il s'agit pour ceux-ci d'informer et d'enseigner. Cette attitude « pédagogique » est destinée à construire des acteurs plus compétents dans la gestion quotidienne des symptômes et dans l'usage des médicaments. Familles et patients sont ainsi incités à être actifs, mais sur la base de connaissances, d'outils, et de règles conçus et diffusés par les spécialistes. La légitimité de ces connaissances psychiatriques s'appuie sur les outils de l'*evidence-based medicine* et sur la référence aux publications internationales.

À cette autonomie par délégation s'articule un régime de parole spécifique, basé là encore sur des protocoles de questionnement précodifiés, construits par les spécialistes. Le patient n'est pas particulièrement invité à s'engager dans un travail personnel d'élaboration discursive,

mais à répondre à des questions précises, selon le langage et les outils qui lui sont proposés par les spécialistes. Ce régime de parole s'articule avec un usage des traitements assez offensif. La forte dissymétrie des compétences entre les psychiatres et les patients (ou les familles) concernant les dernières molécules tend à restreindre l'opportunité de négociations en cas de refus de traitement.

Dans cette conception de l'autonomie, la famille joue un rôle essentiel. On peut dire que le service pharmacologique que nous avons étudié prend véritablement appui sur la famille, ou sur l'entourage du patient, pour mieux guider sa conduite, et recueillir sur lui les informations nécessaires. La « démocratisation des soins » ainsi promue est une démocratie que l'on peut dire familialiste, où les pouvoirs et responsabilités conférés au quotidien à la famille sont essentiels. Cette conception de l'autonomie s'articule avec une appréhension de la schizophrénie comme maladie « déficitaire ». L'objectif est d'étayer l'existence du patient par des appuis institutionnels (Centre médico-psychologique, Allocation Adulte Handicapé notamment), dans une approche qui tend à définir la situation en terme de « handicap ».

L'autonomie réflexive

À l'autonomie déléguée de la pharmacologie, se substitue dans le service psychanalytique une autonomie réflexive c'est-à-dire une capacité du patient à adopter une attitude réflexive vis-à-vis de ses désirs de premier ordre. Cette autonomie suppose l'accès à une parole en prise sur l'inconscient. Cette posture est beaucoup moins « familialiste » que la précédente, puisque les patients sont conçus avant tout dans leur singularité, et que les familles sont elles-mêmes placées sous un regard clinique vigilant. Les opérations qui sont centrales pour la construction d'une autonomie pharmacologique déléguée (livraison d'informations au patient, pédagogie des connaissances biomédicales) perdent ici de leur pertinence, et ne sont clairement plus au cœur des interventions. D'où l'image très ambivalente du service psychanalytique par rapport à la participation ; celui-ci véhicule une pratique peu participative vis-à-vis de critères aujourd'hui usuels (par exemple l'information, la divulgation des connaissances), mais il est en même temps très soucieux de mobiliser les personnes dans une dyna-

mique où, moyennant un guidage ajusté par le psychanalyste, celles-ci puissent devenir elles-mêmes les auteurs d'un certain nombre de découvertes sur leur propre histoire et sur leur inconscient. C'est ce genre d'ambivalence qu'une projection abrupte sur une échelle de participation fait disparaître. Dans ce régime de parole, les techniques d'intervention directe sur le cerveau sont bien présentes, mais toujours rapportées à cette volonté spécifique d'autonomisation des patients : les sismothérapies sont prescrites avec plus de circonspection qu'en pharmacologie ; certains médicaments sont utilisés pour débloquer la parole.

Si la place du patient dans les services psychiatriques fait l'objet de nombreux débats publics et se trouve au centre d'une politique publique de santé mentale ; elle fait également l'objet de politiques en pratique, c'est-à-dire de tout un ensemble d'activités quotidiennes, portées par des conceptions et des contraintes locales que les acteurs du débat public ont eux-mêmes parfois des difficultés à saisir.

Cet accent sur la parole donne parfois à la pratique analytique une dimension plus « participative » que la pratique pharmacologique concernant l'usage des traitements au regard des critères usuels. En raison d'un certain détachement à l'égard des dispositifs propres à la psychiatrie des preuves, la négociation des traitements en cas de refus du patient s'avère ainsi globalement plus fréquente en psychanalyse ; les psychiatres étant moins attachés que dans le monde pharmacologique à imposer les combinaisons de molécules tenues pour les plus efficaces au vu des derniers essais contrôlés publiés dans les revues internationales. Dans cette logique, le patient est suivi par le même médecin-psychanalyste, élément central pour un travail analytique sur la parole. Les formes de négociation individualisées autour des traitements s'établissent ainsi plus facilement sur le long terme qu'en psychopharmacologie, où le protocole de soins constitue l'outil de base d'une relation moins

personnalisée, dans laquelle différents psychiatres sont susceptibles de se succéder auprès du même patient. Cette approche de l'autonomie s'inscrit dans une approche de la schizophrénie comme « structure ». Les médecins de ce service considèrent en un sens que la parole peut permettre d'opérer un travail de même ampleur que l'étayage institutionnel chez les médecins du service psychopharmacologique.

Deux statuts du monde social ordinaire

L'idée qu'il existe un monde « ordinaire », et des situations de rupture face à lui, fait partie de nos catégories usuelles, même si la notion de monde ordinaire se laisse difficilement appréhender. Deux significations au moins sont attachées à cette notion, en lien avec les troubles mentaux. On peut considérer, tout d'abord, que ces troubles créent chez les personnes des situations de rupture par rapport à une manière ordinaire d'être dans le monde et d'interagir avec autrui. On rejoint le niveau du *taken for granted* des situations ordinaires, sur lequel l'ethnométhodologie a tant mis l'accent. Ce qui est ici au centre, ce sont les conditions permettant l'intersubjectivité. On peut considérer, par ailleurs, que les troubles mentaux peuvent susciter des ruptures par rapport à ce qui nous apparaît cette fois-ci comme le monde social ordinaire. Notion elle-même complexe, mais qui témoigne de l'existence de jugements communément partagés sur les rôles et les statuts en vigueur dans la société: l'existence d'une hiérarchie sociale dominante; l'existence de rôles sociaux qui marquent, d'une façon usuelle, notre insertion dans la société (le travail, les rôles familiaux notamment). C'est à l'égard de ce monde social ordinaire que les mondes de soins psychopharmacologiques et psychanalytiques présentent des positions contrastées.

La politique psychopharmacologique du patient adhère au monde social ordinaire. Cette adhésion se manifeste tout d'abord par le souci de réinsertion rapide du patient. Les intervenants cherchent à limiter cette parenthèse que constitue, *via* l'hospitalisation, la mise à l'écart de la société, pour retrouver les rôles sociaux normaux. Le contenu de ceux-ci n'est pas soumis à la critique; il s'agit du monde « normal », dont l'existence paraît évidente. L'insertion est un objectif en tant que tel.

La politique psychanalytique du patient propose au contraire des leviers critiques pour se distancer, jusqu'à un certain point, du monde social ordinaire. L'objectif majeur visé par le service psychanalytique (produire un patient capable de produire du sens) n'est pas dérivé du monde social ordinaire. Le type de normativité véhiculé par le service psychanalytique présente une autonomie relative vis-à-vis de ce monde. Cette particularité du service analytique est particulièrement visible dans l'examen des prises de position par rapport à la réinsertion sociale des patients. Elle est beaucoup plus prudente que dans l'autre service, attentive à la façon dont des décisions de réinsertion s'insèrent dans toute une dynamique psychique inconsciente.

Une approche sociologique des politiques du patient en pratique

Si la place du patient dans les services psychiatriques fait l'objet de nombreux débats publics et se trouve au centre d'une politique publique de santé mentale, elle fait également l'objet de politiques en pratique, c'est-à-dire de tout un ensemble d'activités quotidiennes, portées par des conceptions et des contraintes locales que les acteurs du débat public ont eux-mêmes parfois des difficultés à saisir. C'est un objectif important de la sociologie que de rendre visible ce niveau des pratiques, à travers une appréciation qui se veut, par méthode, compréhensive. Cette approche se distingue des méthodes d'évaluation généralement en cours. Celles-ci se réfèrent le plus souvent au cadre préconçu et institutionnellement dominant de la médecine des preuves de type participatif, et c'est sur cette base qu'elles jugent des pratiques psychiatriques, à partir de critères externes (efficacité thérapeutique jugée à partir de classifications préétablies; degré de participation du patient). Une approche de sociologie compréhensive se distingue également des réactions psychanalytiques qui, contre les précédentes, s'appuient sur une conception d'emblée antagoniste de l'objectivité, du sujet, de la pratique, et des conditions dans lesquelles peut se construire une parole légitime à leur sujet. Il ne s'agit pas pour autant d'un appel syncrétique à la complémentarité des approches, comme y engagent aujourd'hui de nombreuses instances professionnelles en psychiatrie. L'approche sociologique cherche en défi-

nitivité à construire un autre regard en essayant d'explicitier, dans un souci de clarification du débat, et pour le rendre plus réaliste, les visées que les acteurs donnent eux-mêmes à leurs actions, et la nature des tensions qu'ils rencontrent effectivement dans leurs pratiques quotidiennes, à l'intérieur des cadres normatifs ainsi définis. En amont donc de ce qui serait une évaluation abrupte du degré de participation des patients aux soins psychiatriques, nous avons souhaité esquisser ici en quoi la place conférée aux patients dans chacun des services examinés lors de notre enquête s'inscrit dans des visées d'autonomisation difficilement réductibles l'une à l'autre, et dans des rapports différents au monde social ordinaire.

Un déroulement plus complet des observations réalisées dans chacun des services, au-delà d'une présentation qui se veut ici liminaire et exploratoire, devrait permettre d'apporter des éclairages complémentaires, notamment sur l'organisation des relations au sein des équipes, sur les modalités de formation du personnel, ou sur la gestion des conflits avec les patients. Mais il conviendra également de pousser plus loin l'enquête en examinant la façon dont les patients eux-mêmes réagissent aux différentes politiques auxquelles ils sont confrontés. C'est alors une sociologie comparée de l'expérience qu'ont les personnes de la psychanalyse ou de la psychopharmacologie, dans le cadre des différentes possibilités qui leur sont aujourd'hui offertes pour s'engager dans un travail sur soi, qui devrait permettre d'étudier plus avant les implications pratiques de ces deux modes contrastés d'intervention sur autrui. ■

dodier@ext.jussieu.fr
Conv. MiRe n° 20/02