

# Les PSYCHOSES ÉMERGENTES : un remaniement de diverses frontières

Suzanne Parizot



© S. Parizot

Ce numéro 3-2019 de *L'Information Psychiatrique* est consacré à la question des PSYCHOSES ÉMERGENTES et de l'organisation d'une prise en charge spécifique. Cette question a entraîné de multiples et brillantes interventions aux 37<sup>es</sup> Journées de la Société de *L'Information Psychiatrique* à Antibes du 4 au 7 octobre 2018, dont certaines sont déjà parues dans le n° 2, tandis que d'autres sont présentées dans ce numéro 3. Le succès de ces Journées rend inutile de redire l'importance du problème et la nécessité urgente d'un mouvement français. Il nous faut juste rendre compte des témoignages concordants des participants (nombreux) à ce congrès : la motivation est très importante parmi les psychiatres publics et leurs équipes, pour une mobilisation efficace et ciblée sur la problématique de troubles naissants d'allure psychotique. Ces situations cliniques suscitent maintenant un espoir thérapeutique avec l'idée de la construction d'un vaste projet à la fois thérapeutique et préventif, qui pourrait éviter à ces patients, adolescents ou jeunes adultes, d'entrer dans le cursus des psychoses déclarées, si ce n'est d'être mieux soignés avant la survenue des multiples détériorations (mentales et sociales). Ce serait pouvoir – et devoir – aider une population de jeunes gens – dont les troubles vont du malaise existentiel au suicide inexpliqué, en passant par le franc délire paranoïde – grâce à une intervention précoce, rapide, adaptée permettant à beaucoup de ne pas avoir à endosser un diagnostic de « psychose au long cours » et à d'autres de ne pas attendre pendant des mois ou des années dans la non-considération de leurs difficultés en l'absence de tout soin (diminuer la fameuse « *Duration Untraited Psychosis* » analysée dans la plupart des articles scientifiques actuels).

Les participants aux Journées d'Antibes, cet automne, semblaient habités d'un dynamisme nouveau ; les soignants prenaient plaisir à parler de soin ! On a pu réfléchir à notre travail de psychiatres, à notre envie de mieux repérer et soigner ces jeunes patients, et envisager l'élan à poursuivre pour abolir ou amodier certaines frontières. Car, une fois de plus, la discipline psychiatrique, que nous connaissons comme un carrefour de divers champs de savoirs et de pratiques, est appelée à travailler sur des zones « frontalières » transformant ce qui pourrait être des murs en espaces nouveaux de co-existence, de compréhension, de collaborations. . .

## Un assouplissement des « frontières » culturelles

Une première réalité constatée concerne le sens habituel, géographique, du terme « frontière » ; les équipes françaises ont pris connaissance des expériences australiennes, suisses, anglaise, allemande, canadienne, américaine. . . En effet, la problématique du développement de prises en charge spécifiques, et le plus tôt possible, de jeunes sujets avec des troubles d'allure psychotique, est au centre d'une véritable dynamique internationale de projets et d'organisations, nommée « *early psychosis* ». Depuis des années, certains d'entre nous (en 2005, le premier séminaire franco-suisse sur les « psychoses émergentes » avait accueilli à l'hôpital Saint Jean de Dieu, à Lyon – et déjà sous l'égide de la SIP, Société de *L'Information*

**Correspondance** : S. Parizot  
<parizotrs@aol.com>

*Psychiatrique* – le psychiatre australien, pionnier de cette question, Patrick Mc Gorry), ont réfléchi aux meilleures manières d’aborder ces troubles le plus tôt possible, et pris connaissance de l’avantage démontré des dispositifs spécifiques pour des troubles que nous nommerons « PSYCHOSES ÉMERGENTES », en écho au mouvement « *early psychosis* ». Ces réflexions et données ont, lentement (c’est vrai que nous croyons facilement que l’Hexagone est le centre du monde !), mais sûrement, diffusé, dans la psychiatrie française, en particulier parmi les psychiatres publics attachés à la pratique de la « psychiatrie de secteur ». Aujourd’hui, quelques-uns ont créé des dispositifs adéquats avec des équipes dynamiques, et beaucoup ont des projets qui s’inspirent de diverses expériences étrangères (voir la série d’articles « psychoses émergentes »<sup>1</sup> dans *l’Information Psychiatrique*, avant le congrès en 2017 et 2018, puis dans les n°2 et 3-2019). Pendant les Journées d’Antibes, les praticiens français ont pu discuter, confronter leurs expériences avec celles mises en œuvre dans d’autres pays. Il y avait une grande curiosité vis-à-vis des PRATIQUES cliniques, de la possibilité d’adapter les méthodes préconisées ailleurs, en profitant de la longue expérience française de travail dans les secteurs, avec nos diverses possibilités de créer des lieux d’accueil, d’engager la confiance, d’encourager l’insertion scolaire ou familiale, de s’appuyer sur des équipes mobiles (rendez-vous dans les prochains numéros 4 et 6 de *l’Information Psychiatrique* pour les dossiers « Équipes mobiles en psychiatrie : actualités et perspectives »). On a donc comparé les pratiques de nos amis étrangers, en particulier celles qui paraissent innovantes (les *case manager*) avec celles qui sont en cours de développement dans divers coins de France.

Officialisant cet intérêt transfrontière, on lira dans ce numéro 3 de la revue l’article coordonné par le Lausannois Philippe Conus, revenu du congrès de l’IEPA à Boston, avec d’autres auteurs (dont la Française Marie-Odile Krebs) qui précise la création d’une branche francophone de l’IEPA (International Early Psychosis, association qui existe depuis 1996) à laquelle la Société de *l’Information Psychiatrique* va formellement participer.

## Les murs institutionnels

S’inspirer des expériences étrangères est bien mais nous devons aussi profiter de notre situation nationale : depuis longtemps déjà, l’habitude a été prise des soins extra-institutionnels, à domicile, dans la cité... en particulier pour les patients psychotiques. (On peut cependant remarquer le déclin actuel de ces prises en charge à cause de leur non-reconnaissance budgétaire, économies ridicules depuis une vingtaine d’années, qui ont fait l’impasse sur le volet prévention et reporté les soins, devenus plus tardifs, pour des patients devenus plus lourds, obligeant à des hospitalisations souvent urgentes et forcées...) Cependant, les psychoses au long cours, qui ont été l’objet central de la psychiatrie publique depuis des décennies, ont largement profité des meilleurs soins grâce à l’organisation sectorielle (le secteur inventé après la guerre pour contrer la catastrophe des psychotiques internés avait créé toutes les recommandations pour des prises en charge extrahospitalières, bien avant la plupart des autres pays). Les psychiatres publics, avec leurs équipes soignantes, puis l’aide de multiples structures médicosociales, sans oublier les groupes de patients ou de familles, ont donc développé, dans notre pays, une palette remarquable de soins et d’étayages. Ces soins ne sont pas, malgré les propos des ignares, des grincheux ou des jaloux, « hospitalo-centrés » mais organisés sur le

<sup>1</sup> Pour rappel, voir l’encadré « “Série Psychoses émergentes” : 11 articles parus entre mai 2017 et septembre 2018 » paru page 79, en fin d’éditorial : Pascal JC, Trémène T. Où l’on voit que la psychiatrie rit jaune. *L’Information psychiatrique* 2019 ; 95 : 75-9.

principe du franchissement des murs (hospitaliers), et d'un travail, déjà, dans une zone « frontalière » entre prévention, suivi et soins. Actuellement, cette organisation sectorielle de la psychiatrie publique est même largement « dépsychiatisée » ; les diverses structures aidantes sont de plus en plus aux mains d'acteurs sociaux divers ou des malades eux-mêmes, avec l'extension des idées de déstigmatisation, de réhabilitation, d'inclusion, d'« empowerment ».

L'attachement au secteur, défendu par les psychiatres publics, en particulier au sein du groupe de *l'Information Psychiatrique*, n'est pas un dogme idéologique mais une expérience professionnelle inégalée, partagée et partageable, qui a été inventée par des psychiatres motivés, plus soucieux de l'évolution de leurs patients et de la santé publique que de leur carrière ou de leur renommée narcissique ; ils voulaient franchir les murs, faire tomber ceux de l'asile et créer de nouvelles manières de soigner... Ces bases historiques ont été enrichies ensuite par une multitude de pratiques et d'adaptations aux réalités de terrain. On peut résumer la « **politique de secteur** » **comme le développement systématique de la prise en charge variée des problèmes psychiatriques, permettant au patient, grâce à la continuité d'une équipe géographiquement localisée sur son territoire de vie (géographique, familial et social ... donc le moins possible hospitalier ou institutionnel), de se repérer dans une trajectoire historique personnelle.** Dès la première circulaire de 1960, les mesures proposées concernaient la création d'équipes pluridisciplinaires coordonnées sur tout le territoire français avec des lieux et des techniques extrahospitalières (demeurant en lien avec les hôpitaux – et c'est cela l'originalité française incomprise et caricaturée par certains) qui laissait place à la possibilité d'invention de toutes sortes de dispositifs de dépistage, de soins, de suivis... Cette politique s'est poursuivie en sourdine (et de manière inégalitaire selon les politiques locales), malgré les restrictions budgétaires et l'inflation administrative qui ont paralysé les initiatives des soignants depuis une bonne vingtaine d'années. Il faut reconnaître que, à l'étouffement économique du dynamisme potentiel de cette psychiatrie « ouverte », a répondu le découragement de beaucoup et parfois, hélas, l'érection de nouveaux murs de type réglementaire prenant appui sur le pragmatique découpage géo-démographique des secteurs, pour justifier des refus de soin scandaleux, au nom même de la « sectorisation ».

En espérant un toilettage légal et administratif actuellement nécessaire avec l'évolution démographique et la modification des moyens de communication, il est temps de rappeler que le « secteur » psychiatrique est riche de l'expérience accumulée par l'utilisation de tous ces outils variés pour aider des personnes présentant des manières d'exister les rendant inaptes à vivre avec les autres, et à faire face aux réalités ; il faut donc absolument se servir directement de cette politique de secteur pour les nouveaux cas « émergents ». Les techniques, structures, groupes thérapeutiques, tels qu'employés depuis des années, sont une chance pour les PSYCHOSES ÉMERGENTES, permettant un vrai dispositif « *early psychosis* » à la française, pour de nombreux jeunes gens, et ceci sur tout le territoire.

## Frontières diagnostiques

Pour cela il faut franchir encore quelques « frontières » : au lieu de penser soins aux psychotiques, aux schizophrènes, aux bipolaires, etc. il faut repenser aux rigidités induites par les catégorisations diagnostiques.

D'abord, la frontière entre une existence pathologique et la « normalité » est floue, mouvante ; les psychiatres savent particulièrement que les « pathologies » sont aussi des phénomènes humains partagés et

partageables par chacun, aussi normal qu'il croit être. La grande différence vient de l'enfoncement dans la répétition stérile qui rend les « malades » incompétents à toute adaptation, aux mouvements de la vie (biologique ou sociale), qu'on l'appelle perte de la plasticité cérébrale ou fixation dans des mécanismes de défense archaïques.

L'actualité de la problématique des psychoses émergentes nous remet dans un courant de pensée stimulant : il faut s'occuper des frontières ; ces symptômes de « transition » entre psychose et normalité adolescente, préfigurant ou copiant diverses pathologies, ne doivent pas être considérés comme des murs enfermant le sujet dans des critères diagnostiques, mais comme des zones mouvantes, perméables, aménageables... Pour cela, nous insisterons sur le choix du terme « **ÉMERGENTE** » plutôt que « débutante », car il laisse l'avenir ouvert, ne figeant pas les patients dans un avenir de malades chroniques. Pour les cliniciens, il y a une possible reprise historique du pessimisme ambiant, avec une reprise de recherches et nouvelles inventions de soins plus efficaces. Aujourd'hui, nous voyons que diverses tâches de socialisation, de réhabilitation, initiées par la psychiatrie, sont même, avec bonheur et avec l'approbation de la société, supportées autrement, nous laissant parfois dans le sentiment de perte d'outils patiemment conçus. Enfin, la seule perspective d'organiser une assistance, ne comble pas toujours les désirs des médecins que nous sommes, rêvant toujours de modifications plus radicales de la condition de « malade ». Enfin, ce désir « thérapeutique » de la psychiatrie ne se dissout pas dans l'administration de médicaments dont, de plus, et malgré leurs publicistes, nous voyons quotidiennement l'insuffisante efficacité et aussi la toxicité, commercialement nommée « effet secondaire ». Certes, nos envies de « guérir » sont utopiques, mégalomanes : Mais pourquoi ne reproche-t-on pas une mégalomanie mal analysée aux initiateurs des greffes hépatiques ou cardiaques, aux inventeurs et utilisateurs de l'antibiothérapie, des anti-mitotiques, des exo-squelettes... ? À la lumière des multiples réflexions (philosophiques, sociales, politiques, historiques) qui éclairent notre champ, nous savons que la « guérison » n'est pas une modification radicale d'un sujet psychique, ni toujours la disparition de tout symptôme, mais la reprise par chacun de son originalité, de ses meilleures compétences à exister comme « soi-même avec les autres ». Les critiques externes de la société, de ces psychiatres qui ne font jamais assez bien, se sont alliées à une sorte de syndrome de Stockholm professionnel, nous faisant croire à une inéluctable incurabilité, attaquant toutes les velléités « thérapeutiques ». Ces auto-critiques permanentes ont fait le lit d'une incertitude identitaire de la psychiatrie tour à tour confondue avec un « psychologisme » aux pratiques divergentes, ou un « scientisme » déréel, dont les bases copiées sur des schémas anatomo-cliniques incertains assimilent la revendication « médicale » avec une (trop) large distribution de médicaments.

La prise en compte nouvelle de ce champ clinique, jusqu'alors trop diversement investi, pourrait rassembler les énergies soignantes et offrir la perspective d'une psychiatrie capable d'aider efficacement, de manière cohérente, des patients jeunes et encore insérés dans la société malgré leurs difficultés psychiques. Les situations d'émergence psychotique sont connues depuis longtemps par les divers psychiatres, mais leur ensemble semblait trop flou, trop changeant pour entrer dans le champ d'une psychiatrie un peu obnubilée par ses « critères » diagnostiques ; elles suscitaient des attitudes variant au gré des époques et des cliniciens, trop souvent attentistes, allant de la méconnaissance absolue aux bonnes paroles, jusqu'à ce que la gravité des symptômes imposent un « diagnostic » et souvent une hospitalisation ou des prescriptions pharmacologiques d'urgence rassurant les conformistes adeptes des « *guidelines* » ; nous assistions à la transformation d'une situation clinique, que nous appelons « psychose émergente »

en une situation, forcément médicale, de psychose « débutante »... Vite devenue affection chronique réputée incurable par beaucoup...

Une certaine paralysie s'est nourrie des batailles académiques qui ont dérivé de leur légitime intention de constituer des groupes homogènes pour la recherche, en s'imposant comme un monopole clinique dictant les conduites thérapeutiques (purement pharmacologique et sur des critères franchement contestables...). Pendant tout le XX<sup>e</sup> siècle, après avoir délaissé les classifications entomologistes de ses débuts, la psychiatrie a débattu des questions diagnostiques, et a été ainsi, sous une apparente « scientificité » le terrain d'enjeux nationaux ou régionaux, (psychiatrie allemande contre psychiatrie française, psychiatres anglais contre psychiatres américains, classification de Saint-Louis... de L'OMS... du DSM...) cachant mal les luttes de pouvoir entre des individus et des petits groupes.

Malgré tout cela, des praticiens du monde entier ont heureusement négligé ces murailles diagnostiques (et leurs échelles que je trouve souvent diaboliques !), parviennent à des consensus cliniques et pensent plus à répondre à leurs patients (en les écoutant !) qu'à leur prestance universitaire. C'est l'esprit qui m'a semblé dominer dans les Journées d'Antibes sur le thème psychoses émergentes. C'est d'ailleurs l'histoire même du mouvement « *early psychosis* » : Dans les années 90, Patrick Mc Gorry, jeune médecin à Melbourne, avait été effaré de voir entrer dans d'horribles asiles des jeunes en proie à une première bouffée mélancolique ou délirante... Il a alors fait fi de la psychiatrie académique et simplement agi pour soigner vite et avant toute fixation pathologique, en inventant des groupes de soutien, en envoyant des soignants à domicile... Bref un médecin qui cherche la meilleure façon de « guérir » les patients en leur évitant l'enfermement, la stigmatisation, la désinsertion sociale... Tout ce que devraient rechercher les bons soins psychiatriques !

Ce n'est pas un hasard si, ni « *early psychosis* » ni « psychose émergente » ne trouvent place dans aucune nomenclature : pas dans des nosographies historiques, pas dans le DSM, pas dans la CIM !

Il n'est cependant pas question de plonger dans une confusion irrationnelle avec la disparition des maladies mentales sous l'effet d'une magique empathie. Nous soutenons les travaux de recherche, en général initiés et portés par des équipes universitaires, sur « la transition psychotique » (autre appellation pour la réflexion sur les frontières), les critères biologiques ou diagnostiques et formons de grands espoirs pour une avancée des neurosciences. Les communications sur ces sujets ont, elles aussi, bien mobilisé l'intérêt de tous.

## Repenser les frontières organisationnelles

Une polémique existe autour des « centres experts », que certains voudraient mettre en place et qui sont des objets séduisants pour technocrates et administrateurs, mais pas pour les cliniciens qui demandent une organisation adaptée aux buts thérapeutiques. Nous souhaitons qu'un accueil compétent, spécialisé, des psychoses émergentes soit implanté sur tout le territoire et pour cela, qu'il soit, d'emblée, reconnu comme un (nouvel) élément du dispositif sectoriel, profitant les liens locaux établis par les équipes psychiatriques en place. Et puis, nous réfutons l'idée que des tentatives de recherche doivent primer sur l'expérience clinique : le titre « d'expert » est dû à ceux qui conçoivent et utilisent des outils thérapeutiques (pas seulement les outils diagnostiques avec tests et échelles, et pas seulement des essais médicamenteux !). Le dispositif pour les psychoses émergentes doit employer des soignants de secteur, habitués à prendre vraiment en charge les divers aspects des situations cliniques ; ce sont aussi les seuls à

pouvoir assurer un suivi (qui est plus long que celui d'une maladie infectieuse traitée par antibiothérapie, contrairement à certains projets) et finalement à pouvoir rendre compte des résultats (tant économiques que scientifiques).

Cependant, demeure la nécessité d'une formation supplémentaire de ces soignants pour une approche attentive, personnalisée. Ils seront capables d'abord d'un engagement psychologique individuel et persistant auprès de personnes souffrant psychologiquement, montrant des qualités d'empathie devant le désarroi de ces jeunes, et devront connaître les méthodes de soin individuel et groupaux, en correspondance avec les habitudes et les goûts de jeunes gens du XXI<sup>e</sup> siècle, mais aussi toutes les dimensions des recherches actuelles (sociopsychologiques, neurobiologiques...) sur les troubles psychotiques. Il faut donc une spécialisation par des compétences acquises et reconnues. Un autre aménagement de frontières pour ces petites équipes doit, alors, être réfléchi : comment organiser une souplesse pour que ce travail auprès des psychoses émergentes reste vivant, adapté et pas le lieu de défenses identitaires et d'attaques envieuses au sein des autres structures de soin, moins nouvelles, avec des patients plus âgés ??? Comment éviter les châteaux-forts de « prétendus savoirs » (Clavreul), que nous avons connus, parfois, pour des structures extrahospitalières devenues aussi rigides que l'asile qu'elles combattaient ? Je pense que dès la conception de ces dispositifs, ces phénomènes doivent être pensés et prévenus par des mesures organisationnelles (rotations diverses ??).

Si pour attirer vers des soins de jeunes sujets qui se défendent de l'idée d'être « malades », et leur offrir des soins qui soient vraiment ajustés il faut créer et former ces petites équipes dédiées, il faut aussi qu'elles aient suffisamment de « clients ». Compte tenu de l'incidence, heureusement faible, chacune de ces équipes devra desservir une population plus grande que les 70 000 habitants réglementaires des secteurs traditionnels ; selon les diverses expériences, il semblerait qu'un bassin de 300 000 habitants serait une bonne moyenne, donc allant de pair avec des rapprochements intersectoriels. Cette frontière (administrative mais aussi culturelle car des secteurs géographiquement voisins ont parfois des vues bien divergentes sur la maladie mentale !) devrait actuellement être la plus facile à modifier, car nous avons pris de nouvelles habitudes avec des créations intersectorielles et tous les chamboulements administratifs-économiques (voilà enfin un vrai bénéfice !) qui ont amputé la plupart des secteurs sous prétexte de les regrouper. . .

Une autre frontière à transformer est celle qui subsiste entre la psychiatrie générale et la pédopsychiatrie. Nous pensons que la seule solution est de travailler ensemble, d'écouter l'autre « culture » sur le même problème. Le fait même d'envisager ensemble des cas cliniques avec l'attention portée à la problématique de ces jeunes adolescents et adultes, atteints de troubles manifestant une angoisse identitaire (avec divers symptômes dont la prise de toxiques et les tentatives de suicide, des sentiments de dépression ou de bouleversement du monde...), est un premier pas indispensable. Déjà plusieurs équipes (dont celles du pôle Ouest du Vinatier à Lyon) sont pionnières pour inventer ensemble de nouveaux modes de travail.

Enfin, une innovation dont la plupart des expériences thérapeutiques pour les « psychoses émergentes » ont vu la nécessité est la création d'une place professionnelle spéciale pour des soignants *case manager*. Profitant des propositions ministérielles, on devrait proposer cette nouvelle fonction (et la formation supplémentaire qui va avec) à des infirmiers comme une spécialité portant le titre de « pratique avancée ». Dans le cadre du rapprochement de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte, chaque nouvelle équipe devra veiller à ce que ces nouveaux soignants *case managers* soient issus de secteurs adultes et de secteurs pédopsychiatriques. Pris dans un

même cursus de formation de « pratique avancée », ils sauront constituer une culture clinique commune pour occuper cette place indispensable aux côtés de chaque patient comme pivot des divers soins requis.

À ce sujet, je glisserais deux souhaits personnels :

– que les *case manager* trouvent un autre nom, pas forcément américain (d'ailleurs primitivement employé pour des assistants sur les aspects juridico-financiers et pas du tout thérapeutiques) ; il nous faudrait donc un terme français à inventer pour définir cette fonction d'aide thérapeutique personnalisée... entre « appui », « pivot », « référence », « liaison », « accompagnement »... je proposerais volontiers : « accompagnateur (ou accompagnant ?) thérapeutique » qui évoque la mobilité et la proximité de la mission et aurait l'avantage de faire penser à ces accompagnateurs musicaux quand se jouent des partitions parfois difficiles pour les solistes ;

– que cette nouvelle fonction, logiquement et prioritairement tenue par des infirmiers, désireux de s'investir dans une « pratique avancée », puisse aussi accueillir d'autres soignants, psychologues, éducateurs, assistants sociaux, étudiants en médecine ou en psychiatrie. En apportant d'autres points de vue et expériences, tous ceux-ci contribueraient à un autre assouplissement des frontières professionnelles, diversifiant le savoir thérapeutique autour de la problématique des psychoses émergentes et de la prise en compte des spécificités de l'abord des jeunes sujets...

## En conclusion

Laissons l'enfoncement dans la plainte aux déprimés, l'indignation aux paranoïaques, l'attaque envieuse aux psychoses chroniques, et l'isolement narcissique à tous ceux-là... Même quand les réalités sociales, (et l'amalgame des modes et des idéologies) poussent à dresser « des cahiers de doléances », nous avons des PROPOSITIONS réalistes, professionnelles, éclairées d'arguments scientifiques. Reprenant la main sur l'envahissement technocratique, Nous (avec le rassemblement de la Fédération Française de Psychiatrie et des divers syndicats professionnels) souhaitons proposer collectivement une « priorisation » budgétaire de ces projets cliniques au cœur de nos métiers de soignants.

Le grand rassemblement des Journées de *l'Information Psychiatrique*, en octobre, à Antibes, autour du thème des « psychoses émergentes », avec la qualité des propositions innovantes, loin des persévérations pathologiques, a montré la vitalité du groupe des psychiatres publics et son intelligence collective.

Février 2019,  
Suzanne Parizot

**Liens d'intérêt** l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.