

# Cliniquer c'est expérimenter

Voici quelques accroches de ma pratique pour lancer le sujet (il y en aurait une foultitude d'autres):

- Deuxième entretien d'admission à l'hôpital de jour enfants, propos tenu à une mère : « Madame, je ne peux rien faire pour votre fils (6 ans), si vous n'acceptez pas, si vous ne reconnaissez pas qu'il est autiste ». Je connaissais mère et enfant depuis plus de deux ans dans une institution pour polyhandicapés. Cela ne nous empêchera pas de l'accompagner dans leur parcours pour échouer dans le combat d'intégration scolaire et le fantasme d'une évolution normative.
- « Docteur, j'suis schizophrène, hein! J'suis schizophrène. Je le sais bien. Pourquoi vous ne voulez pas me le dire? » Propos tenus, après une longue hospitalisation, par une personne qu'à l'époque on étiquetait « schizophrénie dysthymique » et qui vit en société dans la précarité et les aléas psychopathologiques mais à sa mesure depuis de très longues années.
- « Docteur, je vous ai amené toute la documentation que j'ai trouvée sur internet pour mon fils qui est hyperactif. Je pense adhérer à l'association des parents. Qu'en pensez-vous? » (autre version connue aussi : les « troubles bipolaires » ; ou encore les « TOC » ; sans omettre LA dépression). Au prix de quoi, le fils vient depuis des années, par épisodes plus ou moins longs, parler de cette hyperactivité qui le maintient dans un réel de l'amour impossible et déçu de sa mère, et qui lui colle comme une identité et un stigma, comme sa singularité et sa sauvegarde.

Je n'ai pas la place ici de raconter ces histoires de vie ; pas plus que de raconter un itinéraire de positionnements praticiens clinique et institutionnel.

Pourtant, lutter contre l'asile d'aliénés et la science qui en est issue (de Pinel à Kraepelin) a été (et demeure) essentiel,

notamment pour une autre façon de cliniquer.

Pour autant la « passion » de la Clinique est ravageuse dans les milieux psy. Nous y reviendrons. Auparavant, il faut dire le rejet et l'inquiétude face à l'envahissement de la clinique à la dévotion des trusts pharmaceutiques, de l'idéologie managériale (dernière version : la VAP, valorisation de l'activité en psychiatrie, ou encore la T2A, après le PMSI et autres fredaines), du comportementaliste (cf. le déshonorant rapport de l'INSERM, 2005), du réductionnisme de l'evidence based medicine, soit le DSM IV en psychiatrie. Cette psychiatrie industrielle s'argumente du sauvetage de la profession psychiatrique, de la prétention à rejoindre les sciences biomédicales [par une pseudo-objectivation du diagnostic par un descriptif de données symptomatiques, par évaluations multiaxiales et un prétendu athéorisme; par les échelles de dépression, de dangerosité,...; en s'accréditant des explications savantes péremptoirs de la génétique ou des neurosciences; par les protocoles et les conférences de consensus auto-certifiant des « bonnes » pratiques; ...].

Comment traiter alors de la question de la clinique, des catégories cliniques, de la taxonomie, de la classification ? Dans la pratique<sup>1</sup>, par une nosographie personnelle qui n'est convoquée qu'en cas de nécessité, et qui provient d'une alchimie faite des études, des formations et des expériences, des types d'exercice, mais aussi des choix éthiques.

Même à corps défendant, on ne peut se conduire à l'identique avec « un paranoïaque » et avec « un schizophrène », avec un jeune délinquant et avec un jeune présentant des conduites antisociales sur structure psychotique. Il n'empêche qu'il demeure possible, et nécessaire, de ne pas confondre la « maladie » et le sujet porteur de celle-ci. Des points de butée existent. Il resté délicat, en garde hospitalière, dans un certificat des 24 heures de s'opposer radi-

calement cliniquement au certificat initial d'un collègue adoubé d'un rapport de police, devant un patient « ensuqué » et éventuellement déjà en chambre d'isolement. Et le diagnostic d'entrée perdure sinon. Il est devenu quotidien de se trouver devant des patients et leurs familles qui s'emparent des diagnostics génético-médico-psychiatriques, que ce soit pour constituer des groupes de self-help, pour exiger telle modalité de traitement ou réfuter celle du psychiatre, pour étayer sa place d'usager comme individu et comme collectif, voire comme lobby. C'est par exemple, évident pour ce qui concerne l'autisme.

Une éthique de la responsabilité nous oblige à faire face à toutes situations (ici, notamment celles qui renvoient à la contrainte, à l'obligation de soin,...), c'est-à-dire à répondre, à savoir, à savoir répondre de sa place, avec une obligation de moyens et une effective application du principe de subsidiarité, tout en récusant une nosographie précise (et tout protocole thérapeutique) imposée par la « science » psychiatrique industrielle. A la relation médicale verticale, voire paternaliste, il s'agit d'opposer une relation transversale qui prenne en compte la personne, l'individu social, le citoyen, le corps, le sujet dans la rencontre et le suivi singulier, autant que les protagonistes en scène et l'environnement social.

D'où l'éthique de conviction affichant que cliniquer c'est expérimenter. Qu'avons-nous fait d'autre avec la psychothérapie institutionnelle, la communauté thérapeutique, la psychiatrie de secteur, la psychiatrie communautaire, la psychiatrie démocratique,...? C'est s'articuler à la formule connue et contestée : « l'inconscient c'est le social ». C'est partir d'une position multiréférentielle qui prenne en compte le réel. C'est développer l'aptitude à la reconnaissance de l'autre en tant qu'autre. C'est accepter la négociation avec la personne « porteuse de troubles psychiques » et

## Claude LOUZOUN

Psychiatre, 1<sup>er</sup> secteur de psychiatrie infanto-juvénile des Hauts de Seine, Gennevilliers (92).

<sup>1</sup> Ce qui signe que nous n'abordons pas ici la question du diagnostic et de la nosographie dans les domaines de l'épidémiologie ou de la santé publique. Quant à la question de la souffrance sociale, je renvoie au livre Répondre à la souffrance sociale sous la direction de M. Joubert et C. Louzoun, Erès, Toulouse, 2004.

## Bibliographie

- Buin Y., Psychiatries : l'utopie, le déclin, Erès, Toulouse, 1999.

- Martin J.P., Psychiatrie dans la ville - Pratiques et clinique de terrain, Erès, Toulouse, 2000.

- Blech J., Les inventeurs de maladie - Manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique, Actes Sud, 2005.

- Pignarre P., Comment la dépression est devenue une épidémie, La découverte, 2001.

- Moymihan R., Cassels A., Pour vendre des médicaments, inventons des maladies, Le Monde diplomatique, n° 626, mai 2006, pp. 34-35.

- Hacking H., La fabrication des malades, La Recherche Hors série n° 16, Août 2004, pp. 46-48.

## Cliniquer c'est expérimenter (suite)

<sup>2</sup> Cela conduit de nos jours à devoir se positionner dans bon nombre de pays européens sur la question de la « personne de confiance » (Belgique), des « directives anticipées » (Suisse) ou du « psychiatric will » (Réseau européen des (ex-) usagers et survivants de la psychiatrie). Alors qu'il serait question d'un rapide et prochain toilettage de la loi du 27 juin 1990, peut-être pourrions-nous accepter de nous confronter à ce problème.

son entourage les questions en jeu, les mises en œuvre possibles ou obligées<sup>2</sup>. C'est certes comparer ce que l'on entend, ce que l'on observe à une organisation psychique modélisée ou préétablie dans nos connaissances. C'est se confronter à ce que la personne donne à voir et à entendre pour valoir comme demande ou refus, au savoir de la personne comme à ce que d'autres (les partenaires, les proches, l'équipe psychiatrique pluridisciplinaire) rapportent et



défendent. C'est expérimenter, dans les entrelacs de subjectivités et de professionalités, de zones de gris, de flous partagés, de savoirs mis à l'épreuve, ... Ce qui est escompté c'est qu'advienne, dans une interlocution complexe, une praxis qui prétende à psycho-dynamis(t)er la clinique. Cette clinique-là implique une créativité sociale et institutionnelle, une inventivité relationnelle, des professionalités qui sachent se renouveler. ■



## Le handicap psychique : reconnaissance ou stigmatisation ? (suite)

loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées comporte la définition suivante : « Constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». En référence à la CIF, il y a d'une part la fonction, et d'autre part le handicap (la limitation d'activité ou la restriction de participation), sans relation automatique entre niveaux. Diverses atteintes de

fonction peuvent entraîner un même handicap : le handicap n'est pas défini à partir d'une fonction, psychique ou autre, mais en fonction des difficultés concrètes vécues dans un environnement donné. Le handicap psychique n'a pas sa place dans la loi de 2005. Pourtant le Président de la République, le ministère de la santé et tous les commentateurs ont affirmé le contraire. C'est que la logique de filière et le cloisonnement des services et des établissements ont la vie dure : s'il est vrai que les mesures créées en 2005 sont bien conçues en fonction de la nouvelle définition, en revanche, l'organisation des dispositifs existants n'a pas été modifiée. Comme à son habitude, le législateur français a pris des mesures pour satisfaire une clientèle active à un moment

donné, sans pour autant adapter les dispositions précédentes, alors pourtant que celles-ci avaient été conçues selon une logique différente, voire contradictoire.

Alors, le handicap psychique, reconnaissance ou stigmatisation ? Les deux mon général ! Le législateur français a prévu des mesures et des financements pour les personnes souffrant des conséquences handicapantes des troubles psychiques : reconnaissance. Il a conservé les dispositifs cloisonnés qui orientent les personnes selon leurs atteintes d'organes ou de fonction : stigmatisation. Aux professionnels de terrain de mettre en œuvre le partenariat. Aux personnes handicapées de faire valoir leurs droits. Jusqu'à la prochaine loi ? ■