

XI^{ème} SEMINAIRE DU C. E. D. E. P.

18, 19, 20 mai 2002

COLLIOURE (France)

**TRANSMISSION
et
IDENTITES**

TABLE DES MATIERES

<u>PROGRAMME</u>	3
<u>LE TOURNANT ÉTHIQUE DE LA PSYCHIATRIE ITALIENNE, Mario Colluci</u>	4
<u>CONSEILLER(E)S JURIDIQUES OU JURISTES ? P. Rappard</u>	9
<u>STRUCTURATION DE L'IDENTITÉ ET PRISE EN CHARGE DE JEUNES EN DIFFICULTÉS EN RÉGION PARISIENNE, ORIGINAIRES DE L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE P. Bernardet et D. Poitou</u>	21
<u>MÉSAVENTURES DE L'AUTORITÉ A. Chabert</u>	28
<u>CONVULSIVOTHÉRAPIE - TOUJOURS L. Bonnafé</u>	40
<u>TRANSMISSION ET SECRET PROFESSIONNEL C. Gekière</u>	47
<u>JACQUES LE SECRET OU L'INFIRMERIE EXPLIQUÉE AUX ENFANTS P. Arène</u>	52
<u>A PROPOS DES REMANIEMENTS IDENTITAIRES DE LA PERSONNE MALADE M. Dutoit</u>	65
<u>ACTION PUBLIQUE ET CONCERTATION, E. Messens</u>	75
<u>« TERRITORIALISER ? » DÉMOCRATIE, IDENTITÉ, EUPHÉMISATION, FOLIE ET TRANSMISSION, J.-J. Lottin</u>	81
<u>LES FAMILLES COMME USAGERS DANS LES INSTITUTIONS SPÉCIALISÉES POUR ENFANTS, C. Louzoun</u>	92

PROGRAMME

TRANSMISSION et HISTOIRE CONTEMPORAINE de la PSYCHIATRIE :

- Répétition, rupture, transmission : réflexions sur l'histoire de la psychiatrie.
- Acteur, opérateur, thérapeute, passeur : santé mentale, psychiatrie, éthique, politique ! *SOIT* Que reste-il de l'« utopie concrète » ?
- Stratégies de pouvoir de la psychiatrie versus la médecine *OU ENCORE* De la psychanalyse aux neurosciences et à la génétique : un nouveau paradigme en psychiatrie ?
- **Reproduction sociale et psychiatrie : les points de butée des mutations.**
- **Transmission et pratiques sociales.**
- Relire Franco Basaglia aujourd'hui.
- **Psychiatrie et « homeless » : leçons d'une certaine désinstitutionnalisation.**
- Transmission et secret professionnel.
- **Transmission, formation, pédagogie.**

IDENTITES :

- Ø Identité, Territoire, Démocratie.
- Ø Identités soignantes.
- Ø Identités : Patient / Usager / Consommateur / Handicapé.
- Ø L'exclusion comme entité ou comme identité ?
- Ø Paradigme de l'exclusion et nouvelle citoyenneté
- Ø La loi / l'ordre / la répression / le soin : autour des banlieues, des incivilités et de la « tolérance zéro »
- Ø La dépression, emblème identitaire du trouble psychique contemporain ?

LE TOURNANT ÉTHIQUE DE LA PSYCHIATRIE ITALIENNE

Mario Collucci

Rio de Janeiro, 28 juin 1970. Franco Basaglia achève ainsi l'une de ses conférences : « Ce qui est important c'est que nous avons prouvé que l'impossible peut devenir possible. Il y a dix, quinze, vingt ans il était impensable que l'hôpital psychiatrique puisse être détruit. Du reste, peut-être qu'un jour les hôpitaux psychiatriques seront à nouveau fermés, et encore plus qu'avant, moi, je ne sais pas ! Mais en tout cas nous avons prouvé que l'on peut assister le fou d'une autre manière et c'est là un témoignage fondamental ».

Lors de ce voyage, comme dans d'autres en Italie et à l'étranger, Basaglia témoigne ou défend peut-être déjà un passé : quelque chose d'*impossible*, d'*impensable*, quelque chose que dix, quinze, vingt ans auparavant - son expérience est déjà si longue ! - n'aurait jamais pu arriver. Mais c'est arrivé.

C'est en Italie que *mystérieusement*, un événement difficile à expliquer s'est produit : dans une situation de retard culturel et socioéconomique par rapport à d'autres pays européens, un mouvement et une pratique anti-institutionnels ont mené jusqu'au bout leur action politique et sociale et ont produit un événement sans précédent : les hôpitaux psychiatriques ont été fermés. Et une loi, votée librement au parlement démocratique, le sanctionne.

Toutefois, Basaglia a l'air de dire qu'il faut encore témoigner car on ne doit surtout pas considérer que la mission est accomplie et que la bataille est gagnée pour toujours. Ni la loi 180 ni Basaglia d'ailleurs, par son action et sa parole, ne représentent une *garantie* éternelle. C'est le caractère même de l'événement que l'on se doit de défendre, ce caractère exceptionnel que revêt la fermeture de l'hôpital psychiatrique, car cela aurait très bien pu ne pas se produire ; l'impossible est devenu possible. C'est, en premier lieu, ce dont il faut témoigner car la naissance d'un événement est ce que l'on oublie le plus facilement. La loi 180, bien qu'étant extraordinaire n'est qu'un début ; il s'agit en outre d'une loi sanitaire qui risque de « médicaliser » la folie et de faire abstraction de la complexité de ses implications sociales et individuelles reproposant un projet réformiste qui d'un côté entend réparer un outrage fait aux personnes mais qui, d'un autre, voile une contradiction de la société.

Basaglia connaît très bien les risques d'une amélioration des conditions de vie des internés sans un projet de démontage de l'institution psychiatrique : son expérience à Gorizia se conclut sur un projet politique qui ne peut en aucun cas se borner à l'humanisation de l'asile mais qui doit remettre en question la présence et la persistance de l'institution totale à l'intérieur des stratégies d'exclusion sociales plus générales.

L'institution *doit* être niée. L'événement incombe désormais et ne peut plus être renvoyé. A Trieste l'asile est enfin fermé. L'événement, qui n'a pas de précédent et qui n'a pas d'histoire, se produit et devient par là-même un précédent qui « fait de l'histoire », ou mieux, qui inaugure une nouvelle histoire. A partir de ce moment là quelque chose change, la folie, son visage, la façon de l'aborder, savoir qu'il est possible de construire quelque chose dessus. La fermeture d'un hôpital psychiatrique acquiert la valeur d'un témoignage qui oblige à une confrontation.

La fin de l'hôpital psychiatrique représente la fin d'une époque et du savoir d'une époque ; cela représente non seulement la fin de l'hôpital psychiatrique mais aussi du savoir qui lui est lié. L'époque qui suit est sans certitudes et sans garanties. Nous ne savons rien. La question du savoir est posée avec force par Basaglia : « Bien sûr, nous risquons par notre manière d'agir de tomber dans l'empirisme, qui peut facilement se transformer en une forme de pragmatisme. Voilà l'un de nos principaux soucis ».

Basaglia est convaincu qu'il faut détruire le savoir violent de la psychiatrie, mais il sait bien que la priorité des pratiques ne peut pas éloigner les risques d'un empirisme sans fondements, qu'elle ne peut pas dispenser d'élaborer un nouveau savoir. Pour Basaglia ce manque dans le savoir, ce moment de perplexité et d'incertitude est une condition privilégiée parce qu'elle est « le moment heureux où l'on peut commencer à affronter les problèmes d'une manière différente ».

Il s'agit d'une condition phénoménologique de suspension, d'une radicalisation de l'époké qui va au-delà du domaine philosophique, d'une transformation d'un exercice théorique en une action pratique et politique. La phénoménologie sort d'elle-même pour s'engager dans le monde de la vie. La méthode de Basaglia est une méthode phénoménologique d'époké, de suspension du discours médical de la psychiatrie.

Comment peut-on échapper au savoir psychiatrique positiviste ? La Phénoménologie est la grande issue parce qu'elle permet de poser encore la question : « Peut-on comprendre la folie ? » sans la détresse et le pessimisme de la clinique de Kraepelin, clinique du défaut qui réduit la folie à un fait de nature, la maladie mentale à un appauvrissement cognitif et affectif, à une dégénérescence, à un événement sans explication, si ce n'est à une lésion du cerveau, sans soin, sans guérison. Qui réduit donc la folie à un événement imprévisible et dangereux.

Le courage de Basaglia est d'essayer de suspendre cette clinique du déficit : comme pour Lacan, déjà, dans les années trente, le point de départ est la remise en question de la définition de la normalité et de la maladie.

Pour Lacan, la folie n'est pas synonyme non plus de déficit, de perte, d'appauvrissement, d'invalidation. Le sujet de la folie n'est pas un sujet

déficitaire, c'est un sujet éthique, qui fait un choix insondable. La folie a du sens, la folie est compréhensible.

Bien sûr, Lacan met à la première place le discours de la psychanalyse comme discours qui déchiffre le sens de la folie. Mais pour Basaglia aussi il faut pousser la compréhension de la folie à d'extrêmes conséquences, en prenant le rôle privilégié de celui qui déchiffre la folie. Grâce à la phénoménologie, Basaglia découvre la possibilité de rencontrer le fou en dehors du regard médical, de la maladie mentale. Il faut se départir de ses préjugés et de ses certitudes scientifiques pour chercher à saisir, en même temps que le sujet, le moment original où son expérience se constitue. Cela signifie une rupture d'avec la science universitaire et une recherche d'une science capable de produire du sens.

Quand Basaglia arrive à Gorizia, face aux horreurs de l'hôpital psychiatrique, il saisit qu'one ne peut plus prétendre comprendre la folie. Il faut avant tout s'opposer par un refus à la jouissance mortelle que la psychiatrie de l'asile apporte avec elle.

Qu'est-ce qu'un hôpital psychiatrique, en effet, si ce n'est une jouissance de la mort, jouissance de clés et de barres de fer, de liens et de secousses électriques, de brimades et de subordinations, de malades-esclaves et de médecins-maîtres. Le plus aberrant pour Basaglia c'est que cette jouissance de mort qui habite l'hôpital psychiatrique touche toutes les figures qui évoluent à l'intérieur : le malade, certes, aux yeux duquel « barres, grilles et grillages acquièrent une valeur de protection contre lui-même », mais également l'immense figure paternaliste du médecin « à la bonté et à la compréhension duquel le malade peut s'abandonner et se détruire ». Nous pourrions dire que le discours du maître est encore plus tyrannique quand il revêt l'habit propre de la compréhension et de la bonhomie.

C'est ici que le malade s'éteint comme sujet, au moment même où il accepte de s'identifier à l'idéal proposé par l'institution : malade docile et plein de bonne volonté aux côtés du médecin autoritaire et magnanime. Peut-on refuser cette identification ? Peut-on rompre le miroir qui capture dans l'imaginaire d'une subordination aliénante ? C'est justement le travail thérapeutique de Basaglia : un travail sur les identifications. Lacan n'est pas loin du tout.

Il faut mettre la maladie mentale entre parenthèses. Cette phrase provoquera de nombreuses polémiques et signifiera, pour beaucoup *négligence de la maladie mentale*, ce qui la rapprochera de certaines positions antipsychiatriques radicales. Il n'est rien de plus faux : Basaglia n'a jamais nié l'existence de la maladie mentale. Au contraire, il réaffirmait une volonté extrême de savoir à travers le seul geste possible, un geste d'époké, de suspension : mettre la maladie entre parenthèses signifie suspendre le jugement sur la maladie mentale, suspendre le discours jusqu'alors construit sur la maladie mentale. Il

faut suspendre également les préjugés de la psychiatrie phénoménologique si elle n'est pas capable de comprendre et de résoudre la condition d'internement du malade dans l'hôpital psychiatrique, autrement dit, si elle n'est pas capable de faire parler l'interné de sa condition. Dans le fond, l'expérience de la Communauté Thérapeutique correspond au moment où la production du savoir se déplace de la figure du psychiatre, qu'il soit traditionnel ou phénoménologue, détenteur en tout cas d'un discours de maître, à la figure de l'interné, des internés, dont le savoir jusqu'alors inécouté bouleverse les règles de l'institution. Dans la Communauté Thérapeutique on fait de la thérapie au moment où se construit un nouveau lien social, que Basaglia souhaiterait « entre hommes libres ».

Le déchiffrement du sens, du moins du sens clinique de la folie, n'est plus la tâche principale du psychiatre. Mettre la maladie mentale entre parenthèses signifie accepter une *limite* dans la recherche du sens. Comme pour Lacan, le déchiffrement total de la folie n'est ni possible ni souhaitable. Nous passons donc de l'illusion du déchiffrement du sens à la découverte de la limite du sens. La redécouverte du sujet éthique de la folie ne passe pas uniquement par le refus d'une clinique du déficit mais également par une prise de position éthique de la part du thérapeute, qui est capable d'accueillir la folie au moment où il renonce à la séduction d'un discours de maître sur elle.

La question « qu'est-ce que la folie ? » qui avait animé les premières recherches phénoménologiques de Basaglia durant les treize ans qu'il avait passés à Padoue comme assistant universitaire, eh bien ... cette question est toujours ouverte ; pendant les années de lutte contre l'hôpital psychiatrique elle est cependant levée, congelée. Il suspendre la question car la compréhension appartient aussi au même discours du maître qui anime la psychiatrie de l'asile.

Cette question reste sans réponse : la réponse n'est pas discernable dans la phénoménologie, dans l'enseignement de laquelle Basaglia évolue. Mais – attention – elle ne sera pas non plus discernable dans les pratiques ou dans la politique. La politique n'est pas une réponse à la folie, la politique n'est à certain moment historique que le moyen le plus radical de laisser la question ouverte. La question exige la réponse d'un savoir différent, un savoir qui, comme l'écrit Foucault « n'est pas fait pour comprendre mais pour prendre position ». Un savoir qui n'explique pas, qui ne garantit pas, qui ne classe pas et ne rassure pas mais qui plutôt prend position : une connaissance, certes, mais avant tout une éthique.

La fermeture des hôpitaux psychiatriques se fonde sur un acte éthique, plus encore que sur un acte thérapeutique, un acte de renoncement : renoncement à l'illusion d'un fondement. Dissipation de savoir, destitution d'un rôle, expérience qui se joue sur deux plans, c'est-à-dire sur le plan *général* de l'institution et sur le plan *particulier* de l'opérateur qui travaille à l'intérieur de l'institution. Dissipation de l'hôpital psychiatrique et destitution du rôle technique. Double *sacrifice de savoir* qui ouvre un espace dans lequel peut

apparaître un savoir nouveau et sans garanties : il n'existe aucun fondement possible, répète inlassablement Basaglia, aucune institution, aucun rôle technique, tout doit être vidé de vérité. La destruction des institutions et des rôles - pour que d'autres institutions et d'autres rôles puissent être inventés et puis à nouveau détruits - est l'impasse à travers laquelle la psychiatrie doit passer pour pouvoir se libérer de ses nœuds : le nœud de l'hôpital psychiatrique, ultime garantie pour les contradictions sociales sans solution, et le nœud du rôle du technicien, ayant la prétention d'un savoir déjà acquis mais étant incapable d'accueillir l'autre.

CONSEILLER(E)S JURIDIQUES OU JURISTES ?

(Histoire d'une profession émergente à l'E.P.S. Barthélémy-Durand d'Etampes

Philippe Rappard**

« J'ai fait mon éducation politique, au sens fort, dans cet hôpital : confronté à la réalité plutôt qu'aux idées, j'ai dû refondre entièrement ma représentation du monde. J'en ai gardé un grand respect pour le monde psychiatrique, dont la richesse est mal connue du dehors »

Eva JOLY : « Notre affaire à tous »
Les Arènes (édit.). Paris 2000. p. 44

LE PRESENT :

Peut-on encore parler de conseiller juridique dans nos établissements alors que seuls les avocats sont en droit de porter ce titre et que l'exercice de la profession d'avocat, en France, ne peut pas s'effectuer dans les établissements. Nous avons donc affaire, depuis les années quatre-vingt-dix à des *juristes* qui peuvent d'ailleurs, au bout de huit ans d'exercice dans un établissement, obtenir l'équivalence et s'établir comme avocat à titre privé.

Il n'y a pas d'avocats fonctionnaires, pas plus que de juristes fonctionnaires jusqu'à nouvel ordre. A l'établissement Public de Santé Barthélémy-Durand d'Etampes, à l'heure actuelle, un juriste a été recruté en 1997, à titre contractuel. Pourra-t-il devenir titulaire comme le deviendront les attachés d'administration hospitalière (niveau A) ?

En 1997 Madame PHILIP, Directrice des Ressources Humaines obtint comme ajout de compétence, les affaires juridiques et donc un collaborateur supplémentaire, juriste. Son diplôme d'avocate lui permettait cet ajout. Quand elle quitta le service en 1999, le poste de Directrice des Ressources Humaines fut repris par Mme RAVAILLANT qui, n'ayant pas le titre d'avocate, ne peut pas s'occuper des affaires juridiques. Le juriste en place, contractuel, fut alors directement rattaché à la Direction de l'Établissement.

Monsieur Ph. CORMAN fut recruté comme juriste sur un poste d'adjoint des cadres, puis sur un poste de chef de bureau, du fait de sa formation de base avec maîtrise de Droit Public, maîtrise de Droit Privé et diplôme de 3^{ème} cycle en Droit Européen. Il exerce les fonctions de juriste vis à

* Ph. RAPPARD, ancien médecin chef au centre Barthélémy-Durand d'Etampes (secteur 91G05), Conseiller technique de l'Association Essonnoise d'Entraide et de Réadaptation (A.E.E.R.), ancien conseiller municipal d'Etampes, médecin-conciliateur. Auteur de « l'Etat et la Psychose ». L'Harmattan édit. Paris 2000.

vis du gérant de tutelle. Il peut éventuellement conseiller juridiquement les équipes par l'intermédiaire du directeur.¹

Telle est la situation actuelle, bien différente de celle inaugurée en 1973 au Centre Psychothérapique d'Etampes, lorsqu'il s'est agi d'aider les équipes soignantes et les malades suivis et traités dans cet espace juridique nouveau que devenait le secteur démographique, par delà l'établissement. Espace juridique qui était marqué aussi par le nouveau système juridique des majeurs protégés, qui rendait civilement responsables de leurs actes les malades mentaux, contraints de s'inscrire dans la vie civile et de gérer directement ou indirectement leur personne et leurs biens.

LE PRESENT DU PASSE :

Lorsque la politique psychiatrique de secteur, préconisée par les circulaires du 15 mars 1960, fut réalisable à partir des textes de 1970 (loi hospitalière), c'est à dire lorsque l'ouverture sur l'extérieur fut effective, il fallait non seulement aider les usagers de la psychiatrie pendant la durée de l'hospitalisation, mais aussi dans la vie ordinaire. La loi du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs se présentait donc comme le moyen, par delà l'administration légale commune des biens des malades pendant l'hospitalisation, de leur permettre de vivre à l'extérieur. Mais l'application de cette loi posait des problèmes car les mesures préconisées faisaient intervenir l'autorité judiciaire *a priori*, alors que, jusqu'alors, l'originalité de la pratique psychiatrique en France, était de ne faire intervenir cette autorité qu'*à posteriori* [10]. Le malade mental échappait au Tribunal. Sur le plan pénal il échappait du même coup à la justice. Sur le plan civil la loi du 30 juin 1838 permettait l'hospitalisation sous contrainte sans que préalablement soit prononcé par le Tribunal un jugement le privant de sa capacité civile. C'était l'originalité de la France par rapport aux autres pays d'Europe, à savoir la séparation de la protection de la personne et de la protection des biens. Le malade mental interné, sans la procédure préalable d'interdiction, conservait toute sa capacité civile et l'administration légale commune de ses biens (ou judiciaire particulière le cas échéant) pendant la durée de l'hospitalisation, lui permettait à la sortie de retrouver une situation viable. Cette administration, qui ne lui ôtait pas sa capacité civile ne procédait qu'à des actes conservatoires.

La loi du 27 juin 1990 (qui remplace la loi du 30 juin 1838 sans beaucoup la modifier) conserve les mêmes principes.

La loi du 3 janvier 1968 (qui rénove le Code Civil de 1804) assouplit le système ancien. La sauvegarde de justice correspond à l'administration provisoire et n'ôte pas la capacité civile. La tutelle et la curatelle reprennent l'interdiction et le conseil judiciaire et ôtent la capacité civile. Le processus judiciaire est mis en route et le monde de la coexistence cède la place à celui de la représentation. Il y a là *judiciarisation de la psychose* avec ses avantages et ses

¹ Nous remercions Monsieur Philippe CORMAN, Juriste à l'E.P.S. Barthélémy-Durand, de l'entretien qu'il nous a accordé à ce sujet.

inconvenients. Même si la loi du 3 janvier 1968 rend au malade mental sa responsabilité civile (article 489-2 : « Celui qui a causé un dommage à autrui, alors qu'il était sous l'emprise d'un trouble mental, n'en est pas moins obligé à réparation »), tout en maintenant son incapacité pénale (article 122-1 du Nouveau Code), elle n'aura pas forcément les effets thérapeutiques auxquels elle prétendait. Elle peut apparaître en effet comme une formule alternative à l'hospitalisation dans la mesure où elle prévoit une collaboration entre l'équipe médicale et le juge des tutelles, et dans la mesure où une certaine souplesse lui permet de s'ajuster à l'évolution du cas. Mais cet ajustement, dans l'état actuel de la loi, est lent et lourd et ce qui pouvait apparaître au départ comme le mieux, devient l'ennemi du bien !

Tout était mis en œuvre, avec l'ancienne loi du 30.06.1838, pour éviter le recours à l'interdiction pendant la durée de l'hospitalisation. L'inconvénient était la longue durée des hospitalisations qui entraînait de ce fait une détérioration du patrimoine. La chronicité (effet de la psychose ou de l'institution), entraînait à travers l'administration provisoire une chronicisation des biens autant que de la personne.

Mais dans bien des cas, cette administration était correctement faite. Indépendante de l'établissement de soins, sous l'autorité d'un membre de la Commission de Surveillance responsable et compétent, avec l'aide d'un « secrétariat permanent à l'administration provisoire », elle n'était appliquée qu'aux malades internés non interdits (Placement Volontaire ou Placement d'Office). Lorsque les hospitalisations en service libre se développèrent, les sujets admis selon ces modalités n'en bénéficiaient pas. Cette situation était regrettable dans certains cas pour lesquels on procédait à l'auto-placement volontaire. La personne et les biens séparés juridiquement sont intriqués sur le plan psycho-social et l'investissement des objets est là, qu'il soit délirant ou ordinaire. Au centre Psychothérapique d'Etampes (Centre Psychothérapique Barthélémy-Durand), ouvert pour la totalité du Département de l'Essonne en 1963, cette administration provisoire était donc placée sous l'autorité d'un notaire honoraire, Maître LACAN, qui bien souvent fonctionnait également comme Conseiller Juridique. C'est lorsque l'application de la nouvelle loi portant réforme du Droit des Incapables Majeurs fut mise en place et que le secrétariat permanent allait être interrompu, que fut créé le poste de Conseiller(e) Juridique en 1973. Jean Yves ACHALLE, à l'époque médecin-directeur de l'établissement (sectorisé depuis son ouverture), pensait à juste titre éviter ainsi le recours intempestif à des modalités de protection des biens qui n'avaient pas encore fait leurs preuves et qui pourraient être mal vécues par les usagers de la psychiatrie. Quant aux équipes soignantes, accompagnatrices des usagers qu'elles intégraient dans leur réflexion, elles avaient besoin d'être conseillées par delà cet appareil de l'Etat de Droit qu'était l'établissement de soins, dans les méandres de la Société Civile, Société Juridique, où souvent déjà le psychotique avait laissé perdre ses droits. La « forclusion », qui pour LACAN (Jacques), caractérise la psychose (Verwerfung) et la différencie de la névrose (refoulement, Verdrangung) et de la perversion (dénégation ou Verneinung),

la forclusion est un terme juridique. Il signifie que le sujet n'a pas fait valoir ses droits dans les délais requis et qu'il se trouve ainsi en souffrance. Le rôle de l'équipe soignante, polyvalente, et aidée ici par un conseil juridique, était de contribuer à la levée de cette forclusion autant sur le plan psychopathologique que social.

Sur le plan pratique, les malades entrent en soins alors qu'ils se trouvent, du fait de leur inaction, déjà plus ou moins exclus de la vie sociale. « Nous vivons dans une société qui ne pardonne pas l'inaction. En effet, nous avons tous les droits, mais il faut les faire valoir » remarque Anne-Marie CALVEZ [3] qui continue : « Les malades que j'ai rencontrés se sont trouvés à un moment donné empêchés de faire valoir leurs droits à cause de leur état de santé. Il faut beaucoup d'effort et de temps pour s'insérer dans la vie sociale. Il suffit de quelques jours pour en être exclus. Vous ne justifiez pas de votre absence au travail par un certificat médical, vous êtes licencié. Vous n'adressez pas de certificat à la sécurité sociale, vous n'avez pas d'indemnité journalière. Sans ressources vous ne payez pas votre loyer ou votre emprunt, vous êtes expulsé... ce schéma est malheureusement trop classique, sans travail, bientôt sans protection sociale, puis sans domicile fixe et abandonné par vos proches, vous ne pouvez plus être secouru par les organismes d'Etat et les associations caritatives ». Le rôle du Conseiller Juridique était donc d'essayer de rétablir les droits des gens avec leur concours. De les aider à exercer des droits dont ils conservaient la jouissance, mais dont la loi ne les privait pas de l'exercice.

Si le malade mental est exclu de la procédure pénale, en France, il s'inscrit malgré lui dans la procédure civile soit directement soit par le biais d'un représentant désigné par le juge, auquel cas, tout en gardant sa capacité de jouissance, il devient incapable d'exercice. L'incapacité de jouissance n'existe plus : elle était très mal vécue et correspondait, dans le code de 1804 à une mort sociale. En effet, à côté de l'incapacité naturelle du « fou », la notion d'une incapacité purement juridique s'est nettement dégagée. Alors que le Droit Romain tenait compte de la curabilité et des intervalles lucides, la loi civile et le droit coutumier créèrent une sorte d'incapacité factice dont pouvaient être frappés, en vertu de la sentence du juge, ceux qui se trouvaient atteints d'aliénation mentale. On se faisait, dans l'ancien droit (1804) une idée rigoureuse de l'Interdiction, et cette mesure qui avait pour but la protection de l'insensé ou du prodigue, et de sa famille, frappait néanmoins l'individu qui en était l'objet de certaines incapacités fort graves. L'interdiction apparaissait ainsi comme la peine la plus grave qui correspondait au bannissement dans son propre pays, « et de vivre parmi les hommes, comme dans un tombeau animé » disait BASSET.

L'internement administratif en France, permettait d'échapper à cette interdiction, qui était impliquée dans l'internement par voie judiciaire auquel on a renoncé en France [9]. Le poste de Conseiller Juridique⁴, unique en France à l'époque, a donc été occupé de 1973 à 1981 par Mme Eva JOLY qui résume son rôle de la façon suivante : « ...rester garante de la rationalité de la société et de

traiter les problèmes juridiques des malades comme s'il s'agissait de ceux de personnes ordinaires... il fallait donc rester attentif à tous les abus et rester sur le qui-vive. Sur le plan juridique, c'était une expérience passionnante. Il fallait s'adapter à toutes les situations. Les malades cumulaient les handicaps sociaux. Ils arrivaient à l'hôpital après une longue dérive. Leur statut juridique était en miette : dettes, spoliations, condamnations par défaut... La folie était souvent une réponse à des problèmes insurmontables, une sorte de refuge pour des êtres démunis, des perdants de la vie sociale. Il fallait retisser la toile à l'endroit, point par point. Je devais résoudre des histoires familiales abracadabrantes, etc... ». Mme JOLY participait aux réunions de parole, qui réunissaient les médecins, les infirmiers et le personnel non médical : « La parole des malades était écoutée. Et la thérapie institutionnelle portait ses fruits... Ce lieu d'enfermement devenait un lieu de liberté ! ».

Il est préférable de rapporter ici les propos du livre de Mme Eva JOLY [7] plutôt que ses rapports annuels, avec les chiffres, les actes, les opérations : 182 rendez-vous pour l'année 1979. Il est précisé que le malade n'est qu'exceptionnellement accompagné dans ses démarches à l'extérieur par le Conseiller Juridique : « Ce travail est pris en charge par l'équipe soignante. Le service juridique apparaissait comme un service consultant à la disposition notamment :

- des malades ayant leur capacité juridique ;
- de l'administration de l'hôpital ;
- des services médicaux ;
- des agents de l'établissement pour leurs problèmes personnels.
-

Les demandes de conseils et d'éclaircissements des pensionnaires et malades suivis en extra-hospitalier s'articulaient autour des trois grands axes :

- A : questions concernant les personnes (divorce, séparation de corps, filiation, exécution d'un droit de visite) ;
- B : question concernant les biens (liquidation de communauté, successions, recouvrements de créances, prises de garanties pour les créances) ;
- C : question concernant les matières pénales (éclaircissement de la procédure engagée contre un malade, mise en mouvement de l'action publique par les pensionnaires victimes de délits).
-

Quant à l'administration hospitalière, elle confia au service juridique l'étude et le suivi de ses dossiers contentieux (Sécurité Sociale, administratif, pénal).

Parallèlement au service juridique fonctionnait le service des majeurs protégés (379 dossiers pour 266 majeurs protégés) à l'époque. Sauvegarde de justice avec gestion d'affaires du directeur, mandats spéciaux, tutelles en gérance, garde

meuble, etc. A noter que sur ces 266 majeurs protégés, 20% étaient suivis en extra-hospitalier. Le service des majeurs devait rester en liaison permanente avec les équipes soignantes, dont faisait donc partie le Conseiller Juridique.

EVOLUTION DE LA SITUATION :

Jusqu'en 1987 le service des majeurs protégés et le service juridique fonctionnèrent de façon distincte. Les Gérants de Tutelle préposés d'établissement, étant moins bien formés sur le plan juridique que le Conseiller Juridique, l'établissement nomma comme Gérant de Tutelle, le Conseiller Juridique. Les deux services fusionnèrent et, à ce propos, la Conseillère Juridique-Gérante de Tutelle de l'époque s'exprima ainsi en 1990 (Anne-Marie CALVEZ co-auteur de notre rapport de médecine légale « La raison psychiatrique et la raison juridique » et qui succéda à Mme JOLY lors de son départ en 1981) [10] : « Pendant cinq ans j'ai donc eu cette expérience très intéressante d'essayer de rétablir le droit des gens avec leur concours. La fonction est originale... Depuis 1987 j'exerce également les fonctions de Gérante de Tutelle. De conseillère, je deviens actrice. J'agis à la place de personnes dites protégées et jugées juridiquement incapables d'agir seules. Inutile d'insister sur le fait que depuis la fusion du service juridique avec celui des tutelles, rares sont les malades qui viennent me voir pour obtenir un conseil ; ils ont bien trop peur que j'avise le Juge des Tutelles de leurs difficultés et de la nécessité de les placer sous tutelle ou curatelle... Le malade me perçoit comme le défenseur des intérêts de l'hôpital et non de ses intérêts propres » (cf. l'année 1983 marque la création du forfait hôtelier qui, lorsque les revenus se réduisent à l'A.A.H., l'ampute des trois quarts).

Le Gérant de Tutelle est mal perçu. Si le rôle du Juge des Tutelles est bien compris par le malade, celui du gérant ne l'est pas, parce que le gérant représente l'établissement et non pas le malade. *La comptabilité publique est un véritable carcan*, surtout gênant pour les malades sortis. Quand le gérant dit au malade : « Je gère votre argent qui reste votre propriété », c'est en réalité faux, car le chèque rédigé à l'ordre du malade protégé arrivera chez le comptable du Trésor Public et sera noyé dans la masse globale : le malade n'a pas vraiment de compte à son nom, sauf sur le papier, et c'est un sous-compte fictif. Cette complexité est souvent mal comprise par les caisses de Sécurité Sociale, les notaires, les ASSEDIC. Les Gérants de Tutelle d'établissement sont ainsi parfois victimes d'agressions de la part de majeurs protégés et de leurs proches parce qu'ils ne sont pas vraiment associés à la gestion de leur patrimoine : les règles de gestion publique étant en pratique difficilement applicables à la gestion d'un patrimoine privé. Au niveau de l'inconscient, ce dispositif doit réveiller pas mal de choses ! Or la tutelle en gérance qui devait rester l'exception, a toujours eu tendance à se développer. Et elle se développa de plus en plus dans la mesure où les équipes soignantes n'étaient plus épaulées par un juriste. Le recours à la loi de 1968 devenait une solution de facilité et s'inscrivait dans l'expansion de « l'Esprit de Tutelle », comme le remarquaient déjà certains auteurs comme J. BIEDER [1] qui ajoutait : « ... la caractéristique actuelle, c'est justement qu'on accepte volontiers la mise sous tutelle des plus pauvres, dénués de pouvoir et la

diminution du contrôle des plus puissants ... ». Qui, par ailleurs est capable de décider de la capacité des malades à gérer leurs biens, s'il ne connaît pas leur teneur dans le présent et le futur ? « La nouvelle loi ne met guère le malade à l'abri de graves préjudices, en particulier elle ne le protège pas mieux à chaque fois qu'il est accusé de prodigalité ».

LE PRESENT DU FUTUR (ALTERNATIVES A L'ALTERNATIVE) :

Si l'application de la loi du 3 janvier 1968 était contemporaine du développement de la politique psychiatrique de secteur, et pouvait apparaître comme une alternative à la psychiatrie hospitalière, son inflation faisait problème. Une alternative à l'alternative se dessinait dans le champ des *associations d'usagers* sous l'influence du droit anglo-saxon et de la communauté européenne. L'usager est mis au centre d'un dispositif à rénover [8] et la Santé Mentale prendrait la place de la psychiatrie. Le développement des réseaux et des partenariats implique une professionnalisation des associations, une institutionnalisation du rapport entre les services de l'Etat et ceux des collectivités territoriales « afin de concevoir des programmes coordonnés de santé mentale impliquant les principaux décideurs et financeurs et organisant les actions communes de prévention, d'accompagnement et d'insertion sociale et professionnelle ». La grande question restant celle des enveloppes du sanitaire et médico-social et de leur fongibilité. Là où l'Etat se fait l'idéal de l'action et du Droit, la société civile organise les rapports sociaux à travers le juridique, la procédure et le processus. Au niveau de l'existence et de la co-existence le Droit fonctionne comme lien et comme pouvoir. La justice devient reconstructive de façon égale pour les « normopathes » et les handicapés, mais à travers des professionnalités plurielles. Bref, le juriste devient l'interprète polyglotte de la société civile et marchande, nécessaire mais pas suffisant. « Les artistes ont maintenant des conseillers juridiques et fiscaux, ce qui leur permet de ne pas finir sur la paille » disait l'un d'eux. Il en est de même pour ceux que défend la psychiatrie, profession autonome mais pas indépendante. Ceux dont Henri EY disait que leur drame consistait à être œuvres d'art en tant que tels. L'action thérapeutique et juridique consiste à en faire des artistes, à travers la mise en place des procédures narcissiques autant que transférentielles. C'est ce que le mouvement de psychothérapie institutionnelle, en France, s'efforça de réaliser [9].

Dans le contexte actuel de la communauté européenne et de la mondialisation, toutes les questions théoriques et pratiques sont à reposer. Par exemple celles soulevées par les *commissions de conciliation* qui visent à la fois à éclairer l'usager, mais aussi à protéger un outil thérapeutique mis de plus en plus en difficulté. Par exemple également l'exercice professionnel dans des cadres non plus seulement institutionnels, mais aussi associatifs. La question du bénévolat qui implique une formation quasi-professionnelle dans des domaines divers. La collaboration des organes nommés et des organes élus dont l'exemple le plus typique est celui des Collectivités Territoriales. En associant l'usager comme citoyen, à la gestion du traitement qui lui est proposé, on

espère ainsi éviter la judiciarisation de la relation médecin-malade qui, en psychiatrie, ne semble pas avoir d'effets thérapeutiques.

A côté des Médecins Conciliateurs (décret du 2 novembre 1998), se développent les Conciliateurs de Justice, qui tiennent des permanences gratuites dans les Mairies. Depuis 1998 ils jouent un rôle de Juge de Paix en proposant un mode de règlement amiable aux conflits. En évitant les procédures devant la justice ils donnent un visage humain de la justice. Comme le Médiateur de la République qui propose des recommandations d'équité aux Administrations qui appliquent des textes parfois inadaptés à de nombreuses situations. Sans parler du Médiateur Européen, les associations d'usagers font souvent appel au médiateur (qui ne peut pas s'auto-saisir) et ceci afin que ses suggestions puissent contribuer à modifier certains textes de loi.

Lors du forum « Pour une politique citoyenne de Santé Mentale » organisé à Paris au Ministère les 9 et 10 octobre 2001 (en référence au rapport Piel-Roelandt et présageant le « plan santé mentale, l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover » de novembre 2001 du Ministère délégué à la Santé, du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité) [8], nous avons été amenés, en tant que rapporteur, à résumer ainsi les travaux du groupe de travail organisé par l'Association Advocacy France [5], association où usagers et professionnels coexistent et où le « juriste » devient de plus en plus nécessaire.

« Pourquoi garder à cette association le titre Advocacy, alors qu'il s'agit d'un terme anglo-saxon. C'est justement parce qu'il est intraduisible en français. DEUTSCH évoque la transposition la plus juste dans notre langue : soutenir sa parole, soutenir la parole de l'utilisateur, ce qui ne veut pas forcément dire souscrire à tout ce qu'il va dire. Soutenir une parole disqualifiée et lui donner sa dignité. L'idée de fonder cette association Advocacy France, se situe en 1988 lors de la création de l' »Association des Psychotiques Stabilisée Autonomes », du « Comité Européen Droit, Ethique et Psychiatrie (C.E.D.E.P.), de la « FNAPSI », de la constitution du « réseau européen des usagers et survivants de la psychiatrie ». Pour Advocacy il s'agissait donc de défense des Droits où s'associent des personnes physiques, usagers et professionnels de la Santé Mentale, dans une logique de l'action où le Droit français est confronté au Droit anglo-saxon et à l'harmonisation des législations européennes : logique d'action sans adhésion obligatoire. Bénévolat et compétence, avec deux outils :

1° La Commission d'Etude des Demandes d'Intervention.

2° L'Espace Convivial Citoyen.

Sont discutées dans l'atelier les réalisations parisiennes et celles de Basse Normandie (Caen) les plus représentatives. L'apparence antipsychiatrique des usagers et ex-usagers de la psychiatrie y est analysée.

La commission d'étude des demandes d'interventions analyse les demandes qui lui parviennent et mandate les personnes les mieux placées pour les traiter en accord avec l'utilisateur (Magistrats, Avocats, Médiateur de la République, Médecins ou Assistants de Service Social). Ne jamais agir « à la place de », mais bien soutenir la personne dans les démarches qui lui sont proposées. Quant à ces situations rapportées lors des demandes d'aides, elles peuvent être utilisées de façon anonyme afin d'amener les législations à plus de reconnaissance des personnes disqualifiées dans leur parole par la stigmatisation de la maladie. Dans 45% des cas, c'est le « pouvoir médical », qui est mis en cause essentiellement dans ses rapports administration-corps médical. Contrainte et obligation de soins : les usagers ne font pas confiance aux C.D.H.P., contestent certaines orientations thérapeutiques, évoquent les problèmes relationnels avec les médecins, l'accès au dossier. Or l'accès direct au dossier médical peut blesser la personne. De toute façon cet accès obligera le médecin à changer de style d'écriture, dans la mesure où « le style c'est la personne à qui l'on s'adresse ». Le président Ph. GUERARD dit : « Je voulais savoir la vérité, pourquoi je suis comme ça ». Il s'agit là d'accueil, de dynamisme de reconnaissance sociale, la grande question restant celle des tutelles. La réforme du droit des incapables majeurs s'impose et le rapport FAVARD est évoqué qui préconise un contrat d'accompagnement social personnalisé où la « gestion sociale » viendrait s'intercaler entre la sauvegarde de justice et la curatelle dans le Code Civil, et serait étendue à toutes les prestations sociales [6].

Nombreuses questions : « Y-a-t-il des cas que vous refusez d'aider ? » Ce n'est pas l'aide qui est refusée, dans la mesure où ces demandes situent l'utilisateur dans l'ordre symbolique et non plus dans celui du fantasme. Il s'agit d'alternative à l'alternative, sans que la quérulence soit favorisée. Quant aux polyhandicapés et aux autistes il faut des professionnels pour les aider à s'exprimer autrement que par le verbe et leur permettre la citoyenneté. Advocacy France, dans ce contexte participe au programme de la « Commission Européenne sur l'égalité des chances pour les personnes handicapées » et au projet de « Santé Mentale en Europe ». Il s'agit d'identifier les facteurs d'exclusion et d'offrir aux usagers des lieux de convivialité sans trop de contraintes. C'est le but de *l'Espace Convivial Citoyen* (Association des usagers solidaires et réagissant en Santé Mentale) qui à Caen exerce une permanence et anime une émission de radio « Osez être fou ». Le président Joseph PARODZAI en expose le fonctionnement qui permet aux usagers de vivre une transition entre la période hospitalière ou post-hospitalière et le retour à la vie active. La dépendance ne doit pas être perçue, l'encadrement discret, les médicaux et paramédicaux, sachant s'y rendre superflus et localisant eux, leur action dans le C.A.T.T.P. du secteur. Ces espaces, qui utilisent des salariés éventuellement, devraient être financés par le Conseil Général avec participation de l'Etat. Mais les professionnels ne doivent pas y prendre le pouvoir. Les animateurs professionnels y sont les bienvenus. Il s'agit là de « clubs sociothérapeutiques » à gouvernement autonome organisé qui se distinguent et s'articulent avec les organismes de santé, dans le cadre de ce que les psychothérapeutes institutionnels appellent « l'opposition distincte situationnelle ». En aucun cas le

développement de ces structures ne devrait se substituer à celui des « Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel », sur lesquels en fait ils s'appuient de façon quasi anaclitique. Le rôle de l'Etat et de ses représentants (dont font partie les professionnels de la Santé Publique) étant de « déterminer sans dominer ».

EN CONCLUSION :

L'occident est marqué par cette opposition entre les « œuvres de la foi » et les « œuvres de la loi », opposition stigmatisée par l'apôtre Paul dans son épître « aux romains ». Il n'y a pas lieu d'abolir la loi et les prophètes, mais il importe que l'aide puisse s'effectuer hors du champ légal de la procédure civile. Tel est d'ailleurs l'esprit de WINNICOTT pour lequel il n'y a pas lieu⁷, dans une visée thérapeutique, de faire sentir au sujet sa situation de dépendance. Les professionnalités sont à développer dans ce sens et, comme le remarque Monique BUCHER-THIZON : « Il serait souhaitable que les mesures les moins incapacitantes soient réellement reconnues comme relevant de compétences (professionnelles) les plus aiguisées et valorisées comme telles. Dans une perspective de prévention de la logique incapacitaire, je plaide en faveur du développement de professionnels encore moins spécifiques, tels les Conseillers Juridiques par exemple » [2].

Nous dirons, nous (puisque en France seuls les Avocats peuvent porter le titre de Conseiller Juridique sans pouvoir l'exercer à titre de salariés, contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays d'Europe où ils travaillent dans les associations d'usagers), « juristes » et en l'occurrence juristes laïques. Profession émergente qui ne doit pas laisser oublier la partie immergée de l'iceberg !

BIBLIOGRAPHIE

- [1] BIEDER J. : *A propos de la loi de 1968 sur la protection des biens des incapables majeurs*. Ann. Medic. Psych. Tome 1. 1972.n° 4. pp 536-541. Masson édit.
- [2] BÜCHER-THIZON M. : *Esquisses des articulations entre fonction thérapeutique et fonction tutélaire*. Forensic, n°4, nov. 1993, pp 41-44.
- [3] VALVEZ A.M. : Conseil juridique et/ou service des tutelles. In : *La Raison Psychiatrique et la Raison Juridique*. Rapport de Médecine légale. Masson édit. 1991. pp 395-402.
- [4] Les dossiers Croix Marines : *Les tutelles « protection des incapables majeurs »*. Fédération Nationale des Associations Croix Marines. Paris. 1988.
- [5] DUTOIT-SOLA M. DEUTSCH Cl. : *Usagers de la psychiatrie : de la disqualification à la dignité. L'Advocacy pour soutenir leur parole*. Eres édit. 2001.
- [6] FAVARD J. : Rapport définitif : groupe de travail interministériel sur le dispositif de protection des majeurs (Ministère de la solidarité ; Ministère de la justice ; Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie). Paris, Avril 2000.
- [7] JOLY Eva : *Notre affaire à tous*. Les arènes édit. Paris. 2000
- [8] Plan Santé Mentale : *L'usager au centre d'un dispositif à rénover*. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la Santé. Paris, novembre 2001.
- [9] RAPPARD Ph. : *L'Etat de la Psychose*. L'Harmattan édit. 2000.
- [10] RAPPARD Ph, BÜCHER-THIZON M. : *La Raison Psychiatrique et la Raison Juridique*. Rapport de Médecine Légale au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, session 1990, Masson édit. 1991.

MOTS CLES

Gérance de Tutelle

Capacité Civile

Conseiller Juridique

Juriste

Association d'usagers

Santé Mentale Europe

Psychiatrie de Secteur

RESUME

Le passage d'une psychiatrie de l'Etat à une psychiatrie de la Société Civile oblige les équipes soignantes et les usagers à s'inscrire dans le juridique et le droit, qui structurent le lien social. Ouvert en 1963 dans le nouveau Département de l'Essonne, le Centre Psychothérapique Barthélémy-Durand D'Étampes, alors dirigé par un médecin, créa un poste de Conseiller Juridique, en même temps qu'était appliquée la nouvelle loi portant réforme du Droit des incapables majeurs.

STRUCTURATION DE L'IDENTITÉ ET PRISE EN CHARGE DE JEUNES EN DIFFICULTÉS EN RÉGION PARISIENNE, ORIGINAIRES DE L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE.

Philippe BERNARDET et Danièle POITOU
Chargés de recherche au C.N.R.S.
(Centre d'Etude Africaines, CNRS-EHESS)

I. CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE:

En 1997 et 1998, une équipe de recherche pluridisciplinaire sur « psychiatrie et immigration » du Centre d'Etudes Africaines (CNRS-EHESS) a mené une recherche pour le compte de la « *Mission de recherche Droit et Justice* » du Groupement d'Intérêt Public du Ministère de la Justice, ayant pour thème: « *étude du rapport justice-psychiatrie dans la prise en charge de la jeunesse en difficulté, originaire des régions de l'Afrique subsaharienne* ». L'enquête s'est déroulée sur deux sites principaux: Montreuil-sous-Bois (93) et les Mureaux (78), et secondairement dans le 20^e arrondissement de Paris, au collège Jean-Jaurès (Paris 19^e), à Saint-Denis et dans le Val d'Oise, notamment à Argenteuil ainsi qu'à Carrière-sous-Poissy (78).

Des entretiens semi-directifs furent menés, tout d'abord auprès des personnels des établissements scolaires concernés (instituteurs, chefs d'établissement, conseillers principaux d'éducation, infirmières, assistantes sociales, médecins et psychologues scolaires, rééducateurs, inspecteurs départementaux), des assistantes sociales des espaces territoriaux, le personnel des PMI, celui des Centres médico-psychologiques, des Centres médico-psycho-pédagogiques, des psychiatres, surveillants et infirmiers de certains services des Centres Hospitaliers Spécialisés de Bêcheville et de Maison-Blanche, des éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (P.J.J.), pour atteindre enfin les Juges des Enfants des tribunaux de grande instance de Bobigny et de Versailles. L'enquête a également été menée au Centre Minkowska et à la consultation d'ethnopsychiatrie du 18^e arrondissement de Paris, comme auprès de quelques familles et jeunes concernés par l'étude.

II. PRINCIPAUX RESULTATS:

1°) Données générales:

Au cours des entretiens ressort la faible prise en charge psychiatrique de ces populations. Concernant les adultes, cela semble dû, d'une part, à un plus faible poids des troubles du comportement dans la population cible, malgré des conditions de vie souvent très précaires, d'autre part, à une organisation particulière des communautés en cause qui, grâce à un système d'assurances, relayé par les associations culturelles ou villageoises, organisent des retours en Afrique à fin de traitement dans le pays d'origine. Ces séjours varient de quelques mois à un an. De tels voyages sont cependant exceptionnels pour les enfants et adolescents atteints de troubles mentaux. En revanche, les envois de jeunes délinquants en Afrique à fin de redressement sont plus fréquents et durent habituellement plusieurs années. Cinq ans paraissent constituer une durée optimale, nécessaire en un tel cas. Une autre technique visant à recadrer les jeunes issues de ces communautés, présentant des troubles du comportement ou entrant dans la délinquance, consiste à les placer dans les foyers de travailleurs où l'organisation traditionnelle des rapports demeure prégnante.

Ces réponses particulières des communautés expliquent, en partie, le fait que les divers professionnels, intervenant dans le champ de la maladie mentale comme de la délinquance affirment généralement que cette population ne pose pas de problèmes particuliers et apparaît en définitive, peu visible, même si les jeunes, nés en France, semblent poser davantage de difficultés que leurs frères et soeurs nés en Afrique. Au regard du sujet abordé, cette population apparaît ainsi en cours d'évolution négative depuis quelques années. Les jeunes nés en France sont en effet écartelés entre diverses logiques dont aucune ne parvient à s'imposer et qu'aucune n'unifie: logique traditionnelle dont les parents sont le support, mais qui n'est transmise que de façon très aléatoire, logique de l'apprentissage scolaire où l'on demande au jeune d'être actif et qui s'oppose à celle de l'école coranique où on lui demande d'adopter l'attitude radicalement inverse et où prédomine l'apprentissage par coeur au détriment de la compréhension, logique de la rue enfin, qui s'oppose aux normes sociales admises.

2°) Le bouleversement des statuts:

L'on assiste par ailleurs à une recomposition de l'autorité du père dont le statut est modifié au regard de sa situation en zone rurale africaine, où l'autorité se partage davantage entre les oncles (paternels ou maternels) et le père de l'enfant. Au village, une constellation familiale entoure et encadre le jeune, intégré au rapport de séniorité structurant l'ensemble de la société.

En situation d'immigration le père se trouve au contraire investi de l'ensemble de cette autorité, sans y avoir été préparé, notamment lorsque son

enfant atteint 12-13 ans. Or, c'est à cet âge qu'il réaffirme les alliances entre familles, en présentant sa fille à son futur époux, dont, à cette occasion, celle-ci découvre souvent l'existence. Au village, cette ancienne pratique s'accompagne, dès le plus jeune âge, de visites et de jeux entre « promis »; ce qui crée des liens qui n'existent souvent plus en situation d'immigration. Aussi ce rappel des alliances pose-t-il souvent problème et débouche-t-il parfois sur l'insubordination et le refus de la jeune fille. C'est également lorsque son fils atteint cet âge qu'à son égard, le père réaffirme son autorité, alors que son garçon entre au collège où il jouit d'une plus grande autonomie qu'à l'école primaire. Ainsi, les heurts deviennent-ils souvent plus fréquents entre père et enfants, au moment du passage de ceux-ci au collège. Ce sont d'ailleurs les premières années de collèges qui apparaissent les plus critiques.

Le statut de « cadet » qui implique, dans les cultures traditionnelles africaines, une soumission inconditionnelle aux attentes de toute personne plus âgée est par ailleurs fortement érodé en situation d'immigration. L'ancien rapport « *ainé-cadet* » se distend ainsi au fur-à-mesure que se substitue le statut d'enfant autonome à l'ancien statut de « cadet »; statut d'enfant que promeuvent l'institution scolaire et les diverses instances d'aide et d'assistance. Même l'ainé n'assume plus sa fonction de relais de l'autorité et laisse ainsi le père seul détenteur de celle-ci face à tous ses enfants.

Si l'on assiste à un certain retour des « bandes » que constatent divers sociologues (LEPOUTRE, notamment), le phénomène de bandes ethniques ne se rencontre que ponctuellement et de façon informelle, chez les pré-adolescents, lesquelles résultent, d'une part, de l'autonomisation des cadets vis-à-vis de leurs aînés, et, d'autre part, de l'absence de surveillance des parents que renforce la déstructuration des anciens rapports, notamment dans le placement traditionnel d'enfants dans une autre famille; anciens rapports qui peuvent déboucher parfois, de nos jours, sur une exploitation, tant économique que sexuelle de certains jeunes ainsi confiés. La bande n'est elle-même plus structurée de façon hiérarchique à partir de différents rituels d'initiation et d'intégration (participation à un vol de voiture, puis à une attaque de supérette, etc.), mais se compose aujourd'hui autour de divers trafics et de la constitution de réseaux. Le chef de bande ne s'impose plus mais se trouve coopté par les autres membres, et choisi pour sa maîtrise de certains trafics et pour la place privilégiée qu'il a su prendre dans les relations entre les jeunes et les personnes extérieures à la cité.

3°) La construction de l'identité:

Dans ce contexte, l'hypothèse que nous avons émise selon laquelle la structuration de la personnalité de ces jeunes en difficultés, à partir de deux systèmes normatifs plus ou moins compatibles, pouvait, dans certains cas, conduire à un conflit de normes, susceptibles d'expliquer certains comportements ou passages à l'acte, se trouve en réalité infirmée. Il nous semblait en effet que, compte tenu de la prégnance des cultures africaines et de

leurs spécificités, il nous fallait sortir de l'habituel schéma explicatif de l'acculturation ou de l'anomie. Or, l'un des résultats de l'enquête est de montrer que les cultures africaines sont à ce point structurées et prégnantes que leur transmission suppose une mobilisation en profondeur des liens de parenté et des alliances; ce qui n'est guère possible en situation d'immigration. Aussi cette transmission se fait-elle très partiellement et très difficilement, notamment pour les enfants nés en France. Elle n'a, pour ainsi dire, plus lieu dès lors qu'au sein de la famille se disloquent les rapports hiérarchiques traditionnels.

III. LES TROUBLES ET LEUR TRAITEMENT:

1°) Mésalliance et conflits intrafamiliaux:

Les troubles de comportement et la délinquance de certains de ces jeunes, se trouvent ainsi davantage liés aux dysfonctionnements de certaines familles, qui résultent de mésalliance, de stratégies particulières des conjoints, de ruptures voulues ou subies avec le groupe d'origine, généralement associée à une grande précarité sociale et économique, favorisée par la situation migratoire. Ils renvoient donc davantage à l'histoire familiale, non seulement dans le pays hôte, mais encore dans le pays d'origine. Or, cette dimension échappe généralement aux différents services qui interviennent dans l'aide et la prise en charge de ces familles, de sorte que les actions éducatives, voire la prise en charge psychiatrique, demeurent souvent inappropriées et inadaptées.

Ce qui est perçu comme une déresponsabilisation des parents par les services sociaux d'encadrement, n'est souvent que le résultat, d'une part, d'une dislocation des familles et, d'autre part, d'une déparentalisation, induite par le mode d'intervention des services d'aide et d'assistance comme d'une « *instrumentalisation de la culture du mensonge* » (J.-L. PROCEDO). L'actuelle structuration de l'enfant ou de l'adolescent, comme intermédiaire obligé entre l'école ou l'administration et ses parents, et la décomposition des rapports « *ainé-cadet* » qui l'accompagne, ainsi que les mensonges « institutionnalisés » sur l'âge réel et sur le statut des personnes vivant au foyer, jouent, ici, un important rôle, qu'imposent la précarité des familles et une législation mouvante et tatillonne, relative au séjour des étrangers en France.

S'il n'a pu être observé de pathologie spécifique ni de délinquance caractéristique, l'éclatement de l'environnement familial en cours et notamment l'accroissement des divorces et des familles monoparentales, laissent toutefois présager, dans les années à venir, une augmentation des épisodes dépressifs.

Jointes aux effets de la ghettoïsation, différents facteurs contribuent, en effet, à créer une situation d'isolement, tant pour le groupe familial que pour certains de ses membres, pris individuellement. Cet isolement peut résulter de l'irrégularité des situations au regard de la législation sur le séjour des étrangers, d'un éclatement de la cellule familiale, d'une rupture voulue avec la

communauté d'appartenance, pour faciliter l'intégration dans la société d'accueil, d'un repli de la famille sur elle-même et ses valeurs les plus conservatrices; ce repli apparaissant comme un facteur de marginalisation, voire, comme étant le signe d'un certain ostracisme social pouvant déboucher sur la délinquance ou sur des troubles du comportement. Il convient d'évoquer ici les cas désormais assez fréquents de couples hétérogènes, au sein desquels existe une certaine dichotomie (culture citadine/culture villageoise, scolarisé/analphabète, noble/ancienne captive, etc.), dont la problématique recoupe celle des couples mixtes, comme celle de la mobilité sociale, supportée par des stratégies matrimoniales spécifiques.

L'on remarquera enfin le caractère exceptionnel des jeunes filles de ces communautés vivant en France, inscrites dans la délinquance, comme le plus fort investissement de celles-ci dans les études en regard de celui des garçons. Les études apparaissent en effet, pour elles, comme le plus sûr moyen d'émancipation de certaines pesanteurs des rapports sociaux communautaires, dont celles liées au mariage forcé.

2°) Le traitement de la délinquance et des troubles du comportement:

Malgré une forte demande, notamment du milieu enseignant, et plus particulièrement des instituteurs, pour disposer d'une formation minimum dans l'approche des cultures africaines, et malgré les efforts faits par le milieu scolaire et la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse), l'on constate une totale méconnaissance, par les divers intervenants, des difficultés réelles, relationnelles et d'insertion, rencontrées par ces jeunes et, plus encore, de l'histoire familiale qui leur est propre.

Enfin, dans le cadre de la procédure judiciaire, l'enquête révèle que les magistrats en charge de ces dossiers mettent en oeuvre des procédures plus ou moins informelles, qui dépendent à la fois de l'approche personnelle qu'ils peuvent avoir de la loi républicaine, des moyens et des personnes ressources dont ils peuvent disposer. Dans ce contexte, la place de l'interprète tend à prendre davantage de poids, ce dernier se trouvant parfois investi de plusieurs rôles. Il peut intervenir avant l'audience à titre d'informateur. Il peut encore intervenir en cours d'audience à titre de médiateur. Et il intervient même parfois, dans le cours du délibéré, à titre de conseil du magistrat. L'importance qu'il peut ainsi acquérir le conduit, par endroits, à jouer également, au sein des communautés concernées, un rôle de conseil et de médiateur, en dehors même des instances judiciaires. Sur cette base, il est à craindre qu'un certain clientélisme se développe prochainement risquant de compromettre à terme, la neutralité de la procédure et l'écoute équitable de certaines parties au procès.

Dans le cadre de cette recherche menée sur le rapport justice-psychiatrie dans la prise en charge de la jeunesse en difficulté originaire de l'Afrique subsaharienne nous avons été amenés à préciser la place de l'approche ethnopsychiatrique et les attentes, en ce domaine, des personnels concernés.

L'enquête révèle ainsi que sous la désignation d'ethnopsychiatrie des pratiques très diversifiées, notamment au regard de la conduite des entretiens, existent. Parmi celles-ci, celle de la parentalisation de la relation, tant entre le psychiatre ou le psychologue et les parents, qu'entre les premiers et l'enfant ou l'adlousecent, paraît la plus efficace pour permettre au jeune en difficultés d'exprimer sa souffrance, comme pour obtenir la collaboration des ses parents à la prise en charge. Mais les échanges entre les professionnels, notamment psychologues et psychiatres, investis dans ce champ, sur la variété et les spécificités de chacune de ces approches, s'avère encore très faible.

On constate par ailleurs un important décalage entre la représentation que les divers intervenants peuvent avoir de ces pratiques et la réalité de celles-ci, comme l'existence d'une demande nuancée et contrastée à l'égard des consultations d'ethnopsychiatrie. Si le milieu des instituteurs est très demandeur celui des travailleurs sociaux préfère pouvoir recourir ponctuellement à des personnes ressources, ethnologues, anthropologues ou psychologues, informés des questions posées par une population cible, afin de disposer d'un éclairage singulier à l'occasion du traitement de l'information concernant une famille donnée, et de leur donner ainsi des éléments d'information susceptibles d'aider à la décision. Les travailleurs sociaux sont ainsi très réservés vis-à-vis de l'ethnopsychiatrie. Quant au milieu des éducateurs et du personnel judiciaire, ils demeurent souvent réticents à toute approche ethnopsychiatrique du moins sur les sites enquêtés (Montreuil-sous-Bois et Les Mureaux), bien que le premier de ces sites y eût précédemment largement recours dans les années passées, dont le bilan est pour le moins critique.

En outre, si l'ethnopsychiatrie semble avoir une certaine efficacité sur les populations adultes, originaires de ces régions, son efficacité apparaît en revanche très limitée chez les jeunes pour qui la culture d'origine demeure pratiquement inconnue, notamment chez ceux nés en France. Dans ce contexte, même les envois ponctuels en Afrique pour un éventuel traitement par quelque tradipraticien ou à fin de désenvoutement -alors que la sorcellerie est souvent mise en avant dans l'explication coutumière de tels troubles-, s'avèrent désormais, aux yeux mêmes des membres des communautés concernées, de moins en moins efficaces et parfois même plus perturbants qu'apaisants.

Enfin, les divers services semblent davantage recourir aux consultations d'ethnopsychiatrie pour les populations originaires du Maghreb que pour celles objets de l'étude sans qu'il soit possible, pour le moment d'expliquer cette particularité.

IV. CONCLUSION:

Au total, cette nécessaire prise en compte de la complexité des situations rencontrées, conduit à déconstruire des objets d'investigation trop

généraux comme: « *la jeunesse délinquante* », « *la jeunesse en difficulté* », « *l'Enfant en danger* », et, dans notre cas précis, « *la jeunesse en difficulté, issue de l'immigration africaine* ». Même référés à une sous-région du continent africain, voire d'un pays ou d'une ethnie, de telles notions ne sauraient avoir de pertinence suffisante pour approcher les mécanismes en jeu dans l'entrée dans la délinquance ou la mise en danger d'un jeune en particulier, bien que le recours à ces concepts puisse, par ailleurs, paraître légitime, pour l'étude de certains groupes immigrés plus homogènes, notamment européens. L'on constate d'ailleurs que, pour les services, il ne s'agit jamais que de gérer des situations au cas par cas. Ainsi, aussi séduisantes que puissent être les explications ethnologiques ou anthropologiques, elles ne sauraient à l'évidence suffire. Ce qui rend, ici, chaque cas unique, c'est, dans une combinaison originale de facteurs, une pondération particulière de ceux-ci dans laquelle l'histoire des parcours migratoires individuels ou collectifs, joue un rôle essentiel; mais cette histoire individuelle et collective singulière est malheureusement peu prise en considération par les divers intervenants.

MÉSAVENTURES DE L'AUTORITÉ

Alain Chabert

Le Petit Prince visite l'Astéroïde 325, Habité par un Roi. Quelques extraits :
« Puis-je m'asseoir ? s'enquit timidement le Petit Prince. Je t'ordonne de t'asseoir, lui
répondit le Roi ».
« Car le Roi tenait essentiellement à ce que son Autorité fut respectée. Il ne tolérait pas
la désobéissance. C'était un monarque absolu. Mais, comme il était très bon, il donnait des
ordres raisonnables ».
« Le Petit Prince hésita, puis, avec un soupir, prit le départ...
Je te fais mon Ambassadeur, se hâta alors de crier le Roi
Il avait un grand air d'Autorité ».

Le Petit Prince
Antoine de Saint Exupéry

L'Elohim éprouve Abraham. Il lui dit « Abraham ! » il dit « Me voici ». Il
dit « Prends ton fils, ton unique, celui que tu aimes, Is'hac. Va pour toi en terre
de Moryah. Là, monte le en holocauste sur l'un des monts que je te dirai... »

(Plus loin)

Abraham bâtit l'autel et prépare les bois. Il ligote Is'hac, son fils, et le
met sur l'autel, au-dessus des bois

Abraham lance sa main et saisit le coutelas pour égorger son fils

L'Elohim (le messenger de INVH Adonai) crie vers lui des ciels
« Abraham ! Abraham ! » il dit « Me voici ». Il dit « Ne lances pas ta main vers
l'Adolescent, ne lui fais rien : oui, maintenant, je sais que toi, tu frémis
d'Elohim ! Pour moi, tu n'as pas épargné ton fils, ton unique »...

Bible. Tora, Entête 22,17
Traduction A. Chouraqui

Mésaventures de l'Autorité

Comment peut-on encore parler d'Autorité (Latin : Auctoritas) dans un monde qui a connu la Shoah ? On voit bien que les digues qui maintenaient un monde commun (la fiction d'un monde commun ?), parmi lesquelles la question de l'Autorité, pour faire bref disons la question du Père, ont cédé, se sont rompues. L'exercice du pouvoir d'humains sur d'autres humains a atteint son infini dans l'horreur. Dès lors l'Autorité a disparu de la surface de la terre, engloutie au lieu de la Domination.

Comment survoler une histoire humaine de l'Autorité - sa naissance, sa vie, sa mort - et essayer de poser quelques lignes directrices pour notre avenir, c'est à dire pour notre action dans le monde ? Je vais vous demander de garder en mémoire quelques distinctions et de les laisser danser dans votre tête, autour de l'histoire que je vais raconter - fabriquer.

D'une part, distinction de trois Autorités :

- Autorité déontique (basée sur la Morale, ou l'Éthique) : Je commande ceci parce que c'est bien
- Autorité Epistémique (basée sur la Connaissance, le Savoir) : Je commande ceci parce que c'est vrai
- Autorité de Commandement (basée sur la position hiérarchique) : Je commande ceci parce que je suis le commandant dans cette situation.

D'autre part, distinction de deux instances

- Autorité au nom de...
- Et Autorité en son nom propre

selon que sa source est dans celui qui l'exerce, ou ailleurs (au-dessus, au-delà... : nous verrons que cela va de Dieu à la Main invisible du Marché).

NAISSANCE

La question qui se pose aux hommes depuis Platon est : comment donc faire obéir les autres hommes ? Les Grecs anciens en effet ne possèdent aucun concept pouvant exprimer ce qu'on a entendu ensuite par Autorité. Les affaires de la Cité - c'est à dire la Politique - sont réglées, entre égaux, par la Persuasion ; et les relations aux Etrangers sont réglées par la Violence. Les Grecs inventent la Démocratie (pluralité des opinions, exercice politique de la persuasion de l'autre, importance primordiale de la parole et de l'action, invention du Pardon et de la Promesse - retenons aussi ces deux mots-) mais sont régulièrement soumis à la Tyrannie : Le Tyran gouverne par la violence pure, s'occupe seul du domaine public, protégé par une garde armée, confinant ses sujets à leurs affaires privées, ce qui, pour les Grecs est l'abolition de la liberté, c'est-à-dire de la politique.

Les Romains répondront à la question de Platon (comment diriger, contraindre les hommes sans recourir aux moyens externes de la violence, sans doute par quelque chose qui a à voir avec l'idée de Vérité), en inventant l'Auctoritas. Ce qui compte, pour les Romains, c'est la Fondation initiale, et ils vénèrent Janus, déesse du commencement, mais aussi Minerve, déesse du souvenir. Ce qu'il faut faire, c'est augmenter (Augere, d'où vient Auctoritas) ce qu'a permis la Fondation, dont le souvenir augmente aussi la valeur de ce qui est au présent. Le monde politique romain se dessine alors sur un triptyque : Autorité, Religion et Tradition. Et, dans ce monde l'Auctoritas est complètement distincte du pouvoir (Potestas). Elle vient du passé (divin, philosophique, historique...) et ceux qui en sont dotés, ce sont les maiores (les ancêtres) et les patres (les patriciens, les pères, ceux qui ont reçu l'héritage la transmission depuis la Fondation).

VIE

Transportons-nous, si vous le voulez bien à la Renaissance. Brunelleschi, Donatello, Masaccio – Regardez deux reproductions de fresques de Masaccio, elles sont à la chapelle Brancacci à Firenze, et on voit deux postures d’Autorité, celle de Jésus et celle d’une femme – inventent la Perspective. Au tournant du XVIème siècle nous voyons apparaître, en actes, l’idée de Point de vue et l’éventualité donc de leur pluralité, et, en même temps, l’individu, à la fois celui qui est figuré sur le tableau et celui qui le signe dans un coin. Le Point de vue, c’est celui d’un homme – on dirait : un homme concret, réellement existant, confronté à d’autres hommes, avec d’autres points de vue. Cet homme là est un homme chrétien ; le regard possible de Dieu est supposé, mais ce n’est pas son point de vue qui est adopté sur le tableau, ni dans l’agencement d’une coupole ou d’une chapelle.

L’homme perceptif de la Renaissance réalise 11 siècles plus tard deux grands thèmes d’Augustin : l’homme, c’est ce qui permet que quelque chose commence, c’est ce qui peut faire du Neuf (initium ut esset, Creatus est homo, ante quem nullus fuit) ; l’homme est une créature temporelle, capable seule de mesurer le passé par le Souvenir, et l’avenir par l’Attente. L’Eglise Romaine est, évidemment, dans la continuité de la Rome Antique, par exemple elle garde l’Auctoritas et laisse la Potestas au pouvoir séculier ; et puis elle chante aussi une fondation (« tu es Pierre, et sur cette Pierre... ») ; elle se veut un instrument de stabilité politique par l’importance de la Tradition : Mais l’introduction par Augustin de l’Attente et du Neuf est en rupture avec l’homme Antique.

Alors, la Renaissance, c’est l’apogée de l’Autorité, ou plutôt des Autorités : se confrontent l’homme politique (autorité de commandement, par exemple Laurent le Magnifique), l’homme d’Eglise (autorité déontique, par exemple le Pape), le Savant (autorité épistémique par exemple Léonardo de Vinci). La Perspective illustre le clivage entre Autorité en son nom propre et Autorité au Nom de. Et, en même temps, son invention retrouve quelque chose de la pensée démocratique grecque, à double titre : pluralité des opinions par son caractère humain (et non divin) ; Pardon et Promesse par son caractère historique.

MORT

C’est l’expérience totalitaire qui marque la disparition de l’autorité. Il s’agit d’une expérience de domination totale ; produisant une organisation massive d’individus atomisés et isolés, privés de tout objectif politique et de toute solidarité de groupe (famille, classe sociale, par exemple) ; avec une terreur essentielle et essentiellement différente de la terreur des tyrannies et dictatures (tous y sont soumis et pas seulement les opposants vrais ou supposés) ; comportant la croyance que tout est possible (les camps : il est possible d’exterminer scientifiquement les différences que ne veut ou ne peut

abolir la massification de la Société). Dans la Totalité, l'Autorité en-son-nom-propre a disparu, il n'y a que l'autorité au-nom-de, et c'est au nom de lois Scientifiques (Loi de la Nature ou Loi de l'Histoire), prises à tort comme s'il s'agissait de Lois humaines, de Loi de Justice. Les trois Autorités n'en font qu'une qui réside dans le système et qui est tout à la fois de commandement, épistémique et déontique !

Mais si la Totalité, réalisant la Domination extrême, tue l'Autorité, elle se situe aussi dans un mouvement plus large, qui la rend possible, qui la précède, et lui survit. Ce mouvement, qu'on l'appelle société de masse, société de l'objet, société du travail, fait lentement un homme-présent à l'ombre de l'homme-perceptif à partir de la découverte des Amériques et de l'expansion progressive du capitalisme. Il se fait par l'adoption progressive d'une perspective unique, celle de l'homme (XY) blanc, bourgeois, dominateur, confondant son point de vue avec la Vérité et celle-ci avec le Bien. Son ordre moral s'impose à la femme, à l'ouvrier et au paysan exproprié, à l'indigène colonisé. Croyant réaliser l'Auctoritas romaine, il produit au XIXème un homme de masse qui « abandonne son individualité, sa peine et son inquiétude de vivre pour acquiescer à un fonctionnement hébété, tranquilisé et fonctionnel » (Arendt). Sept siècles après Christophe Colomb, l'effondrement de la Totalité soviétique emporte avec elle l'Autorité et réalise quasi complètement à la fois la marchandisation du monde et l'homme présent : comportement uniformisé d'êtres purement biologiques par abolition des distinctions entre les hommes ; disparition de la durabilité des objets du monde qui perd sa stabilité aux yeux des hommes ; expropriation de la terre et abolition de l'Espace ; réduction du temps au présent qui devient tyrannique ; démission du Politique qui s'en remet à l'avis expertal. « Nul n'est censé ignorer la science ! » dit Changeux : Le Bien, le Vrai et le Commandé sont confondus, assignés à résidence dans un A.D.N. bientôt transparent et marchandisé, comme l'homme-présent, d'ailleurs. Face à la fragilité des affaires humaines, la Totalité monstrueuse comme la Totalité - Soft inventent la Maîtrise, peut être pour cette dernière car il y a eu des crimes sans Pardon (Shoah - Holocauste) et que la perte du Temps fait qu'il n'existe plus de tenue de promesse.

Du Psychiatre, et, de la question du Père, et du fils

Arrivé à ce point, la question, préalable, est : A quoi ça a servi, l'Autorité ? (Je ne parle pas de la Domination). Dit autrement : De quoi pensons nous souffrir aujourd'hui, à travers ce que nous observons des incivilités, des désobéissances, des irrespects ? Freud écrivait : ce dont nous souffrons - ce « malaise dans la civilisation » - c'est de devoir renoncer (renoncer aux buts et objets pulsionnels infantiles). Osons une hypothèse : ce dont nous souffrons aujourd'hui, c'est de ne pas renoncer ! De ne pas renoncer à une position d'enfant.

Qu'est ce que cette Loi Humaine, que les régimes totalitaires ont remplacés par des lois scientistes ? : En terme d'interdits : l'Inceste et le Parricide ; en terme de prescription : une forme quelconque d'exogamie. C'est toute une Institution, qui suppose pour chacun une part de sacrifice (celle de l'union-identification à une mère primitive). Par-là, les générations sont à la fois reliées symboliquement (filiation) et différenciées quant aux places de chacun. Le sacrifice est en quelque sorte à double détente : enfant, de l'union à la mère ; puis adulte, d'une position d'enfant afin de (la) transmettre. Il permet la permutation symbolique des générations : un fils devient un Père en réalisant que son Père était (aussi) un fils. Au-delà, c'est la condition que ne soit pas sacrifiée l'arrivée dans le monde d'une autre nouvelle génération. Cette Loi Humaine, est équivalente à la Raison comme capacité en même temps de poursuivre (l'humanité) et de faire Naître, donc de faire du Neuf, qui n'aura pas existé avant. Cette Raison, cette Loi Humaine, appelons là aussi Tiers Social, Fonction Paternelle, Référence Absolue, comme on voudra, elle est mythique, ne se situe nulle part précisément.

C'est au nom de cette Référence qu'Abraham, en se sacrifiant pas Ishac, se sacrifie comme enfant pour devenir un père, père d'un fils, qui pourra, à son tour devenir père.

Elle était représentée dans la famille par le Père, et dans la société par l'Auctoritas. Cette référence, ce Tiers Social nous arrache à la fascination de l'image de Soi, à l'exclusivité narcissique. C'est un forçage, ce ne se fait pas tout seul. Les Romains l'avaient compris qui disaient « ex patre natus » : Etre né du Père ce qui n'a rien d'évident, ce qui suppose qu'on y croit, au Père, et qu'on y croit comme à une croyance, c'est à dire sans certitude matérielle). Pour qu'elle reste vivante et mythique, il importe que le Bien, le Vrai et le Commandé restent distincts.

Le psychiatre, l'aliéniste avant lui, mais aussi le psychanalyste, rencontre depuis toujours des adultes qui n'ont pas renoncé à une position d'enfant. Aujourd'hui ces adultes-là disent : « ça me prend la tête » ou « je pète un plomb », comme des adolescents, d'ailleurs ; ils sont dans un monde qui a perdu la prescription de ce renoncement (et c'est lié à cette société de l'objet, à cette tyrannie du présent). Ils balancent entre une « dépression » et « une

« addiction » (Alcool, Toxiques, Anorexie...) comme ils balançaient entre une « Névrose » et une « Psychose » lorsque le monde prescrivait ce renoncement.

Nous sommes d'autant plus nombreux à être candidat au ratage du renoncement qu'il n'est plus prescriptible par le Tiers Social. Et nous considérons comme crime monstrueux et exemplaire la pédophilie et l'inceste, là où autrefois régnait le parricide. Le Parricide fascinait nos anciens ; c'était la version criminelle, monstrueuse et psychopathologique de la révolte toujours rêvée, contre l'Autorité. Le Pédophile, l'Incestueux, l'ont aujourd'hui remplacé ; c'est la version criminelle, monstrueuse et psychopathologique de notre commun non-renoncement à une position d'enfant.

Le psychiatre, dans l'exercice de son art, se pose la question de « l'observance ». Est-ce que ma prescription a été, est, ou va être suivie ? Comment cette question est elle traitée ? Comment l'observance - autre nom pour obéissance - est-elle obtenue ?

Pendant très longtemps le psychiatre s'est réclamé de l'Autorité du Médecin. Platon dispose du modèle et de la figure du Médecin quand il cherche quelque chose qui ait un rapport à la Vérité et qui se situe entre Persuasion et Violence. C'est aussi un de ceux qu'utiliseront les romains pour inventer l'Auctoritas.

Mais, jusqu'à la seconde guerre mondiale, le psychiatre exerce dans un univers de type concentrationnaire, l'asile d'aliénés, (société totalitaire en miniature), une Domination sur le malade qui non seulement ne peut s'y soustraire, mais dont les efforts qu'il ferait pour cela sont disqualifiés, annulés, lus comme signes qu'il doit bien être soumis à Domination (totale, donc).

Le psychiatre du monde-présent est, lui, appelé à se cacher derrière un protocole décrivant des méthodes scientifiques pour lutter contre l'inobservance de personnes malades que leur état est censé empêcher de valablement consentir à leurs soins. (c'est là qu'on retrouve le « Nul ne peut ignorer la Science ») Engloutie dans la lutte contre l'expérience asilaire de la Domination, l'Autorité a laissé la place à une maîtrise par l'évidence d'un contrôle social ubiquitaire sur un homme-malade devenu transparent. L'obligation de consentir réalise la synthèse moderne de la maîtrise de soi et du gouvernement d'Autrui !

Pistes pour demain ; Que faire ?

1. L'autorité a donc disparu ! c'était une figure historique ; elle ne reviendra pas. Comment soutenir alors la Loi Humaine, par quels montages institutionnels faire Tiers Social ?

Disons tout d'abord que le retour à un ordre répressif ne sert à rien. D'abord parce qu'on ne peut raisonner comme si le XXème siècle n'avait pas

existé ! Ensuite parce qu'on a sous le yeux, dans le monde, de tels retours : A chaque fois on a l'oppression-domination et l'incivilité plus ou moins totale. La désobéissance s'y installe comme mode d'organisation sociale (Ex : la Russie). L'enquête « Nike », récemment publiée, montre les effets terribles d'une conjonction - en Indonésie - tout-à-fait moderne, entre capitalisme et domination tyrannique, ici au nom de l'Islam : Dieu et le Marché main dans la main, visible et invisible !

2. C'est par des mœurs communes et non par des règles contraignantes que peuvent se caractériser des montages institutionnels qui ne soient pas la répétition de la Domination. Ce qu'Hanna Arendt appelle « Pouvoir-en-commun » suppose la mise en commun des Actes et des Paroles par des égaux potentiels, par des citoyens porteurs d'une infinité de points de vue. Le Tiers Social est inclus dans la pluralité. (Il ne sera jamais Un visage ; il permet à chacun de se voir soi-même comme un autre parmi les autres ; il repose sur l'indétermination avouée quant aux fondements du Pouvoir, de la Loi, du Savoir...) C'est la Démocratie-Jusqu'au bout, avec son éthique de l'argumentation. La Démocratie représentative par délégation en est une version tronquée, compatible avec la totalité-soft de la société de masse. Sont nécessaires toutes les formes développées dans la moindre des institutions de démocratie participative : démocratie de proximité et démocratie sociale. Par là, on renoue avec quelque chose des Grecs anciens, pré-Socratiques, et de la Renaissance, mais avec cette idée qu'il n'y a que des égaux potentiels. L'égalité est au cœur de la Loi Humaine. (Notons qu'elle suppose une séparation entre un espace public totalement visible et un monde privé protégé par une certaine opacité).

C'est une société historique par excellence. Elle s'oppose à la fois à l'éloignement de l'horizon d'attente devenu pure utopie après les totalitarismes et à la transformation de l'espace d'expériences en un dépôt mort de traditions (Ricoeur). Elle assume les conséquences de ses actes (principe responsabilité de Hans Jonas). Rapprocher les attentes par une action stratégique faite vers le souhaitable est le sens de « Grains de Sables » dans la Totalité-soft, comme l'association ATTAC, mais aussi de mouvements de droits de l'homme. Libérer les potentialités inemployées du passé est le sens de l'histoire critique, de la permanence de sa mise en Récits.

C'est la capacité effective de changer quelque chose dans le monde, de faire du neuf : capacité d'initiative, donc possibilité de Promettre et de Pardonner.

Le travail de la psychothérapie institutionnelle, dans nos établissements psychiatriques, mais pas seulement, c'est cela : Exercice de la responsabilité opérante et exercice de la Parole libre.

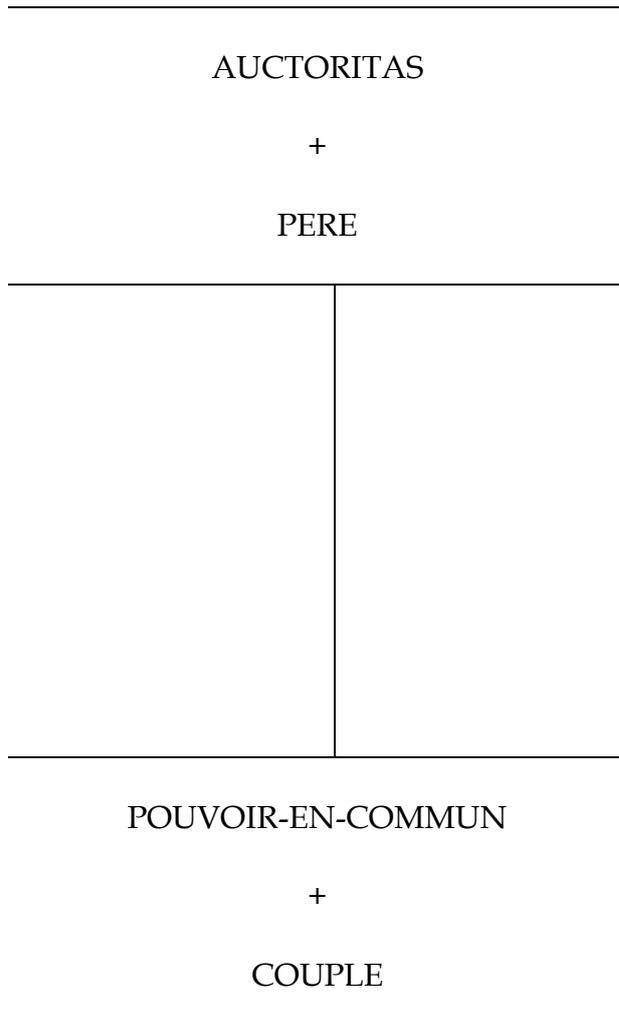
Pouvoir-en-commun : donc séparation du Bien, du Vrai et du commandé.

Venons en à la famille. Lorsque l'Autorité existait dans la société comme représentant de la Loi Humaine, son équivalent dans la famille était donc le Père. Ceci reposait, bien sûr, sur une inégalité et une domination des parents sur les enfants, mais aussi et surtout de l'homme sur la femme ; certes un peu moins dans la famille P.M.E. (Papa, Maman, Enfants) que dans la famille Patriarcale ; mais tout de même, on sait bien qu'il était dit des femmes dominantes qu'elle « portaient la culotte » (ce qui renvoie à l'état de fiction commode pour la domination masculine l'idée de matriarcat sous nos climats). Les familles aujourd'hui sont multiples ; or ce que nous ont appris les thérapies familiales c'est qu'elles se valent : bi-parentale, monoparentale, homo-parentale, pluriparentale, toutes peuvent ou non favoriser les ratages privés de la permutation des générations (ce sont ceux que voient les thérapeutes familiaux).

Au fond, dans la famille, ce qui est là, d'abord, c'est l'égalité dans le couple. Et à partir de là, c'est au Couple, lui-même, quelle que soit sa forme concrète dans telle ou telle famille, à qui revient d'incarner la Loi Humaine, soit ce renoncement à une position d'enfant pour la transmettre. Comme, et mieux que, « Le Père », et à la différence de la famille qui croise son existence culturelle avec la biologie de la fécondation, le couple est une forme purement construite du lien social. C'est en cela qu'il est la meilleure défense contre la Pulsion de Mort (Lemaire). C'est aussi qu'il mêle hasard et prédestination dans sa constitution marquée par une contrainte au choix à la fois intrapsychique et sociologique.

On peut saisir l'intérêt de la pratique de Mara Selini avec les familles ayant de gros ratages de la permutation des générations (psychoses, violences, anorexie), consistant à travailler avec le couple parental. On voit aussi l'intérêt des Thérapies de Couple, à condition que le Thérapeute décide de le voir, ce couple, qui n'est précisément nulle part dans les deux individus qui l'ont fabriqué.

Pour conclure, je vous propose de fêter, finalement, cette mort de l'Autorité ; et de substituer au système fait d'Auctoritas dans la société et du Père dans la famille, un système fait de Pouvoir-en-commun et du Couple, pour représenter notre vieille Loi Humaine : Poursuivre l'humanité et faire naître du neuf.



AUTORITE

?

BIBLIOGRAPHIE

- H. ARENDT Le Système Totalitaire
Folio Essais 1972
- H. ARENDT Condition de l'homme moderne
Agora Pockett Calman-Levy 1983
- H. ARENDT La Crise de la Culture
Folio Essais 1989
- H. ARENDT Du mensonge à la Violence
Coll Agora Pockett Calman Lévy 1997
- AUGUSTIN Les Confessions
G.F. - Flammarion 1997
- L. BERTIET et R. FOGGI MASACCIO. Catalogo completo
Coll i gigli dell'arte
Ed CANTINI Firenze 1989
- Bible CHOURAQUI Desclee de Browner 1998
- J. LACAN Les Complexes familiaux
Bibliothèque des Analytica
Navarin 1984
- Zaki LAIDI Le Sacré du Présent
Flammarion 2000
- P. LEGENDRE Le Crime du Caporal Lortie-Leçons VIII
Fayard 1989
- Manière de Voir N°56 Le Monde Diplomatique
Avril 2001
Notamment Articles d'Ignacio Ramonet
Denis Duclos
Florence Touret
- J. MESNIL Masaccio et la théorie de la perspective
Revue de l'art ancien et moderne pp 145-146
1914
- M.O. PADIS Marcel Gauchet ; La genèse de la Démocratie
Coll. Le Bien Commun Ed. Michalon 1996
- P. RICOEUR Soi même comme un autre
Points Essais
Le Seuil 1990
- P. RICOEUR Temps et Récit 3 Le Temps raconté
Points Essais Le Seuil 1991

A. de SAINT-EXUPERY

Le Petit Prince
Folio Junior 2000

D. SALAS

La Justice et le mal
Coll Opus
Odile Jacob 1997

CONVULSIVOTHÉRAPIE - TOUJOURS

L.Bonnafé

Etrange concours de circonstances, le hasard (Que « Dieu » encourage la manière de s'en servir !) fait se rencontrer la lecture d'un très instructif témoignage sur la manière de se servir de l'**électro-choc**, par Paul Sivadon, et d'une étude, d'ailleurs très sympathique, de O..Boitard et D. Glachant : *Traitements de choc et régimes totalitaires* ». Celle-ci, aussi sympathique que soit son esprit, témoigne cependant de l'emprise d'un des déversements aux oubliettes, dans la mémoire-psy, qu'il est le plus fécond d'explorer.

La grande vérité méconnue est qu'un des moteurs les plus actifs du mouvement désaliéniste fut l'énormité de l'écart entre l'application correcte de l'électro-choc et son usage commun, en convulsivothérapie asilaire, inhumanité qui eut une place majeure dans notre procès du système de renfermeries-garderies, car elle montrait un spectacle inacceptable, voué à être communément « oublié », et ne pas être par hasard rangé au plus profond des oubliettes.

L'étrange coïncidence tombe avec la transcription, inédite, du dernier entretien avec Paul Sivadon, pour le film sur Ville-Evrard : « *Histoires autour de la folie* » en perspective de « suites », que m'a confié l'auteur Bertrand de Solliers.

« *On s'est aperçu que c'était pas tellement la crise que le coma qui l'accompagne et surtout la bienveillance des infirmiers au moment du réveil. C'était résumé dans la formule de "régression/progression" C'est la bipolarité ou la multipolarité des moyens qui donne un curatif important ...* ». C'était bonne illustration de la formule de « **Plein traitement** », avec laquelle Sivadon disait notre résistance aux positions dominantes de méconnaissance du fait qu'en psychiatrie il n'y a rien de plus nécessaire que la convergence de tout traitement avec science et art de l'écoute et de l'écho. L'effacement habituel de ce thème de « **plein** » traitement éveillait beaucoup nos résistances.

Il est vrai que, pour parler, et surtout écrire, sur cet aspect saisissant de ce dont il fallait prendre le contre-pied, nous avons été d'une discrétion qui n'est compréhensible que par notre résolution d'éviter tout de qui est voué à n'être ressenti que comme agression à la personne du chef responsable et de ses gardiens exécutants..

Je me cite : « Pour mieux saisir là avec quel écart notre témoignage s'écarte des manières ordinaires de raconter la psychiatrie, il me vient une illustration de ce que fut notre constant souci de dénoncer cette « monstrueuse

machine bureaucratique » sans trop « nous couper de » ceux qui s'en faisaient les gérants. Il y a des précautions de laisser dans l'ombre ce que nous vivions de plus compromettant pour les acteurs , qui ne peuvent intéresser que les analystes fins de l'histoire ».

Nous ne sommes pourtant pas restés tout à fait sans rien dire, mais l'« inouï » de nos propos est bien conforme à des habitudes très ordinaires.

Il devient moins dérangeant que naguère de dire vraiment la **vérité historique** : Il est vrai que : Nous qui usions de l'électro-choc. de façon assez intelligente, en privilégiant les échos dans le réveil, nous avons à résister aux excès de demandes par les patients, tant ça leur faisait du bien, comme il fallut ensuite beaucoup avec la chimie.

Ce contraire des us et coutumes était grand **contraste** avec les pratiques de convulsivothérapie habituelles dans les renfermeries-garderies ordinaires, qui nous faisaient dire qu' « avec ça, l'E.C. n'a pas volé sa mauvaise réputation » :

On voyait partout, dans les services publics - où l'on n'était pas habitué à considérer les « indigents » comme c'était pour les « clients » dans le privé - les séances de chocs passant **en série**, tour à tour, les assujettis à ce « soin », aussitôt transportés dans leur coma devant les autres qui attendaient leur tour de passer par là.

Dans l'histoire réelle, il est bon de savoir que cette barbarie de la sismothérapie dans les structures suraliénantes fut un de nos principaux ressorts, parmi les signes les plus dominants de l'inhumanité de ce système.

Un des aspects les plus saisissants, dans le regard sur les vertus thérapeutiques, était la note **punitive**, suintant plus ou moins partout, dans la fabrication des mentalités des préposés aux « **rappports** », comme ceux formés au Rodez d'avant Ferdière, ce qui aide à comprendre le vécu d'Artaud.

Je donne souvent l'électro-choc comme thème illustrant au mieux la **parole-déversoir**, dont la recherche conduit à dire : « parle moi d'électro-choc, je saurai qui tu es », tant le parleur y met plus de ce qu'il a sur le cœur ou dans les tripes que de ce dont il parle non comme c'est et surtout comme ça a été, mais comme ça lui sort.

Et ça aide à comprendre comment on peut maintenant avoir le même niveau de croyance en la chimie que naguère en l'électricité.

Bien connaître notre histoire est règle de bonne connaissance de nos problèmes actuels. Et ça recommande l'exploration des oubliettes : « De tout ce que j'ai retenu des découvertes freudiennes, l'une des plus fécondes est bien que rien n'est plus chargé de sens que les phénomènes de censure ou d'oubli ».

C'était à propos de l'hécatombe - C'est tout dire...

Hors des usages, on trouve quelques textes sur l'électro-choc qui en parlent comme peuvent le faire Jean Lhermitte et Georges Parcheminy, , qui ne se situaient pas dans la méconnaissance habituelle de la problématique relationnelle. Ils parlent de leur cliente en maison de santé, auteur d'un : « *Les étapes d'une résurrection par l'électro-choc* », dans la Revue Neurologique de I-II 1943. Et d'autre part, plus que dans la mémoire des disparus, il serait « bon pour la science » de sortir des oubliettes les traces de l'application avec laquelle les novateurs en recherche de « **plein traitement** » ont cultivé science et art de l'écoute et de l'écho dans les collectifs soignants. Nous nous sommes appliqués à y éveiller les potentiels de relations thérapeutiques efficaces qui y étaient ordinairement gâchés par le système suraliénant..

Il traîne assurément çà et là des traces écrites de ce travail de formation.

Et aussi, bien que cette étape n'ait pu être atteinte qu'en 1954, « après le largactil », on a fondé V.S.T. avec les CEMEA. . Le numéro inaugural, , polycopié sous le titre : « *Vie collective et traitements* », présentait une étude sur l'électro-choc où on lit : « toutes ces précautions doivent être prises sans ostentation, dans l'atmosphère de tranquille sécurité, sans laquelle le traitement est un supplice (... et l'infirmier un bourreau) ».

Et il est instructif de voir que, dans ce numéro inaugural, nous avons préféré la publication d'un exposé rédigé par Mlle Bellamy, une de mes élèves de Sotteville-lès-Rouen, sur « *Les techniques d'observation* », réservant le texte de mon exposé habituel sur la question, depuis la fondation des stages, pour le N° 3. Au N° 2, j'avais mis un : « *Plan de cure pour l'insulinothérapie* », autre témoignage de l'intérêt que portaient les leçons de nos enseignements dans ce qui devenait « le passé » avec l'âge de la chimie, où il y avait bons motifs pour résister à leur « oubli ».

Il vaut mieux **dire** ces motifs : Dans l'ambiance de nouveauté, nous portions une culture méthodologique qui nous faisait trouver rationnel d'évoquer les leçons du passé les plus **utiles** dans les circonstances nouvelles. Aussi sceptiques pouvions nous vivre l'efficacité de ce respect des meilleurs principes dans l'ambiance la plus génératrice d' « oublis », il n'était pas correct d' « oublier » les leçons des usages de l'électricité ou de l'insuline ; il eut été incorrect de ne pas les dire.

Nous étions 13 affichés responsables, et il y en avait quelques autres. Trouver dans les archives des restes du travail formateur qui s'exprimera en 54 servirait à rectifier bien des "oublis" ou « erreurs » rendant tendancieuses les histoires de la psychiatrie.

Etonnant exemple : Il se trouve que, dans mes incitations à l'exploration des traces ensevelies de nos activités productives des aspects collectifs des

thérapeutiques, même au delà des collectifs soignants, je viens de retrouver ce document, venant de Sotteville, avant 1950 :

Dr. L. Bonnafé- J.Tronche & B. Ygout.

CAUSERIE MEDICALE - Les traitements de choc

Les chances de guérison des malades, en psychiatrie, ont augmenté dans des proportions considérables lorsqu'on a découvert les traitements de choc modernes. Il est intéressant de savoir ce que sont ces traitements.

Traitement de choc signifie : traitement qui cause à l'organisme une forte perturbation, une secousse importante.

Dans l'ancienne psychiatrie, on tâchait parfois de « secouer » l'organisme par des moyens souvent brutaux et généralement désagréables, par exemple en faisant tourner le malade dans un tourniquet à grande vitesse, jusqu'à lui donner un vertige de grande intensité. Ces procédés n'ont pas été employés longtemps, ils n'étaient pas très efficaces, les malades les redoutaient, la crainte qu'ils inspiraient contribuait plutôt, souvent, à aggraver la maladie.

On a cherché ensuite des moyens plus doux, par exemple en donnant pendant peu de temps une fièvre élevée, avec des piqûres ou des appareils électriques. Cela a donné souvent d'excellents résultats, mais on utilise moins aujourd'hui ces méthodes. Dans bien des cas, il est plus efficace de se servir de techniques nouvelles, moins désagréables encore qu'elles apportent des bouleversements plus profonds et constituent de véritables « chocs ».

Les véritables méthodes de choc datent à peine d'avant la dernière guerre, leur principale caractéristique est de faire perdre complètement conscience au malade, pendant un temps plus ou moins long. Après cette perte de conscience, l'esprit revient à lui peu à peu, et, progressivement, dans la plupart des cas, les idées se remettent en place d'une façon plus normale.

La méthode la plus employée actuellement est l'électro-choc. Elle consiste dans l'application d'un courant électrique dosé suivant les besoins et qui produit, en passant à travers le cerveau, des effets multiples :

- Perte immédiate de la conscience et de la mémoire.
- Modifications de la circulation donnant rougeur, pâleur, accélération et ralentissement du cœur, variation de la tension artérielle, etc. ...
- Modifications légères de la composition du sang.

- Contractions musculaires plus ou moins fortes selon la dose de courant.

Le choc proprement dit est suivi d'un sommeil profond, plus ou moins long, et le retour de la conscience et de la mémoire se fait assez lentement.

Le choc lui-même ne produit jamais de douleur, en général, les suites ne donnent pas d'impression désagréable, les petits inconvénients qui surviennent quelquefois après sont : légers troubles de la mémoire persistant quelque temps, courbatures en général légères, parfois sensation de fatigue, exceptionnellement quelques maux de tête.

Des injections intra-veineuses de produits chimiques divers sont également employées, plus rarement, pour obtenir des chocs semblables ou un peu différents. Le cardiazol, par exemple, est parfois utilisé, il donne à peu près les mêmes effets que l'électro-choc, mais, à l'inverse de celui-ci, produit assez souvent une impression très désagréable.

Le traitement par l'insuline est aussi un traitement de choc. Je lui ai consacré dernièrement une causerie, aussi, je ne m'y étendrai pas. Je rappelle seulement que la perte de connaissance est plus longue, qu'elle doit être répétée presque tous les jours, que la durée du traitement est longue (2 mois en moyenne). L'insuline est aussi employée couramment en psychiatrie à des doses faibles qui ne provoquent pas de chocs, et qui s'adressent à des cas différents.

Grâce aux traitements de choc !

1°) L'atmosphère des services a été complètement transformée, les comportements très troublés étant généralement très améliorés par les chocs.

2°) Un grand nombre de malades qui, autrefois, n'auraient jamais guéri, sont maintenant rendus à la vie.

3°) Des malades qui, autrefois, guérissaient lentement peuvent maintenant sortir de l'hôpital et reprendre la vie courante après un traitement de courte durée...

Considérations instructives : Cette « causerie », faite à l'enseigne de l'association « Regain », notre usage du « droit d'association » hors services, était utilisée, dans nos usages ne laissant pas la photocopie aux seuls rédacteurs de « notes de service », dans l'application d'un de nos principes constituants : Aux antipodes des usages dévorants du **rejet** des sujets souffrants, mettre les entourages « dans le coup ». Le signe clair qu'est l'emploi du nom de la personne des autres praticiens que le chef de service montre bien à quel point il convenait de soigner le vécu par l'entourage.

Il vaut mieux connaître que dans les habitudes la grande césure entre les us et coutumes barbares qui ont approvisionné les visions conventionnelles de l'électro-choc et enrichi sa mauvaise réputation, en « ignorant » qu'en résistance, il a fallu que nous tempérions les demandes excessives des patients qui en redemandaient trop, tant ça leur faisait du bien, comme il en advint ensuite avec la chimie

Mais, pour approfondir science et art de l'écoute et de l'écho comme principes fondamentaux d'exercice de la psychiatrie, il y a encore beaucoup à faire.

Pour y aider, j'ai analysé les ECHOS. Dans le langage-déversoir, j'ai saisi qu'il faisait écho aux courants qui, dans les vécus humains, baignaient dans le vécu « négatif » de l'électricité comme agent offensif. En contre partie, il était bon de ressentir les échanges dans les autres aspects du climat : Les opérateurs de la société marchande qui fabriquent les esprits dans les organes de presse ont utilisé avec une science dont il serait amusant d'illustrer les produits, par exemple avec la ceinture magique source de puissance, les vécus « positifs » en croyances dans les **vertus magiques de l'électricité**.

Dans ce mouvement d'analyse, je me suis entraîné dans une de ces fictions qui sont aussi productives que les exercices de physique amusante :

Dans un futur âge « BIO », on voyait des effets de l'évolution des mentalités quant à la malfaisance de « la chimie » sur la vie. Cette évolution était enracinée dans le grand support agro-alimentaire où, à l'enseigne de « bio », se montraient les bonnes raisons d'inscrire la défiance de « la chimie » dans les mentalités.

Ainsi, l'opinion publique se réjouissait de l'entrée en désuétude des usages des **vertus de la chimie**, qui, avant les progrès dans l'usage des **vertus naturelles**, avaient succédé aux croyances dans les **vertus de l'électricité**, pour arraisonner les dérives humaines dans le champ de la **relation**.

SUITES aux méditations sur les vertus magiques de la fée électricité :

Primo : Le fait qu'Annie Ruat se soit montrée, contre le courant, sensible aux propos sur l'usage du traitement électrique parlé dans le vécu commun du temps sur les vertus magiques de « la fée électricité » illustre bien comment raffiner sur les contextes profonds des échanges, avec bonne connaissance des imprégnations marchandes..

Puis : Dans l'évocation des climats modernistes sur les vertus de l'électricité, genre scientifique, un écho assez récent devant le doctrinarisme professoral :

(Que je ne parviens pas à retrouver, mais je le fournis à nouveau) :

Dans le « *Artaud et l'asile* », d'A.Roumieux, L. Danchin, (+ J.C. Fosse) - ed. Séguier 96, figure le commentaire professoral sur l'électroconvulsivothérapie :

« actuellement, la théorie de l'efficacité de l'électrothérapie liée à la qualité du maternage de réveil est complètement abandonnée, »

Les survivants de l'« avant le largactil » qui furent les acteurs des recherches sur la qualité des soins ont pu là raviver d'instructifs souvenirs:

Le vocabulaire « maternage » n'a guère été employé à propos d'électrochoc. Mais il a été important thème de travail au registre des cures insulinothérapeutiques « de Sakel » qui furent de grande efficacité, surtout quand on restait fidèles aux leçons de la première thèse, celle de Madame Balvet-Thiébaud. Celle-ci soulignait l'efficacité de la cure par le canal de sa fonction formatrice de l'ensemble des savoirs dans le personnel soignant (Que Balvet illustre volontiers avec l'image de l'aspect le plus efficace, le pot de géranium posé sur la table de nuit pour le réveil). Le fond du problème se montrait comme contexte formateur des potentiels soignants relationnels avec la motivation puissante par la grande élévation du niveau technique dans l'activité soignante.

= bonne leçon de « plein traitement ».

Au débouché sur les années 50, nous avons été témoins de fortes accentuations des pertes d'efficacité évidemment attribuables à ce que nous nommions « routinisation », affaïssement des intérêts suscités dans les mouvances émotionnelles.

Cette réduction d'efficacité fut si sensible, dans la phase terminale de l'« ère des chocs », avant l'éclosion des chimiothérapies contemporaines, que les scientifiques qui avaient déjà beaucoup « abandonné le thème de l'efficacité due à la qualité du maternage », firent fonctionner leur esprit de recherche. Ceci leur permit de conclure que les progrès accomplis dans la fabrication d'une insuline plus « pure » étaient sûrement en cause, et donc que c'était les « impondérables » de l'ancienne insuline qui étaient le principe actif.

Les liens avec la maison Roussel étaient si efficaces que fut reprise « pour usage psychiatrique » la fabrication de la vieille insuline, sous étiquette rose, l'étiquette blanche signalant la nouvelle, la plus « pure », pour les diabétiques.

L'ampleur de la vague chimiatrice qui survint aussitôt laissa cette intéressante histoire privilège de chercheurs de pointe sur les vertus des thérapies, et sur l'histoire vraie de la psychiatrie..

TRANSMISSION ET SECRET PROFESSIONNEL

Claire GEKIERE
psychiatre de secteur
FRANCE

« dans le respect du secret professionnel... », mantra, fin 20^e siècle

« Transmission et secret professionnel » : ce titre conjugue deux termes qui résument plusieurs évolutions de ces dernières années dans le droit et la psychiatrie français. Evolutions souvent mal accueillies par les professionnels en psychiatrie car elles sont aussi vécues comme attaques identitaires.

En effet :

le « secret médical » s'est retrouvé inclus (depuis la réforme du Code Pénal français en 1992-1994) dans le « secret professionnel ».

la « transmission » tant des informations pour obtenir un consentement valide aux soins que, tout récemment (mars 2002), celle du dossier médical directement au patient visent à modifier les rapports de force médecin-malade en faveur des usagers.

Je traiterai successivement :

du secret professionnel comme attaque identitaire

du secret psychiatrique comme variante d'un secret médical encore bien vivace

des secrets de famille de la psychiatrie française, passés et à venir

de l'état des lieux de quelques pratiques et idées en matière de secret professionnel

de l'aporie du « secret partagé », traitable par un changement de modèle ?

I - DU SECRET PROFESSIONNEL COMME ATTAQUE IDENTITAIRE

L'idée du secret médical , « général et absolu », est un élément important de l'identité médicale. Son inclusion dans le secret professionnel a souvent été vécu comme un affaiblissement identitaire , une attaque du sentiment d'appartenance, par un corps professionnel médical qui reste très corporatiste et attaché à la notion de pouvoir médical.

Le fait que les dérogations au secret professionnel dans le domaine de la santé continuent à augmenter (au nom notamment de la transparence qui serait nécessaire à l'évaluation et au contrôle des pratiques : fichiers de personnes suivies en psychiatrie, accès aux données médicales des médecins de l'autorité de Tutelle et des médecins de l'Agence Nationale de l'Evaluation de la Santé...) conforte bien sur ce vécu.

Coup dur pour nombre de psychiatres : malgré leur résistances, le droit à l'information pour les personnes traitées en psychiatrie n'a quasiment pas de particularité (même si... voir IV). Pauvre « spécificité » de la psychiatrie, au sens paternaliste du terme !

Et en plus est diffusée au même moment une circulaire ministérielle qui impose la pratique effective de la transmission du contenu des certificats d'internement en Hospitalisation d'Office, au motif qu'il s'agit d'une pièce administrative qu'on ne peut plus cacher à l'interné sous peine d'ennuis judiciaires.

II - DU SECRET PSYCHIATRIQUE COMME VARIANTE D'UN SECRET MEDICAL ENCORE BIEN VIVACE

C'est une grande banalité : le secret médical, dont le programme officiel est d'être du au malade dont c'est un droit, est surtout un des moyens du pouvoir médical, et le reste encore. Car le secret médical c'est notamment « un ensemble de connaissances réservées à quelques uns, des éléments ne devant pas être connus de tous » (Dict. Robert historique), c'est à dire ce qui permet la coalition de plusieurs contre d'autres, la création d'un gradient de pouvoir entre ceux qui savent et en même temps se liguent contre d'autres grâce à ce savoir.

Incidente : persiste l'idée que garder les informations donne du pouvoir, alors qu'on peut penser que maintenant diffuser les informations procure de l'influence.

En psychiatrie, le secret (professionnel ?) des pratiques est à peine entamé, notamment en matière de soins sous contrainte. La proclamation de la recherche du consentement, la création des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, la notification aux intéressés de leur

internement, les « bonnes pratiques cliniques » pour la mise en chambre d'isolement... font très peu évoluer les pratiques dans la mesure où aucun contre pouvoir n'est en pratique accessible aux personnes placées sous contrainte.

III - DES SECRETS DE FAMILLE DE LA PSYCHIATRIE FRANCAISE, PASSES ET A VENIR

Les institutions psychiatriques ont des secrets historiques :

Ainsi pendant longtemps la mort de faim des malades mentaux hospitalisés pendant la deuxième guerre mondiale est restée occultée, jusqu'au dévoilement qu'opéra pour un grand nombre le travail de Max LAFONT, publié à partir de sa thèse de médecine sous le titre « L'extermination douce ».

Les comportements violents, de soignants envers les patients ou sur des collègues, sont encore bien trop souvent l'objet de secrets, alors que le moins que l'on puisse dire est que la violence des patients est bien mise à jour, voire en exergue ces dernières années. Alors que la révélation des secrets honteux fonctionne comme un mythe bénéfique dans la profession, nous nous gardons bien de nous l'appliquer à nous même, et continuons donc à en être contaminés.

A l'heure actuelle il plane un non-dit étouffant, à qui il ne manque qu'une intentionnalité qui le transformerait en secret de famille dans un futur proche, à propos de la constitution en cours de fichiers de personnes suivies dans les services psychiatriques, par le simple jeu technique des mises en réseau informatique des données.

IV- DE L'ETAT DES LIEUX DE QUELQUES PRATIQUES ET IDEES EN MATIERE DE SECRET PROFESSIONNEL

Ces dernières années on n'arrête pas de parler, de colloquer, de publier (la preuve !) sur le secret professionnel, versus notamment le droit à l'information, les bienfaits de la transparence dans la communication –« la transparence, cette vivisection du réel » comme dit Paul VIRILIO-, la relation de pouvoir médecin-patient.

Quelques remarques :

Le secret professionnel reste un marqueur d'identité important. Il trace à merveille les frontières du groupe soignant tel qu'il s'auto-définit. Voyez avec qui vous acceptez de communiquer sous le sceau explicite du secret professionnel et vous saurez quels sont les membres de votre famille. Des fois de nouveaux membres s'imposent, avec qui l'on ne souhaite pas forcément faire famille (ainsi des médecins des Tutelles par exemple), mais ils possèdent le mot de passe : « Les médecins experts de l'agence n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice

de leur mission d'accréditation lors de leur visite sur les lieux, dans le respect du secret médical » (loi du 4 mars 02 sur le droit des malades).

Le secret professionnel n'offre pas une garantie suffisante aux patients dans de nombreuses situations, et fonctionne alors comme leurre. Ainsi dans de nombreux dispositifs de travail en réseau, le modèle même de l'outil de travail (quoique l'on pense de son intérêt par ailleurs) est incompatible avec le maintien d'un secret professionnel puisque l'on est censé partager pour le « bien » de l'utilisateur « au centre du dispositif » de nombreuses informations entre professionnels de statuts et à missions différents. Ainsi le médecin qui affirme à son consultant alors qu'il intervient dans un tel dispositif que ce qu'ils échangent restera entre eux, car il est « garant du secret professionnel » reste au mieux sur le mythe de la relation duelle transposable dans n'importe quel contexte et au pire ment sciemment.

La règle de loyauté, qui consiste à n'avoir aucun échanges entre équipes en dehors de la présence ou de l'information de l'intéressé reste un outil aussi efficace que non utilisé (à l'écrit l'équivalent en est qu'il faut et qu'il suffit que tout écrit transmissible concernant un patient lui soit communicable et/ou élaboré avec lui).

La « Charte des usagers en santé mentale », signée en décembre 2000, ne comporte pas moins de cinq fois le terme « secret » , vu comme sentinelle, mais sentinelle exposée, de l'intimité et de la dignité d'une personne amenée à commercer avec une équipe psychiatrique.

La loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » connaît la célébrité grâce à une mesure volontariste, l'accès direct du patient à son dossier médical. « Petite » exception pour les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie où « la consultation des informations recueillies peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas en cas de risques d'une gravité particulière ». Autre mesure volontariste intéressante, de taille elle aussi à faire évoluer les pratiques la possibilité pour tout malade de désigner une « personne de confiance » pour l'assister dans ses démarches de soins... sauf pour les personnes en tutelle. Cela illustre bien me semble-t-il le combat entre tendances à l'autonomie d'inspiration anglo-saxonne et persistance du paternalisme médical à la française.

Enfin pour terminer ces remarques éparses, l'amusante question de la révélation du diagnostic, ravivée par cet accès au dossier. Nombre de psychiatres, ne supportant pas ce qu'ils considèrent quasiment comme un viol de leur intimité (comme si lire « leur » dossier revenait à voler leur journal intime), argumentent sur les dégâts irréparables chez leurs patients de la révélation d'un diagnostic (au secret jusqu'à présent dans les plis du dossier ?). C'est juste méconnaître que les diagnostics s'inventent et ne se découvrent pas, c'est à dire qu'il ne s'agit que de notre construction personnelle face à une

personne dans un contexte particulier, une hypothèse de travail donc, que nous devons pouvoir défendre si nous choisissons d'y croire .

V- DE L'APORIE DU SECRET PARTAGE, TRAITABLE PAR UN CHANGEMENT DE MODELE ?

Ou : à deux on n'est pas un groupe...

Le modèle médical aussi bien que le modèle psychothérapique de la relation duelle médecin-malade et analyste-analysant est congruent avec le contrat, le consentement éclairé, la confidentialité. Un seul problème, ce modèle n'a rien à voir avec les pratiques les plus courantes et les plus difficiles en psychiatrie.

Aménagement du modèle : postuler l'existence d'un tiers actif dans la réalité. Mais ça fait souvent de gros tiers, vite encombrants donc, entre les familles et les intervenants extérieurs d'une part et les collègues de statuts variés d'autre part. Tiers à qui l'on dit alors tout ou rien avec ou sans le malade, vécu comme un mal nécessaire, et non comme un composant comme un autre au même titre que le « malade » ou que le « thérapeute » de la situation de soins. Raisonner alors en terme de secret (absolu ou partageable mais défini par le soignant) revient à réintroduire un gradient de pouvoir et à penser en terme de coalitions , d'informations à retenir et à ne partager qu'avec certains. Or c'est souvent la mise en récit et la confrontation de points de vue irréductibles les uns aux autres qui crée un contexte éventuellement soignant.

JACQUES LE SECRET OU L'INFIRMERIE EXPLIQUÉE AUX ENFANTS

Paul Arène

C'est une nuit d'hiver. Une nuit de vacances de Noël où tout un peuple de cousins se rassemble dans la maison des grands-parents. Le feu crépite dans la cheminée. Pépé tisonne. Mémé tricote un châle pour une de ses brus qui attend un bébé.

« Moi quand je serai grand, je ferai infirmier !

Ah oui ?

T'es drôle toi, infirmier ?

Mais non, reprend la mère de Paul, tu feras médecin. Avec tes notes en maths tu peux prétendre à mieux qu'infirmier.

Non, non, je ferai infirmier. Comme pépé. Je veux soigner les gens pas les commander, pas les réparer.

C'est toi qui lui a mis cette idée en tête ? »

Le grand-père grommelle quelques mots qui se perdent dans le buffadou.

« Tu veux faire comme la Michadon ? Reprend l'oncle Grésillard. Infirmière à domicile. C'est pas un métier ça ! Jamais de dimanche. T'es toujours à courir, à faire des piqûres, des toilettes. C'est bien payé mais faut travailler des quatorze, quinze heures par jour.

Moi z'aime pas les firmières, enchaîne Zoé, la plus jeune des cousines. z'ai zété avec maman à l'hôpital des Urgences parce que z'avais bobo à la gorge. Ben y'en a une, elle m'a fait une piqûre grande comme ça.

En plus, c'est un métier de femmes, rigole Michel le cousin farceur. Eh Paul, et secrétaire, tu te vois pas secrétaire ?

Je ferai infirmier de la tête. Comme pépé.

Enfin, y'a pas qu'infirmier comme métier dans la santé. Si tu veux absolument te dévouer aux autres, tu peux faire kinésithérapeute,

psychomotricien de relaxation ou orthophoniste. Ton frère en a vu une pour son bégaiement. Elle était vraiment très bien. Ou chirurgien, insiste la mère de Paul.

Y'a aussi psychologue ou psychiatre, reprend Tante Blandine.

Tu dis n'importe quoi ! Mon fils soigner les fous.

Oui oui, je veux soigner les fous ! Comme pépé. Pépé il dit toujours que c'est le plus beau métier du monde.

On devrait peut-être le montrer à un psychologue, s'interroge le père de Paul.

Eh puis quoi encore ? Dans ma famille personne ne va voir de psychologue. Je n'en dirai pas plus, si tu vois ce que je veux dire.

Bon. Au lit Zoé !

'suis pas fatiguée. Z'veux rester encore !

Allez viens ma puce. Si tu veux être en forme pour la grande ballade de demain. Faut aller te coucher.

Tu sais Petit Paul tous les métiers sont passionnants quand ils sont bien faits. Regarde ton père. C'est passionnant de réparer les voitures. Grâce à lui les gens peuvent partir en vacances, retrouver leur famille. Et ton oncle qui travaille dans les ordinateurs, qui

Oui Pépé. Mais je veux être infirmier comme toi.

Chaque profession peut faire rêver. Tu te souviens quand ta tante nous avait raconté l'histoire de l'homme qui préférait dormir dans les trains de nuit plutôt que dans les chambres d'hôtel. Il prenait un billet pour n'importe où et prenait un petit déjeuner chaque jour dans un lieu différent.

Oui, il passait à la banque retirer un peu de sous puis repartait ailleurs. C'est là qu'il lui avait raconté son histoire de chagrin d'amour. Ben Tante Blandine, elle avait pas fait comme toi ce jour là ? Toi aussi tu dois avoir des histoires à raconter, non ? Mémé et toi, vous ne nous racontez jamais votre travail. C'est bien les contes, mais maintenant on est grand, on veut de vraies histoires.

Oh, détrompe toi Petit Paul, les contes ce sont de vraies histoires, répond Mémé. Tu te souviens de l'histoire de l'homme qui était couché contre la muraille, tout au bord de son champ. Que lui disait le voyageur étonné qui venait à passer là ?

« *De que fases aqui donc ? Fas la siesta aqui per la tèrra, coma acquo prendràs mau !* »² Parce que lorsqu'on fait la sieste dans les champs, on la fait sur l'herbe, tandis que lui, il était couché là, dans un champ fraîchement labouré. « *O non, prendrai pas mau, i restarai pas ben. Sièi aqui que escotave nàisser mon blat* »³, récite d'un trait Paul.

Eh oui, Petit Paul, tu t'en souviens très bien, il écoutait pousser le blé, le bruit que ça faisait en germant, il avait bonne oreille. Il voulait savoir si son blé sortirait. Tu vois, comme toi, les contes et les fariboles ont bercé notre enfance à Pépé et moi et continuent de nous ravir aujourd'hui. C'est sans doute pour cette raison que jamais nous n'avons été effarouchés par les hommes qui écoutent leur blé grandir. Si tu te penches un peu, mon Petit Paul, je suis sûre que tu pourrais aussi l'entendre frémir ! Alors, vous voulez que Pépé vous raconte une histoire les enfants ?

Ouiiiiiiiiiiiiiiii !

Domi, il va falloir t'y mettre.

Je me souviens plus bien. C'était y'a longtemps Marie. Je sais pas quelle histoire raconter. Celle de Mortimer ? de Haymé ? Ou de Jacques, tu l'as bien connu, non, comme ça tu pourras m'aider.

Si tu veux !

L'histoire de Jacques n'est pas facile à raconter les enfants. D'ailleurs raconter ce n'est pas facile. On ne peut pas inventer n'importe quoi. C'est loin tout ça, sans compter que je n'ai pas connu personnellement Jacques. Je tiens cette histoire d'une infirmière qui elle l'a bien connu, enfin, comme on pouvait bien connaître Jacques. Bref, autant dire que je risque de raconter des choses pas très justes.

Ce qui compte, Domi, ce ne sont pas tant les événements, que ce qui s'est passé entre ces deux là, Jacques et l'infirmière qui t'a raconté l'histoire.

Tu commences Pépé.

C'est pas facile. En ce temps-là, je faisais de la formation continue. Lili, l'infirmière, elle-même avait hésité. « Ce n'est pas intéressant avait-elle dit, il n'y a pas de gros soins, pas d'entretien. C'est juste de la relation d'aide. » C'est une histoire où il ne se passe rien en apparence. On a l'impression que rien ne bouge, que l'on ne fait rien. Et pourtant. Pour y comprendre quelque chose, il faudrait écouter.

² - "Que fais tu là donc ? A faire la sieste là, par terre, tu vas prendre mal".

³ - "Oh non, je ne prendrai pas mal, je n'y resterai pas longtemps. Je suis là pour écouter naître mon blé".

Oui, écouter ce qui ne peut pas s'entendre. Écouter le vent qui gémit dans les arbres, écouter les vagues qui viennent jour après jour s'échouer sur la grève, écouter le blé qui pousse et qui germe, écouter jusqu'au silence du désert, écouter jusqu'à percevoir le bruit de son propre cœur.

Le bruit de son propre cœur ?

Oui, Michel, jusqu'au bruit de son propre cœur pour différencier les bruits qui viennent de soi et les sons que nous envoient l'autre. C'est une histoire de vide, de plein, de temps qui s'allonge, qui s'allonge, qui s'allonge. Une minute durerait des siècles.

C'est pas possible ça, à l'école j'ai appris qu'une minute durait soixante secondes.

Dans le monde du dedans, dans le monde imaginaire, les minutes peuvent durer très longtemps Sophie. C'est ce que va te raconter Pépé. Et si tu commençais Domi ?

C'est l'histoire d'un homme et de sa rencontre avec une équipe. Une bien curieuse rencontre.

Papa, si tu arrêtais avec la bande-annonce.

Bon. Un jour, Jacques s'arrêta à Toulouse.

C'est pas un début d'histoire ça !

A la mort de ses parents, Jacques qui habitait le Grand Nord, décida de tout quitter et de partir à l'aventure. Son périple dura dix ans. Quels contrées traversa-t-il ? Quelles aventures vécut-il ? Quelles rencontres le marquèrent ? Je ne sais pas. Tout le temps que Lili l'accompagna, Jacques garda le silence sur ces dix années de déambulations, d'errance.

Peut-être qu'il dormait dans les trains comme le monsieur de Tante Blandine ?

Peut-être. Je ne sais pas. Tu sais les gens comme Jacques ne répondent pas toujours aux questions qu'on leur pose. Les hommes ont parfois des secrets qu'ils veulent garder pour eux. « *Un secret est une chose par laquelle on est absolument seul. Un secret rend quelquefois heureux, quelquefois malheureux; mais il n'appartient qu'à soi seul. Si c'est un malheur, il faut le supporter seul ; si c'est un bonheur, on ne peut le partager*

avec personne. »⁴ Pour certains hommes, un secret c'est une façon de rester vivant. Un jour Jacques s'arrêta à Toulouse, c'est de cette façon que Lili commença son récit, comme si sa vie débutait là. A 30 ans. Et moi, tout de suite, ça m'a fait penser à un conte. Tu n'es pas d'accord Marie ?

J'ai un peu connu Jacques et je crois que cela ne s'est pas tout à fait passé comme ça. C'était un drôle d'homme, Jacques. Il ressemblait à un père Noël. Plutôt grand et un peu rond, il avait une tignasse hirsute et grisonnante, des pantalons dix fois trop grands et trop longs, des chaussures toujours éventrées. Sur son visage mat et buriné, il portait une très grosse barbe et on ne voyait que ses yeux marron, ronds comme des boutons de bottines et ses pommettes un peu rougeaudes. Il avait une bien curieuse manière de poser son regard sur la vie, Jacques. Il donnait l'impression de regarder un spectacle. Toujours silencieux, il avait parfois un vague sourire amusé. D'autre fois, il émanait de lui une tristesse infinie, c'était alors terrible pour l'équipe. Ça résonnait très fort. C'est d'ailleurs parce que ça devait résonner trop fort que longtemps Jacques n'a véritablement accroché avec personne.

Pourquoi tu dis que ça c'est pas passé comme Pépé le raconte alors ?

Je ne crois pas qu'il ait « décidé » de partir. Je crois qu'un jour, à la mort de ses parents, la maison a été relouée ou vendue ou je ne sais quoi et que Jacques est parti. Comme il a arrêté de boire un jour où il n'avait plus d'argent pour acheter de vin, comme il a arrêté de fumer un jour où il n'avait plus de cigarette. C'était comme s'il ne tenait à rien, comme si rien ne le rattachait à rien. Aussi bien il aurait pu cesser de vivre parce qu'il aurait oublié de respirer.

Ca veut dire quoi « accrocher » ?

Accrocher ce n'est pas très joli, ça fait penser à un poisson que l'on attraperait avec un hameçon. On n'attrape pas les gens comme Jacques avec un hameçon au bout d'une canne à pêche. Jacques ne s'est laissé apprivoiser par personne. C'est pour ça que son histoire est difficile à raconter. C'est comme s'il jouait toujours à cache-cache. On le cherche, on brûle, on croit le trouver, mais il n'est déjà plus là. C'est comme s'il ne voulait pas s'attacher, comme s'il ne voulait pas être dépendant de quoi que ce soit, de qui que ce soit. Tu vois Petit Paul, être infirmier c'est ça, essayer de permettre à des gens sans attaches, sans feu, ni lieu de se poser un peu et de faire confiance à quelqu'un. Certains parfois réussissent de cette façon à se délester de leur secret. Toujours est-il qu'arrivé à Toulouse, il décida de se fixer

⁴ GU LONG, *Les quatre brigands du Huabei*, Picquier Poche, Arles 1998.

là. Il trouva un travail d'homme à tout faire dans une maison de retraite. Pourquoi Jacques s'est-il arrêté à Toulouse plus qu'ailleurs, la question reste sans réponse. Lili racontait qu'il riait devant sa mine dépitée lorsqu'il répondait à côté. Elle n'arrivait pas à croire qu'il n'ait pas eu de raison. Pourtant, au fond, c'est possible. Il a peut-être décidé d'arrêter de descendre (s'il descendait du nord au sud).

Il n'est peut-être tout simplement pas reparti parce qu'il avait trouvé un boulot. Peut-être aussi qu'il y a eu cette femme, la directrice du foyer qui lui a permis d'accrocher une amarre... Les femmes sont importantes me semble-t-il dans l'histoire des soins de Jacques. Peut-être l'ont-elles été aussi dans sa vie. Des femmes, Jacques ne m'en a jamais parlé. Je lui ai demandé s'il avait été marié : « Non ». S'il aurait aimé se marier : « Oui ». Un oui pas très assuré. Et pourquoi il ne s'est pas marié. « Pas trouvé » m'a-t-il répondu en haussant les épaules un vague sourire à la bouche. Sourire triste ? Amer ? Résigné ? Peut-être ne s'est-il pas marié pour s'occuper de sa vieille mère. Peut-être bien que c'est la mère qui est morte en dernier. Quand ma mère à moi est morte, votre arrière-grand-mère, une amarre a sauté. J'ai senti que je partais à la dérive. Je suis très sensible à cette manière qu'avait parfois Jacques de laisser filer la vie hors de lui. Je crois que c'est sur ça que nous nous étions rencontrés. Comme si plus rien n'avait d'importance désormais. Parfois pourtant l'un ou l'autre l'amusait alors il restait encore un petit peu à la vie. Il était très présent puis, pffft ... plus rien, la vie s'en allait. Jacques n'était plus là. Puis il revenait. Il ne lâchait pas complètement, la preuve, il n'est pas mort.

Elle est pas gaie ton histoire Mémé !

C'est ça le soin Sophie. C'est parce que les gens souffrent, parce qu'ils ne sont pas gais que l'on est infirmier. C'est ça Pépé ?

Un peu Petit Paul. Même si c'est plus complexe. C'est un peu la différence qu'il y a entre lire un livre et voir un film. Quand tu lis un livre l'écrivain t'explique ce que ressent son personnage. Il suffit de lire pour le comprendre presque de l'intérieur, comme si tu étais lui. Au cinéma, tu vois le héros bouger. Tu ne le connais que par ses actions, que par ce qu'il dit. Tu ne le connais que de l'extérieur. C'est un peu comme dans la vie. On ne sait jamais ce que les gens pensent. Mémé et moi, on vous raconte son histoire comme si c'était au cinéma. Il n'y a pas d'écrivain pour nous expliquer ce que Jacques pensait. Alors, comme au cinéma, on imagine. Il faut de l'imagination pour être infirmier. Mais ce que l'on imagine est peut-être tout faux. Il faut aussi être humble lorsque l'on est soignant.

Cela dit si, comme vous le disait Pépé tout à l'heure, vous avez appris à écouter le bruit de votre cœur, vous pouvez parfois entendre si la petite musique qu'il joue est juste ou fausse. Ca vous met sur la voie. C'est quoi un « homme à tout faire » ?

C'est exactement la question que je me suis posé en écoutant le récit de Lili, Sophie. Homme à tout faire dans une maison de retraite. D'une certaine façon, c'est comme si Jacques était en retraite, comme s'il ne participait plus réellement à la vie sociale, comme s'il était inactif. Qu'il fasse homme à tout faire, à tout réparer, à tout entretenir dans la maison de retraite m'a semblé curieux, comme si c'était le seul travail que cet homme là pouvait faire. Peut-être que d'être homme à tout faire lui suffisait. Avec ça mentionné sur sa fiche de paye, il n'avait pas besoin d'en faire plus.

Non, Domi, Jacques était très fier d'être l'homme à tout faire. Dans une maison de retraite lorsqu'une petite dame a son robinet qui fuit ou sa porte qui ferme mal ou qu'elle a perdu une photos derrière son vieux buffet qu'elle ne peut pas bouger, l'homme à tout faire fait figure de sauveur, de génie, de magicien. Outre tous ces services il coupait les pelouses, arrangeait les parterres de fleurs, taillait les arbres ... Certes il ne prenait aucune initiative mais il participait à entretenir les lieux. C'était donc un très beau métier que le sien.

Mais pourquoi Jacques était-il à l'hôpital ?

Jacques buvait de l'alcool. Trop. Beaucoup Trop. Jusqu'à mettre sa vie en danger. Jusqu'à devenir agressif et peut-être violent. Pendant ces années où il s'est posé autour de ce travail d'homme à tout faire, sa vie a été émaillée d'hospitalisations plus ou moins longues pour des sevrages d'alcool, pour qu'on l'aide à arrêter de s'enivrer ou parce qu'il s'énervait et provoquait du scandale. Lili expliquait qu'au fond l'alcool n'était pas si important dans sa vie, il s'en passait très facilement. Par contre une chose comptait par dessus tout, c'était son travail. Etait-ce parce que c'était un travail ou était-ce parce qu'il était "homme à tout faire" ? Tout tournait autour de ça. Il a tenu aux maximum de ses possibilités physiques. Il était devenu de plus en plus essoufflé, de plus en plus fatigué. On le sentait usé. Certains accusaient les excès d'alcool, d'autres le tabagisme, d'autres encore sa vie d'errances, et l'abandon . A cette époque après lui avoir trouvé une petite chambre, des visites à domicile ont été tentées à plusieurs reprises sans succès. Les infirmiers ne trouvaient jamais Jacques chez lui. Toujours ce jeu (ou un je) de cache-cache. Mais peut-être que ce n'était pas un jeu. On pourrait penser qu'à cette époque il était plus alerte et qu'il vadrouillait. Sans doute est-ce vrai pour partie mais c'est aussi qu'il avait encore quelques liens avec l'extérieur, une bande de « copains » vivant à la rue aux alentours de la gare. Sans doute

aussi Jacques était-il devenu incapable d'habiter quelque part, même une toute petite chambre. Ces logements, c'étaient surtout les soignants ou les assistants sociaux qui y tenaient. Pas Jacques. Du coup il vivait dedans comme il vivait dehors, dans la plus grande précarité. Il ne nettoyait jamais sa chambre, ne faisait jamais son lit, ni ne changeait ses draps. Il ne se lavait pas, gardait constamment les mêmes vêtements qui étaient de plus en plus sales. Bref, il se laissait aller quelque soit le confort existant.

C'est parce qu'il n'avait pas de maman pour s'occuper de lui ?

Peut-être Sophie. Il n'avait que les infirmiers comme maman. Un infirmier ou une infirmière c'est un peu ça, une maman qui aide à faire les choses que l'on n'arrive plus à faire. Mais une maman payée pour dire qu'il faut nettoyer, ranger, prendre soin de soi. Ca change beaucoup de choses. En tout cas, à ce moment-là Jacques ne semblait pas vouloir de maman. Même pour de faux.

Il devait sentir mauvais, alors ! Tout le monde devait fuir devant lui ?

C'était bien ça le problème pour tous les intervenants. C'était d'ailleurs l'essentiel de ce qu'écrivaient les infirmières et les médecins à son sujet sur son dossier : « Est venu à la consultation ce jour. C'est une infection après son passage... ». Comme on peut s'en douter, il négligeait également de payer son loyer et tombait régulièrement sous le coup d'expulsion pour toutes ces raisons confondues. Ajoutons à ça un demi salaire, des frais de transport et de tabac importants, il lui restait très peu d'argent pour se nourrir. Alors même que « prendre soin de soi » n'a sans doute jamais signifié grand chose pour Jacques, utiliser une partie de cet argent à entretenir son linge lui paraissait complètement idiot . La mendicité n'était donc pas un vice comme certains soignants voulaient bien le dire mais une nécessité. Jusqu'à cette époque Jacques est décrit comme essentiellement incurie, sur la défensive, réticent à se livrer, fuyant.

Il est un peu comme le monsieur qui demande des sous à la sortie de la messe. Il ne sent pas très bon, mais maman lui donne toujours des sous.

C'est bien, elle gagnera son paradis.

Domi ! Oui, Sophie, c'est ce qu'il faisait parfois pour avoir un peu d'argent. Et c'est grâce à des gens comme ta mère qu'il pouvait se payer un peu de tabac.

N'empêche que le mec, il sent vraiment pas bon. J'aimerais pas m'occuper de quelqu'un comme ça. Bouh ! Si tu veux faire l'infirmier, t'as intérêt à t'acheter des pinces à linge Paul !

C'est une partie du problème Michel. Personne n'a envie de s'occuper des gens comme Jacques. On préfère pas les voir. Peut-être même que ça fait partie du jeu de cache-cache. Si tu te caches dans une poubelle, personne ne viendra t'y chercher. L'infirmier, lui, va voir dans la poubelle. Jacques a plus d'une ruse dans son sac pour ne pas être trouvé. Lili rencontre Jacques un soir de réveillon à l'hôpital. Les patients ont décidé ce soir là de danser et les uns et les autres mettent leur disque. Lili danse avec l'un, parle avec l'autre, elle s'assoit parfois pour regarder. Tantôt dedans, tantôt dehors. Béatrice, sa collègue et elles s'efforcent de tisser ce soir-là autour de ce petit groupe une ambiance suffisamment bonne pour passer un Noël en institution loin des leurs. Peut-être un de plus. « Souvenirs, souvenir ». La musique rock'roll se déroule et Lili sourit en regardant les danseurs un peu maladroits quand elle se tourne vers Jacques qui n'a pas bougé depuis le début de la soirée. Assis, un vague sourire amusé figé sur les lèvres et les yeux d'une tristesse infinie, il pleure. Les larmes coulent toutes rondes et s'écrasent sur ses joues sans qu'il cherche à les arrêter. Lili s'approche et lui demande ce qui se passe. Il pleure ses yeux dans les siens. Il est loin, très loin et Lili ne peut que rester là au bord, silencieuse comme lui. Lorsqu'il partira se coucher elle le laissera y aller seul et jamais plus ils ne parleront vraiment de cette soirée. Elle essaiera, il ne répondra pas. Alors parfois elle lui disait qu'elle se souvenait de ce soir là. Après, il savait qu'elle se souvenait. Ce fut en tous cas pour elle un moment très fort. Peut-être bien pour lui aussi. Bien sûr qu'elle le connaissait avant Jacques. Ils étaient presque arrivés en même temps dans le service. Ca crée des liens !

Elle a réussi à l'accrocher, alors ?

Si tu veux Sophie. Lili dirait qu'il a laissé entrevoir un peu de son secret, qu'il a accepté de se montrer vulnérable.

Tu vois Petit Paul, c'est souvent avec des petits riens comme ça que quelque chose se passe, que les cuirasses les plus défendues peuvent parfois laisser filtrer un peu d'émotion. Les infirmiers partagent le quotidien des patients. Et c'est par leur attention à ces petites choses insignifiantes, à des indices souvent invisibles qu'ils peuvent arriver à trouver un chemin et que le soin devient une sorte de chasse au trésor. Ils doivent inventer des espaces de rencontre. Chaque histoire avec un patient est comme la recherche d'un passage secret qui mène à une âme inquiète, apeurée qui craint terriblement d'être trouvée et qui en même temps y aspire profondément. Ecouter le blé pousser, c'est un peu ça.

Cette hospitalisation va durer plusieurs mois. L'essentiel du travail a été de sensibiliser Jacques à l'hygiène et de l'entraîner à des jeux de groupes. Pour ce qui concerne la toilette, Jacques avait établi avec

quelques infirmières un planning de douche, change et rangement de chambre scrupuleusement respecté du fait de la vigilance des dites infirmières. Par contre pour ce qui concernait les jeux de groupe, point n'était besoin de pousser Jacques. Il aimait ces moments là. Il était même très étonnant. A l'hôpital, Jacques était très présent à la vie du pavillon, même s'il restait silencieux et en retrait, comme si la vie autour de lui le portait. Jamais une bagarre, jamais un mot plus haut que l'autre, du moins à cette époque là. Il sort de cette hospitalisation après avoir trouvé une petite chambre dans un foyer. Ca ne lui plaît qu'à moitié. Même s'il a vécu longtemps à la rue et que les conditions de vie étaient rudes, il n'aime pas le foyer. Pourquoi ? Là encore la question reste entière. « J'aime pas les foyers, c'est pas un appartement ». Qu'est ce que signifie le mot foyer ? Qu'est-ce que cela lui rappelle ? A-t-il déjà été en foyer ? Autant de questions sans réponse. Sa piaule est située tout en haut d'un troisième étage sous les combles. Jacques est de plus en plus essoufflé et c'est de plus en plus fatigant pour lui de faire les longs trajets pour aller au travail à pied (faute de moyens pécuniaires) et de monter ces escaliers. Les visites commencent là. Lorsque Jacques retrouve Lili, elle aussi a quitté l'hôpital. Elle a été mutée sur le centre médico-psychologique, un lieu de soin en ville et travaille essentiellement dehors et au domicile des gens. C'est elle qui a demandé à suivre Jacques dehors. Il sont contents de se retrouver. Il lui demande si elle est contente d'avoir quitté l'hôpital et serait presque très bavard.

C'est vrai qu'il ne se passe pas grand chose dans votre histoire. C'est quoi les jeux de groupe, des jeux pour les grands comme le bridge ? Ou des jeux comme Michel et Paul jouent : « Dessinez, c'est gagné », « Puissance quatre » ou « Le monopoly » ?

C'est cool comme travail. Tu veux dire Pépé que vous jouez avec les patients ? Papa, lui y joue pas avec les voitures de ses clients. Il travaille !

Doucement Sophie. Ce sont des jeux pour habituer Jacques à une vie de groupe. C'est pour le réhabituer à penser, à utiliser des stratégies. Les jeux font partie de nos outils de travail. Comme le cric de ton père.

Contre toute attente, Jacques va se souvenir des rendez-vous avec Lili. Ainsi d'une semaine sur l'autre, lui qui a l'air si paumé et si peu intéressé par le quotidien il se souvient qu'il doit l'attendre en bas de chez lui afin qu'elle le cueille au passage en voiture pour aller faire telle ou telle démarche. Discret, silencieux mais très présent, très attentif à tous les détails. Lili et Jacques vont souvent chercher des vêtements avec Armand, un collègue de Lili ou simplement tous les deux. Pour le plaisir mais aussi pour voir s'il peut se projeter dans des endroits qu'il ne connaît pas car l'équipe ne sait pas si Jacques arrive

à faire des trajets nouveaux. Pour un ancien routard, ces dernières hypothèses paraissaient peu probables mais sait-on jamais ? Chercher des vêtements, s'il le fait ce n'est pas à sa demande c'est pour leur faire plaisir. Lui, il n'a rien à faire de son allure. Travailler la toilette avec lui est un vrai régal. Il n'en a cure mais Lili l'amuse beaucoup à déployer autant d'énergie pour lui. Ils rient de plus en plus souvent et de bon cœur. Le contact est bon. Il attend les visites.

Tu as raison Michel, il ne se passe pas grand chose. C'est souvent comme ça lorsque l'on fait des visites à domicile. Il se bricole une sorte d'équilibre. Infirmière et patient se sont apprivoisés. Ils se sont fabriqués une sorte de rituel rassurant. Aussi longtemps qu'il ne se passe rien, c'est que tout va bien.

C'est triste la vie d'un homme qui n'a que des infirmières pour s'occuper de lui.

Oui Sophie. Il y a quelque chose de triste dans l'histoire de Jacques. Lili insistait beaucoup sur les moments de rires mais n'empêche que c'est autour des larmes que quelque chose s'est passé. *« Les larmes étaient chaudes comme le feu. D'un mouvement brusque, il se mit à genoux et là, il put enfin pleurer, mais en s'efforçant de ne pas faire entendre de bruit. Car il pleurait sur son secret, sur la blessure la plus profonde de sa vie. La chose avait eu lieu bien longtemps auparavant, mais la blessure n'était pas refermée ; il suffisait qu'il y pense pour qu'elle se remette à saigner. Il était sûr que cette souffrance l'accompagnerait jusqu'à son dernier soupir. »*(3)

Ca te préoccupe cette histoire de secret, Domi ?

Oui. Quand le récit d'une vie commence à trente ans, je ne peux pas m'empêcher de penser qu'il y a là quelque chose de profondément enfoui, que l'on ne doit surtout pas réveiller.

Lorsque je l'ai connu, Jacques n'arrivait à s'occuper de lui-même qu'à la condition qu'une infirmière se soucie de son apparence physique. Il ne pouvait se laver, se changer que si on le lui demandait mais il ne se sentait pas mieux pour autant. Le plaisir de la toilette lui était inconnu. Nettoyer son intérieur, cela n'avait pas plus de sens pour lui. Prendre soin du dedans ou du dehors, pour quoi faire ? Pour qui ? Pour lui ? Pour personne puisqu'il vivait seul et ne voyait personne en dehors de Lili et d'Armand. Jacques était toujours très fatigué, il lui était impossible de repérer autre chose que cette fatigue diffuse. Sur un plan psychique, il ne pouvait pas plus dire comment il se sentait.

Ben Mémé, il se sentait mauvais.

Très drôle Michel, et peut-être juste. C'est toi qui devrait peut-être faire l'infirmier. Nous avons essayé de voir s'il fallait relier ce sentiment de fatigue avec des idées noires ou de la tristesse, avec de la culpabilité. Il nous a toujours répondu non. Mais à chaque fois qu'un entretien durait un peu trop longtemps, il décrochait et partait ailleurs, comme dans un autre monde. Alors, nous n'insistions pas. C'était le moment de le quitter. Comme c'est peut-être le moment que vous alliez vous coucher les enfants.

Eh attendez, elle est pas finie votre histoire. Qu'est-ce qu'il est devenu Jacques ? Est-ce qu'il a pu se libérer de son secret ? Est-ce qu'il est devenu propre ?

Je ne sais pas Michel. Les histoires de la vie n'ont pas toujours une fin. Lili m'a évoqué le passage en maison de retraite pour Jacques dès qu'il aurait l'âge requis. Il était encore trop jeune quand Mémé l'a connu. Le plus souvent nous ne faisons qu'un petit bout de chemin plus ou moins riche, plus ou moins dense. C'est leur vie, leur secret. Ils en font ce qu'ils en veulent ou ce qu'ils en peuvent. C'est comme ton père avec les voitures de ses clients. Il peut bien les réparer mais ce n'est pas lui qui les conduit. Il n'est pas responsable des excès de vitesse, ni des accidents de la route. Nous, on fait les deux, on répare le corps parfois mais surtout on essaie de travailler avec le conducteur. On essaie de faire en sorte qu'il fasse le meilleur usage de son véhicule, quel qu'il soit. Mais, dans tous les cas, c'est lui qui conduit. Bonne nuit les enfants !

Du feu, il ne restait que quelques braises qui ne tarderaient pas à s'éteindre. Les soins attentifs de Pépé et Mémé le réveilleraient le lendemain soir pour une autre veillée. Les oncles et tantes s'étaient couchés depuis longtemps, la mère de Paul aussi en se demandant quelle mouche avait bien pu piquer son père pour se lancer dans une telle histoire d'infirmier. Cela dit, raconté de cette manière, il avait raison : infirmier c'était un beau métier. Paul ferait-il infirmier ? Peu importe, au fond. Il est plus d'une façon d'être attentif à l'autre, qu'il soit asthmatique ou malade mental. Il est plus d'un chemin pour le soin. Certains seront infirmiers, d'autres psychologues, ergothérapeutes, psychiatres, éducateurs, aides-soignantes ou assistants sociaux. Beaucoup d'entre eux seront de vaillants artisans, quelques uns seront poètes et magiciens. Quoi qu'il en soit, tous œuvreront à être suffisamment à l'écoute, suffisamment exigeant pour faire en sorte qu'un secret enfoui taraudant l'être puisse enfin se partager et se transformer en une légère mélancolie. « *Une légère mélancolie peut quelquefois ajouter du charme à l'existence.* » (3)

Notes

1-"Que fais tu là donc ? A faire la sieste là, par terre, tu vas prendre mal".

2- "Oh non, je ne prendrai pas mal, je n'y resterai pas longtemps. Je suis là pour écouter naître mon blé". Extraits de VOLPILIERE (M), conteur du Mont Lozère cité in COULOMB (N) et CASTELL (C), *La barque qui allait sur l'eau et sur la terre*, Ed. Garae/Hesiodé, Carcassonne, 1986.

3- GU LONG, *Les quatre brigands du Huabei*, Picquier Poche, Arles 1998.

A PROPOS DES REMANIEMENTS IDENTITAIRES DE LA PERSONNE MALADE

Martine Dutoit

Si la dynamique identitaire se lit dans un réaménagement permanent, tout au long de la vie, entre ce qu'on est pour soi et ce qu'on est pour les autres, que ce passe t-il dans l'événement de la rencontre avec le médecin psychiatre ? C'est un moment particulier de la vie, souvent caractérisé par une crise qui provoque une demande de la personne et/ou de l'entourage et/ou de l'autorité. La crise est une remise en cause de l'équilibre interne de la personne, c'est ce qu'étudie la psychologie (psychiatrie, psychanalyse), mais c'est aussi la confrontation à une norme sociale extérieure à soi. Cette norme est incarnée par une personne légitimée par son savoir : le médecin.

La rencontre se fait avec un représentant d'un savoir – d'un pouvoir médical – d'une institution. C'est la reconnaissance par l'expert qu'il y a quelque chose qui ne va pas en soi, qui est nommé par cet autre mais pas forcément reconnu par soi, donc quelque chose qui échappe à la personne – qui est elle sans être elle - ou plus elle. Etranger à soi même et pourtant soi. Ce qui échappe devient l'objet d'un savoir et la personne est objet de l'autre qui sait pour elle, décide pour elle, qui veut pour elle.

L'on ne peut être reconnu malade qu'à condition d'être déclaré tel par un médecin qui traduit les plaintes et les symptômes, perçus par celui qui souffre, dans le corpus « officiel » des nosographies. Lorsque la maladie est « silencieuse », on meurt sans être malade ! il est fait référence ici à M. Foucault sur la naissance de la clinique ⁵qui souligne l'importance de la mise en discours des observations cliniques. Le pathologique est une construction médicale qui invalide le jugement du sujet concernant sa maladie et qui, alors, doit s'en remettre au spécialiste.

Nous savons aussi, en nous référant à la définition de l'OMS, la santé étant « *non seulement (comme) l'absence de maladie mais (comme) un état de bien-être physique et moral* » qu'un certain nombre de personnes sont « en état de santé » bien que malades mais parce que traitées. Dans la culture occidentale, la santé n'a jamais été une donnée mais plutôt une conquête difficile et une cohabitation avec la maladie. Pourtant, l'illusion commune veut que la santé soit un état normal définissable et descriptible à partir duquel on pourrait considérer la maladie comme une déviation. En fait, chaque époque, chaque société, va définir ses normes et valeurs de santé et c'est ce qui détermine les politiques de santé publique des états.

⁵ M.Foucault Naissance de la clinique, PUF/ Quadrige, Paris 1993, Histoire de la Folie, Ed Gallimard, Paris 1972, p 465, Surveiller et punir, NRF. P 217, Ed Gallimard, Paris 1977.

La santé mentale qu'il nous faut ici prendre en considération n'est donc qu'un aspect de ce « concept multi - référentiel » qu'est la santé. Tout comme pour la santé, elle s'oppose aux maladies qui ont été classées en nosographie depuis le XIX^{ème} siècle. La particularité de ces maladies étant la grande difficulté rencontrée par les médecins d'en trouver la cause et le remède. La maladie mentale a une histoire, parallèle à ou intégrée à celle de la psychiatrie et d'une forme totalitaire de prise en charge, susceptible à la fois de la traiter et de protéger la société : l'Asile. ⁶

L'histoire nous apprend que le fou n'est pas une catégorie fixée de toute éternité et que son devenir social n'a pas à toutes les époques le même contenu. La catégorie de « fou » repose en premier lieu sur la construction d'un discours et d'une pratique de la médecine délimitant le normal et le pathologique.

La délimitation et la signification du normal et du pathologique est donc un construit historique dont les enjeux sont sociétaux, au sens où ils étayent des représentations de l'homme, de sa nature et de son lien avec un ordre social. S'il y a enjeux, on peut penser qu'il y a nécessairement multiplicité des rapports de force, cristallisés à certains moments dans un discours dominant, avec ses stratégies, ses institutions mais aussi ses contradictions.

L'on peut constater que la définition de la maladie et du malade mental, ainsi que sa prise en charge en psychiatrie, se déduit d'une conception savante du savoir, celui des professionnels, principalement du médecin. C'est le savoir délimitant le normal et le pathologique, le savoir qui autorise et légalise le pouvoir sur l'autre, étranger à lui même.

Marie Noëlle SCHURMANS⁷ a analysé, avec un regard d'ethnologue, les modalités d'entrée et de sortie du dispositif de soin en psychiatrie et montre les 3 phases d'un rituel qui signe pour la personne l'entrée dans un système de soin: la séparation, la marge et l'agrégation. Ce rituel peut être illustré par les cas concrets décrits et analysés par Philippe CLEMENT⁸, dans le champ de l'anthropologie.

Plus encore ce que nous voulons étudié, c'est, au delà de cette rencontre intersubjective médecin et futur patient, au delà de la rencontre institutionnelle et de son organisation, signifiant les places dissymétriques de l'un et de l'autre protagoniste de la rencontre, ce qui caractérise la rencontre entre la personne devenue objet du soin et du détenteur d'un savoir. Que ce passe-t-il dans cette rencontre ? Quel sont les remaniements identitaires qui s'inaugurent dans cette rencontre et quelles sont les allégeances nécessaires que la personne doit faire

⁶ . Robert Castel cite Esquirol in Préface à E. Goffman, Asile Ed de Minuit Paris 1972 et . G.Swain Dialogue avec l'insensé, p53

⁷ Marie Noëlle SCHURMANS, Maladie Mentale et sens commun, Ed Delachaux et Niestlé Paris Lausanne 1990⁷

⁸ Philippe CLEMENT la Forteresse Psychiatrique, Flammarion Aubier, Paris 2001, 341p

aux représentations de l'expert pour devenir patient. Enfin, quel est le devenir du sujet dans cette mise en présence ?

Comme le montre E. GOFFMAN, l'une des activités fondamentales dans la société consiste à effectuer « le stéréotypage, le « profilage » de nos attentes normatives quant à la conduite et au caractère d'autrui. »⁹ et cette activité, qui nous permet d'entrer en relation intersubjective, nous amène à utiliser des catégories discriminantes qui sont celles d'une société à un moment historique donné.

Le discours médical, aussi bien que les *a priori* de tout un chacun dans la société, stigmatise la personne malade de la psychiatrie.

La personne est totalement incorporée à la catégorie malades mentaux et, si elle est récemment entrée dans cette catégorie, elle partage les mêmes *a priori* que l'ensemble de la population sur ces personnes auxquelles elle est identifiée ou s'identifie. En effet, une partie du savoir médical est vulgarisé par divers moyens de communication qui forgent l'opinion publique. Ce savoir vulgarisé est intériorisé sous forme de normes et s'impose à l'ensemble des acteurs d'une société.

Il existe un processus d'apprentissage pour l'individu stigmatisé qui consiste à prendre conscience du point de vue des normaux et de comprendre qu'il n'y correspond pas. Enfin un second apprentissage sera d'apprendre à faire face à la manière dont les autres traitent le groupe de personnes auquel il est assimilé.

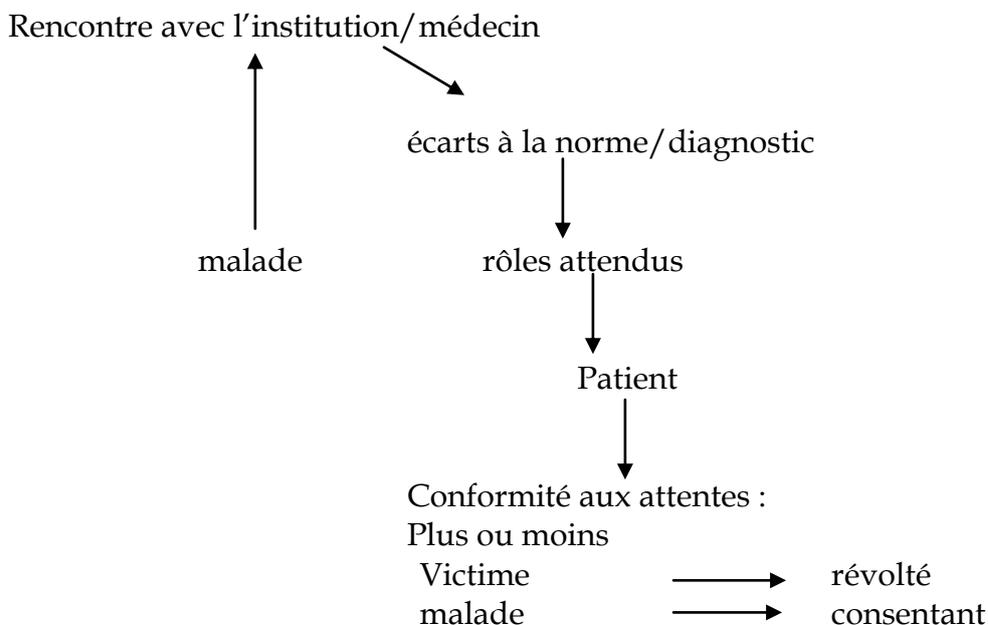
E. Goffman décrit ainsi la constitution de l'identité sociale : « lorsqu'un inconnu se présente à nous, ses premières apparitions ont toutes chances de nous mettre en mesure de prévoir la catégorie à laquelle il appartient et les attributs qu'il possède, son " identité sociale", pour employer un terme meilleur que celui de " statut social", car il s'y inclut des attributs personnels tels que " l'honnêteté", tout autant que des attributs structureaux comme " la profession" . »⁵

Entrer en relation avec d'autres, c'est donc être en inter-relation, non seulement selon des perceptions individuelles, mais selon des cadres de pensée déterminés par les rapports sociaux et culturels d'une société. La rencontre entre le médecin et le malade/ patient, les deux termes sont à interroger, modifie l'identité et le destin social (du moins la trajectoire) de l'un. C'est une ré-interprétation de l'histoire, des événements (passé) autant que de l'inscription sociale et familiale (futur). La rencontre détermine l'attribution d'un statut de malade, patient, voire d'handicapé - par le diagnostic-, qualifie (fou, violent, délirant, dangereux, incapable) et stigmatise (anormal) -social-. Tout en légitimant le savoir de l'autre.

5. E. Goffman, *Stigmate*, Ed de Minuit, Paris 1975, p 12, p 15, p 67, p 129

On pourrait schématiquement décrire cette trajectoire :

Le malade, reconnu comme tel par la personne et/ou l'entourage entre en relation avec le médecin qui établit un diagnostic entraînant un certain nombre de rôles attendus qui amène la personne à se reconnaître patient, objet d'un soin.



Enfin, dans cette rencontre, on constate dans le temps de la crise, une rupture de la dynamique de vie et une « crispation identitaire » dans des rôles plus ou moins actifs. Quelquefois la dynamique identitaire semble « définitivement » en panne. Notamment, lorsque les personnes s'installent dans le rôle de victime. La rencontre avec l'institution ne se fait pas. Un boucle vicieuse lie la victime aux représentants de l'institution. La non reconnaissance d'un préjudice (vécu comme tel) par les victimes amène les représentants de l'institution à contourner « l'objet du soin » comme sujet pour s'adresser à une instance reconnue socialement (justice, administration etc).

Si l'on définit l'identité comme une donnée construite, en opposition à une conception ontologique où l'identité se confond avec la personnalité, l'identité individuelle, pour soi, et l'identité pour autrui sont liés de façon problématique. Elles se forment dans un rapport d'interdépendance complexe. L'identité est une construction sociale, toujours à construire et à reconstruire dans une incertitude plus ou moins grande, plus ou moins durable.

« la notion d'identité est d'abord une construction mentale et discursive que les acteurs sociaux opèrent autour d'eux ou autour d'êtres sociaux avec lesquels ils sont

*en contact, dans une situation ayant pour enjeu immédiat dominant la relation qu'ils entretiennent »*¹⁰

C. Dubar propose la notion de doubles transactions¹¹ : soit externes entre l'individu et les autres significatifs visant à accommoder l'identité pour soi à celle pour autrui, soit interne à l'individu, entre la sauvegarde des identités héritées, le désir de s'en construire de nouvelles (identités visées) visant à tenter d'assimiler l'identité pour autrui à l'identité pour soi.

Ces constructions mentales et discursives et les affects qui les accompagnent, sont éminemment présentes dans la rencontre médecin/patient comme dans toutes situations sociales.

la personne confrontée dans la rencontre intersubjective au porteur d'un savoir, le médecin, doit elle renoncer à une partie d'elle-même ? cette part d'étrangeté à elle-même se constitue alors comme un objet du savoir de l'autre. Cette rencontre malade/ médecin est l'événement d'un remaniement identitaire, peut-être nécessaire pour la personne qui se constitue comme patient et qui légitime dans le même temps le médecin comme expert .

Aborder ainsi le rapport médecin/malade nous permet peut-être de mettre à jour ce qui relève de l'imposition d'une règle sociale dans un rapport dissymétrique. La légitimité du savoir permet de peser dans l'imposition d'un sens à la situation et dans les transactions sociales qui vont largement inférer sur la manière de devenir patient.

En référence à une conception du social par les sociologues, notamment dans l'interactionnisme symbolique¹², on peut dire que le social est conçu comme construit par les acteurs qui ont chacun une vision du monde et interprètent la situation d'interaction. Une multitude de groupes sociaux et des acteurs sociaux se confrontent pour l'occupation d'un territoire, l'accès à des ressources et la réalisation de leur projet de vie. Les processus de socialisation sont à la fois biographiques dans la construction d'identités et de projets et relationnelles dans la négociation, le conflit, l'interaction, transactions nécessaires à la reconnaissance de soi avec les autres dans les relations subjectives de la vie quotidienne.

La transaction est donc un jeu social qui suppose que les situations ne sont pas définies à l'avance, mais par des tensions qui les structurent et sur lesquelles il reste possible d'agir. L'issue de l'interaction est partiellement indéterminée et découle d'une conjoncture de facteurs. La transaction est un processus diffus dans l'espace et le temps où le formel s'entremêle à l'informel.

¹⁰ . Barbier , J.M De l'usage de la notion d'identité en recherche, notamment dans le domaine de la formation p 11 in Formation et Dynamiques identitaires Education Permanente n° 128 1996/3

¹¹ Dubar (C) . La Socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, Armand Colin, Paris, 1991, p 79

¹² Goffman, E . Les rites d'interaction, Ed de Minuit, Paris 1974

¹³ La transaction sociale est exceptionnellement un accord à l’amiable mais combine plutôt de façon variable la négociation, l’échange, l’imposition, le conflit.

Nous pouvons penser que la rencontre médecin/malade relève d’une telle transaction sociale dont l’issue est la détermination d’une identité remaniée permettant de rentrer dans l’un des rôles attendus de patient.

La relation médecin/ malade est avant tout une relation sociale d’interrelations où se déploie un espace de transactions entre deux personnes. Nous avons donc trois termes qui vont interférer de manière dynamique, même s’il échappe partiellement à la conscience des personnes en présence, comme contre champ des interactions liés aux processus inconscients, que nous n’analysons pas ici, pour définir la situation et son issue. En effet, la rencontre « inaugurale » médecin/ malade vise l’adhésion aux soins, recherche le consentement du malade.

Relation sociale	Condition historique de production Cadre de références Contraintes de systèmes(cadre hospitalier ou privé) Pouvoir/rapport de force dynamique de la société état de la question de la maladie mentale et de son traitement	Relation d’interrelations	disymétrie Communication Représentations Construction Identitaire Sens donné à la situation subjectivité interprétations Attentes de rôles rapport de force	transactions	légitimité du savoir contraintes marge de liberté des acteurs contrat consentement stratégies identitaires remaniements identitaires persuasion/ résistance rapport de force
-------------------------	---	----------------------------------	--	---------------------	---

La relation sociale inscrit cette rencontre dans diverses conditions historiques qui président à sa mise en place, dans des contraintes de systèmes tout autant que dans une contrainte de sens. Le cadre de la situation, même s’il échappe partiellement à la conscience des personnes en présence, pèse sur le sens que les personnes donne à la situation. Définir cette situation consiste à la déconstruire dans ses aspects subjectifs (sens, significations), et ses contraintes objectifs (messages, informations induits, perçus ou non par les protagonistes) du cadre de la rencontre.

¹³ Freynet(M.F) Blanc(M) et Pineau (G) Les Transactions aux frontières du social Chronique Sociale LYON 1998

Le fou, au XIX siècles, a été perçu comme quelqu'un qui se trompe, « *se fourvoie et se complaint dans sa folie* »¹⁴, le consentement consistait alors à « arracher » le fou à ses chimères en utilisant aussi bien la violence physique, que la persuasion. Le savoir du psychiatre soumet la personne à une grille de lecture et la réduit à être conforme au modèle théorique qui est sensé guider la pratique médicale. Le savoir est un pouvoir sur l'autre et tout pouvoir se veut légitime, c'est à dire fondé en raison pour entraîner une adhésion si possible par une intériorisation des critères, des règles et des valeurs rationnelles.

Les catégories morales et les cadres normatifs ne cessent pas pourtant d'être actifs dans la manière d'entrer en relation avec l'autre, comme ne cesse pas d'être actif les enjeux de place et de représentations identitaires qui structurent le choix des arguments utilisés pour convaincre. Le stock de savoir-faire, savoir-être social de base, les apprentissages des façons d'entrer en interrelation selon la place occupée dans l'ordre social, les expériences antérieures et les enjeux identitaires de représentations de soi sont des éléments à considérer.

La visée de la transaction est bien le consentement aux soins et l'appropriation d'une définition de soi comme patient. Le recueil du consentement par le médecin est une interpellation subjective du malade et un acte de parole. Idéalement le psychiatre recherche une alliance avec le moi sain du malade. « *Le consentement éclairé est traditionnellement affirmé non seulement comme un droit du patient, mais encore comme un instrument thérapeutique* »¹⁵, le refus des malades et le droit à ce refus étant absent de la législation et des pratiques des médecins français.

Consentir en médecine c'est consentir dans une relation à ce que le savoir de la science s'exerce en acte sur ma personne. Le savoir ainsi définit s'impose de façon impérieuse et autoritaire. Il propose un diagnostic, savoir perçu comme neutre et objectif, portant sur l'identité de la personne, une pathogénèse sur l'origine des troubles et un pronostic comme vérité sur le destin. Le médecin cherche à convaincre l'autre de sa certitude et cherche à modifier la vision de ce qui lui arrive. L'aspect relationnel est bien présent d'où l'incertitude de la validité d'un consentement qui prend des valeurs différentes lorsque cet accord de principe se décline sous forme de soumission, assujettissement, influence, dépendance, complaisance, acquiescement, assentiment, approbation, autorisation. Dans « *les situations empiriques, l'influence combine le plus souvent (...) plusieurs formes de pouvoirs . Ainsi le pouvoir légitime se présente très souvent comme un pouvoir de compétence, exerce un effet de référence et utilise aussi la récompense et la coercition* »¹⁶ .C'est là qu'intervient la

¹⁴ La Maison du docteur Blanche p 55,56

¹⁵ Bernardet (P), Douraki(T) Vaillant (C) Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe érès 2002, 352p, p 93

¹⁶ E.Marc et D.Picard, *L'Interaction Sociale*, PUF, Paris 89, p 216

dimension éthique de la relation. En effet, qu'est-ce qu'il y a de déjà « pipé » dans cette relation dissymétrique qui se masque derrière le dialogue singulier ?

. En psychiatrie si le consentement n'est pas obtenu, il est rendu inutile par l'imposition d'un soin administré de force. Une autre anomalie réside dans le fait que si la maladie est clairement indiquée, elle est rarement dénommée. Le diagnostic n'est connu qu'indirectement par le type de traitement administré ou les modes de prise en charge prescrits. Alors que la première étape de la prise en charge est l'acceptation, le diagnostic n'est que rarement révélé aux familles et pratiquement jamais au malade. L'accès au dossier médical encore trop problématique signifie bien que le secret s'oppose en premier lieu au malade.¹⁷ Pourtant la prise du traitement provoque souvent des effets secondaires, d'où l'importance du fait de se reconnaître malade, d'accepter de se reconnaître tel, pour accepter de réels retentissements sur son aspect physique et ses relations affectives et sociales.

L'interruption du traitement, « par négligence » qui en fait masque un refus, est l'une des causes les plus fréquentes du retour à l'hôpital.

Le savoir partagé par les professionnels fonctionne comme un impératif et échappe aux patients. Ils n'en connaissent trop souvent que l'effet stigmatisant : les nombreuses étiquettes de la maladie mentale que plaquent sur la folie les personnes qui se vivent comme normales.

« Tout échange linguistique contient la virtualité d'un acte de pouvoir et cela d'autant plus qu'il engage des agents occupant des positions asymétriques dans la distribution du capital pertinent. »¹⁸. Les conséquences sur le sujet sont multiples. Le patient circule dans les différents dispositifs de l'institution selon les symptômes qu'il donne à voir et qui lui assignent une place. Les capacités et les ressources du sujet et des familles ne sont pas pensées car non pensables. Cette vision autorise le soignant à « chosifier » le soigné, objet du soin, objectivé dans le savoir. Le sujet du social est devenu objet de la médecine mentale.

Il s'agit d'une double conformité, d'attentes réciproques, entre l'institution et le patient,¹⁹

un processus d'uniformisation. L'objectivation du sujet, réduit à la seule dimension de sa pathologie, va de pair avec une objectivation du soignant, interchangeable, réduit à son statut et à sa compétence professionnelle plus ou moins reconnue et valorisée²⁰.

¹⁷ Bernardet (P), Douraki(T) Vaillant (C) Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe éres 2002, 352p, p 88-102

¹⁸ P.Bourdieu Réponses, entretiens avec L.L.D Wacquant Ed du Seuil Paris 1992, p 36

¹⁹ E. Goffman Asiles, Ed de Minuit , Paris 1972, p 243

²⁰ dans le même esprit : "la prévalance du lien sur le lieu" revendiquée par L.Bonnafé Désaliéner ? Presse universitaire du Mirail, Toulouse 1992

Lorsque le sujet devient le malade, le patient, celui qui est passif - on appelait ainsi les personnes livrées au supplice - perd ses capacités de contrôler l'information qu'il donne aux autres. Qu'en sera-t-il de son intimité, de sa vie privée ?

La notion même de prise en charge est à interroger. "Se charger de" implique un poids que l'on supporte. On se charge de celui qui est une charge. Le terme charge à une connotation négative. On "vit à la charge de quelqu'un". Au contraire il y a des "témoins à décharge" ; quel soulagement !... Certes il y a des décharges nauséabondes mais utiles. La prise en charge, active, des soignants, se révèle être corrélative au rôle, passif, de patient. Il y a une répartition des rôles selon une dualité polarisée, actif et passif, qui implique et est impliquée, par et dans une relation dissymétrique qui n'est pas sans rappeler les oppositions Dominant/Dominé, Dépendant/Pourvoyeur, décrites par A. Memmi²¹. En effet, nous pouvons nous interroger sur les limites de cette logique linéaire, de cause à effet, à l'œuvre dans l'observation et la constitution du diagnostic, sur les phénomènes dont elle ne peut rendre compte, les paradoxes qu'elle empêche de penser, les pratiques professionnelles qu'elle permet et celles qu'elle interdit. Accéder à un statut d'usager, acteur dans la relation de soin, « *suppose, malgré tout, un certain degré de liberté et de choix entre services ou produits de même nature* ». ²²

C'est à condition que sa parole soit socialement validée, que la personne peut se montrer active dans sa situation, faire des projet, passer contrat dans une co-responsabilité avec les institutions et leurs personnels. C'est ainsi qu'elle reprends du pouvoir sur sa vie en reconnaissant qu'il y a toujours plusieurs façons de poser une question et que les solutions ne sont jamais simples mais engagent le Sujet dans une réflexion et l'oblige à faire des choix qu'il essaie d'assumer : le droit à l'erreur comme condition sine qua none de la vie.

L'impératif de la multi-focalité, s'impose aux praticien en recherche, il permet de reconnaître que les outils de compréhension du monde ne sont pas neutres et qu'ils autorisent certaines pratiques et en interdisent d'autres. Retrouver la construction de ces points de vue conduit à un questionnement dynamique, pas plus assuré que tout autre questionnement, mais qui permet d'agir sur la réalité parce qu'il ne la fait plus apparaître comme évidente, allant de soi, selon « *une illusion naturaliste* » ²³ de l'humain et des rapports sociaux. C'est ainsi que le technicien ignore le point de vue de l'utilisateur de la machine

²¹ A. Memmi L'homme dominé, Gallimard, Paris 1968, La dépendance, Gallimard, Paris 1979.
« *Le lien entre colonisateur et colonisé est ainsi créateur et destructeur. Il détruit et recrée les deux partenaires de la colonisation en colonisateur et colonisé (...) de même que le colonisateur est tenté de s'accepter comme colonisateur, le colonisé est obligé, pour vivre, de s'accepter comme colonisé* » p 110 in A. Memmi Portrait du colonisé, Gallimard, Paris 1956.

²² Bernardet (P), Douraki(T) Vaillant (C) Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe érès 2002, 352p, p 98

²³ ACCARDO A, Introduction à une sociologie critique. Lire Bourdieu. ED Le Mascaret. Bordeaux 1997. Chap.1 pp 12 à41

et *a fortiori* celui du sociologue qui mesure les effets de la technique sur les rapports entre les hommes, ou du philosophe qui envisage ses conséquences à long terme, celui de l'écologiste qui anticipe ses effets sur l'environnement. Le maître ignore presque toujours l'élève, destinataire du savoir qu'il professe, et quelquefois le point de vue des pédagogues qui influencent l'institution qui l'emploie. Chaque jour « notre modernité » multiplie les exemples.

Dans la confrontation et la déconstruction des points de vue interrogeons nos représentations et nos rapports au monde. C'est la distance nécessaire et préalable à tous processus de réflexion et d'action sur nous-mêmes et sur notre environnement.

Ce recul nécessaire nous plonge au cœur du paradoxe²⁴ qui veut que toutes connaissances supposent des outils, construits selon un point de vue, et plus l'outil gagne en performance, s'impose comme hégémonique, plus il nous conduit à l'impuissance et à l'aveuglement.

Pour la société, la multi-focalité est une façon de réclamer la démocratie, non comme la recherche d'un consensus, dans le « convaincre l'autre », pour imposer son point de vue, mais bien dans une communication socialisée, reposant sur la valorisation de la place de chacun, dans la recherche d'une convergence, afin de « construire des objectifs » qui permettent de vivre ensemble²⁵. Quelque soit la difficulté d'accéder à l'intersubjectivité, sur la base d'un monde vécu, dont nous partageons les évidences et qui selon Jürgen Habermas²⁶ peut nous permettre de construire et d'organiser nos actions, car dit-il « *le monde vécu définit des situations d'action comme une sorte de contexte pré-compris* », nous constatons que le délire n'occupe pas toute la place et que le choix d'un langage socialisé est possible. Le remaniement identitaire dont il est question ne serait pas celui d'une personne se sentant plus ou moins mal et devenant patient, bénéficiaire d'un soin plus ou moins « consenti », mais d'un usager, acteur dans un contrat thérapeutique, allié d'un médecin pour améliorer son bien être, utopie de santé, telle que cette personne le conçoit.

²⁴ Le paradoxe représente une proposition à la fois vraie et fautive et permet de les penser ensemble, alors que la contradiction représente deux propositions qui affirment et nient la même chose, et les opposent comme incompatibles

²⁵ J. Habermas Droit et Démocratie, Gallimard, Paris 1997

²⁶ J. Habermas, La Théorie de l'agir communicationnel Fayard Paris 1987, T1 p146

ACTION PUBLIQUE ET CONCERTATION

Eric Messens

Directeur de la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale.

Mutation, transformation, changement, nouveaux paradigmes... ces mots sont dans l'air du temps. Plus un colloque ou un congrès qui ne commence aujourd'hui sur ce constat, dans le champ de la santé mentale comme ailleurs. Au mois d'octobre dernier, la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale organisait deux journées de rencontres scientifiques, pour questionner les interfaces, multiples et complexes, qui régissent les rapports entre les intervenants du monde psy et des secteurs voisins. Si quelque chose s'est effacé en vingt ans, c'est la conviction de devoir garder cloisonnés ces univers professionnels et institutionnels. Chacun, dans ses compétences, découvre la nécessité de s'intéresser aux réalités de l'autre, quand ce n'est pas à ses débordements.

Pour le dire brièvement, l'économie et ses propositions libérales ont été et sont toujours le moteur de bouleversements sociaux et culturels importants avec, à la clé, des incidences de taille sur la qualité du lien social et, ce n'est pas rare, sur le psychisme des individus... Des individus incertains et cependant de plus en plus livrés à eux-mêmes, nous disent certains courants de l'analyse sociologique.

Le psychologue, l'assistant social, le psychiatre recueillent tous les jours les désarrois de ceux qui sont dépassés par les nouvelles exigences du social. Le projet de société occidental est pensé sur le socle de l'économie de marché. De chacun est attendue sa participation, pour ne pas dire ses performances, dans le défi de l'entreprise, mais pas nécessairement sa participation aux dividendes. Une minorité gagne beaucoup, une majorité se maintient sans tapage ou vivote, une catégorie grandissante de fragiles coule dans l'exclusion.

Les nouvelles souffrances

Quoi qu'il en soit, l'impact sur le psychisme se joue à toutes les étapes des groupes sociaux. Du stress du cadre supérieur à l'errance du sans-abri, en passant par la désorientation des jeunes dans la jungle des semblants proposés par les médias ou la solitude des plus âgés, l'éventail des difficultés est à la mesure des ambitions d'un modèle qui promeut la conquête et la réussite individuelles, sans se soucier des aléas de la subjectivité humaine.

Des lobbys financiers dictent au monde une loi du marché qui a presque toute latitude sur le bonheur et le malheur des hommes. Les deux

éditions du Forum social de Porto Alegre constituent d'ailleurs un début de riposte structurée à cette inflation des seules prérogatives économiques.

L'État, qu'on a longtemps qualifié de providentiel, n'a plus la même capacité d'action publique pour offrir et garantir à tous des perspectives d'épanouissement et de développement de soi. En guise de parade, et faute de pouvoir agir sur les phénomènes macroéconomiques, les gouvernants essaient de conserver une légitimité en déployant leur énergie dans des opérations de contrôle ou des initiatives de réparation. La sécurité est devenue prioritaire dans les programmes électoraux, les plans alternatifs au plein emploi se suivent pour tenter d'infléchir la courbe des inoccupés, quitte à multiplier le nombre des sous-statuts.

La vie de l'individu et des groupes est balisée par des valeurs en pleine transformation. Les anciennes convictions sont ébranlées. Le meilleur de soi est attendu de chacun, mais chacun est tenu de répondre, seul, de son destin. L'espace social et psychique des hommes et des femmes est touché par ces turbulences... Il en est parfois altéré, ou même gravement blessé.

Les professionnels de la santé mentale le savent bien, eux qui ont vu, toutes ces dernières années, se présenter à leurs consultations ou dans leurs lieux d'accueil des demandes différentes, multiformes, des détresses plus lourdes, quelquefois silencieuses ; ils parlent de nouveaux symptômes, de nouvelles expressions de la souffrance.

Cependant, ils ne sont pas les seuls. Au fil de leurs rencontres, ils s'aperçoivent que d'autres professionnels sont eux-mêmes touchés par ces mutations dans leur pratique. Le magistrat, le travailleur social, l'enseignant, le médecin généraliste et même l'employeur, pour ne citer que ceux-là, témoignent de leurs difficultés quand ils sont dépassés par certaines des situations qu'ils traitent.

On assiste à une augmentation du souci public pour le malaise intime et le trouble mental. La psychologie fait son apparition sur des terrains inattendus.

Ces changements inspirent des initiatives, mais aussi des demandes d'aide ou des appels à la collaboration auprès des intervenants en santé mentale.

Jusqu'où répondre et comment ? Est-ce le signe d'un glissement vers une psychologisation de tous les malaises sociaux ? Une fois posés, quels sont les actes qui ont une réelle valeur subjectivante, quels sont ceux qui contribuent à l'exclusion ?

Les acteurs de tous bords estiment que les frontières entre les champs institutionnels sont devenues troubles. Les pratiques sont en mouvance. L'inventivité et les trouvailles sont indispensables. L'efficacité se mesurera au

renouvellement de certains cadres de prise en charge et à l'expérimentation de principes de coresponsabilité dans les interventions.

De nombreux exemples illustrent cette situation, depuis une bonne quinzaine d'années.

Toxicomanie et délinquance sexuelle

Ainsi, dans le domaine de la toxicomanie, le pragmatisme a suscité des initiatives, dès les années quatre-vingt. Les toxicomanes, jusque-là, faisaient l'objet, ou de soins, ou de répressions. L'idéal était à l'éradication. À l'expérience, il fallut déchanter. En les enfermant, la Justice ne corrigeait pas les drogués. La loi de libération conditionnelle a été adaptée pour faire glisser la collaboration des praticiens de la santé dans le processus judiciaire. Le concept de soins sous contrainte est né de cette articulation. Les promoteurs des contrats de sécurité ont inventé des volets préventifs encourageant des projets d'aide et d'accueil où la séparation du thérapeutique et du répressif n'était pas garantie. La police se mit à faire des campagnes de prévention dans les écoles. La réduction des risques est devenue une politique accréditée au point de bénéficier de subventions officielles pour ses programmes. Du toxicomane, on dit maintenant qu'il est un usager de drogues. Demain ou plus tard, le cannabis finira bien par être légalisé.

Tout ceci démontre à qui ne l'aurait encore compris que la consommation de produits illégaux entraîne aujourd'hui une hétérogénéité de discours et d'actions émanant d'intervenants de tous horizons : magistrat, législateur, travailleur psychosocial, médecin, élu politique, directeur de prison, criminologue... Qu'on le regrette ou non, c'est une situation de fait ; elle oblige tous les acteurs concernés à se rencontrer et à se parler pour définir les niveaux de compétences et de responsabilités qu'ils se donnent autour d'une problématique qui les mobilise collectivement.

Un autre exemple aurait pu être pris avec l'incidence plus récente, à la fin des années nonante, des révélations de maltraitance infantile et de délinquance sexuelle. L'émotion et le mouvement populaire qu'elles ont suscités ont été à l'origine de nouvelles dispositions prises par le législateur, resserrant encore les cadres de contrainte pour les justiciables et les cadres de collaboration pour les intervenants du champ thérapeutique, allant jusqu'à mettre sérieusement en danger des préalables de travail aussi fondamentaux que le secret professionnel.

Sécurité et finances publiques

Ces deux exemples mettent en évidence de quelle manière les frontières entre des territoires de compétences, anciennement distincts, se sont troublées sur le regain de sensibilité sécuritaire, caractéristique des deux dernières décennies. À tel point que les travailleurs psychosociaux se sont réveillés, certains matins, avec une sérieuse gueule de bois, constatant qu'il ne fallait pas

grand-chose pour inscrire davantage leur activité en santé mentale dans une perspective de maintien de l'ordre public.

Cependant, l'insécurité n'est pas le seul avatar des sociétés occidentales et des États soumis à la pression du marché. Après les trente années glorieuses, comme on les a appelées, sont venus des temps de finances difficiles. Les statistiques du chômage rappellent chaque jour qu'il faudra s'habituer à vivre avec une impossibilité structurelle de trouver un emploi à chaque citoyen en âge de travailler. Paradoxalement, cela n'empêche pas certains hommes politiques de continuer à voir le travail comme le seul vecteur d'intégration, comme on a pu le découvrir dernièrement avec le projet de loi transformant le droit au minimex en droit à l'intégration sociale.

La précarité de l'emploi a fait grossir les rangs de la pauvreté et, corollaire de ce phénomène, la qualité de vie, les vécus d'échec et d'exclusion, les souffrances psychiques et sociales des pauvres sont devenus un problème de santé publique tel que de nouveaux crédits sont régulièrement alloués à des projets réparateurs. À défaut d'intervenir sur les causes, la motivation associative et politique s'oriente vers une action qui porte en amont des difficultés. La psychologie est convoquée en renfort sur ce terrain délicat, mais les psychologues se montrent plutôt circonspects. À moins d'être gonflés par l'élan humanitaire, ils s'interrogent sur le bien-fondé de leur contribution inconditionnelle à panser les blessures psychiques engendrées par la sous-économie et se demandent à quel projet politique ils participent en centrant leur attention sur les troubles des pauvres, comme si ceux-ci étaient seuls responsables de leurs malheurs.

La transformation de l'État s'est opérée sur le compromis moyens-besoins. Le temps de la prodigalité est révolu. Le contrôle et l'évaluation ont fait leur apparition dans tous les domaines. La psychiatrie et le monde de la santé mentale n'y échappent pas. La couverture des besoins doit s'arranger avec la logique des moyens et l'obligation des résultats. Le droit à la santé et aux soins n'est plus une donnée absolue, avec pour conséquences un accroissement des réglementations et des cadres légaux pour les prestataires, des statuts et des reconnaissances officielles, normes à l'appui, de la part des instances subsidiantes, des programmes de reconversion des moyens attribués à des dispositifs obsolètes vers des projets novateurs, des enveloppes budgétaires limitées malgré l'appel à augmenter l'offre, l'obligation de faire des choix de réponses prioritaires en santé publique, l'apparition des critères de temps et durée de prise en charge dans les modalités de subventions institutionnelles, etc.

Recomposition

Il ressort de cette situation une recomposition constante des espaces et secteurs du dispositif de prévention et de soins en santé mentale, parfois pour le meilleur, parfois pour le pire.

Comme partout, il y a de l'individualisme, des attitudes conservatrices, des phénomènes de résistance, liés au sentiment d'envahissement de places considérées comme des chasses gardées. Les transformations institutionnelles sont tributaires de la capacité des acteurs à reconsidérer leurs représentations.

Toutefois, certaines difficultés n'ont rien à voir avec le conservatisme. Les promoteurs de nouveaux dispositifs ont également manqué de discernement, croyant inventer de nouveaux concepts de soins et cherchant leur application dans de nouvelles modalités organisationnelles, sans considération pour les acquis ou les habitudes de travail éprouvées du terrain. Ce fut le cas avec l'initiative fédérale de construction de réseaux et circuits de soins, engagée sous la législature précédente.

On retiendra de tout ceci que la santé mentale, comme territoire de connaissances et de pratiques, est aujourd'hui sans cesse traversée et interpellée par des champs périphériques. Elle est sujette à une complexité de discours, d'attentes et d'actions, à la mesure de la psychologisation dont l'espace public et privé fait l'objet.

Les professionnels médico-psycho-sociaux ne sont plus les seuls référents en santé mentale. Les interlocuteurs ou les partenaires se sont multipliés. On les trouve au sein des instances exécutives ou législatives, dans le monde de l'enseignement, des médias, des entreprises, dans les milieux du contrôle et de l'aide sociale... enfin, dans les rangs du public : citoyens, usagers, familles ou entourages.

Une culture de la concertation

L'enjeu véritable est la poursuite d'une politique de santé mentale qui tienne compte de l'actualité et de l'évolution des besoins d'une société en mutation, ainsi que de la variété des logiques d'intervention et des acteurs concernés. Cela réclame, bien entendu, une culture de la concertation, préalable à toutes mises en actes.

Et c'est là qu'il reste du chemin à faire. La construction à plusieurs est un processus long. Les obstacles sont plus nombreux que les facilités. L'inclination naturelle porte toujours quelqu'un dans le sens d'une action en son nom propre, pour des raisons de pouvoir, de profit ou d'appropriation des résultats. À contrario, on pourrait postuler que l'existence des organes de représentation annule cette tendance. Rien n'est moins sûr. Elle la freine certainement, mais le rôle des représentants est loin d'être une sinécure. À cela, au moins deux raisons.

D'une part, la mosaïque politico-institutionnelle du pays a conduit à une telle prolifération représentative qu'elle est, de l'intérieur, menacée de contreproduction. On ne compte plus les coordinations, comités, plates-formes, conseils consultatifs où sont censés siéger les représentants des fédérations,

sections, associations, fondations et ligues porteuses des intérêts des travailleurs et des usagers de la santé mentale. Ce souci démocratique, bien légitime, pêche par excès et retarde l'élaboration d'une pensée directrice sur le plan politique. On le sait, le mieux est l'ennemi du bien.

D'autre part, la mission des représentants, pratiquement toujours les mêmes, est alourdie par la démobilisation des rangs de ceux qu'ils représentent. L'intérêt et l'engagement sur les questions politiques sont globalement en récession dans les équipes, au point que, bien souvent, donner mandat de représentation à un collègue consiste à se décharger des enjeux politiques, quand ce n'est pas à s'en désintéresser.

À n'en pas douter, il y a des rééquilibres annoncés, pour l'avenir, qui valent la peine qu'on s'y attelle dès aujourd'hui.

« TERRITORIALISER ? » DÉMOCRATIE, IDENTITÉ, EUPHÉMISATION, FOLIE ET TRANSMISSION

Jean-Jacques Lottin

Cette réflexion sémiologique sur une dérive sémantique est empirique. Elle n'a pour ambition que tenter de chercher du sens dans le maquis idéologique. Elle n'a pas de prétention scientifique. C'est pourquoi elle est un peu longue...

Une écoute attentive de la parole politique ou médiatique annonce un retour de vogue très insistant du concept de *territoire*, décliné souvent sous le néologisme volontariste «(il faut) territorialiser»-mieux: reter-ritorialiser- c'est à dire réintervenir, sur un espace ou un paysage hu-main (donc social). C'est un vieux mot-clé à toutes les sauces. Il mérite, nous semble-t-il, analyse.

Pour illustration, et par exemple,

cette vogue est obsessionnelle et tautologique dans la réorganisation des services du Conseil Général du Nord -un marketing pour relooker l'image de la collectivité- pour qui

--"*territorialiser les services permet de mieux prendre en compte les spécificités des différentes zones géographiques du département*".

Les 42 Circonscriptions d'action sociale sont devenues "*Unités territoriales, regroupées au sein de 8 directions d'action territorialisées*" qui gèrent les (nouveaux) contrats ter-ritoriaux de santé.

Le chat territorial se mord la queue, pourtant il disposait déjà du réservoir ubuesque des

--*arrondissements, secteurs, zones, pôles, aires, districts, circonscriptions, petites régions, cantons, métropoles, agglomérations, sites, réserves, chefs-lieux (sic) pays, bassins, communautés, espaces...*

Le résultat est le sentiment partagé par les acteurs de terrain, d'un chaos géo-graphique, et d'une **grande violence symbolique** (n'est-ce pas Bourdieu ?)...

Dans un document du Conseil Général du Val-de-Marne, sont évoqués "*les nouveaux territoires que constituent les regroupements de communes*". Comme à Hong-Kong...

Le vice-président du Conseil Général du Pas-de-Calais disait récemment : «Territorialiser, c'est un peu barbare...». Ce qu'a également dit le rapporteur de la Conférence régionale de santé. Et toute la presse n'évoque

l'Europe que sous la litote de «zone euro»... On recrute aujourd'hui des puéricultrices «territoriales» : ça change les bébés ?

Mr. Claude BARTOLONE, ministre de la Ville propose que le prochain gouvernement crée un « ministère des territoires ». Le paradigme du modèle biologique projeté dans le système institutionnel.

Cette utilisation «barbare» de territoire par les élus est un contresens ou un masque , car il s'agit d'un euphémisme : pourquoi jargonner sur «territoire urbain» quand *ville* FONCTIONNE ? et ces ineffables «territoires de proximité»...

La région est territoire pour les décideurs, espace géographique à vivre pour les habitants. A qui profite la LITOTE : la géographie, ça sert aussi à leur faire la guerre.

Territoire n'est pas un concept des sciences de l'homme (au sens où HABERMAS désigne «l'espace public citoyen»), mais un **concept géopolitique** : c'est un échelon décisionnel d'action géré par des élus ou par l'État, un lieu qui n'appartient pas à ses ha-bitants. Qui est cerné de frontières imaginaires. Ici, territoire VIRTUALISE (euphémise) la géographie en «entité», et prive les habitants de leur espace familial, de leurs REPÈ-RES. C'est-à-dire de toute possibilité de DÉMOCRATIE et de TRANSMISSION.

Dans l'héritage de BOURDIEU, il y a l'exigence d'appeler un chat, un chat. La né-cessité quasiment éthique du mot juste, le détour par la métaphore pour éclairer le sens, et le rejet inflexible de la langue de bois de la pensée unique, qui se pare (CF. les médias) du tic euphémistique de l'air (asphyxiant) du temps, si bêtement politiquement correct...

En santé, on dit Centre «d'Hygiène Alimentaire» pour «soins aux alcooliques».

Dicton écossais : « *les liens du lait sont plus forts que ceux du sang* »...

FAUT-IL RE-TERRITORIALISER, OU DÉMOCRATISER ?

Hypothèse :

Cette réapparition témoigne d'une volonté des politiques d'intervenir sur de nouveaux espaces (ou des fonctions régaliennes telles la santé) et de "reterritorialiser" des pays qui ne fonctionnent plus selon leur attente, ou qui leur échappent : ils cherchent à s'en ré-approprier l'image en totale contradiction avec leur supposée volon-té de stimuler la citoyenneté.

Mais, n'existe-t-il pas déjà suffisamment de surfaces institutionnelles, et faut-il ajouter au millefeuille administratif et décisionnel français, de "nouveaux territoires" supposés vierges, et prêts à se laisser conquérir, à l'heure où les habitants réclament, au contraire, une simplification du dispositif tendant vers l'utopie du guichet unique, à proximité des usagers ? Décentraliser ne doit pas consister à empiler les espaces d'intervention... c'est-à-dire de décision : sur les feuilles d'impôts locaux, cinq collectivités pré-lèvent déjà leur part...

Classiquement, la résurgence d'un concept usé sur la scène sémiologique (ou idéologique), appelle la question du mécanisme euphémistique qui la provoque : que masque aujourd'hui cette mode, et quel est le glissement de sens qui s'opère, vers quel nouveau signifiant ou valeur d'usage ? Un des moyens pour le savoir est de faire un détour par l'histoire même du concept, en quête **d'un refoulé** "expliquant" son retour.

Notre hypothèse

est l'apparition d'un sentiment défensif inconscient des décideurs face à la mondialisation néolibérale qui bouscule les repères et pousse à réintervenir sur des espaces saturés d'aménagements em-pilés, dont les frontières coïncident mal, et où les identités flottent. Le rêve d'un VILLAGE PLANÉTAIRE s'est mué en cauchemar de la mondialisation : le marché néolibéral global, abolit identités, droit de cité et transmission.

Pourtant, territoire est un vieux signifiant géopolitique "rassurant".

Il apparaît en France au Moyen-âge sous la forme *terretoire*, du latin *territorium*. Il désigne un pays habité par un peuple en phase de constitution de sa nation ou de son état. C'est d'abord une TERRE entourée de limites, de bornes romaines, de frontières défendues; un périmètre qui abrite une communauté en formation. Une entité qui n'a pas atteint sa forme politique, juridique, ou linguistique.

A la phase de *collectivité historique*, le territoire **devient** pays, royaume, état, ou évêché, et le terme n'est plus utilisé que pour désigner la menace extérieure : les ennemis, face auxquels s'organise la défense du territoire, selon le Droit du sol ("qu'un sang impur abreuve nos sillons...") mais parfois aussi... la peste.

Dans ce contexte médiéval, le territoire est **BORNÉ**, au propre comme au figuré.

Il est troublant de constater qu'on parle encore de "Défense opérationnelle du territoire", de "Direction de la surveillance du territoire", et que la "réserve territoriale" de l'armée n'a disparu que récemment. Car territoire, c'est aussi **un concept militaire**, et géopolitique.

Et n'oublions pas l'influence de l'éthologie et de la loi de la jungle sur nos pra-tiques lexicales, donc sociales et inconscientes.

Cette jungle qui évoque la deuxième valeur d'usage de territoire, **dans la colo-nisation** d'espaces outremer, où vivent des indigènes destinés à être "civilisés" : le "Territoire français de l'Oubangui-Chari" au cœur de notre Afrique Equatoriale Françai-se. De cette épopée subsistent les TOM : Nouvelle-Calédonie, Wallis et-Futuna, et Poly-nésie. Quant à Belfort, c'est sa résistance héroïque au rattachement à l'Allemagne qui lui vaut de rester un "territoire" anachronique (est-ce un hasard si son leader charisma-tique est si attaché à l'état-nation ?). Et lorsqu'il s'agit de contrôler l'entrée dans notre pays des anciens indigènes algériens, nous leur distribuons des "droits d'asile territorial" provisoires...

En Amérique, la conquête de l'ouest nomme territoire toute portion du sol non parvenue à la phase d'état, pour ne pas atteindre 95000 habitants blancs, et comporter un taux important d'indiens, en voie de neutralisation (à défaut de «naturalisation») . Les derniers territoires le deviendront en 1865 : le nord-ouest (Montana, Utah), à l'excep-tion de l'Alaska et de quelques territoires indiens enclavés et progressivement réduits à néant, ou transformés en "réserves" à connotation zoologique.

A-t-on une identité et un patriotisme montaniens ? Est-on FIER d'être de l'Iowa ?

Et pourquoi cette absence de NOM PROPRE pour désigner les «Etats-Unis», comme s'il n'y avait qu'eux; et ce générique d'Amérique qui appartient à tout le continent ? Quelle identité vacillante oblige à un tel fétichisme du drapeau, seul à même d'accorder le DROIT DE CITÉ (de cécité ?) au nouveau venu ? à devenir le « ZELIG » de Woodie ALLEN face à l'injonction totalitaire: *LOVE AMERICA, OR LEAVE IT...*

En résumé, ce parcours historique du territoire peut induire qu'il était un espace pionnier, "inachevé", sous influence, anomique, militaire, habité par un peuple soumis, borné, balloté dans des jeux géopolitiques.

Une abstraction négative à quoi on ne s'identifie pas : est-on membre d'un territoire, et le "vit-on" vraiment ? Dit-on MON TERRITOIRE ?

Lorsqu'on évoque la "collectivité territoriale", il ne s'agit pas de la communauté humaine, mais de la forme juridique du pouvoir **local** légitimé par des élections. L'iden-tité ne peut donc provenir que de la démocratie. Et la France n'est pas un amoncellement de territoires, et d'euphémismes, sauf s'il apparaît qu'elle a perdu son âme.

TERRITOIRE, PEUPLES ET IDENTITÉ

Est-ce qu'on rêve d'un «territoire» ?

La France est une vieille terre de géographes qui ont beaucoup observé, et offert des concepts permettant de vivre et éprouver le pays.

Au commencement (1870-1918) était le paysage bi-dimensionnel "passif" décrit par Paul Vidal-de-la-Blache, exalté par les post-romantiques, endoga-mique et sonnante bien par son rapport au "pays". Paysage géographique physique ou men-tal, vantant l'équilibre naturel de la France "moyenne", tempérée, contrastée, harmo-nieusement mise en valeur, bornée de frontières **naturelles**. Une vision peu conflictuel-le, propice à la perception d'une forte identité partagée, correspondant à l'apogée impé-riale, et au développement industriel. Tout était "paysage" à l'ère triomphale du canton. La nation française avait de l'estime d'elle-même (sic)... et la TRANSMETTAIT.

Le concept dynamique d'espace tri-dimensionnel lui succède, qui fonc-tionne comme blason de la modernité, et désigne un pays moins fermé, plus flottant, gagné par la technocratisation. La conquête est spatiale (les colonies sont "indépendantes"), on multiplie les déplacements et l'espace naturel, social, urbain, maritime, ouvert à tous, démocratisé, se consomme à grande vitesse au rythme frénétique des Trente Glorieuses.

Désormais, *il s'aménage*: le territoire devient l'entité administrative qui programme et planifie son développement. Il est alors **métaphorisé** dans toutes ses dimensions, et fonctionne bien. La «zone» sera son complément technocratique plus pauvre.

Hypothèse :

La réapparition hégémonique de territoire, à partir de 1990, évoque une crise sémantique : la pauvreté du concept (qui doit toujours être qualifié par une épithète, ne fonctionne qu'en PERIPHRASE), sa dimension tautologique (qui fait de territoire une aporie) et désym-bolisée (détachée des habitants), signent une perte de confiance dans la capacité à maîtriser, exercer un contrôle social, aménager de ma-nière harmonieuse. L'état-nation est-il usé ? Territoire indique peut-être un certain retour à une sauvagerie (les tribus), à un re-pli paradoxal sur des frontières, à l'heure même de leur ouverture. Une forme "post-historique" du "vivre et travailler au pays" ? Est-ce que territoire se décline en culturel, affectif ?

LA FIN DES ÉTATS-NATIONS ?

Après les exaltations national-fascistes (*Ein Volk, ein Reich, ein Führer*), peut-être vivons-nous la réaction inconsciente d'une génération qui a intériorisé les images des peuples sans terre, apatrides, des nations sans état, des Juifs de la diaspora aux Arméniens, des Tziganes aux Kurdes partagés entre quatre pays, des Palestiniens aux ex-Soviétiques et Yougoslaves, tous TRANSMETTEURS de

mémoire ? Des "ethnies" en guerre dans les Balkans ou en Afghanistan; des Huttus soi-disant sédentaires en butte aux Tutsis soi-disant nomades, au Rwanda.

L'équation un peuple (une langue) = une nation = un pays = un état fonctionne-t-elle encore ? S'agit-il vraiment du choc inévitable de l'identité tadjique contre la pach-toune, ou de notre incapacité occidentale à raisonner hors des schémas coloniaux, c'est-à-dire de **DOMINATION** territoriale ?

Les Palestiniens occupés des «territoires» peau-de-chagrin sont-ils un peuple constituant une nation disposant d'une identité affirmée, TRANSMISE, d'un pays à la bu-reaucratie surdimensionnée comme cache-misère, d'une colonie, d'un bout d'état (d'une «autorité» sans pouvoir réel), ou bien les prisonniers d'une «entité» terroriste (dixit SHARON) incomplète, à la démocratie aussi flageolante que les frontières, face au «LIEU ABSOLU» que serait Israël ?

Beaucoup d'euphémismes ici, de demi-mots pour dire que l'histoire bredouille.

Ce qui semble certain, dans cette guerre d'identités et de territoires, c'est que la folie menace tout le monde quand la raison défaille à ce point.

A sa manière, Oussama Ben LADEN, chef autoproclamé de l'OUMMA, «la nation musulmane» pose une vraie question lorsqu'il suggère que l'Arabie Saoudite, faux état, territoire pétrolier sans nation, redevienne un califat, c'est-à-dire un «espace de civi-lisation arabo-islamique» surmontant les différences nationales (théorie valable pour l'Afghanistan, artificiellement clivé en ethnies, malgré ce qui l'unit et définit son an-cestrale IDENTITÉ turco-persane).

Jacques DERRIDA (*De quoi demain : « politiques de la différence »*, avec E.ROUDINESCO. Fayard-Galilée. 2001) dit mieux que personne ce qu'il en est de son identité dissociée et de ses liens avec un espace-temps à droit de cité partagé : il est français «de souche», juif maghrébin colonisé (distinguant judéité, judaïsme et Israël), marrane exilé, «cette incalculable multiplicité intérieure» , privé de nationalité en 1942, citoyen du monde et cosmopolite. «Territorialement», il est algérien (ah, j'ai rien !) et «malgré moi déraciné»... et pourtant, quel TRANSMETTEUR !

La défunte RDA, ex-zone soviétique d'occupation, devint un État des travailleurs et des paysans par des mesures volontaristes et autoritaires, fondées sur une légitimité anti-fasciste, cultivant un patriotisme de classe, une fierté des réalisations sociales et sportives, à l'abri d'un mur bornant un territoire de démocratie relative, ce qui le per-dra bien plus que le mark faible. Il finit pourtant bien par se créer un «peuple» est-allemand dont l'idéologie et la culture se TRANSMETTENT aujourd'hui dans le muet af-frontement des Osis et des Westis, sur fond de complexe de victimisation.

L'avenir des politiques territorialisées, à la lumière des avatars de la sectorisation psychiatrique (en échec parce que le secteur n'a pas accepté de devenir un territoire sanitaire abstrait : même avec de la souffrance, le secteur crée du lien; il échappe au contrôle gestionnaire), est évoqué par **Marcel JAEGER** dans son « *Articulation du sanitaire et du social* » (Dunod 2000), qui «redoute que la survalorisation du local ne provoque un repli identitaire des personnes, ou se limite à une entreprise de maintenance locale des conflits».

Enfin, paradigme de notre sujet, les présumés coupables d'Al-Qaïda ont été déportés sur la base militaire américaine de Guantanamo, piratée à Cuba (« territoire libre de America ») depuis 1903, dans un non-lieu colonial sans témoins, nouveau «goulag tropical», où leur traitement s'apparente à celui d'*Oranges Mécaniques* (désafférence sensorielle, lunettes opaques, masques, gants, chaînes, Valium, casques assourdissants, cages en plein-air éclairées la nuit, comme au bagne de Poulo-Condor...). Prisonniers du futur sans corps, désensorialisés, nouvelle scénographie hystérisante où des soldats US noirs et gantés (phobie du contact et de la contagion ?) les obligent à cheminer tête baissée... comme les condamnés chinois.

Pour ces terroristes manipulés (reclassés «combattants illégaux» de l'ère des «conflits asymétriques»- sic) de multiples nationalités que l'Islam unit et fanatise, quel son particulier aura la «Guantanamera» ? Territoire de non-droit, non-lieu et identité ?

Tout ici, est aporétique. Avec toujours la folie au bout du chemin.

Le cas éclairant des MOTIVÉ-E-S

Et de quel type d'espace paradoxal s'agit-il avec les «quartiers» marginalisés, transformés en zones franches, c'est-à-dire, comme les ambassades : extra-territoriales, hors droit commun, «bénéficiant» d'une DISCRIMINATION POSITIVE, que les socio-logues ont rebaptisée «*sous-monde institutionnel*», zone perverse du laboratoire de la politique de la ville, qui paradoxalement produit **pourtant** du sens, de l'identité CIVIQUE, de la super-citoyenneté communautaire, et dont le symbole éclairant a été ZEBDA à Toulouse, support culturel de la liste MOTIVÉ-E-S des municipales.

Preuve par l'absurde qu'ils sont plus qu'intégrés, ayant produit, avec leur culture, de nouveaux fonctionnements de démocratie directe, non-récupérables... Mais la limite rencontrée, alors qu'ils ont éclaté le territoire assigné (à résidence), est qu'il faut être français pour voter... Comment résister à la schizophrénie ?

A leur manière, ils ont créé un «espace public non-étatique» : «...un système et un processus fondés sur la démocratie représentative, combinée à la participation directe et volontaire des citoyens, UN ESPACE où s'intègrent les représentants du monde du travail et les organisations surgies de l'autonomie

populaire, qui contestent l'abdication des fonctions publiques de l'état qu'implique l'ordre néolibéral » (Charte de Porto-Alegre).

A l'opposé, comment ne pas être subjugué lorsqu'on va à la rencontre du Viêt- Nam par l'unité forte d'un peuple pourtant lui aussi pluriethnique, d'une langue, d'une culture vieille de quatre mille ans, d'un pays constitué en état-nation qui a RESISTÉ à cinquante années d'effroyables tentatives d'anéantissement : l'identité vietnamienne est une évidence. Elle continue à produire de la culture dans son espace, alors que la «culture mondiale» n'est plus qu'une culture du temps ou d'un «territoire», et se virtualise.

Autre hypothèse :

Face à une mondialisation dans l'ordre de l'hyperlibéralisme, la perception des dégâts du global à l'échelle locale, qui est celle des élus (le "retour au local" est-il un but de la décentralisation ?) provoque peut-être cette réaction, de prévenir les retours de bar-barie (banlieues, quartiers stigmatisés qui dessinent l'échec des politiques de la ville), de tenter de reprendre l'initiative du développement humain à l'échelle des espaces de vie et de proximité, dans une ambiance participative et démocratique, seul antidote ?

--" Plus que n'importe quel citoyen, l'élu a besoin de cette fiction nécessaire qu'est le territoire. "

(Christian Le Bart. Les Nouvelles Politiques Locales. Presses de Sc. Po. Paris-1999).

Autant, l'injonction abstraite "il faut (re)territorialiser" se propage comme un truisme dans tous les textes officiels, autant elle rencontre une réelle difficulté à préciser ce que serait ce territoire pertinent d'intervention, de décentralisation, de mise à proximité, de "local redessinant le global" (formule issue des écologistes et largement récupérée par le patronat. Dans *le Monde* du 25-12-01, P.ZELNIK écrit :

--«Tous les patrons de grands groupes multinationaux vous le diront : think global, act local»),

quand chacun a la conscience aigüe qu'il existe déjà **trop** de secteurs décisionnels incoor-donnables. Et que certains deviennent virtuels. Et sans la moindre démocratie, clivés par les théoriciens entre «spatialisme» (il existerait des rapports de causalité entre les formes spatiales et les pratiques sociales), et «localisme» (qui confond les problèmes DE la ville avec ceux DANS la ville),

--«ce localisme est le refuge des politiques sans transcendance, en même temps que l'amorce d'une dynamique qui ne nie pas le processus d'universalisation de la citoyenneté» (Tarso GENRO, maire de Porto-Alegre).

LE MILLEFEUILLE FRANÇAIS, PLAIE NATIONALE

Faut-il rajouter des territoires empilés comme des strates géologiques, donc sédimentés, fossilisés, ou en supprimer (les cantons, prélude à la disparition historiquement nécessaire des conseils généraux), et regrouper des communes trop petites ? Qu'y GAGNERA la pratique de la démocratie ?

Dernière hypothèse :

Est-ce vraiment le problème, ou ne s'agit-il pas plutôt de rechercher de nouvelles procédures participatives, communautaires, DÉMOCRATIQUES, de prise de décision avec et par les habitants, quelle que soit leur appartenance territoriale vécue ou pas, et leur identité perçue.

La démocratie n'a pas de territoire. Elle se cherche simplement une échelle pertinente, légitime et efficace. Territoire, c'est aménagement, contrôle, pouvoir, concurrence, gestion, **découpage** (comme les circonscriptions électorales taillées dans le vif des humains sans leur avis), évaluation, discrimination. C'est mortifère, et borné. Et ça peut rendre fou, tant le sens échappe

Démocratie, ça pourrait être espace, désir, décentralisation, proximité, identité, ouverture et pays. Ca peut-être réseau, et internet. En tout cas, il s'agit de droit de cité pour tous, reposant sur le droit du sol, non celui du sang, et ça transforme le territoire en PAYS, ça rend l'ESPACE aux habitants. Ca redonne de l'unité. Et ça met fin à ces guéguerres géo-politiques de clocher. Dans un territoire, on ouvre des McDo, et on oublie; dans un pays, on va au restaurant et on TRANSMET. Vivent les lieux de vie.

Et si territorialiser n'était qu'un contre-euphémisme pour **décentraliser mieux** (rien à voir avec déconcentrer), sans créer de nouvelles instances diluantes de la citoyenneté, en tentant de "corriger" les effets humainement et socialement destructeurs de trente années de transformations frénétiques de ce qui était l'héritage de nos enfants : l'espace de notre vie, particulièrement dans les villes et dans le périurbain massacré. A l'heure des paysans dépaysés, refusons d'être dé-paysés.

Le concept de **développement durable** est sans doute un moindre mal qui peut permettre de remettre un peu de temps historique dans un espace de plus en plus virtualisé ou suraménagé : réhabiliter **l'éthique de l'espace-temps** comme cadre de l'action humaine, si elle souhaite TRANSMETTRE une terre vivable à nos descendants, voilà le nouveau paradigme des *habitants-aménageurs* de notre patrimoine (selon la belle formule de Pascal PERCQ, du Groupe de Salvador). C'est ainsi qu'il convient alors de "repauser": peut-être au sens qu'Edgar MORIN donne à ses concepts épistémologiques radicaux de «*Terre-Patrie*» et de «*société-monde*», et dans l'esprit de l'injonction de Jacques DERRIDA «*Cosmopolites de tous les pays, encore un effort*»...

Remettre de la vie, du sens et du désir. Du lieu de vie pour prévenir la folie.

Pour marquer les traces de notre avenir de manière humaine et solidaire.

Jean-Jacques LOTTIN. Docteur en géographie urbaine
Vice-président de la Société française de santé publique
Directeur d'études à la Maison régionale de promotion de la santé. Lille

PS : petit glossaire d'autres concepts ayant perdu les pédales...
Nouveaux fétiches des gazouilleurs :

--«Il faut SE POSITIONNER SUR (jamais dans: fini le terrain, on survole : on «est sur l'extérieur», dit-on au téléphone) la VISIBILITÉ etc, et FINALISER le QUES-TIONNEMENT sur l'EFFICIENCE des objectifs selon l'ÉQUITÉ cohérente REVISITÉE, et constater l'absence de TRANSPARENCE dans leur COMMUNICATION. Après ÉVALUATION, EN LIEN avec (remplace «en liaison» : on préfère aujourd'hui la prison à la passion-sauf Chirac)... on constate EFFECTIVEMENT (remplace peu à peu «c'est vrai que») qu'ils RATTRAPENT MOINS QUE PRÉVU (sic : notre univers est devenu imprévisible, quel aveu de perte de toute puissance) leur RETARD sur... C'EST CLAIR, ça ? (Loft Story)...» etc.

RÉSUMÉ d'intervention écrite

« TERRITOIRES ? »

DÉMOCRATIE, IDENTITÉ, EUPHÉMISATION, FOLIE ET TRANSMISSION .

Observer empiriquement, comme acteur de terrain, le mouvement des concepts « à la mode », permet de pointer avec étonnement la réapparition hégémonique dans le discours des leaders politiques, médiatiques ou de «l'aménagement», de *TERRITOIRE*, *TERRITORIALISER*, *RETERRITORIALISER*.

Ce vieux signifiant géopolitique, très lié à la colonisation, ou à des rapports de domination ou de contrôle, est aujourd'hui à toutes les sauces, en plein flou sémantique :

« nouveaux territoires » de la politique de la ville, en même temps que territoires imaginaires dans le champ culturel.

Nous nous posons la question de cette réapparition pas innocente, et émettons plusieurs hypothèses à discuter : territoire s'emploie comme une métaphore, mais il s'agit bien d'un euphémisme, d'un masque opacifiant une tentative politique de reconquête d'espaces et lieux de vie, au détriment des habitants. Une grande violence symbolique : le millefeuille français n'est pas encore mort...

A l'heure de la globalisation, la résistance émancipatrice du local semble poser question aux décideurs.

Reterritorialiser aurait alors pour fonction ce reserrement du contrôle social sur certains espaces « à problèmes » : banlieues, quartiers, mais aussi Palestine, Argentine, ou Guantanamo.

Il y va du droit de cité, de la participation citoyenne et de l'identité, plus généralement de la démocratie. De ce que chacun souhaite transmettre.

Et d'une nouvelle éthique de l'espace-temps, lorsque certains dispositifs peuvent rendre fou.

LES FAMILLES COMME USAGERS DANS LES INSTITUTIONS SPÉCIALISÉES POUR ENFANTS

Claude Louzoun

Usager : une identité transversale

Essai de définition

Réduire le terme d'usager à celui d'utilisateur de services est incongru. En effet, USAGER est une désignation et une notion que s'approprient les intéressés. A la différence de « patient » ou de « malade » ou de « handicapé », le terme « usager » pose la question du fonctionnement psychique vis à vis du social des patients et de leurs familles ; plus encore, il pose la question de la place sociale. USAGER devient une identité sociale. Il ne s'agit pas seulement de soigner une souffrance, mais d'en faire un mouvement vers l'action, la reconnaissance d'autrui, la confrontation au réel, le dialogue ou la lutte sociale.

Usagers et Associations d'usagers doivent représenter une pratique effective, reconnue, ayant satisfait au jugement d'autrui (tributaire d'une évolution des représentations et du positionnement institutionnel des patients) – jugement d'utilité sur le faire et sur l'œuvre – et désormais une activité socialement valorisée. C'est ainsi, par exemple, que le plan santé mentale de Bernard Kouchner de novembre 2001 s'intitule « l'usager au centre d'un dispositif à rénover ». D'ailleurs, le Code de la santé publique s'ouvre sur le titre « Droits des personnes malades et des usagers du système de santé ».

Les associations d'usagers sont des mouvements créateurs de lien social,

autant les protagonistes entre eux (groupes de self-help ; associations d'entraide et de parole par pathologie ; permanences d'accueil, accompagnement et aide individualisés), cas de la FNAPSY ;

que lors d'actions publiques comme « Ayant droit » : Groupe Information Asiles ; Advocacy France ;

que comme partenaires, ayant un rôle de médiation institutionnelle (voire de « personne de confiance » comme en Belgique flamande), de propositions. Ainsi, la *Charte de l'usager en santé mentale* a été signée en décembre 2000, en présence de Dominique Gillot, alors Secrétaire d'Etat à la Santé, par les responsables de la FNAP-PSY et de la Conférence nationale des présidents des commissions

médicales d'établissements des C.H.S. *Le Livre Blanc* des partenaires de Santé Mentale France a été établi, sous l'égide de l'UNAFAM, conjointement par des associations d'usagers et de soignants et a conduit à la création d'une association mixte dénommée *Santé Mentale France*.

Les pouvoirs publics en France avancent même que le travail des associations d'usagers « pourrait contribuer à ce que l'appréciation des usagers devienne un des critères essentiels d'évaluation du fonctionnement des services publics » (décret du 23 février 1989).

Cela nous conduit à nous interroger également si le passage de malade ou de patient à usager n'est pas signe d'un changement d'objet, n'est pas une transposition de la scène de la souffrance à la scène du champ social, voire d'une affaire de militance, de sublimation et pas simplement du consumérisme.

L'être Usager

L'intérêt de la notion d'usager en santé mentale serait de ne pas dévaloriser le conscient, le message conscient. L'usager serait accepté comme un interlocuteur alors que le patient en serait disqualifié. Etre reconnu malade mental ou patient psychiatrique, c'est aussi être porteur d'une forme de disqualification supplémentaire qui n'existe pas dans les autres registres de soins, disqualification du fait de l'aliénation mentale et de la stigmatisation sociale qui l'accompagnent. Etre malade, c'est être pris en charge, voire momentanément déresponsabilisé (notamment lors de l'internement) ; être usager, ce serait être acteur et citoyen. Or, soulignons qu'il y a semble-t-il une difficulté majeure de passer de la reconnaissance de l'usager dans ses droits et comme « un partenaire qui fait des suggestions et des propositions » (décret du 23 février 1989) à sa reconnaissance comme citoyen. On ne peut alors qu'être interpellés par la formulation proposée par Michel Chauvière et Jacques T. Godbout : « *Le citoyen, c'est la partie de chaque membre de la société qui s'abstrait des contingences et des intérêts particuliers pour s'élever au niveau de l'intérêt général; à l'opposé, l'usager, c'est le particularisme, l'unique, l'idiosyncrasique, le non représentable sauf à lui-même, et encore : nous ne représentons personne, nous ne sommes que des usagers...* »²⁷.

²⁷ Michel Chauvière et Jacques T. Godbout, *Les usagers, entre marché et citoyenneté*, L'Harmattan, 1993.

Cette question du droit des usagers renvoie à au moins trois niveaux de formulation²⁸ :

*avoir des droits sur,
avoir droit de,
avoir droit à.*

Ces trois dimensions se combinent entre elles, le patient ayant tout à la fois le droit à la santé, des droits sur son traitement, le droit de s'associer comme tout citoyen, le droit à l'information éclairée, le droit au recours, le droit au respect de sa dignité, ... Nous déclinons ces niveaux d'expression et de revendication dans le chapitre suivant. L'utilisateur serait donc appelé à devenir un acteur de plein droit dans ce que l'on appelle « démocratie sanitaire », à un moment de redéfinition des fonctions de l'Etat et de remise en cause du service public.

Le questionnement que nous posons en termes d'orientation comme de praxis au quotidien se formulerait : **Avoir droit, ... mais à quoi ? mais pour quoi ?**

Car cette nouvelle donne de « L'utilisateur au centre d'un dispositif (*de santé mentale*) à rénover » (Plan de santé mentale de Kouchner, novembre 2001) positionne celui-ci comme un enjeu politique, comme ayant une place de Tiers compétent *et/ou* d'expert dans l'évaluation (c'est le cas des associations de familles aussi bien dans le champ médico-social que psychiatrique).

Les familles comme usagers dans
les institutions spécialisées pour enfants

Qui est usager ?

On peut délimiter les deux termes – usager / patient – selon le lieu et le temps des soins autant que selon la place *a priori* au regard de l'institution. Notre propos s'appuiera plus spécifiquement sur un type d'institution : *l'hôpital de jour pour enfants* ; mais il ne dénoterait pas dans d'autres types d'institution : Jardin d'enfant spécialisé ; I.M.E., E.M.P. ; C.A.M.S.P. ; ...

La légitimité de la présence **d'un enfant** à l'hôpital de jour est qu'il y est un patient ; qu'il y reçoit des soins psychodynamiques diversifiés tant groupalement que de manière individualisée ; qu'il est sollicité dans une interactivité et une intersubjectivité constantes et significatives ; qu'il y est considéré comme sujet en même temps qu'il ne cesse de provoquer des effets de sujet (du côté des soignants, des intervenants divers et des parents) ; qu'il y est

²⁸ Pierre Verdier, « Peut-on parler de droits sans invoquer des devoirs ? », *Lien Social*, n° 587, septembre 2001, p.15.

également sujet et objet d'observations cliniques, de réunions cliniques et institutionnelles, ...

Autiste ou non, l'enfant - patient est celui qui parle Lalangue, celui qui ne se voit qu'en tant que souffrance/jouissance, pulsions, stéréotypies, invariants.

L'enfant - usager est à la fois un utilisateur, un acteur et un être assisté et protégé ; celui qui participe au (et fait le) quotidien de l'institution, au collectif de vie ; qui jongle entre la néantisation, la pulsion de mort (parfois aussi la pulsion cannibalique) et l'insufflation d'une thérapie de vie qui veut en faire aussi bien un être - malgré tout et malgré sa destructivité - en devenir, et un sujet « en herbe » s'appropriant du Réel et de l'autre. En quelque sorte usager parce que *usagé* par sa pathologie, la répétition à l'envie de ses symptômes et l'emprise de l'institution, *usant* et *usageant* les soignants dans leurs savoirs, leurs Faire, leurs attitudes et contre-attitudes, leurs contre-transferts.

Les parents, la famille. Sont évoqués ici, seulement les parents et familles n'étant pas en position de gestionnaires d'établissements. En tant que responsables et représentants légaux de leurs enfants, les parents sont usagers de nombreuses institutions simultanément ou successivement : P.M.I., Ecole, C.A.M.S.P. et autres lieux spécialisés de la petite enfance ; Aide Sociale à l'Enfance ou Protection Judiciaire de la Jeunesse ; C.M.P. ou C.M.P.P. ; E.M.P. ou I.M.E. et/ou Hôpital de jour. Chaque passage constitue un cheminement obligé qui n'a rien d'un parcours de santé, mais ressemble davantage à un parcours du combattant.

De plus en plus, via l'organisation associative de type consumériste et les banques de données Internet, les familles - usagers des institutions spécialisées mettent en scène un surinvestissement narcissique de leurs formations réactionnelles, par une sorte d'« acting-in » pour convaincre de leur bon droit, de leur savoir, de leur compétence, en même temps pour rejeter autant que faire se peut l'idée même de mouvements psychiques dont le déterminisme échapperait à leur conscience et à leur contrôle ; ceci n'excluant guère qu'ils puissent avoir une lecture du sous-jacent chez leur enfant autiste ou psychotique particulièrement éclairant. Il y a donc à souligner la valeur en soi de l'élaboration dans tous ses aspects, y compris avec la famille comme usager - interlocuteur ; là où il y a renforcement de la contribution de cette démarche aux investissements intrapsychiques, c'est la présence permanente de l'enfant.

Est-ce pour autant qu'il ne faudrait travailler avec les familles que dans une perspective de « transfert positif » ou d'alliance thérapeutique ? Non, car alors on maintiendrait le processus d'aliénation du patient et de sa famille ; on ne ferait que le « prendre en charge » comme objet de soins, les parents étant vécus alors seulement comme mettant en cause la limite entre les professionnels et eux-mêmes, comme opposants à l'« assujettissement » thérapeutique, comme

plus ou moins destructifs. Dénoncer qu'il puisse y avoir aporie dans la reconnaissance de l'usager et de sa parole s'accompagne d'une dénonciation toute aussi ferme de laisser faire des relations hystériques entre soignants et familles. C'est là s'imposer un cheminement thérapeutique compliqué, aux mouvements affectifs subtils, au maniement délicat mais qui porte intérêt à tout ce qui permet d'intéresser le (et de s'intéresser au) sujet et à ceux qui comptent pour lui ou qui « s'occupent » de lui.

On a donc à faire aujourd'hui à des familles qui ont une réactivité plus grande, une meilleure connaissance aussi bien des pathologies que des offres de soins, qui ont des attentes du côté du partage de compétence et de responsabilité, qui revendiquent d'être partenaires.

Il est vrai que les familles sont toujours là pour utiliser, user et abuser de la structure, de l'institution. Ils sont certes usagers de la plainte, de la douleur, de l'assistance (allant jusqu'à l'assistance - cordon ombilical), de la réparation (faire payer à la société, le « handicap psychique » de leur enfant), d'un agrégat : demande - rejet - invalidation - reconnaissance.

[Développements sur des exemples de travail avec les familles]

Pour autant, le choix des familles comme usagers à parole pleine ne doit pas se manifester **que** dans les relations « individuelles » avec chaque famille. Nous avons pris ainsi l'habitude de réunir tous les trimestres les familles des enfants fréquentant l'hôpital de jour en qualité d'**usagers** et de **citoyens**, au grand étonnement des quelques parents militants associatifs. C'est confondant de vie, de lien, de parole, de dignité, de reconnaissance et respect mutuels, de ressourcements, de signifiants.

