

**Session 5 :**  
**Synthèse**  
**Bruno GRAVIER**

Cette synthèse sera plutôt un résumé, car le thème du séminaire, *la notion de citoyen actif*, a amené beaucoup de notions extrêmement complexes, et nous le savions en le proposant.

En reprenant mes notes, le sentiment général c'est que le CEDEP, comme l'ensemble de nos professions, se confronte à une nouvelle donne sociale avec l'apparition massive de la pauvreté, de la désinflation, et pas seulement dans le champ de la santé mentale.

Les deux exposés anglais, tant celui de Huw RICHARDS que celui de Chris HEGINBOTHAM, ont bien posé ce problème, de façon assez abrupte et assez décapante.

La brutalité de certains constats montre l'urgence à prendre position, à essayer d'articuler un discours par rapport à notre histoire, à nos engagements passés, à notre conception de la clinique et à notre éthique.

Je vais essayer de reprendre les temps forts de chaque atelier.

◆ Chris HEGINBOTHAM a décentré le champ de la réflexion par rapport à notre façon de concevoir les choses. Il nous a tendu un piège en lançant un néologisme en anglais que je ne veux pas trop déformer : sacrée notion que le "communitarisme", qui va de l'entrepreneur self made man à la mode thatchérienne, à une conception opposée, plus de gauche, tentative utopique de recréer une société interdépendante qui valorise l'individu dans une perspective solidaire et collective. Dans cette conception, selon C. HEGINBOTHAM, l'autonomie va être contrebalancée par la notion d'interdépendance.

Résumons brièvement la discussion qui a suivi.

C. LOUZOUN a par exemple souligné l'effet pervers de l'Etat providence - et de sa fin - avec les mécanismes de déresponsabilisation que cela peut entraîner.

Philippe BERNARDET a insisté sur la notion du droit à l'information et, plus tard, il nous a remarquablement illustré par sa pratique ce que cela pouvait signifier concrètement.

Paul ARTEEL est intervenu pour donner l'un des rares exemples d'engagement dans la pratique. On a beaucoup parlé autour de l'engagement, de sa signification, de la façon dont il pourrait être médité, éventuellement développé et débattu dans d'autres lieux que le CEDEP ; je pense en particulier à toutes les réunions qui vont se tenir autour de la révision de la loi française de Juin 1990. C'est suffisamment rare d'avoir un endroit qui n'est plus seulement expérimental mais novateur pour le souligner.

Il fut question aussi d'innovation, c'est un des maîtres mots de C. LOUZOUN.

Et de la connivence entre morcellement psychotique et système économique qui procèdent de la même façon.

Et de la nécessité de différencier ce qui relève de l'anomie de ce qui revient à la psychopathologie.

Cette notion d'anomie est intéressante à reprendre. A l'origine, elle avait été créée par MERTON, puis travaillée par DURKHEIM et, je l'ajoute, par GIRARD. Je crois que nous nous trouvons dans une situation profondément anomique, et nous avons donc beaucoup de mal à retrouver nos points de repère.

Puis il fut question de la mort civile qui, avec cette nouvelle donne, prend une toute autre dimension que celle à laquelle nous avons l'habitude de nous confronter.

De là, nous sommes passés à la notion d'activité, et Huw RICHARDS a introduit la notion d'obligation sociale d'être actif. Une question se pose : est-ce que le malade mental ne peut pas participer ou être actif ? S'il ne peut pas participer ou être actif, est-ce par choix, ou à cause de sa pathologie, ou à cause des deux ? Comment pouvoir repérer ce qui relèverait de l'un ou de l'autre ?

J.C. POLLACK est alors intervenu autour de la notion d'activité désirante, en soutenant que l'inactivité ne peut exister en tant que telle : elle s'oppose à la notion de productivité, ce qui permettrait alors de différencier entre activité socialement reconnue et activité néanmoins sociale.

Citons aussi P. RAPPARD, qui a rappelé que la question du citoyen s'est historiquement posée autour de celle du possédant (avec un débat entre C. LOUZOUN et P. RAPPARD pour savoir si cela remontait à Aristote ou à la Constitution de 1791). Donc la dimension de l'avoir, discutée aussi bien par P. RAPPARD que J.P. LEGENDRE, en référence à la question de la protection des biens (tutelle, curatelle) qui permet de rester dans la question de la citoyenneté.

Comment associer "citoyen actif" à "citoyen", si ce n'est dans le problème du choix et du pouvoir de décision, du pouvoir par conséquent d'intervenir dans les choix de la cité ? Il y a donc une question dialectique autour de la perte de ce pouvoir de choix et de décision. J.P. MARTIN a rappelé une notion essentielle : "Tout être

## La notion de citoyen actif

est citoyen".

Est alors arrivée dans le débat l'autre question dialectique : les droits de l'homme et les droits du citoyen. P. RAPPARD a rappelé que le médecin a pour rôle de s'occuper de l'homme et l'avocat celui de s'occuper du citoyen. Au-delà de la caricature ou du trait un peu forcé, restent des points à approfondir sur ce sujet. A creuser également la question de la relation entre capacité d'agir et capacité civile. Capacité d'agir : par exemple le droit de refuser un traitement. Capacité civile : par exemple pouvoir exercer sa responsabilité.

C. HEGINBOTHAM a conclu cette première partie, d'une façon paradoxale par rapport à son exposé introductif, sur une exigence : à travers la notion de citoyenneté, nous avons à élaborer un discours qui tienne compte de la singularité de l'expérience psychotique. Et cela nous rappelait des choses très anciennes.

◆ Notre histoire, indépendamment de l'Histoire ou de nos petites histoires, a été très présente ; et cela m'amène bien évidemment à vous parler du pauvre patient et de son désir tendre et désolé avec lequel A. PIRELLA a mis le feu aux poudres malgré son absence ! La question essentielle que P. HENRY a posé est la suivante : la dimension thérapeutique ne peut être séparée de la reconnaissance des droits fondamentaux à un travail, à un logement, à une insertion dans le social. Là, on n'est pas sorti de l'auberge, il y a encore du chemin à parcourir... C. LOUZOUN en a profité pour définir 4 axes qui lui tiennent à cœur en tant que président du CEDEP et qui ont traversé ces journées. Ce sont :

- L'innovation, qu'entend-on par là ? Où en est-on ? Nous avons bien vu comment tout au long du séminaire nous passions de nos vieux points de vue et de nos vieux engagements à un malaise face à une situation tout à fait nouvelle.
- Comment délimiter les interventions psychiatriques et psychopathologiques ? Comment ne pas sombrer non plus dans le sociologisme ?
- Nous nous étions éloignés de l'éthique, c'est toujours ainsi, mais cette préoccupation fondatrice du CEDEP, l'éthique, nous concerne toujours. Nous n'avons pas du tout abordé la bioéthique sous l'angle de la création et de la manipulation d'embryons, de la génétique, mais c'était en filigrane lorsque nous avons parlé du discours sur les catégorisations, et des risques qu'encourent là les minorités.
- Le 4<sup>ème</sup> axe, redondant mais insistart, c'est de savoir s'il existe une distance entre le social et l'individuel. Je mentionnerai brièvement l'allusion et la référence de P. HENRY à la nouvelle psychiatrie américaine. Faut-il la qualifier de nouvelle ou nous paraît-elle ainsi à surgir devant nous ?

Citons aussi les propos de Geneviève ELCHARDUS sur le marché idéologique : aliénation sociale et aliénation psychique sont-elles la même chose ? Et revoici les débats anciens entre psychiatrie italienne et psychothérapie institutionnelle ; à l'époque, on pouvait sans trop de difficultés confondre le projet thérapeutique avec un projet de libération.

C'est sûrement alors que P. RAPPARD est intervenu à propos du psychotique et de son asocialité, en rappelant les propos de WINNICOT : l'espérance est dans l'antisocialité, qui permet de s'inscrire alors dans la vie sociale. Actuellement que devient cette espérance dans l'antisocialité ? L'antisocialité permet-elle véritablement de s'inscrire dans une vie sociale, ou bien est-elle devenue tellement massive qu'elle est vouée à d'autres destins, encore mal cernables ?

P. HENRY a beaucoup insisté là-dessus, c'est une question que nous affrontons tous, et qui en rejoint une autre : celle du professionnel, de la professionnalisation, et des limites entre engagement personnel et dimension thérapeutique autour de la notion d'opérateur. Comment penser la protection de la personne dont on va s'occuper, que l'on cherche soustraire à la pression sociale et à l'aliénation ? Nous oscillons toujours entre notre engagement social, politique et thérapeutique. Nous en avons beaucoup discuté, et je crois que nous avons aussi à combattre en nous-mêmes et en nos murs le problème de la mauvaise foi - des vessies qu'on veut nous faire prendre pour des lanternes - quant à notre propre engagement.

J.M. ELCHARDUS a souligné le travail à accomplir sur le couple "dépendance/emprise". Comment reconnaître que notre patient est dépendant sans qu'il soit sous notre emprise ?

Ensuite, vint la polémique autour des assistantes maternelles, autour de la professionnalisation. Avec le mythe du bon sauvage, l'assistante maternelle naïve qui accomplit un travail fantastique (les anecdotes de TOMKIEWICZ sur les assistantes maternelles polonaises qui resteront dans les annales du CEDEP). La polémique s'engageait mal, personne ne pouvant être dupe tant d'une position que de l'autre. Proposons donc ceci : quand on travaille avec des gens qui ne sont pas des professionnels au départ, la question première n'est pas celle de la professionnalisation et de la formation, mais plutôt celle du développement d'une certaine qualité d'écoute et d'un certain engagement.

Et puisque RAPPARD a cité WINNICOTT pour la référence à l'antisocialité, je le citerai pour celle au

holding - la capacité contenante. Cette notion contient une possibilité, une ouverture, pour résoudre la question entre opérateur et professionnel.

◆ Le 3<sup>ème</sup> atelier sur *citoyenneté du fou, pensée sociale et thérapeutique* a été introduit par l'exposé de H. RICHARDS. Après coup, il est intéressant de voir comment les deux exposés anglais ont véritablement scandé notre séminaire. H. RICHARDS pointait comment les inégalités significatives dans l'accès au logement, à l'aide sociale, aux ressources sanitaires, sont tellement massives qu'on a l'impression que la question de la désinsertion des malades mentaux ne peut qu'être corrélée à cette restriction de l'accès aux ressources. Et ce avec toutes les différences entre chômeurs et malades mentaux, toutes les différences de traitement ...

M. JAEGER a parlé du risque de glissement du thérapeutique vers le social. Est-ce un risque ou est-ce là le risque ?

J.M. ELCHARDUS a parlé dans son exposé de la citoyenneté, de savoir si on la réfère aux droits sociaux ou au Droit tout court. J'avais alors souligné que la question du Droit a été peu présente, comme si la confrontation à des phénomènes aussi massifs nous conduisait à une certaine distanciation par rapport à la possession de la loi.

Je vous rappelle que le CEDEP est toujours le Comité Européen Droit Ethique et Psychiatrie.

J.M. ELCHARDUS a eu une très belle formule, qui restera : "pour le clinicien n'y a-t-il pas urgence à repenser le social avant que le social ne nous repense ? Nous sommes dans cette urgence. L'autre point fort de son intervention, c'était à partir des exemples qu'il a cités sur la politique de réduction des risques ou l'abord du transsexualisme, le danger de passer de la catégorie à la minorité. J'ajouterai : et réciproquement. Parce que, quand on peut passer de minorités désignées à des catégories, il y a aussi danger. J'avais envie de vous citer les propos de Paul BOUCHET sur la définition de l'humanité, quand nous avons travaillé sur le crime contre l'humanité : "La référence au groupe qui réduit l'individuel à un seul caractère, sa race, son ethnie et peut-être demain son patrimoine génétique, met en cause la notion même d'humanité. Autrement dit, le crime contre l'humanité commencerait là où la singularité de chacun fait que son égale appartenance à l'humanité et non à tel ou tel groupe serait déniée". Pour aller plus loin vers une définition de ce qui caractériserait par delà l'atteinte à la vie le crime contre l'humanité, c'est le fait qu'il s'agit d'actes qui frappent tout un groupe, national, ethnique, racial, religieux ou tout autre. Et le passage de la catégorie à la minorité est toujours porteur de violence. Dans la notion d'humanité, ce qui importe n'est pas la notion de dignité mais celle d'égalité. Le risque existe, est en germe, dans ces va et vient entre catégories et minorités, dans cette réversibilité de la minorité à la catégorie. Si nous sommes hantés par les classifications et les évaluations, si je parle avec véhémence des dangers de la politique de réduction des risques, c'est qu'il y a danger dès lors que l'on se cantonne dans un grand angélisme pour en parler. Je rappellerai, dans un parallèle certes un peu osé, que l'hygiénisme a été prôné par des gens comme Alexis CAREL et Charles RICHEL, qui étaient de brillants médecins animés d'une certaine sincérité dans leur démarche, mais on a vu ensuite ce que cela a pu donner. Je ne peux que forcer le trait, mais je crois qu'un engagement, quel qu'il soit, ne peut se passer d'une réflexion à long terme sur ce vers quoi il peut tendre.

Et J.M. ELCHARDUS a conclu son exposé sur le risque d'une dérive vers l'exclusion non plus du sujet mais de la question du sujet. Question que l'on retrouve en germe dans celle des catégorisations et des évaluations.

P. BRETECHER, dans son exposé, a parlé de la désaffiliation : qui les entend [les patients] ? Qui leur répond, dans quel cadre ? Quels sont les supports sociaux de l'identité ? Je crois que

P. BRETECHER a proposé quelque chose d'important, qui permet de mieux saisir quels pouvaient être les enjeux mêmes à l'intérieur de notre groupe, de notre réflexion et de notre engagement, et pourquoi le CEDEP peut avoir des difficultés à prendre des positions actuellement. Il a dit qu'un service de psychiatrie peut avoir deux représentations. La première : des modèles surdéterminés par la réponse à la demande, avec une évaluation, et une conduite de type binaire. La seconde, qu'il a soulignée, c'est le modèle de l'attente de la demande. Ce qui présuppose qu'il y a une population capable d'arriver jusqu'à nous. Nous sommes globalement tous dans une exigence ou dans une sommation, une urgence à agir ; reste à savoir comment nous nous positionnons par rapport à cette sommation, à cette exigence à agir. Beaucoup de remarques tournaient autour de cela ; rester dans la position la plus classique qui était la nôtre de pouvoir attendre la demande, risque de nous invalider, de nous faire porter le poids de la culpabilité de ne pas avoir répondu à la sommation à agir, d'autant que l'urgence sociale est massive.

Je citerai aussi les propos de TOMKIEWICZ sur l'élimination d'une société à deux classes : maintenant, dit-

## **La notion de citoyen actif**

il, il y a deux classes plus les autres. Je ne sais pas si cela est véritablement pertinent, mais il faut y réfléchir surtout quand on revient sur les questions posées tout au début : celle des classes sociales et de la psychiatrie de classe, celle des Droits de l'Homme.

J.P. LEGENDRE parlait de la justice de classe, résumant les dangers en disant que le risque majeur résidait dans le retour de la question hygiéniste.

Pour terminer sur cet atelier, je reprendrai la formule de H. RICHARDS : "en fait le psychiatre arrive finalement où il a dit, il s'amène dans l'entreprise sociale" ; cela veut-il dire qu'il n'y était pas avant ?

◆ Pour la 4<sup>ème</sup> session. A travers toute la question de la sémantique, de la qualification, des notions d'usagers, d'acteurs, de clients, etc... M. JAEGER a posé le problème du rapport du même et de l'autre, de la réciprocité, de la difficulté d'articuler justement dans une relation duelle une véritable symétrie. Dans toute relation avec le patient, client, il y a en même temps asymétrie, c'est-à-dire ce qui va justifier de notre situation professionnelle ou de la situation du professionnel. Je ne résiste pas au plaisir de vous citer à nouveau la longue énumération de H. RICHARDS : survivor, self-advocate, selfcare, user, client, récipient, partner, member, ... je vous la résume quand même ; mais il a parlé d'épistémologie amusante. Même si j'ai eu un peu de mal à adhérer à cette préoccupation qui insiste sur la sémantique, il y a des choses importantes, notamment sur la nature de la relation d'aide.

C. HEGINBOTHAM a résumé le tripode sémantique : le consommateur, le survivant et le récipiendaire - que l'on peut traduire par le récepteur, celui qui reçoit. Comme souvent, les termes anglais très proches de notre langue se révèlent intraduisibles ; de même que le terme néerlandais de *client* qui n'a rien à voir avec le terme français de client ; ce qui montre aussi tout le travail à faire au CEDEP, un travail de clarification des notions.

J.C. POLLACK l'a rappelé : a-t-on la possibilité de soigner, d'être soignant ? C'est aussi en filigrane dans la question des usagers et de leurs associations. RAPPARD y a insisté lorsqu'il a réintroduit une dimension de réflexion clinique. Tout ce travail autour de "l'usage", est-on dans le synonyme ou dans la métaphore ? Dans une position pragmatique ou dans une position de représentation psychique ?

Pour abrégé, je citerai le risque lié à l'emploi du mot "consommateur". TOMKIEWICZ en parlait, "consommateur" c'est un mot dangereux parce qu'on a bouffé du psychiatre. J'ajouterai que parler de consommateur de soins, actuellement, prend un aspect dérisoire au moment où arrive la fin de la société de consommation et où ceux dont on parle ne sont plus en position d'être consommateurs. Osons une association, en rappelant les facteurs socio-historiques cités par TOMKIEWICZ : "une définition change quand elle entre dans le langage populaire comme une injure".

Et enfin, je rappellerai les 3 niveaux que Paul ARTEEL a définis dans l'action de la Ligue Flamande : le niveau individuel du patient, l'information, l'information sur les voies de recours, le niveau collectif des groupes de patients, des groupes d'entraide. C'est très intéressant de préciser aussi à travers ces discussions sémantiques ce que peut recouvrir le vocable de "self-help". Il y a un côté auberge espagnole, on peut voir des associations non pas d'usagers mais de professionnels qui se glissent sous ce terme et contribuent à la confusion. P. ARTEEL nous a aidés à préciser la notion de self-help, et je crois que chacun d'entre nous a pu s'imaginer être psychiatre dans l'hôpital où il a développé ce type de structure. Bien sûr cela ne doit pas être simple, mais appréhender les contradictions c'est aussi ce que nous cherchons au CEDEP. Et enfin le 3ème niveau, celui de l'interlocuteur collectif, qui va avec un accompagnement passif, notion que les psychiatres savent manier.

Finalement, P. HENRY a conclu, et je terminerai là-dessus : il faudrait que nous arrivions à se définir des objectifs concrets. Et aussi que l'on peut être client du truc dans lequel on est patient. Merci d'avoir été patient en tant que client du CEDEP !