

De l'obligation de soin, un rapport de pouvoir

Je dois ce travail à l'interpellation d'une collègue des cartels, adhérente par ailleurs d'Advocacy- France qui, à la suite d'un échange avec un autre collègue, membre fondateur d'Avocacy, souhaitait savoir, de ma part, quelle pouvait être la place d'un psychanalyste dans cette association. Ma réponse fut aussi concise que précise : en tant que professionnel-analyste, nulle (car Advocacy est une association d'usagers en santé mentale) mais en tant que personne-analyste, évidente et totale. Ce sont les mêmes choix et les mêmes valeurs qui conduisent à l'analyse et à l'Advocacy. Cela nécessite de s'en expliquer, et d'étayer mon propos, ce que je ferai en m'appuyant sur la question de l'obligation de soin. C'est par ailleurs pour moi l'occasion d'un « rapport d'étape », d'un travail théorique que je mène depuis un an.

A première vue, l'affirmation est une hérésie puisque la référence à l'analyse repose sur la dissymétrie des positions entre le patient et l'analyste, qui se réfère à une clinique, qui vise une thérapeutique. Face à la logique opératoire du transfert, n'est-ce pas utopique de parler avec Advocacy de consentement ? ; Face à la prise en compte du phantasme, n'est-il pas illusoire de parler d'accès aux droits ? Face à la compulsion de répétition, quelle est la réalité de l'empowerment ?, etc, etc...

Encore : le cadre psychanalytique permet de ne pas céder à la fascination de l'identification réciproque et facilite l'analyse du contre transfert quand l'appartenance à une même association facilite la fraternité ; enfin, si les fous veulent constituer une société des pairs, qu'ai-je à y voir ?

Seulement voilà, pour citer Lacan, que « L'être de l'homme, non seulement ne peut-être compris sans la folie, mais ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en lui la folie comme limite de la liberté. »

La littérature est là pour témoigner que la folie fait partie de la condition humaine. On peut lire ou relire le Roi Lear de Shakespeare pour voir, à loisir, des personnages passer de l'état normal à celui de fou, et inversement.

Et l'on s'y perd : Tel propos d'Edgar, par exemple, est-il celui d'un homme sensé ou d'un fou ?

Mais c'est surtout la question de la responsabilité pénale qui va mettre cette problématique en exergue. Si le criminel est fou, tout le monde entendra qu'il est irresponsable, mais comment concevoir, alors, qu'il ait pu agencer son acte de manière réfléchi et organisée ? Gladys Swain cite, à ce propos, le jugement d'un certain Hadfield, jugé en 1800 pour avoir tiré sur le roi Georges III dans un théâtre, sans l'atteindre.

L'attorney général plaida que l'inculpé ne se retrouvait pas dans cet état de folie où la volonté est annihilée en même temps que la volonté, et que, pour être légitimement soustrait à la peine, un coupable devait être totalement privé de son intelligence, de sa mémoire et ne pas plus savoir ce qu'il faisait, qu'un enfant, une bête brute ou un animal sauvage. L'avocat de Hadfield, Erskine prouva, lui, que « le vrai caractère de la folie, quand il n'y a ni frénésie ni fureur, c'est l'idée délirante » Il y a parfaite compatibilité dit Erskine entre le fait d'être sous l'emprise « d'une conception délirante, compagne inséparable de l'aliénation vraie » et la capacité de juger juste, de raisonner subtilement, voire profondément. (1)

Toute mon expérience me porte à dire que la folie existe, certes, mais j'affirme aussi fort que « le- fou » n'existe pas. « Le -fou » est une construction intellectuelle qui repose sur l'idée que quelqu'un puisse être totalement et exclusivement fou. La question de fond est de savoir s'il y a rupture ou continuité entre le sensé et l'insensé, entre le normal et le pathologique.

Gladys Swain, encore elle, montre avec brio le débat entre Kant et Hegel. Pour Kant, cite-t-elle. « Le seul caractère général de l'aliénation est la perte du sens commun et l'apparition d'une singularité logique (sensus privatus) : Par exemple, un homme voit en plein jour, sur sa table une lumière qui brûle, alors qu'un autre, à côté

de lui, ne la voit pas, ou il entend une voix qu'aucun autre ne perçoit. Le fou est exclu de la possibilité d'une pensée en conformité avec les lois de l'expérience.

Kant, dit Swain, est guidé par une logique de l'altérité : « Plus le fou se fait autre, plus il se sépare des règles générales de la pensée jusqu'à s'amuser d'une règle particulière pour sa pensée et plus il est véritablement fou. Par essence, l'aliénation implique un hermétique repli sur soi, qui ne s'accommode pas de nuances dans son principe. « La déraison, dit Kant, est comme la raison elle-même, une pure forme à laquelle les objets peuvent correspondre ». La déraison est point de vue sur les objets mais elle est point de vue radicalement coupé de la « connaissance vraie des choses ». (2)

Swain oppose à Kant le discours de Hegel, pour qui la folie est « un simple dérangement, une simple contradiction à l'intérieur de la raison, laquelle se trouve encore présente », « Le sujet se trouve dans la contradiction entre sa totalité systématisée à l'intérieur de sa conscience et, d'autre part, la détermination particulière qui, dans cette totalité, n'est ni fluide, ni ordonnée et subordonnée » « Par exemple, les fous savent qu'ils sont dans une maison de fous ; ils connaissent leurs gardiens ; ils savent relativement à leurs compagnons, qu'ils sont aussi des fous. Ils plaisantent entre eux de leur folie ; on les emploie à toute espèce d'offices, et on va parfois jusqu'à en faire des gardiens »..... « Les deux personnalités ne constituent pas deux états mais elles sont toutes deux dans un seul et même état, de telle sorte que ces deux personnalités qui se nient l'une l'autre se touchent et se connaissent l'une l'autre ». « Il se sait divisé, il ressent son partage, en fonction de ce seul et même sujet qu'il demeure ! (3)

C'est avec raison que Swain rapproche le discours de Hegel et celui de Freud qui affirme : « Le problème de la psy chose serait simple et clair si le moi se détachait totalement de la réalité, mais c'est là une chose qui se produit rarement, peut être même jamais. Même quand il s'agit d'états aussi éloignés de la réalité du monde extérieur que les états hallucinatoires confusionnels (amentia), les malades, une fois guéris, déclarent que, dans un recoin de leur esprit, suivant leur expression, une personne normale s'était tenue cachée, laissant se dérouler devant elle, comme un observateur désintéressé, toute la fantasmagorie morbide.... Je me rappelle un cas de paranoïa chronique, au cours de laquelle, après chaque accès de jalousie, un rêve fournissait à l'analyste un exposé correct, nullement entaché de délire, de l'incident... Nous pouvons probablement admettre que ce qui se passe dans tous les états semblables consiste en un clivage psychique. Au lieu d'une attitude psychique, il y en a deux ; l'une, la normale, tient compte de la réalité alors que l'autre, sous l'influence des pulsions, détache le moi de cette dernière. Les deux attitudes coexistent, mais l'issue dépend de leurs puissances relatives. » (4).

Citer Freud permet ici de rapprocher les points de vues de la psychanalyse et de l'advocacy et ne prouve pas que l'on ait raison. On peut toujours, et d'autres n'y manquent pas, contester Freud. Swain voit dans le débat entre Kant et Hegel, le fruit d'une évolution historique, « De Kant à Hegel il y a l'espace d'une découverte » dit-elle. Pourtant, le débat se poursuit aujourd'hui, comme nous verrons par la suite. Il est donc intéressant d'approfondir les tenants et aboutissants de chaque position, d'un point de vue historique et philosophique. Je ne prétends pas ici apporter des conclusions, mais modestement esquisser quelques pistes de réflexions à approfondir.

D'un point de vue historique, Gladys Swain est connue pour avoir, avec Marcel Gauchet, pris le contre-pied de l'Histoire de la Folie de Michel Foucault et réhabilité Pinel. J'ai personnellement lu avec délice le récit de Scipion Pinel (le fils) de la libération des aliénés par Philippe Pinel... : Le premier à être libéré est un capitaine anglais enchaîné à Bicêtre depuis quarante ans. « Il était regardé comme le plus terrible des aliénés... Dans un accès de fureur, il avait frappé d'un coup de ses menottes un des servants à la tête et l'avait tué sur le coup ». Pinel s'approche de lui et lui promet de le libérer à condition qu'il soit raisonnable. « Croyez en ma parole. Soyez doux

et confiant, je vous rendrai la liberté. » Le capitaine reste calme et, à peine libre, il se précipite pour admirer la lumière du soleil en criant « Que c'est beau ! » Il passe sa première journée de liberté « à courir, monter, les escaliers, à les descendre en disant toujours: « Que c'est beau ! ». Le soir, il s'endort calmement. Durant deux années qu'il passe encore Bicêtre, il n'a plus d'accès de fureurs, il se rend même utile dans la maison, en exerçant une certaine autorité sur les fous, qu'il régente à sa guise et dont il s'établit comme surveillant » (5)..Je reviendrai sur se texte.

George Lantéri-Laura, dans un petit livre passionnant « Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne » se livre une analyse épistémologique de la psychiatrie des 19^e et 20^e siècles. Je ne reprendrai pas ici l'analyse du concept de paradigme scientifique explicité et développé par Thomas Kuhn, notamment dans « La structure des révolutions scientifiques » Lantéri-Laura décrit trois paradigmes successifs ayant dominé la pensée psychiatrique des deux siècles précédents:

- 1- le paradigme de l'aliénation mentale, illustré par Pinel et Esquirol, opposant globalement folie et déraison.
- 2- le paradigme des maladies mentales, initié par JP Falret et dont BA Morel, puis Magnan vont être les éminents porte -parole.
- 3- le paradigme structural auquel évidemment les lacaniens sont le plus familiers, avec les trois grandes structures : névrose, psychose et perversion. Lantéri-Laura finit son ouvrage sur une question. Il voit bien la fin du 3^e paradigme mais n'arrive pas à trancher sur la suite : Existe-t-il un 4^e paradigme ? Disons le d'emblée : Homme du 20^e siècle, Lantéri-Laura n'a pas vu clairement les contours du 4^e paradigme : Celui du citoyen fou, de l'handicapé psychique, du DSM IV et des réseaux de santé. Nous y reviendrons.

Chacun des paradigmes s'impose sur la base de la critique du paradigme précédent. Même si celui ci va culturellement perdurer, il n'a plus voix comme modèle régnant, déterminant. Le paradigme peut être défini comme une conception globale qui concerne tant l'approche clinique que la thérapeutique, la conception philosophique de l'objet que la place sociale du sujet concerné.

Je ne reviendrai pas sur le paradigme de l'aliénation.

Les maladies mentales, au pluriel, signifient deux modifications radicales : d'une part la pathologie mentale doit s'appliquer à distinguer un certain nombre d'affections irréductibles les unes aux autres et dont l'ensemble échappe à l'unification. D'autre part, elle renonce à constituer une extraterritorialité à l'égard de la médecine et veut en faire partie, comme toutes les autres branches. Ce paradigme est contemporain de Laennec et de la découverte du stéthoscope. Il repose sur le primat à la fois logique et chronologique de la sémiologie et de la clinique qui privilégie les signes physiques, recherchés activement, et selon un savoir faire standardisé. On sait que son point d'aboutissement est la théorie de la dégénérescence de Morel.

Lantéri-Laura voit le congrès de Lausanne de 1926, où Bleuler introduisit le concept de groupe des schizophrénies, sonner le glas du paradigme des maladies mentales. « La psychopathologie deviendra dominante et la psychiatrie clinique en représentera seulement une application un peu dérivée. C'est ainsi que le détail un peu aléatoire des maladies mentales, avec leurs variétés et leurs formes cliniques, se trouvera regardé de haut par une psychopathologie qui la transcende, en rend compte de manière totalisante et le fait servir ainsi à une connaissance générale de l'homme ; et cette connaissance de l'homme, elle contribue à la fonder, tout en y trouvant son propre fondement »(6)(p180) :Elle tient sa force à son articulation avec les sciences humaines, notamment la linguistique et la Gestalt- théorie et à une conception rationnelle de la totalité.

Lantéri- Laura date la fin de ce paradigme avec la mort de Henri Ey en octobre 1977, soit 12 ans avant la chute du mur de Berlin et la fin officielle du règne des idéologies. Si le paradigme des maladies mentales s'inscrit dans la logique de l'hôpital, celui des grandes structures va de pair avec la pensée des hygiénistes.

Le déclin du 3^e paradigme coïncide avec la remise en cause de l'affirmation que l'homme n'était connaissable qu'envisagé dans sa totalité, qu'il y aurait possibilité d'une anthropologie entièrement achevée. La psychiatrie révélerait alors de l'homme quelque chose d'essentiel.

Reste la possibilité que l'objet d'étude se fasse alors sujet et acteur. C'est le 4^e paradigme. Celui-ci va prendre appui sur la prise de parole des patients et l'essor de la médecine communautaire, dans le même temps où le DSMIII puis le DSMIV battent en brèche une approche nosographique pour lui substituer une approche diagnostique.

De même que l'hôpital psychiatrique se mettra en place après Pinel et Esquirol, initiateurs du traitement moral (et en pervertira le message), le secteur psychiatrique en 1984 se mettra en place après les beaux jours du courant hygiéniste, réalisant un « hôpital hors des murs » souhaité sous le front populaire, une conception déjà inadaptée aux aspirations des intéressés, 50 ans après.

Ce décalage est la première leçon que nous pouvons tirer. La deuxième est la prise en compte de l'extrême labilité des critères scientifiques en psychiatrie. A quand une démarche, non plus sur le patient (au sens de patio : la douleur, patient : celui qui souffre) mais avec, à partir du patient ?

C'est la lutte contre le sida qui a fait émerger le rôle des associations d'usager de la santé.

Daniel Defert, compagnon de Michel Foucault et fondateur de Aides nous dit : « D'emblée la lutte contre le sida n'a pas été seulement une lutte contre des discriminations, une lutte seulement défensive, mais a été tout autant une lutte pour une reconnaissance des personnes, de nouveaux droits, de style de vie. C'est un changement important. Le rapport, essentiellement jusqu'ici caritatif de la société à l'égard des malades, va trouver là un retournement important » (7) (p20).

Defert nous donne cinq facteurs de développement des associations des patients : Outre la lutte contre la discrimination, la prise en compte d'une temporalité spécifique (« politiser l'impatience est la fonction des associations des patients ») l'expertise collective des patients sur l'ensemble de la pathologie, de la prévention aux essais cliniques et à la mise en œuvre de soutiens sociaux, la globalisation. (« La parole des malades a émergé dans un double contexte de morale libérale de reconnaissance des droits de l'homme et de mondialisation du capital »), et le progrès médical. (7)

Nous allons assister à deux fonctions distinctes des associations de patients : les unes vont se spécialiser dans le soutien à la recherche médicale quand les autres vont insister sur la dimension citoyenne, revendiquer un espace de parole, de participation aux décisions qui les concernent, lutter contre la discrimination. Bien évidemment, les personnes étiquetées « malades mentales » vont s'identifier à ce mouvement qui ne va pas peu contribuer à combattre le sentiment de honte et d'auto-disqualification qui se surajoute à la dépréciation ontologique. (ou la justifie).

Parallèlement, les mêmes vont être aussi sensibles à la revendication des personnes handicapées qui s'exprime dans le mot d'ordre de DPI (Disable Persons International) : « nothing about us , without us » « rien à notre sujet, sans nous » On peut dater précisément à 1990 la création, à Zentfort du Réseau Européen des Usagers et Survivants de la Psychiatrie (en anglais ENUSP), la double référence des usagers et des survivants renvoyant bien à la double mission évoquée antérieurement.

Les instances internationales, quand à elles, ont pris acte de cette évolution. Citons notamment la déclaration intergouvernementale d'Helsinki sur la santé mentale, le Livre Vert de la Commission Européenne, la Déclaration 21/ 2004 du Conseil des Ministres du Conseil de l'Europe, la Convention de l'ONU sur les droits des personnes handicapées. La législation française essaie de suivre le mouvement, notamment la loi du 11 février 2005, mais les pratiques sont bien loin des intentions. Le législateur français, par exemple, vote une nouvelle loi sur les

tutelles, quand, dans son article 12, la Convention de l'ONU (Non encore ratifiée par le parlement français) déclare la pleine citoyenneté des personnes handicapées. Je ne m'attarderai pas sur cet aspect institutionnel et juridique des choses, mais insisterai sur l'effet que peut avoir la ré appropriation de la capacité civile. Les exemples ne manquent pas, (qui sont spectaculaires et rappellent le capitaine anglais de Pinel), de prises de responsabilité et de réappropriation de soi dans les Espaces Conviviaux Citoyens d'Advocacy. Les Espaces Conviviaux Citoyens d'Advocacy sont des lieux -situations où les uns et les autres, les uns par les autres décident de leur propre vie, au quotidien, sans être dans la dépendance de soignants (8)

Cette ré- appropriation -certains parleront d'empowerment, prise de pouvoir sur les choses, d'autres de recouvrance, de résilience dont la différence avec guérison est qu'elle est le fait de la personne elle-même- est.l'aspect majeur de ce paradigme.

Trois personnes emblématiques me semblent incarner ce 4^e paradigme : Kjell Magne Bondevik, John Nash et William Styron (9 et10).

Le 1^{er} a été premier ministre de Norvège. Etant en exercice, il a fait une décompensation. Non seulement il n'a pas été démis de ses fonctions par ses pairs, mais, lorsqu'il a repris son activité, il a fait voter une loi relative à l'accès aux soins en santé mentale. La deuxième, brillant mathématicien dans sa jeunesse a vécu son âge mûr entre décompensations et hospitalisations. Il a obtenu le prix Nobel d'économie en 1994. Le 3^e, auteur à succès, notamment du « Choix de Sophie » a témoigné de son vécu psychiatrique dans « Face aux ténèbres ». Alors, « fous ou pas fous ? » ou, pour reprendre une question célèbre, « être ou ne pas être ?»(fou).

Je ne peux aujourd'hui, malheureusement, que donner les prémisses d'un travail autour de la question de l'être et de l'essence. Pour Parménide d'Élée, il est de l'essence même de l'être que tout ce qui participe à sa nature soit et que tout ce qui n'y participe pas ne soit pas. L'être n'a pas de structure, il est l'être homogène et rien d'autre. Inengendable et indestructible, l'être est donc éternel. L'être est, et l'on ne saurait en dire autre chose. L'être se définit comme l'identique à soi même et comme l'incompatible avec le changement « Ce qui est » aboutit à la négation du changement. Traduite en langage simple, cette conclusion équivaut à refuser l'être à tout ce qui naît et meurt, à tout ce qui cause ou est causé, à tout ce qui devient et change. C'est à dire à tout ce qui nous paraît d'abord comme doué d'une existence empiriquement constatable .La doctrine de Parménide aboutit donc à opposer l'être à l'existence (11) Il faudrait évidemment approfondir.

Une autre de mes pistes de réflexions m'a été ouverte par Ricœur qui voit l'origine de la pensée dans la reconnaissance du même. « Or choses et gens ne font pas qu'apparaître, ils réapparaissent comme étant les mêmes ; et c'est selon cette mêmeté de réapparition que nous nous en souvenons. »(12)

Seulement, peut-on, en percevant une image, se souvenir de quelque chose de distinct d'elle ? La solution réside dans l'introduction de la catégorie d'altérité .La permanence de l'objet se fait au prix de l'élimination de l'objet différent. « L'altérité est voisine du degré zéro dans le sentiment de familiarité : on s'y retrouve, on se sent à l'aise chez soi (heimlich) dans la jouissance du passé ressuscité. L'altérité est en revanche à son comble dans le sentiment d'étrangeté (la fameuse Unheimlichkeit de l'essai de Freud. « Inquiétante étrangeté »). (12)

Là aussi, cette piste est à approfondir. Notamment rechercher les points commun de cette réflexion avec le pictogramme prémisses de l'énoncé chez Piera Aulagnier.(13)

Ramené à la question de la folie ces considérations nous permettent de reprendre le débat de savoir si « le fou » est de nature humaine ou d'une autre espèce, s'il est comme nous ou différent de nous, pourquoi il est l'objet d'une mise à part dans la société.

Cette question est d'importance, et mon attention s'est portée sur un ouvrage, édité par l'association de parents « Schizo?.. oui ! » sous le titre « Psychiatrie : l'accès aux soins des personnes incapables de consentir ».

Evidemment le concept « d'incapacité de consentir » (et notamment avec cet intransitif sans complément) attire l'attention et l'on a envie de polémiquer. J'imagine déjà la plaidoirie du violeur « Monsieur le Président, j'étais bien obligé de la violer, elle était dans l'incapacité de consentir » (Ne serait ce pas le raisonnement des violeurs conjugaux ?) Pourtant, la rigueur impose de chercher à comprendre le point de vue des auteurs, et la pratique aussi demande de se poser la question du contenu de cette proposition. Lorsque mon président reçoit un SMS d'une adhérente annonçant qu'elle va mettre fin à ses jours et qu'elle en a assez, je ne me pose pas de question : je fonce et j'appelle les pompiers et lorsque, mi-consciente, elle refuse d'aller à l'hôpital alors qu'elle a ingéré des médicaments, je lui dis qu'elle n'a pas le choix. Lorsque, à la descente du train, une voyageuse, qui a entendu mes propos m'interpelle en me disant « Monsieur, mon fils est dans une UMD. Il est schizophrène. Savez-vous pourquoi il est en UMD ? Parce qu'il a tué sa sœur dans un délire. Si sa schizophrénie avait été diagnostiquée plutôt, il n'aurait pas tué sa sœur. » Elle s'en va ; Je reste là, ému.

En introduction les auteurs nous informent que « au décours de certaines pathologies psychiatriques, notamment dans la schizophrénie et d'autres affections chroniques et récurrentes, le malade n'est pas en mesure de prendre conscience des troubles dont il souffre et donc de solliciter des soins ». La schizophrénie, comme la maladie d'Alzheimer pourrait être reclassée comme maladie neurologique « trouble qui, d'un point de vue biologique, est décrit actuellement comme un syndrome dopaminergique fronto-limbique ». (14)(p 11) Résultat : « De nombreux décès (suicides, accidents, homicides) pourraient être évités si l'on cessait de gêner l'accès des malades mentaux à des soins urgents » « L'inconscience de ses troubles par le malade est à la base de la distinction classique entre psychose et névrose. » « Le public tend à confondre pathologies mentales et états d'âme du fait de certaines analogies superficielles. » « le défaut « d'insight » c'est l'incapacité, liée à la maladie de se savoir malade. »

Nous sommes là face à une non-reconnaissance totale de la réalité de la vie psychique. L'incapacité à consentir est l'expression d'une maladie biologique, qu'il convient de soigner pour prévenir un drame potentiel. « C'est bien des résultats des recherches tant fondamentales que cliniques que l'on peut attendre la plus grande progression de la qualité et de l'efficacité des soins. ».

Ebranlé par tant de convictions, je me suis tourné vers la science médicale. Le professeur N. Franck dans son ouvrage : « La schizophrénie, la reconnaître et la soigner » nous dit. « Le fait de vouloir expliquer la schizophrénie (ou les psychoses) par une simple atteinte des contenus de pensée (donnant une place centrale aux idées délirantes et à la conviction des patients) a longtemps obéré une part fondamentale de la problématique schizophrénique. Si les symptômes schizophréniques ne peuvent être considérés comme dus à des lésions du cerveau au sens anatomique du terme ainsi que le proposait Jackson, ils sont probablement (c'est moi qui souligne) à mettre en rapport avec des anomalies de son fonctionnement. »

« Il est très probable que des troubles de la connectivité cérébrale sont au centre des anomalies structurales et sous-tendent les anomalies du fonctionnement cérébral. »(15)

Nous sommes donc actuellement au niveau des hypothèses. Sur quoi s'appuient ces hypothèses. ?

1-« Des anomalies touchant l'organisation du comportement chez des sujets atteints d'une lésion dans le lobe frontal sont également rencontrées chez les patients schizophrènes. Cette constatation apporte des arguments en faveur de l'altération du fonctionnement frontal. » Certes, j'entends l'argument (Par ailleurs, il faudrait définir « les patients schizophrènes » mais c'est un autre débat), mais, si j'ai un caillou dans ma chaussure, je boite comme quelqu'un qui a une prothèse, ça n'a pourtant rien à voir. Cette similitude de comportement n'a pas valeur de preuve causale.

2- Les anomalies des volumes cérébraux et anomalies microscopiques dont l'étude a été réalisée par neuro-imagerie. :Les anomalies observées, nous dit le professeur Franck ne sont pas spécifiques de la schizophrénie (p.112) qui précise même : « les données recueillies dans ce domaine vont majoritairement à l'encontre de

l'hypothèse d'un processus évolutif » (p.113), ce qui n'empêche que « les anomalies constitueraient (conditionnel, c'est moi qui précise et qui souligne) une partie du support organique de la vulnérabilité de la schizophrénie (p.114). Les exemples foisonnent. Le discours médical s'auto-justifie en permanence et ne prouve rien. C'est le règne de l'idéologie, mais reconnaissons au Pr. Franck l'honnêteté de son propos.

3- Le même raisonnement vaut pour le trouble génétique « le fait que pour le vrai jumeau d'un patient, le risque d'être malade ne soit pas de 100°/° mais d'environ 50°/° témoigne du caractère complexe et plurifactoriel de l'origine de la schizophrénie. En effet, deux vrais jumeaux devraient avoir tous deux la maladie ou en être tous deux exempts si seuls leurs gènes intervenaient dans le développement de leur maladie (p 120 et 121), ce qui n'empêche que « plusieurs gènes contribuent au développement de la maladie. Les gènes sont impliqués à divers titres dans la transmission des informations entre neurones et dans le développement du cerveau. » Plus provoquant pour la réflexion et la recherche, le fait qu'une corrélation statistique existe, à l'imagerie médicale, (« Des cartes de répartition du sang dont on tire des cartes d'activité du cerveau, plus une aire est active, plus elle requiert un afflux de sang important »(p37)) entre des manifestations du métabolisme du cerveau et des comportements qualifiés de psychopathologiques. Nos médecins organicistes font des premiers les causes des seconds. Dans l'état actuel des connaissances, cette hypothèse n'est pas plus argumentées que l'inverse : on sait en effet combien la vie émotionnelle peut prendre le langage du corps : j'ai la gorge serrée quand j'ai peur, je vais trembler, transpirer ou avoir des mixions intempestives dans certains états d'âme (mais peut être cela n'aurait rien à voir avec la maladie, la « vraie » ?)

Bref, comme dirait le professeur Franck : « la combinaison de facteurs génétiques, développementaux et environnementaux intervient dans la genèse de la maladie ». (p. 101) Mr Jourdain en aurait dit autant. Cela nous conforte dans l'idée que c'est bien d'une maladie dont il s'agit. Pourtant, en est-on sûr ?

L'hypothèse médicale joue un rôle essentiel de réassurance par rapport à l'angoisse provoquée par la situation d'incompréhension et de souffrance qui s'exprime dans ce que nous qualifions de folie. Que les parents, plus que d'autres s'en emparent, cela n'a rien d'étonnant, et leur souffrance est celle d'une blessure narcissique qui peut être très profonde. Qui, plus que les parents, peut être sensible à la fois à la similitude et à l'altérité qui s'expriment dans la folie ? Pour reprendre l'expression d'Henri-Jacques Sticker (qui y voit la place de la personne handicapée en général), c'est à la fois la figure du double et l'inquiétante étrangeté. (16) J'y vois, pour ma part, aussi la place assignée au reste. Il faut bien que le reste trouve sa place quand la raison l'emporte. Mais ce reste, on ne veut pas le voir, on lui ferme sa porte, on le chasse, on tire la chasse. N'est ce pas aussi le destin de l'inconscient ?

Alors, pour conclure, un exemple que j'ai particulièrement à cœur, d'une pratique d'Advocacy-France : Il est question de modifier la loi dite du 27 juin 1990 sur les conditions d'hospitalisation des malades mentaux, c'est-à-dire de l'hospitalisation sous contrainte. Le précédent gouvernement s'y était essayé dans le cadre de la prévention de la délinquance, mais avait dû faire machine arrière. L'association, à cette occasion a écrit à Madame le Ministre de la Santé pour faire savoir ses positions : Seule une loi basée, non sur l'évaluation de la personne (et sa caractérisation comme malade mentale) mais sur l'évaluation de la situation (et sa caractérisation comme dangereuse) est non discriminative quand il s'agit de légaliser une mesure privative de liberté (qui peut être nécessaire dans des cas exceptionnels). Si la rétention se fait dans un espace sanitaire, elle doit se faire sur la base d'un certificat médical et de 2 attestations prouvant que tous les moyens de discussion ont été épuisés.

Elle ne pourrait alors pas se faire au delà de 72 heures sans la décision d'un juge civil spécifique (juge aux affaires psychiatriques), par ailleurs coordinateur d'une commission des affaires psychiatriques (CDHP élargie à l'extrahospitalier). Celui-ci statuera une fois par semaine le 1^{er} mois, chaque mois pendant les 6 premiers mois, et procédera tous les 6 mois à une étude approfondie. Des équipes mobiles dépendant des centres d'accueil et de crise se déplaceront pour servir d'intermédiaires pendant les crises et les personnes de confiance seront

généralisées. Il est vraisemblable que ces propositions ne seront pas retenues mais nous tenons à prendre date. Cela a-t-il à voir avec la psychanalyse ? A vous de juger si l'on peut considérer qu'il peut y avoir sujet sans sujet de l'inconscient et si le parlêtre doit être réservé au cadre du cabinet de psychanalyste.

Permettez moi, enfin, ce codicille, que je trouve plein d'humour. Je l'ai trouvé en 1^{ère} de couverture du numéro 147/148 du périodique belge C4 « D'une certaine Gaieté » consacré à la santé mentale :

Madame, Monsieur, salut,
Comment tu te sens, ?
t'aurais pas envie de mourir
par hasard ou de disparaître,
tu vois ?
Ce que je te propose c'est que
tu viens essayer mon divan,
de t'allonger quoi et de tout nous
raconter, ta vie, ta mère, ton lapsus,
tes actes manquants, et moi je
t'analyse tout ça bien fait vite fait
Si tu as pas envie de t'allonger,
Je veux bien le faire à ta place
Et on s'arrangera pour l'argent
Signé emma

C.DEUTSCH

1. G.SWAIN Dialogue avec l'insensé. Gallimard 1994 « D'une rupture dans l'abord de la folie »
- 2 G.SWAIN ibid « De Kant à Hegel : deux époques de la folie »
- 3 F.HEGEL : Encyclopédie des sciences philosophiques, cité par Swain, op cit
4. S.FREUD Abrégé de psychanalyse PUF 1949 « le monde extérieur »
5. Cité par P.COUCHEUX Un monde de fous Seuil 2006
6. G.LANTERI-LAURA Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne Editions du temps 1998
7. D.DEFERT, L'émergence internationale d'une parole politique des malades in JJ Denis « quels rôles pour les associations d'usagers au regard de la loi sur les droits des malades » .assemblée nationale 2002
8. M.DUTOIT-SOLA et C.DEUTSCH, Usagers de la psychiatrie : De la disqualification à la Dignité Erès 2001
9. S.NASAR , Un cerveau d'exception Calmann –Lévy 2001
- 10 W.STYRON, Face aux ténèbres, Gallimard 1990
11. E.GILSON, L'être et l'existence Vrin 2000
12. P.RICOEUR, La mémoire, l'histoire, l'oubli Seuil 2000
13. P.AULAGNIER, La violence de l'interprétation PUF 1975
14. Psychiatrie : l'accès aux soins des personnes incapables de consentir Shizo ?..oui ! Mai 2006
15. N.FRANCK, La schizophrénie, la reconnaître et la soigner Odile Jacob 2006
16. H.J.STICKER, Corps infirmes et sociétés Dunod 2005