

LE DIAGNOSTIC CLINIQUE EST-IL CONCILIABLE
AVEC DE "VRAIES ALTERNATIVES"
EN SANTE MENTALE ?

Robert FRANCK

On a coutume d'opposer à un savoir psychiatrique unilatéralement "organiciste" ou "somatique", une investigation du psychisme des patients attentive à la subjectivité, aux sentiments, à la parole et au désir. Une telle investigation serait plus respectueuse des personnes ou du "sujet". Je pense, pour ma part, que des conditions supplémentaires doivent être remplies si l'on veut éviter que l'investigation clinique ne nuise aux intérêts véritables des gens.

Sans doute existe-t-il de nombreuses écoles et orientations différentes dans la manière de chercher à connaître le psychisme humain, et l'on peut penser que certaines d'entre elles sont plus respectueuses des personnes que d'autres. Mais je m'en tiendrai au niveau le plus général qui soit, celui où l'on s'accorde à penser que pour mieux comprendre les gens et leurs comportements, et pour mieux guider notre attitude et nos interventions à leur égard, il est bon de connaître leur psychisme, leur structure psychique. C'est sur cet accord préalable présidant à toute investigation clinique,

qui a toutes les allures de l'évidence et du sens commun, que je voudrais que l'on accepte de réfléchir. Pourquoi ? Parce que je crois sincèrement que sont en jeu des questions centrales pour la recherche de "vraies" alternatives en santé mentale.

Pour savoir ce qu'il nous faut faire avec les gens et pour comprendre ce qu'ils font, faut-il vraiment que nous cherchions à connaître *ce qu'ils sont* ? Ne suffit-il pas que nous nous guidions sur *ce qu'ils veulent*, sur *leurs droits*, et sur la *raison commune* ? Il est bon que j'apporte une précision : chercher à connaître autrui, cela veut dire généralement que l'on cherche à connaître ce qu'il aime, ce qui lui répugne, ce qu'il pense, ce qu'il veut, ce qui lui fait peur ... Mais chercher à connaître autrui par l'une ou l'autre forme d'investigation clinique, c'est chercher à connaître ce qu'il aime, ce qu'il pense et ce qui lui fait peur, pour découvrir sa structure psychique, et c'est chercher ensuite à comprendre ce qu'il pense et ce qu'il craint etc., en l'expliquant par cette structure psychique. Connaître ceux dont nous avons la charge ou qui se confient à nous, de cette façon, et expliquer ce qu'ils pensent et font, de cette manière, c'est *remplacer* le sens qu'ils donnent eux-mêmes à leurs espoirs, à leurs inquiétudes ou à leurs dépités, et les raisons qu'ils avancent de leurs engagements, de leurs difficultés, de leurs résolutions, par d'autres significations et d'autres raisons qui par définition leur étaient cachées s'il est vrai qu'il appartient à l'investigation clinique de les découvrir.

Nous croyons découvrir un peu plus de vérité sur autrui, et le plus souvent c'est dans le but de les aider, mais à vrai dire nous leur dérobons le sens qu'ils donnaient eux-mêmes à leurs actes, à leurs pensées, à divers aspects de leur vie, et du même coup nous leur enlevons la maîtrise. Il faut désormais qu'ils s'en remettent à nous, puisque nous en savons plus qu'eux-mêmes sur eux-mêmes. En savoir plus sur autrui qu'il n'en sait lui-même, voilà ce que nous gagnons à doubler d'un savoir clinique nos relations avec lui,

afin de mieux le diriger.

Adieu l'autonomie de sa pensée et de sa volonté : c'est le prix à payer de l'ascendant que nous aurons acquis par notre savoir sur celui qui recourt à notre aide. Qui paie le prix ? C'est lui.

A cela j'entends bien qu'on peut faire deux objections. La première est que lorsqu'on éclaire le sujet sur la signification clinique de ses actions, il se peut qu'on l'aide à recouvrer la maîtrise de sa vie. Et je ne nie pas que cela soit possible. Mais je pense qu'il faut examiner avec beaucoup de soin les conditions "alternatives" qui doivent accompagner la relation entre le thérapeute et le patient pour que cela devienne réellement possible, et pour que le sujet recouvre effectivement l'autonomie de sa pensée et de sa volonté.

Voici la deuxième objection, qui va en sens inverse : plaider pour l'autonomie de la raison et de la volonté du sujet, quel leurre ! Une telle autonomie n'existe pas ! Cette dure conquête des révolutions bourgeoises n'était qu'une vulgaire illusion, le savoir psychologique n'a cessé de nous le démontrer. (Le savoir sociologique également !). Les mécanismes psychiques (et/ou les mécanismes sociaux !), voilà ce qui meut les hommes. Nous y voilà, et c'est le plus inquiétant : ce savoir clinique que nous prétendons détecter sur autrui, nous sert à légitimer nos actions sur lui, y compris lorsqu'elles vont à l'encontre de sa pensée et de sa volonté. Légitimité qui ne paraît pas rencontrer de limites, puisqu'elle parvient à l'emporter sur les droits fondamentaux de la personne, et puisqu'elle réussit à ébranler les assises même de la pensée juridique moderne. En témoigne le titre des *Actes* d'un colloque qui s'est tenu à Bruxelles : "*patients ou sujets de droits ?*" (1), comme si l'on ne pouvait pas être l'un et l'autre à la fois ! Juristes et psychiatres s'interrogeaient sur les chances de concilier un jour la psychiatrie et le droit (eh oui !). A l'origine cependant, ce

problème ne se posait pas : un patient, un malade mental - pour le psychiatre comme pour le législateur - se reconnaissait à ses délires, et qui délire a "perdu" la raison et l'autonomie de sa volonté, il cesse donc d'être sujet de droit. Mais à partir du jour où les frontières s'estompent entre la maladie et la santé mentale, comme le revendique à l'unanimité la pensée clinique, où la transgression d'une norme quelconque peut devenir un symptôme, où l'autonomie de la raison et de la volonté de tout un chacun - c'est démontré ! - n'est plus qu'un leurre, que reste-t-il au patient pour revendiquer le titre de sujet de droit ? Tous sous tutelle ... Le thérapeute ne rencontre plus devant lui d'obstacle à contourner les droits de son patient, bien au contraire, le savoir clinique lui en fournit l'argument.

Tel psychologue, directeur d'un grand établissement assurant l'aiguillage des jeunes de toute une province belge vers les institutions spécialisées, m'expliquait qu'il mettait des garçons au cachot "pour raison thérapeutique", et non pour les punir. Il n'existait pas auparavant de cachots dans le bâtiment, aussi en avait-il fait construire six, à la manière traditionnelle : cellules minuscules, une planche, un seau, un trou haut placé dans le mur pour l'aération, pas de chauffage. Comme il s'agissait de thérapie, la décision n'était pas prise en raison de la gravité de quelque acte commis, mais du diagnostic. Quant à la durée de mise au cachot (jusqu'à quatre semaines), elle était inconnue de l'enfant (comme d'ailleurs du psychologue) puisqu'elle allait dépendre de l'amélioration de son état sous l'effet du traitement. Un bref entretien quotidien permettait au psychologue d'en juger l'avancement, et de décider le maintien sous les verrous ou l'élargissement. Ils avaient treize ans, quinze ans ...

Le savoir clinique serait-il à l'origine de tels abus ? En aucune manière. La violence, malheureusement, n'est pas nouvelle dans les institutions fermées

de rééducation ou de soins pour enfants, adolescents, ou adultes. Je veux mettre en lumière simplement ceci, que le recours au savoir clinique permet d'assurer à de pareilles violences un semblant de légitimité, qu'elles n'auraient en aucune manière sans lui. Mais ils doivent être rares, pensez-vous, ceux qui souscrivent à une telle forme de légitimation de la violence par la pensée clinique, du moins lorsqu'il s'agit d'abus flagrants. Hélas non. Mon directeur psychologue, on le devine, n'était pas seul, il y avait aussi le médecin psychiatre, d'autres psychologues, tout un personnel d'encadrement, l'inspection du ministère.

Dans une autre institution pour enfants et adolescents de grande réputation, en Belgique, des jeunes gens étaient enfermés dans des chambres d'isolement pendant six à neuf mois, toujours bien entendu pour raisons thérapeutiques. Lorsque le Conseil d'Administration fut saisi de la chose par son président, les administrateurs n'acceptèrent pas de mettre un terme à des pratiques aussi scandaleuses, ni même de mettre en question la légitimité de telles pratiques. Où trouvaient-ils leur légitimité ? Dans le savoir clinique. Enfin, lorsque la Ligue des Droits de l'Homme dénonça publiquement ces agissements, il se trouva quelques "bons esprits" pour les justifier de la même manière !

En milieu ouvert de tels abus risquent bien moins de se produire. Il reste que, pour rendre plus "humaines" nos relations avec autrui et garantir le respect des personnes, le meilleur chemin n'est pas de nous doter d'un savoir qui assure notre maîtrise sur eux, et qui nous donne licence de disposer de leur vie, pour le meilleur et pour le pire.

Faut-il alors tourner le dos au savoir clinique ? Non. Mais si l'on veut sauvegarder le respect des personnes et leurs intérêts véritables au sein d'alternatives de déshospitalisation et d'intégration des psychiatisés

dans la société, il faut *subordonner absolument toutes* conclusions cliniques au respect de l'autonomie de la volonté et des droits de chacun. Position intenable, attitude obscurantiste faisant fi des découvertes scientifiques et de la vérité, dans le but de sauvegarder des valeurs morales qui n'ont qu'un temps ? Contradiction, ou incommensurabilité de la vérité et du bien ? Nullement. Il faut s'interroger plutôt sur la fétichisation de la vérité et de la science qui se loge dans la position adverse, et qui consiste à prendre des hypothèses, si convaincantes ou si soigneusement vérifiées ou corroborées qu'elles soient, pour des vérités toutes faites. A ceux qui se croient tout permis au nom d'un savoir bien établi, à ceux qui pensent qu'il appartient à la science de nous dicter nos règles de conduite, il est bon de rappeler ce qu'écrivait le plus incontestable défenseur de la science, Claude Bernard, maître à penser du positivisme et fondateur de la médecine expérimentale. *"(...) la seule chose dont nous soyons certains, c'est que toutes ces théories sont fausses absolument parlant"* (2). Quelles théories Claude Bernard vise-t-il ici ? Ce sont les théories scientifiques, qu'il définit ainsi : *"La théorie est l'hypothèse vérifiée, après qu'elle ait été soumise au contrôle du raisonnement et de la critique expérimentale"* (p. 305). Et il poursuit : *ces théories "ne sont que des vérités partielles et provisoires qui nous sont nécessaires, comme des degrés sur lesquels nous nous reposons, pour avancer dans l'investigation; elles ne représentent que l'état actuel de nos connaissances, et, par conséquent, elles devront se modifier avec l'accroissement de la science, et d'autant plus souvent que les sciences sont moins avancées dans leur évolution"* (p. 69). Claude Bernard ajoute plus loin : *"il vaut mieux ne rien savoir que d'avoir dans l'esprit des idées fixes appuyées sur des théories (...)"* Les hommes qui ont une foi excessive dans leurs théories ou dans leurs idées sont non seulement mal disposés pour faire des découvertes, mais ils font aussi de très mauvaises observations" (p. 71). *"En un mot il ne faut point enseigner les théories comme des dogmes ou*

des articles de foi. Par cette croyance exagérée dans les théories, on donnerait une idée fausse de la science (...)" (p. 73) *"(...) en science, le grand précepte est de modifier et de changer ses idées à mesure que la science avance. (...) il faut les changer quand elles ont rempli leur rôle, comme on change un bistouri émoussé quand il a servi assez longtemps"* (p. 74).

Me voilà en bonne compagnie pour suggérer que l'on cesse de prendre pour argent comptant les hypothèses cliniques dans nos relations avec autrui. Vive la recherche ! Et pour qu'elle vive, cessons d'en faire une croyance. Le scientisme est plus répandu qu'on ne le croit, y compris parmi ses détracteurs. Mais ce n'est pas tout. Les chercheurs savent bien, eux, les difficultés qu'il y a à appliquer une hypothèse explicative générale, fût-elle même expérimentalement contrôlée, à des faits singuliers ou à des cas particuliers. Quand il s'agit de médecine, cela s'appelle un diagnostic, et personne ne conteste que l'on s'expose à des risques d'erreurs variables, parfois considérables. Quant aux diagnostics en psychopathologie, leur fiabilité est extrêmement faible comme il ressort des nombreuses enquêtes menées aux E.U. depuis 1950 (3).

Enfin, c'est une bien curieuse illusion que d'imaginer que les diagnostics cliniques nous apprennent et nous dictent comment il faut nous y prendre avec les gens !

Lorsqu'on a compris que les diagnostics cliniques et les théories sur lesquelles ils reposent ne peuvent offrir aucune certitude, on conçoit aisément que la pensée clinique ne puisse jamais fournir de légitimation à aucune main-mise sur autrui, à aucune atteinte à ses droits. Et pourtant il semble que ce soit la chose qu'il est le plus difficile de faire admettre dans les milieux psychothérapeutiques autant que dans les milieux psychiatriques, où l'on ne cesse d'invoquer tour à tour le

leurre de l'autonomie de la raison et de la volonté, et les impératifs scientifiques. Ce sera néanmoins le passage obligé de toutes alternatives véritables en santé mentale.

NOTES

(1) Le titre entier est : Malades mentaux : patients ou sujets de droits ?, sous la direction de Jean GILLARDIN, Publications des Facultés Universitaires St Louis, Bruxelles, 1985.

(2) Claude BERNARD, Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, ed. Garnier-Flammarion, 1966, p. 69. Les citations suivantes sont tirées du même ouvrage.

(3) Cf R.E. KENDELL, The role of diagnosis in Psychiatry, éd. Blackwelle, Oxford, 1975.