

La clinique menacée d'objectivité

C'est d'une place particulière que j'interviens. Celle de médecin directeur d'un IME. C'est pourquoi mon propos va concerner essentiellement les questions qui touchent à la psychiatrie de l'enfant, dont la part essentielle s'accomplit dans les établissements médico sociaux.

Je prendrai comme point de départ ou argument, une phrase proposée par les organisateurs de cette rencontre, à savoir :

Comment réaffirmer les termes d'une pratique de la psychiatrie qui laisserait sa place à la subjectivité et à la singularité ?

En les affirmant de nouveau ! Par notre travail, notre réflexion et notre pratique. Je ne vois pas qui pourrait nier que la psychiatrie doive être exercée depuis la subjectivité et toujours de manière singulière. Ou alors il faudrait adhérer à la croyance que les hommes, dès lors qu'ils souffrent, se répartissent spontanément en classes, en types et en catégories, qu'il suffirait de connaître pour pouvoir les soigner. Tant qu'ils sont en bonne santé, (mentale s'entend), aucun d'entre eux en tous cas n'accepterait de se voir assimilé à une catégorie. Ainsi, par exemple, ne vient-il jamais à l'idée de classer ses amis par catégories : hystériques, obsessionnels, phobiques ou border line. On les apprécie plus ou moins, on ne les invite pas tous ensemble, on s'arrange pour qu'ils se rencontrent selon leurs affinités, on appréhende subjectivement leur singularité ; on renonce à les classer selon le DSM 4.

Ceci n'est pas vraiment une plaisanterie. On doit considérer avec les égards que l'on réserve à ses amis les personnes qui viennent nous consulter, ou qui nous sont adressées parce que leur comportement ou leur développement pose quelque problème de réception par les institutions ordinaires.

La subjectivité n'est pas dangereuse. Elle est tout d'abord inévitable et il est tout à fait vain d'essayer de s'en défaire. Nous sommes à cet égard parfaitement incurables. Mais plus encore, la subjectivité est la condition de possibilité de notre travail. C'est depuis notre subjectivité, aiguisée et cultivée le plus qu'il est possible, que nous sommes capables de comprendre, non pas la cause d'un trouble ou d'une souffrance, mais le sens de ce trouble ou de cette différence qui n'est jamais une pure anomalie. La différence qu'un sujet humain propose à un autre sujet humain est toujours une surprise ; il appartient au psychiatre et à l'ensemble de ses collaborateurs de cultiver cette surprise. Pour en éprouver, en retrouver le sens. Le sens, pas la cause.

Pourquoi l'idée de cause est-elle dangereuse ? Parce qu'elle s'accorde trop vite et trop facilement à l'objectivité, et que l'objectivité ne s'accorde pas avec le sujet. Le mécanicien penché sur un système recherche la cause qu'il espère univoque, de telle ou telle irrégularité constatée. Son appréciation sera immédiatement validée ou invalidée par le recours à une épreuve cruciale à laquelle il devra

évidemment se soumettre. La cause peut aussi être une idée dangereuse parce que c'est une idée « facile à comprendre » ; à ce titre elle s'invite partout où l'on rencontre un phénomène qui ne s'explique pas spontanément. On se tourne vers la cause, et l'on trouve toujours quelque chose. Quelle est la cause des marées ? La lune ! Et la terre alors ? Et les océans ? N'y seraient-ils pour rien ? C'est un exemple emprunté à Lacan je crois bien...

Les patients que nous recevons, les familles qui viennent solliciter notre avis à propos d'un enfant problématique nous demandent toujours d'où « ça » vient. Et dans l'ambiance actuelle, qui promeut toujours plus l'idée d'une détermination des comportements humains, soit par le milieu, soit par la réalité physico chimique, il est bien difficile de faire entendre qu'il n'existe pas de cause décisive : la cause, ça vient de partout.

Mais on aura beau s'y prendre habilement, parler de facteurs déclenchants, faire valoir une prédisposition, indiquer le rôle d'une coïncidence malheureuse, reconnaître la part d'un traumatisme, nous ne parviendrons jamais à isoler une cause, unique et resplendissante.

Alors, dans ces conditions, que devient l'insatisfaction que nous induisons lorsque nous voulons faire entendre qu'il n'existe pas de causalité saisissable. Et bien, cette insatisfaction se tourne en impatience, et puis en déception. On arrive bientôt à la défiance, et dans certains cas on atteint la haine des « psys ».

C'est que notre volonté de faire entendre qu'un symptôme n'est qu'un symptôme, rencontre un public auquel on ne manque jamais, par voie de presse essentiellement, de laisser entendre qu'il y a une cause à toute chose. Et qu'on la trouvera bientôt. C'est une question de temps, on va trouver... On va trouver le mécanisme génétique qui commande l'installation de l'autisme, entité clinique pourtant assez polymorphe... Ou encore le déclenchement d'une hyperactivité, concept fantaisiste, ou d'une inadaptation scolaire, etc....

Et ce qu'on nous laisse entendre, c'est qu'il vaudrait mieux abandonner nos prétentions intellectuelles, avouer cette ignorance et assurer un gardiennage modeste, en attendant la science qui viendrait à son heure, nous en sortir.

Le besoin de causalité simple, très valorisé par le culte du rationnel et du pragmatique, a donc un inconvénient majeur : il est porteur de déception et d'incompréhension. Alors, comme par réaction, « on » (le public, l'utilisateur...) va postuler l'existence d'une sorte de malformation des capacités intellectuelles : un handicap qui doit être compensé par des mesures rééducatives. Dès lors, la différence est considérée comme un phénomène dont la stabilité est acquise. On va la traiter à la manière d'un handicap physique, c'est-à-dire comme une diminution des capacités cérébrales, responsable d'une pensée diminuée, qu'il convient d'appareiller. Comme si en ce domaine on pouvait s'adonner à une orthopédie quelconque, à une arithmétique simple, avec deux opérations, soustraction et addition. Et le désir de nier la profonde originalité d'une différence en la considérant comme un déficit de nature lésionnelle : de l'attention, de la communication, de la concentration, de la mémorisation, de la symbolisation ; ce désir d'affubler une forme d'existence, d'une cause empruntée aux catégories traditionnelles de la psychologie, empêche l'entente ou l'intelligence d'un arrangement existentiel qui s'écarte trop sensiblement de la norme.

Enfin, dernier avatar : le train des mesures entreprises pour appareiller ou compenser ce qui se donne pour un handicap, mesures éducatives, pédagogiques ou rééducatives, apportent d'inévitables modifications... Et celles-ci en imposent pour des résultats, qui vont « valider » l'hypothèse d'un handicap accessible au pragmatisme de ces mesures réparatrices. Il n'y a là rien d'étonnant ! Parce que tout apporte des résultats ! Qu'on applique les principes inspirés par l'abord analytique, ou qu'on propose des rabâchages comportementalistes, qu'on fasse pratiquer l'équitation à des enfants réputés autistes ou qu'on s'engage dans une thérapie comme le packing, on obtiendra des résultats. Parce que, dès lors qu'on oppose à une forme une autre forme, il arrive toujours, mécaniquement, certaines modifications qui apparaissent comme des résultats. Si nous ne sommes pas capables d'une interprétation critique de ces modifications, si nous comprenons ces résultats dans un système étroit, comme la validation d'hypothèses partisans, alors nous préparons le terrain des évaluations qui diront ce qu'il convient de considérer comme la meilleure thérapie, à savoir : celle qui obtient des modifications spectaculaires en un temps record. Sans considération pour le sujet qui a tout de même quelque raison d'être comme il est... Alors, pour « soigner » l'hyperactivité, la meilleure thérapie sera : la prescription de ritaline. Car enfin... Les résultats sont là ! Et la dépression ? Les antidépresseurs évidemment, sans compter l'immense espoir de la stimulation transcranienne des noyaux sous thalamiques !

Quant à l'intégration scolaire sans nuances des enfants présentant des troubles autistiques, elle procède d'un aveuglement du même genre. On ne comprend pas l'autisme, on ne parvient pas à mettre la main sur sa cause ? Qu'à cela ne tienne, inutile de perdre son temps à comprendre, au cas par cas, chaque enfant tant soit peu porteur d'autisme... Il manque de communication ? On va lui en fournir ! Il sera intégré, à temps plus ou moins partiel, dans une classe... Avec des enfants qui vont l'y habituer, à la communication ! Et comme toujours on obtiendra certains résultats, des modifications transitoires, éventuellement montées en épingle par une stratégie médiatique qui ne rechigne pas à faire un peu de propagande pour cette cause là... Lorsque les illusions vont se dissiper on avisera. L'enfant rejoindra l'IME qui devra se charger de la réalité, toujours aussi têtue. La MDPH prononcera une orientation, sur dossier... On aura simplement perdu 3 ou 4 ans dans la mise en place d'une prise en charge plus éclairée, plus proche du sujet, plus réaliste enfin.

Je voudrais maintenant dire quelques mots à propos du terme social qui joue un rôle important, puisqu'il permet la mise en sourdine de la psychiatrie et plus particulièrement de la psychiatrie des enfants et des jeunes gens.

Je n'aime pas abuser des exemples ou des anecdotes cliniques, mais je vais pourtant évoquer très rapidement le cas d'un enfant. Il a 14 ans quand il arrive dans notre IME. Il sort de l'hôpital de jour. Limite d'âge, donc il n'est plus malade ; ce n'est plus un patient. Il est désormais stabilisé, handicapé ... A l'IME il s'adapte bien, tout en faisant quotidiennement la preuve qu'il habite un monde particulier, un monde dont le caractère réversible semble être essentiel. Que 312 puisse être la même chose que 213, mais inversé, voilà qui apparaît à ce garçon comme une chose drôle et fascinante. Qu'on puisse dire monsieur en s'adressant à une dame est une source de ravissement. Etc. Moyennant la compréhension intéressée dont les soignants font preuve à l'égard de son organisation, ce garçon se porte bien. Il entreprend la réalisation d'œuvres picturales de grande qualité, et il fait part de ses réflexions comme de ses perplexités à propos du monde comme il va... On ne va pas s'émerveiller, mais enfin, je vous citerai ceci, une sorte de poème, c'est la rédaction d'un menu, par lui composé, et qui l'amuse beaucoup.

Entrée : Carottes ratées Plat principal : Escalopes de dingues Garniture : Haricots Beurk
Dessert : Fous à la crème

Il en est là. Il compose une manière d'être poétique, qui lui convient et avec laquelle on entre très bien en communication. Tout va bien mais il a 18 ans... Il faut qu'il s'intègre. Il doit trouver un travail, devenir autonome, etc... Il va donc faire un stage, c'est obligatoire, dans un ESAT. Après quelques jours il est renvoyé. Il revient, complètement catatonique, dans un état de stupeur absolue, anorexique et désorienté. On le sortira de ce mauvais pas avec un traitement neuroleptique, le premier qu'il ait jamais reçu.

Ce type de situation n'a rien d'exceptionnel. Il est courant de rencontrer des pathologies complexes dans des établissements qui sont maintenant plus que jamais dépourvus de psychiatres et de capacités d'entente psychologique. La réalité psychique de ces sujets est niée ; elle doit s'abriter, se régulariser dans le travail, s'intégrer dans l'occupationnel, s'excuser de sa différence. Il lui faut faire la preuve de son intégration. Comme si des institutions accueillantes ne pouvaient exister sans l'alibi d'une activité.

Et la psychiatrie devrait alors s'effacer, pour céder la place à la réalisation d'un « projet de vie »... Un concept rêvé par des employés administratifs. Un concept réservé aux handicapés... Aucun des employés qui nous réclament des projets de vie, n'oserait rédiger pour lui-même un tel scénario. Il vit... Quant aux gens aisés, et oisifs, on accepte très bien qu'ils ne travaillent pas... Ni projet de vie, ni adaptation par le travail... Ils sont très bien intégrés.

Bref, la démedicalisation de la psychiatrie, en passant par la case medico sociale, peut compliquer cruellement la situation de ces jeunes patients. Trop souvent ce qu'on appelle le secteur medico social accueille la psychiatrie pour la dissimuler. Le contraire d'un effort de recherche et de compréhension. Deux préoccupations qui sont maintenant jugées superflues.

Certes, la folie doit être appréhendée dans son contexte social. La souffrance mentale n'isole pas le patient de son milieu social, on le savait. Mais l'insistance qu'on met à mêler les deux champs, nous devons le constater, finit par privilégier le règlement social des troubles mentaux, qui se trouvent assimilés à une sorte d'injustice qui ne mérite ni partage ni intelligence, mais compassion et compensation ; autrement dit, des mesures sociales que le psychiatre, devenu un genre de conseiller, est invité à estimer et valider.

Pour le reprendre encore et pour en finir avec notre argument initial, qui répondait à la question : comment réaffirmer la part subjective et singulière de notre pratique, je dirais que notre pratique est justement le refuge du subjectif. Qu'au lieu de tenter de l'en pourchasser on devrait en recommander l'usage vertueux. Et que la recherche qui passe par la scannerisation des crânes et la scrutation des gènes, cette recherche à laquelle nous ne voulons aucun mal, ne doit jamais permettre la déconsidération de la recherche clinique. Parce que l'instrument le plus performant qu'on peut installer en face d'un homme énigmatique, en face d'un psychotique par exemple, c'est bien sûr un autre homme. Et la réflexion qui s'opère dans cet autre homme, dans cet intervenant qui se veut soignant, n'a rien à envier, en richesse, aux éléments que les sciences dites dures nous ont jusque là apportés concernant la compréhension de l'existence.

La clinique, par essence, est l'exercice d'une curiosité infinie pour l'*autre*. Cette clinique-là est forte de son réalisme. Réalisme subjectif, qui s'oppose avantageusement aux illusions objectives, qui prétendent installer du classement, de la prédiction et de la régularité, là même où l'homme fait chaque jour la démonstration douloureuse de sa farouche originalité. La recherche de régularité objective, quand elle concerne l'existence, ça consiste à aller y voir de plus près au moyen de notre tache aveugle.

Alain Gillis . Psychiatre. Médecin directeur de l'IME Montaigne. Chelles 77