

PIPOL NEWS 29

18 février 2011

«Plus la circulation est intense, plus la santé mentale est exigeante.»

Jacques-Alain Miller ([Santé mentale et ordre public](#))

Sommaire

[Despina Andropoulou \(Athènes\) Santé mentale et manie du toxique : une question d'éthique](#)

[Véronique Servais \(Tournai, Belgique\) Parole d'un psychiatre](#)

[Pascale Simonet \(Bruxelles\) Toujours plus ! *Harder, Better, Faster, Stronger*](#)

[Erratum](#)



[EuroFederation
of Psychoanalysis](#)



Café typiquement bruxellois !
(Photo Dominique Lauwers)

A ce jour
865 inscriptions
au congrès PIPOL 5

Santé mentale et manie du toxique : une question d'éthique

Despina Andropoulou

Le bonheur ou la vie ?

Dans la clinique de la toxicomanie contemporaine, le clinicien rencontre de plus en plus de sujets pour qui le toxique n'est pas un destin mortifère, mais une source de vie, voire la vie même. La vie telle qu'un sujet qui croit aux semblants l'appréhende, constitue pour eux une monotonie affreuse, la rendant de ce fait synonyme de la mort. La clinique psychanalytique, à l'encontre du discours de la science qui promeut le bien-être de tous et la forclusion du sujet, s'oriente par ce qui peut jouer le rôle du point de capiton pour chaque parlêtre. Mettre une limite à la jouissance du corps va de pair avec l'introduction du sujet dans un discours, un lien social où la parole apaise l'angoisse due à la privation de l'objet.

Le rapport de la consommation des drogues avec le bonheur a été mis en relief par Freud, dans son œuvre « Le Malaise dans la civilisation »¹. Dans le deuxième chapitre, Freud y traite de la religion et plus précisément du besoin humain d'y croire. D'une part, la foi en Dieu, figure d'un père magnifié, « éclaire toutes les énigmes de ce monde avec une plénitude enviable » et d'autre part « assure qu'une Providence pleine de sollicitude veille sur sa vie et, dans une existence future, s'appliquera à le dédommager des privations subies ici-bas. » En citant Goethe, Freud souligne l'équivalence du rôle de la religion et celui de l'art et de la science. La recherche du bonheur en tant que cause de l'existence est finalement la raison principale de l'échec humain, voire de son malaise, du fait que « dans le plan de la Création » il n'est pas prévu que l'homme soit heureux. La vie exige le compromis avec la misère suscitée par le corps malade, l'entourage et la relation à autrui. Cette réalité pose la religion, les drogues, la névrose et la psychose comme solutions de la vie, et incite Freud à une nouvelle définition du bonheur comme « problème de l'économie libidinale ». Le bonheur accessible consiste pour lui en une « réduction des prétentions au bonheur, l'évitement du malheur et [...] la satisfaction plutôt

¹ Freud S., *Malaise dans la civilisation* (1929), Paris, PUF, 1971.

soudaine de besoins ayant atteint une haute tension, possible de par sa nature sous forme de phénomène épisodique ».

Il note qu'« il n'y a aucun conseil valable pour tous, (que) chacun doit chercher par lui-même la façon dont il peut devenir heureux [...] (et que) indépendamment des circonstances objectives, la constitution psychique de l'individu sera déterminante. Tout dépend de la somme de satisfaction réelle que chacun peut attendre du monde extérieur, de la mesure où il est susceptible de s'en rendre indépendant, enfin de la force dont il dispose pour le modifier au gré de ses désirs ».

La consommation du toxique en tant que *Sorgenbrecher* est identifié à la satisfaction immédiate et l'indépendance à l'égard du monde extérieur. En d'autres termes, à l'abolition du temps, de la pensée, de l'Autre. « La plus brutale, mais aussi la plus efficace des méthodes destinées à exercer pareille influence corporelle, - qui a des effets semblables à la manie - , est la méthode chimique, l'intoxication. » Cette définition nous renvoie au rapport de la jouissance du toxique à la jouissance du corps, jouissance de la vie que Lacan distingue de la jouissance phallique, jouissance hors-corps et pour ce fait anomalique².

Le « briseur de soucis »³, moyen de rompre avec la jouissance phallique⁴ et le fantasme, constitue une des solutions au problème libidinal du bonheur en tant qu'idéal humain inatteignable. Les satisfactions substitutives, la névrose, la psychose et la religion en sont d'autres. Éviter la souffrance et jouir de son corps constituent les deux fonctions de la drogue en tant que *pharmakon*, poison et élixir de vie à la fois. La science, à travers le psychotrope qui agit sur l'organisme pour changer la perception et l'humeur, a joué un rôle majeur à la disponibilité « de la plus brutale, mais aussi la plus efficace des méthodes destinées à influencer notre propre organisme [...] à procurer une jouissance immédiate, mais aussi un degré

²Lacan J. « Intervention au Congrès de Rome » (31.10.1974 / 3.11.74) in *Lettres de l'Ecole freudienne*, n°16, 1975, pp. 177-203.

³ ibidem, p.22

⁴ Lacan, J., "Intervention de clôture aux Journées des Cartels de l'EFP" (1975), *Lettre de l'Ecole Freudienne de Paris* n° 18

d'indépendance ardemment souhaité à l'égard du monde extérieur»⁵. L'histoire le confirme.

*Histoire de la métonymie de la jouissance de l'addictus*⁶

La morphine (du grec *Μορφεύς*, Morphée, dieu du sommeil et des rêves), premier médicament qui inaugura l'ère moderne de la pharmacologie et de la médecine, a été préconisée comme substitut à l'opium et utilisée comme médicament contre la douleur au début du XX^e siècle, et suscita de nombreux problèmes de dépendance. Sa forme injectable sur les champs de bataille (guerre de Sécession aux USA, guerre de Crimée en Russie, guerre austro-prussienne, guerre franco-allemande de 1870...) e.a. pour rendre les amputations supportables, va être à l'origine de ce que l'on appela « maladie du soldat », puis morphinisme et enfin morphinomanie. En 1877, le Dr Levinstein et le pharmacologue L. Lewin introduisent la notion de manie - issue de la psychiatrie alors naissante - et décrivent pour la première fois la toxicomanie, stigmatisant la morphine dans le grand public. La morphine était utilisée comme un des premiers psychotropes aux États-Unis pour soigner toute une gamme d'affections mentales (alcoolisme, dépression, psychose maniaco-dépressive, hystérie, aide au sommeil pour les enfants, etc.). L'héroïne, utilisée à ses débuts comme substitut pour traiter la morphinomanie, a pris le relais. Elle était alors vendue librement en pharmacie comme pilule antitussive, contre l'asthme, la diarrhée et comme somnifère pour enfants. Sujette aux expérimentations sur des chiens de laboratoire, l'héroïne devient vite un problème de santé publique et dès 1918, la Société des Nations lance une campagne internationale pour la suppression d'un produit aussi dangereux. En 1920, le corps médical américain en demande la prohibition. En 1938, le LSD, premier hallucinogène à avoir été synthétisé alors qu'il était encore inconnu dans la nature, fut découvert à l'occasion de travaux menés par

⁵ Freud, *ibidem*, p.22-23

⁶ Le terme addiction est d'étymologie latine, *ad-dicere* « dire à ». Dans la civilisation romaine, les esclaves n'avaient pas de nom propre et étaient *dits* à leur Pater familias. L'addiction exprime une absence d'indépendance et de liberté, un esclavage. Être addicté était au Moyen Âge une obligation d'un débiteur qui ne pouvait rembourser sa dette autrement à payer son créancier par son travail suite à une ordonnance d'un tribunal. Par la suite, dans la langue anglaise, dès le XIV^e siècle, *addiction* a pu désigner la relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Addiction>

A. Hoffman aux Laboratoires Sandoz (Suisse). Hoffmann testa lui-même le LSD et fit état d'une expérience de perte du sens du temps et de l'espace, d'hallucinations et de modifications de la conscience de soi avec sentiment de dépersonnalisation. L'expérience se révéla terrifiante, lui donnant par moments l'impression d'être à l'agonie. Dans les années cinquante et soixante, le LSD fit l'objet de nombreuses expérimentations animales et humaines. Le Dr Stoll mena une étude sur les effets du LSD chez des adultes en bonne santé et chez des patients schizophrènes. Il conseillait aux psychiatres de l'essayer d'abord sur eux-mêmes pour vivre une sorte de psychose artificielle leur permettant de mieux comprendre leurs patients. Des milliers de doses furent distribuées en Europe et aux États-Unis. Pendant cette période, plus de mille articles sur l'utilisation du LSD en thérapie psychiatrique portant sur plus de 40 000 cas furent publiés dans des revues scientifiques. Parallèlement, la CIA s'y intéressa, puis l'armée américaine, y voyant une matière potentielle d'arme incapacitante ou de sérum de vérité. À partir de 1960, de plus en plus de personnes l'essayèrent dans un but récréatif, surtout aux USA, et son usage se répandit rapidement dans les cercles artistiques et universitaires parce qu'il coûtait beaucoup moins cher que la cocaïne. Dès 1962, des restrictions furent mises à sa distribution : désormais une autorisation spéciale de la *Food & Drug Administration* était nécessaire pour s'en procurer aux USA⁷.

La réponse de l'Autre social à la demande d'addictus

Dans les années quatre-vingt, la propagation du SIDA et de l'hépatite parmi les toxicomanes conduit le monde occidental à une politique de « réduction des risques » et de substitution (méthadone et buprenorphine) contribuant ainsi à l'enrichissement de la gamme de la polytoxicomanie, ouvrant de nouvelles issues à la pulsion de mort, et à la perpétuation du paradoxe du psychotrope. De surcroît, les méthodes des TCC, seules thérapies considérées comme efficaces au traitement de la toxicomanie, n'arrivent pas à répondre aux données de la nouvelle ère. Les idéaux surmoïques de travail, d'éducation, de réinsertion sociale en tant que substituts, voire de suppléance au « jouis ! » féroce de la manie du toxique, ne fonctionnent pas. Ainsi, la recherche neurobiologique a pris le pas dans la promesse du sevrage.

⁷ <file:///F:/Toxicomanie/Histoire%20du%20LSD.htm>

Selon le rapport 2009 de l'Observatoire Européen des drogues et des toxicomanies⁸, un nouveau plan d'action qualifié « pragmatique, déterminé et ciblé » promeut « la prévention des décès liées à la drogue, le travail mené dans les prisons, ou encore l'amélioration de la qualité des traitements et autres interventions. On constate qu'« à la commercialisation en ligne d'alcool et de médicaments viennent s'ajouter les préoccupations liées à l'apparition d'un ensemble de produits alternatifs soumis aux contrôles. Les nouvelles substances qui font leur apparition sur le marché de l'internet sont très variées, allant de drogues consommées de manière traditionnelle dans certaines parties du monde jusqu'à des produits chimiques expérimentaux synthétisés en laboratoires et non testés sur l'homme. » Dans le contexte de l'apparition du DSM 5, cette préoccupation est associée à la discussion du groupe de travail sur les « Troubles liés à une substance » qui propose un élargissement de la catégorie diagnostique des troubles d'abus de substance à des addictions non liées à une substance (*gambling*, internet).

Ce rapport vise également à faire la distinction entre addiction et dépendance. On constatait que l'étiquette « dépendance » pour désigner la consommation hors contrôle et compulsive de drogues était problématique. Déroutante pour les médecins, elle a eu pour conséquence que des patients présentant une tolérance normale au retrait soient marqués comme « addicts »⁹. Des patients souffrant de douleurs graves se sont montrés réticents à recevoir des doses proportionnées d'opioïdes dans la crainte d'addiction. En conséquence, le groupe propose que le mot « dépendance » soit limité à la dépendance physiologique, réponse normale aux doses répétées de beaucoup de médicaments, y compris bêta-blockers, antidépresseurs, opioïdes, anxiolytiques et autres drogues. D'après cette argumentation, le groupe de travail concluait que « la présence des symptômes de tolérance et de retrait ne devrait pas compter pour le diagnostic du trouble lié à

⁸ Observatoire Européen des drogues et des toxicomanies, rapport annuel de 2009, Luxembourg

⁹ www.dsm5.org/proposedrevisions/pages/substance-relateddisorders.aspx

l'usage des substances quand celui-ci se produit dans le cadre du traitement médical approprié avec les médicaments prescrits. »¹⁰

Par conséquent, de la distinction drogue licite/drogue illicite, on passe à la distinction drogue sous prescription/drogue sans prescription, rendant patent le pouvoir des entreprises pharmaceutiques et le pouvoir médical sur la nomination du normal et du pathologique. Il s'agit du pouvoir de la distribution des jouissances. Appartenant jadis à l'Église, ce rôle est aujourd'hui endossé par la science et médiatisé par le capital. C'est pourquoi, dans le rapport cité plus haut, on considère comme avancée remarquable le fait que dans le domaine des traitements de substitution aux opiacés, on compte plus de 650.000 individus, nombre qui continue à augmenter.

Simultanément, un autre rapport de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies¹¹ sur la recherche neurobiologique - rappelant les approches de François Joseph Gall et de Cesare Lombroso - relance l'espérance de guérison, soutenue jusqu'aujourd'hui par la substitution et les TCC : « Les progrès de la biologie génomique et moléculaire, notamment la capacité à cloner et à séquencer des sous-types de récepteurs, des transporteurs et des agonistes endogènes, ont permis aux scientifiques d'identifier et de cibler de manière spécifique les récepteurs ou les transporteurs avec des médicaments qui en bloquent (antagonistes) ou en accroissent (agonistes ou agonistes partiels) l'activité. En outre, des techniques de manipulation génétique ont été mises en oeuvre chez des modèles animaux pour augmenter ou bloquer l'activité d'une molécule spécifique faisant l'objet des recherches. Chez l'homme, des études génétiques ont tenté d'identifier les gènes spécifiques de la vulnérabilité à l'addiction. [...] à ce jour, seul un faible nombre de ces allèles ont été répliqués de façon uniforme, et la plupart des associations sont limitées. [...] Les approches psychosociales incluent les thérapies cognitivo-comportementales, les entretiens motivationnelles, le conseil ou les groupes de

¹⁰ Ibidem

¹¹ TASSIN Jean-Pol, « La recherche neurobiologique appliquée aux drogues: implications éthiques et politiques », in *Briefing de l'Observatoire des Drogues et des Toxicomanies*, 1^e édition 2009, JP Tassin est médecin et directeur de recherche à l'Inserm, Collège de France.

soutien en 12 étapes. Ces thérapies constituent un complément intéressant des traitements pharmacologiques et médicaux pour obtenir un résultat positif à long terme.

[Il existe] de nouvelles approches susceptibles de traiter certaines formes de dépendance. C'est notamment le cas des immunothérapies sous la forme de vaccins contre les effets de la nicotine, de la cocaïne et de l'héroïne, qui agissent en se liant à la drogue cible dans le sang pour l'empêcher d'atteindre le cerveau. La neurochirurgie est un traitement expérimental très invasif et définitif, qui fait l'objet de fortes réticences sur le plan éthique. Moins extrême, mais également sujette à des questions d'ordre éthique, la stimulation cérébrale profonde consiste à insérer des électrodes de stimulation électrique dans les régions du cerveau impliquées dans l'addiction, telle l'insula. La stimulation magnétique transcrânienne est une approche moins invasive qui consiste à placer une petite bobine magnétique contre le crâne du sujet afin de bloquer ou d'accroître l'activité neuronale. Aucune de ces approches n'a encore fait ses preuves, mais toutes sont à la fois porteuses d'espoirs et de risques. »

Le rapport finit par la question éthique que soulèvent les méthodes neurobiologiques à la guérison de la toxicomanie, « maladie mentale chronique caractérisée par des rechutes ». La capacité du toxicomane - en tant qu'*addictus* - d'être autonome vis-à-vis de la consommation étant contestée, reste à la science l'opportunité de lui proposer d'être objet de son traitement.

« D'importantes considérations éthiques verront sûrement le jour si les patients se voient refuser le droit de choisir librement un traitement. [...] Les patients doivent être informés des différentes options, tandis que les avantages et les inconvénients des nouveaux traitements doivent être soigneusement évalués au regard de leur efficacité potentielle. Les traitements invasifs ou dangereux sont difficilement justifiables s'il existe des options moins risquées. [...] Des questions d'ordre éthique surgiront si les nouveaux traitements ciblent de manière disproportionnée les détenus toxicomanes auxquels on refuserait d'autres voies. »

Exemplaires de cette préoccupation éthique sont les cas de plus en plus fréquents de jeunes dépendants que les parents désespérés poussent à se soumettre à des méthodes chirurgicales de scientificité douteuse.

Lacan contemporain...

Dans sa Conférence au Collège de Médecine à La Salpêtrière en 1966¹², Lacan définissait le pari de notre ère : « Qu'il le veuille ou non, le médecin est intégré à ce mouvement mondial de l'organisation d'une santé qui devient publique et de ce fait, de nouvelles questions lui seront posées. » Il évoquait la dimension de la jouissance par rapport au corps et soulignait qu'« il est important de la placer comme pôle opposé, car là aussi, la science est en train de déverser certains effets qui ne sont pas sans comporter quelques enjeux. » En soulignant l'impossibilité de contenir de façon policière la jouissance procurée par un produit, il relevait le rôle éthique essentiel du médecin inauguré par Freud, rôle qui se résume à l'intervention de la théorie psychanalytique entre demande et jouissance. Le médecin occupe la « position de celui qui a à répondre à une demande de savoir, encore qu'on ne puisse le faire qu'à amener le sujet à tourner du côté opposé aux idées qu'il émet pour présenter cette demande. [...] Ce qui est inattendu, c'est que le sujet avoue lui-même sa vérité et qu'il l'avoue sans le savoir. » Dans sa conclusion, il donnait toute son importance au temps dans le rôle de la médecine : « Si le médecin doit rester quelque chose, qui ne saurait être l'héritage de son antique fonction qui était une fonction sacrée, c'est pour moi, à poursuivre et à maintenir dans sa vie propre la découverte de Freud. C'est toujours comme missionnaire du médecin que je me suis considéré : la fonction du médecin comme celle du prêtre ne se limite pas au temps qu'on y emploie. »

[*top*](#)

¹² Lacan (J), « Conférence et débat du Collège de médecine à La Salpêtrière » in *Cahiers du collège de Médecine*, 1966, pp. 761 à 774.

Parole d'un psychiatre

Véronique Servais

Le Dr Thill est pédopsychiatre, responsable du Service de Santé mentale de la ville de Tournai en Belgique. Lors d'un entretien que j'ai eu avec lui, il critique le « Projet 107 » qui fait partie d'une réforme initiée par le gouvernement fédéral¹³ et ne se limite pas à la critique. Il déclare que son service refuse de faire partie de ce projet.

Projet 107 ou The réseau qui vise la perfection pour le « bien-être »

Le projet 107 vise actuellement à réformer les services et soins en santé mentale. Il est entre autres « imposé aux services de santé mentale de conclure, prioritairement, une convention avec un hôpital psychiatrique ou un hôpital général organisant un service de psychiatrie ». Il faut « inscrire et développer son action dans le cadre institutionnel négocié par la direction administrative et ne pas faire l'impasse d'un rapprochement entre l'ambulatoire et le résidentiel (hospitalier ou non) ».

« Le réseau, même s'il existe déjà de manière informelle, est dès lors perfectible. » Cette perfection du réseau prône la « continuité » et la « complétude » des soins, la « transversalité » dans la « concertation », la « coordination », la « collaboration », soit la « coopération fonctionnelle » ou l'« interaction mutuelle » entre tous les acteurs (soignants, familles, patients, médecins hospitaliers, secteurs, régions et pouvoirs politique et économique). Pour le « bien-être mental » du patient -et sans doute aussi des membres intervenant dans le réseau, ajoute le docteur Thill-, la perspective d'approche se veut « globale et intégrée » ou encore « bio-psycho-socio-économique ».

« Non à un travail d'industrie, oui à un travail d'artisanat »

Le Dr Thill et son équipe ont « refusé clairement et officiellement d'entrer dans ce réseau tel que redéfini par la réforme ». Ils ont estimé qu'en entrant dans ce réseau

¹³ On peut consulter les documents fédéraux et wallons sur le site :
http://www.iwsm.be/pdf_dir/reformefederal.pdf

formalisé de bout en bout, « il n'y aura plus de marge de manœuvre, de trous, de créativité possible, pourtant essentiels afin de continuer à déployer réflexions d'équipe et pistes de travail avec le patient. » Le service de santé mentale de Tournai, porté par sa voix, préfère donc continuer à travailler avec différents partenaires, mais pas dans ce réseau qui veut regrouper tous les partenaires. Il préfère, selon sa formulation, « un travail d'artisanat » plutôt qu'« un travail d'industrie tel que le propose ce nouveau réseau ».

« Non à tous se soigner dans le réseau, oui à la supervision »

Le projet 107 veut rassembler tous les membres de diverses équipes soignantes, parfois très petites en nombre, pour assurer le suivi de plusieurs patients à partir du domicile. Il est donc proposé : « Faites partie du réseau et le réseau vous soignera, vous soutiendra de façon automatique. » Le Dr Thill propose plutôt que les moyens financiers et les temps de réflexion avec les petites équipes de soins soient maintenus, voire augmentés au lieu que celles-ci soient incluses dans le réseau.

Il indique aussi que, dans le réseau du projet 107, « les temps de réunions sont majorés, officiellement pour améliorer la qualité des soins, mais force est de constater que c'est pour soigner le réseau et imprégner ses membres par le discours tenu par le réseau. »

« L'enthousiasme chez certains intervenants pour entrer dans le réseau part de la difficulté du travail : comment fait-on personnellement face à l'angoisse qu'on a de rencontrer tel patient, d'avoir une fenêtre ouverte sur le monde intérieur d'un patient, qui nous effraie, nous inquiète, nous met en colère ou nous submerge de tristesse ? Comment fait-on avec notre vécu, notre senti, nos émotions, nous les professionnels ? Le réseau risque malheureusement d'être utilisé comme une sorte de déversoir et de bouchage de ce qui est éprouvé et qui est normalement mis au travail en supervision, dans le colloque singulier avec le superviseur. Dans un mouvement de solidarité, les intervenants se soutiendront, et ce, pour le bien du patient, avec l'idée : 'Nous partageons tous le même objectif'. Par ailleurs, rien n'est

prévu dans le réseau pour réfléchir sur son fonctionnement qui risque de se mordre la queue et de fonctionner de manière auto-référencée. »

« Non aux groupes cibles et aux codes, oui à une autre idée du symptôme »

C'est moins le patient dans sa singularité qui est au centre du projet que des « groupes cibles », ciblés par la nomenclature du DSM et autres critères globalisants (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées, toxicomanes et dépendants, population psychiatrique). Les autorités tutélaires et subsidiaires avancent avec leur argument massif : « Nous avons de quoi définir une série de pathologies pour lesquelles nous financerons la prise en charge. En sachant le nombre de patients qui répondent à tel ou tel code, on pourra organiser le financement des hôpitaux et des autres services. »

Le Dr Thill se souvient du RPM (Résumé Psychiatrique Minimal), rapport qui codifie la problématique du patient et qu'il devait remplir pour obtenir le financement d'une hospitalisation à l'époque où il travaillait en hôpital psychiatrique. Il s'est rendu compte que, quand il écoutait le patient, il commençait à « penser DSM », à ce qu'il allait codifier dans le RPM. « Il y a quelque chose de très insidieux dans l'utilisation de ce genre de manuel ou de rapport écrit ! », affirme-t-il.

« C'est le symptôme du patient (délire, hyperactivité, démence) et non le patient qui est au centre du réseau. Vont être mobilisés un circuit de soins rigides et une série de services spécialisés autour de pathologies spécifiques. Cette évolution est préoccupante quand le clinicien se fait une autre idée du symptôme en tant qu'expression d'un montage du sujet pour tenter de faire face à des questions existentielles. Donc, occulter un chemin de vie singulier, l'originalité d'une construction pour n'en retenir que le symptôme qu'il faut dompter, eh bien c'est faire passer la psychiatrie, la santé mentale vers ce qu'on appelle la 'normatrie'. »

« Non au bien-être mental en Normatrie, oui à l'originalité de certaines trouvailles »

« La normatrie est une politique de soins connotée idéologiquement pour laquelle tout comportement, tout élément visible qui s'écarte d'une ligne de base définie comme la norme, devra être corrigé, pris en charge par des intervenants qui se coordonnent de manière parfaite, qui s'échangent toutes les informations de manière

transparente et qui permettraient une sorte de traçabilité du patient. Le dossier du patient l'accompagnera, objectivant son symptôme et en définissant l'intensité, par l'intermédiaire de grilles d'évaluation.

Quelle évolution sociétale sous-tend-on en défendant une pratique de la normativité ? Si on s'interroge historiquement sur l'originalité de certaines trouvailles et créations humaines, on se rend compte que c'est précisément parce que des sujets ont pu s'affranchir à certains moments de la norme sans pour autant tomber dans la folie, que l'humanité a pu avancer. »

Le « bien-être mental » c'est, par exemple, dans le secteur de la pédopsychiatrie qui est celui du Dr Thill, « amener un enfant à bouger, mais pas trop, à ce qu'il devienne ni hypo- ni hyperactif, à ce qu'il soit dans une norme qui a quantifié les mouvements. Une série de services seront proposés pour mobiliser l'enfant : rééducation du mouvement, médication... Mais qu'est-ce qu'une preuve d'efficacité ? Qu'est-ce que fonctionner mieux, bouger moins pour un enfant hyperactif et à quel prix ? L'hyperactivité est déjà un mode d'organisation ; si l'enfant bouge moins, est-il pour cela en meilleure santé ? Faut-il s'échiner à faire entrer le monde de la santé mentale et de la psychiatrie dans la logique de la démarche scientifique telle qu'elle est construite actuellement ? Est-ce que cette démarche scientifique est compatible avec le monde de la santé mentale ? Certains auteurs d'articles dits scientifiques ne manquent pas de faire des erreurs de méthodologie dans leurs études pour aboutir à leur fin ! »

« Non à la carte d'identité psychique, oui au multi-facettes »

Dans le réseau tel que proposé dans le projet 107, « le patient n'aura plus le choix de se présenter sous telle ou telle facette en fonction de ses interlocuteurs. Pourtant, il est très important pour certains de pouvoir se montrer sous des angles différents à tel ou tel intervenant. La multiplication des intervenants, loin d'être une perte d'énergie, est au contraire quelque chose qui permet à certains patients de bricoler, de construire quelque chose qui leur permet de tenir debout. Cette hypertrophie d'une seule facette par la carte d'identité psychique représentant le patient auprès de tous les membres du réseau parfaitement transparents les uns par rapport aux

autres, risque d'entraîner effectivement une perte de subtilité, de multi facettes. Beaucoup de patients tenteront d'y échapper. L'objectif du réseau ne pourra pas être atteint parce que le psychisme humain va tenter d'y répondre autrement. »

« Non au contrôle pour le bien du patient, oui au bricolage »

Par ailleurs, poursuit le Dr Thill, « mettre à plat en réunion de concertation la problématique d'une personne devant elle sans aucune nuance et dans une volonté de l'objectiver comme objet de soins, est violent. Il y a déjà des dérives : à ce genre de réunion, on présente le patient, sa famille, ses soignants, son assistante sociale du CPAS (Centre Public d'Action Sociale) et son agent de quartier ! De manière à peine caricaturale, on aboutira un jour à ce que l'agent de quartier, passant devant l'appartement d'un patient encore illuminé à trois heures du matin, téléphone au psychiatre pour lui dire qu'il faudrait peut-être changer sa médication ! C'est le contrôle, mais pour le bien du patient ! »

À la question : « La santé mentale existe-t-elle ? », le Dr Thill conclut qu'il n'y a pas de santé mentale avec un grand S, ni de guérison au sens médical du terme, mais qu'il y a bien à soutenir le bricolage du sujet.

[top](#)

Toujours plus ! *Harder, Better, Faster, Stronger*

Pascale Simonet

Une exposition en cours au CIAP-Aktuele kunst d'Hasselt (Flandres-Belgique), intitulée *Alter Nature : Harder, Better, Faster, Stronger*¹⁴ réunit actuellement une dizaine d'artistes de renommée internationale autour d'un thème qui, pour une part, prend des allures d'exultation : comment l'homme et son corps considéré comme mécanisme, peuvent être « manipulés, exploités, améliorés ».

Elle s'est ouverte sur une conversation avec Stelarc, performeur australien qui considère le corps humain comme une machine caduque et désuète, et qui propose d'extravagantes constructions anatomiques alternatives, opérations chirurgicales et autres prothèses mécaniques, et se clôturera le 12 mars prochain avec la performance d'un artiste suisse, Yann Marussich, *Bleu Remix*, interpellante à plus d'un titre.

Cette performance fait suite à une autre, *Bleu provisoire*, créée en 2001, dont elle est une simplification technique. Yann Marussich, enfermé dans une boîte en plexiglas surchauffée, se fait sculpture immobile, invitant à un voyage à travers la peau. L'homme est nu, posé comme derrière un miroir que le spectateur traverse avec ses yeux, ses fantasmes et ses représentations. Aucune narration ni abstraction. Suintent de son épiderme, de ses yeux et de sa bouche, des liquides teintés de bleu portant ainsi au jour les remous intérieurs du corps. Ces liquides évoquent une substance picturale à la Yves Klein. À la recherche d'un homme universel, dépouillé de toute subjectivité, de toute pensée, l'artiste cherche à « dévoiler cette réalité qui existe en chacun de nous ». Hallucination du corps et réalité biologique se mêlent et se confondent. Cet ancien danseur nous livre une chorégraphie imperceptible entre danse des sécrétions et danse des organes.

L'idée du *remix* s'applique au son de la performance. Dans chaque lieu où se déroule la performance, un musicien local prend possession de la bande-son originale de

¹⁴ <http://ciap.be/>

Bleu provisoire pour la réarranger à sa manière et ainsi créer une performance à chaque fois unique. La singularité se loge donc à l'extérieur de l'homme, là où il n'y a rien à regarder.

Monstration d'un corps glorieux, détaché de celui du Christ : plus de sang rouge, plus de dedans dehors, plus de repères : les limites se franchissent sans braver d'interdit. Écorchement non sanguinaire du corps, pur produit de la science : soutenu par des médecins, l'acte est rendu possible par l'absorption de substances colorantes : le but n'est pas diagnostique, mais de trouble et de fascination.

Ce n'est pas la première fois que Yann Marrussich met en jeu, en corps, ses liens à la médecine.

En 2004, il propose une performance « légère », intitulée *Diagnostic*, sans technique spécifique, ni son ni lumière particulière. À l'aide de fil médical, il sertit son corps criblé de boules de graisse plus ou moins grosses, afin d'en rendre visible les reliefs. Il est en slip, immobile et le public circule autour de lui, et peut même toucher les boules. Une femme en blouse blanche distribue aux spectateurs une feuille de formulaire médical. Il leur est proposé de définir par écrit un diagnostic, puis une prescription. La femme reprend les feuilles après que chacun ait fini d'écrire. « Je suis parti d'une part du fait que le diagnostic est une maladie et que l'homme se sent souvent l'âme du docteur et répand à tout va des diagnostics sur tout. Je me considère ici comme support de projection impersonnel. Le diagnostic n'est qu'un prétexte de plus pour parler du rapport au corps, dans un langage *a priori* connu de tous, c'est-à-dire le rapport médecin/patient. Le deuxième point de départ est relatif aux boules graisseuses qui fleurissent sur mon corps. Tous les médecins qui m'ont regardé m'ont donné un diagnostic différent. Comme ce problème n'a pas d'incidence directe sur ma santé, ça m'a amusé et je me suis dit qu'à ce point, tout le monde était en mesure de me faire un diagnostic. C'est un travail d'imagination de la part du public. »¹⁵

¹⁵ <http://www.yannmarussich.ch/>

Parmi ses autres œuvres, citons *Autoportrait dans une fourmilière*, où Yann Marussich questionne d'un point de vue organique l'approche de la mort, pointe extrême de l'immobilité. L'artiste est couché, immobile cinq heures durant, dans une vitrine de 2m x 1m x 0.5m, qui abrite une fourmilière. Sur chaque côté de ce cercueil de verre, des casques audio diffusent trois sources sonores distinctes et des écrans plats montrent en direct des gros plans du corps et des fourmis, pris par quatre caméras. Comment ne pas voir dans cet artifice la place assignée à l'homme dans la fourmilière d'un monde qui « marche » ?

Et enfin mentionnons *Ex-expression*, – là où les mots pressent ? Là où ils ne font plus le poids ? Là où ils ne sont plus accueillis ? , reste « la liberté face au mur » : un homme nu, écrasé contre un mur sous une feuille de plexiglas. Manière paradoxale de montrer que dans la réalisation intégrale de l'image, il n'y a pas de place pour le trou.

[top](#)

Erratum

Une erreur s'est glissée dans le texte de Fabian Fajnwaks « Les antidépresseurs neufs de l'empereur » (PIPOL NEWS 28, 6 février 2011).

A la quatrième page, il y a lieu de lire : "Contrairement aux autres antidépresseurs, inhibiteurs de la capture de la sérotonine, la Tianeptine agit comme un stimulateur de la capture de sérotonine, un SSRE (Selective serotonin reuptake inhancer), c'est-à-dire qu'il agit en *augmentant* la quantité de sérotonine dans le cerveau", en lieu et place de "il agit en *diminuant* la quantité de sérotonine dans le cerveau".

[top](#)