

## Cerner un Dire

Repérage, diagnostic : Quels intérêts ? Quelles limites ?

C'est le titre de l'atelier dans lequel nous sommes engagés ensemble ce matin.

J'ai donc tout simplement pris cette question comme point de départ de mon intervention.

Dans un texte de 1947, Lacan montre comment la psychiatrie anglaise se développe en se mettant au service des impératifs nationaux. Sa participation à l'effort de guerre consiste, via des méthodes diagnostiques, à constituer le corps d'armée le plus efficace possible, sachant la faible population dont le pays dispose.

La question diagnostique est une question clinique mais elle est aussi une question éminemment politique. Une des premières remarques qui m'est venue, en entamant ce travail, est que nous sommes dans une époque fortement marquée par la démarche diagnostique. Sûrement sous l'influence du discours qui domine actuellement le champ de la santé mentale et du médico-social, on pose des diagnostics partout. Qu'il s'agisse des institutions, des professionnels, des parents ou des patients eux-mêmes, on en réclame ! Pour s'en convaincre, il suffit par exemple de voir le succès que rencontre actuellement le DSM, ce manuel qui fonctionne comme un répertoire des troubles de la personnalité et du comportement. On peut aussi ici évoquer la place donnée au WISC qui, lui, est un test d'intelligence permettant de calculer le QI d'un individu. À savoir que ce test-là, sert aujourd'hui d'unique argument dans les commissions d'orientation de la MDPH. Il est utilisé, à défaut du témoignage des professionnels qui accompagnent les sujets, pour répartir les enfants entre un type d'institution et un autre, entre IME et ITEP par exemple. De la même manière que dans le cas de l'autisme, d'autres tests/diagnostics servent à préconiser telle ou telle thérapeutique en excluant les autres.

Voilà pourquoi j'ai eu envie, à l'occasion de cet atelier, de prendre un temps pour interroger l'acte diagnostique : Que fait-on quand on s'inscrit dans une démarche diagnostique ou de repérage ? Existe-t-il une ou plusieurs démarches diagnostiques ? Si oui, qu'est-ce qui les distingue ? Comment les discerner ?

Ce qui revient en quelque sorte, je vous l'accorde, à réaliser un diagnostic différentiel des méthodes diagnostiques...

Prenons par exemple le DSM, essayons de repérer la logique qui préside à son utilisation et à la démarche qui le sous-tend :

On peut dire qu'il existe trois temps.

Tout d'abord, une phase d'examen. C'est à dire un temps d'observation pendant lequel on essaie de repérer des phénomènes «anormaux», une observation directe. Le professionnel reçoit le patient et l'interroge pour recueillir un ensemble de faits ou lui propose de remplir lui-même un questionnaire. (Il existe aussi dans le cas de la détection de l'Hyperactivité des questionnaires que remplissent les proches de l'enfant). L'instrument de la connaissance peut alors être ici l'écoute. Mais cette écoute opère de la même manière que le regard lorsqu'un médecin examine un corps,

ou quand un botaniste observe les variations de la nature. C'est une phase de recueil de signes, qui veut que l'observateur soit le plus objectif possible.

Puis, dans un deuxième temps, le médecin, le psychiatre, voir même le psychologue, va regrouper l'ensemble des phénomènes observés pour tenter de dégager un syndrome. C'est à dire un regroupement de symptômes. Pour ce faire, il va se tourner vers son manuel où a été répertorié préalablement tout un ensemble de maladies ou de personnalités pathologiques, identifiables grâce à un certain nombre de signes. On tente un rapprochement entre ce que l'on a observé lors de la phase d'examen et ce qui a été décrit préalablement par d'autres, comme ce qui ferait signe d'un trouble. On recueille la parole d'un patient pour, dans un second temps, l'identifier à un ensemble déjà décrit. J'insiste car ça indique où, dans cette pratique, se situe le savoir. Le savoir n'est pas du côté du patient, peut-être pas même du côté du clinicien mais du côté du manuel. Le singulier, qui se loge dans ce dont témoigne le sujet, va venir se dissoudre dans la vérité globalisée du manuel de référence. Le singulier va venir s'évanouir dans la prétendue vérité du commun, dans un mouvement d'objectivation de la parole. En effet, ce manuel diagnostic est un concentré de descriptions de phénomènes que l'on a regroupés et épinglés sous le nom d'une maladie ou d'une personnalité, sur la base d'une récurrence observable chez un groupe de personne. Ça fonctionne à partir d'un recoupement statistique (Maintenant il y a aussi l'influence des recherches pharmacologiques puisque c'est même l'effet d'une molécule qui de manière rétro active va venir identifier un trouble). Cette deuxième phase donc, après l'observation, consiste en un temps d'identification du trouble. On peut le dire, un temps de catégorisation. Voir même, un temps d'où naît une ségrégation ?

Dernièrement, une jeune fille en institution, au moment où nous l'aménions à demander un statut MDPH pour lui faciliter l'accès au travail, me disait à quel point elle refusée d'être pointée du doigt comme «handicapée». Elle ne veut pas que sa «sensibilité» (c'est la manière dont elle nomme le rapport troublé à son image et sa tendance à la désorganisation), soit assimilée à un statut particulier. Tout ce qui ferait que les autres la traiteraient différemment, surtout comme «incapable de» ou «moins capable qu'une autre de». Elle ne veut pas faire l'objet d'une ségrégation sociale ! Qui peut lui en vouloir ?

Enfin, le troisième temps, après l'observation et l'identification, est celui de la préconisation thérapeutique. Elle est indiquée dans le répertoire diagnostique. A toute maladie repérée, est associée une ou des indications de traitement du trouble.

J'ai essayé là, d'isoler pour vous, de cerner rapidement, ce qui détermine cette démarche diagnostique. Les défenseurs du DSM mettent en avant que cette démarche est une démarche athéorique. Qu'est-ce qui est gargarisant dans le fait de ne pas faire référence à une théorie ? Dire qu'on ne se réfère à aucune théorie, c'est sûrement une manière de dire qu'on est dans une démarche objective et scientifique. Car qui dit théorie dit, théoricien ! Il y a un humain qui pense, et ça la science voudrait le faire sortir du circuit. Sauf que la science elle-même, n'est qu'une manière d'approcher le réel et il faut toujours un humain pour la manœuvrer.

L'essentiel de mon propos n'est pas tout à fait là. Avant tout, ce que je veux dire, ce sur quoi je veux insister, c'est que nous avons affaire à une démarche diagnostique qui appréhende la maladie mentale, ou a minima la souffrance psychique, tout en fonctionnant comme pour le repérage d'une grippe. Ce modèle diagnostique est donc issu directement du modèle médical. C'est une pure transposition de la démarche diagnostique du champ biologique au champ des choses de l'âme. « Observation,

identification, thérapeutique», comme dit un médecin avec qui je travail et qui occupe une fonction de pédopsychiatre (c'est beaucoup le cas maintenant en institution pour cause de pénurie de spécialistes). Cette transposition donc, fonctionne comme une négation du sujet. En tant que, le sujet ne peut se confondre avec ce que nous sommes comme corps biologique. Existe-t-il alors, une démarche diagnostique propre au domaine de la souffrance psychique ? Et si c'est le cas, quel intérêt ?

Il y a peu de temps, un jeune que je reçois en institution me dit :

*« La nuit avant de m'endormir je fais un truc : j'allume et j'éteins la lumière, plusieurs fois. Ma mère est né le 3 Avril ».*

Étrange, non ?! J'aurai pu m'arrêter là, en me disant que cet enfant souffre d'un TOC. J'aurai pu me contenter d'ajouter ça à la longue liste de troubles du comportement qu'il présente par ailleurs. Mais, je décide de l'inviter à m'expliquer ce que de toute évidence je ne comprends pas ! Avec l'idée, qu'il a quelque chose à m'apprendre sur ce qui se passe pour lui :

*« Quel lien fais-tu, entre ton truc avec la lumière et la date de naissance de ta mère ? L'anniversaire de ma mère, c'est le jour le plus important de l'année.*

*Ah bon ? Ça n'est donc pas le tien ?*

*Ah si, il y a le mien...mais après il y a celui de ma mère.*

*Depuis quand tu fais ça, ton truc ?*

*Depuis toujours !*

*Ce n'est pas possible, tu ne pouvais pas faire ça tout petit par exemple ?!*

*Non, en fait, je fais ça depuis que je suis placé.*

*Ah ! Donc depuis que tu es séparé de ta mère ?*

*Oui.*

*Qu'est-ce que tu fais exactement, explique-moi ?*

*J'allume / j'éteins / j'allume / j'éteins...6 fois.*

*Ah bon ? Pourquoi 6 fois ? Quel rapport avec la date de naissance de ta mère ?*

*Ben «j'allumej'eteins » et je compte Un.*

*Donc tu comptes Un, pour deux éléments.*

*Oui voilà...et je fais ça trois fois. Ma mère et moi on est collé ! Ça m'aide à penser à ma mère ».*

A partir de ce témoignage, on pourrait essayer de comprendre qu'est-ce que cet enfant tente de faire avec son « truc ». Tente-t-il de trouver un moyen, à défaut d'un appui symbolique, de soutenir la séparation qu'il vit dans le réel avec sa mère, depuis son placement ? Même s'il est difficile de saisir précisément par quel moyen logique il y arrive, on peut avancer que cet enfant dit clairement qu'il tente de compter jusqu'à trois. Pourquoi il compte jusqu'à trois ? Pour pouvoir compter jusqu'à deux ! Sa mère et lui. « Ça m'aide à penser à ma mère » dit-il ! Sûrement à se penser lui-même aussi. Compter, se compter. C'est bien le trois de la structure, qui permet de compter jusqu'à deux. Pour pouvoir penser à quelqu'un il faut pouvoir avoir un écart avec lui, ne pas trop y être trop « collé ». Le penser...se penser...en être un peu distingué. Se compter UN !

Ce petit fragment clinique montre que le destin d'une parole n'est pas le même en fonction de l'orientation de celui qui la reçoit. Dans ce cas précis, si j'avais été guidé par la volonté de repérer des troubles du comportement dans le seul souci d'une classification, jamais ce sujet n'aurait pu faire entendre ce qui se passe pour lui. Son rapport à sa mère, à l'Autre, et comment il tente de s'en débrouiller. J'en serais resté à noter le fait qu'il présente des TOC sans l'inviter à m'en dire davantage. Son « truc »

peut même se laisser entendre comme une petite invention pour se débrouiller de son rapport au monde.

Cette année, à L'Aleph, dans une réflexion qui a duré plusieurs mois sur les fondements de notre association, de son offre, de ses coordonnées éthiques, nous nous sommes régulièrement posés la question suivante : « Qu'y a-t-il de psychanalytique à L'Aleph ? ». Ainsi, on a pris la mesure que ce n'était pas si évident que ça, pour chacun, de dire en quoi L'Aleph est orientée par la psychanalyse.

Justement, ce que je vais avancer maintenant c'est que notre rapport à la question diagnostique est, je crois, en grande partie issue de l'enseignement de la psychanalyse et de son éthique. En effet, au même titre que la psychanalyse est une pratique clinique qui ne se confond pas avec la clinique médicale, car elle n'a ni le même objet ni la même visée, ni les mêmes méthodes, elle propose un autre rapport et une autre éthique dans son utilisation du diagnostic. C'est alors qu'au lieu d'évoquer des noms de maladies de comportements ou de personnalités, on parlera de structures psychiques. Depuis Lacan, on peut parler plus exactement de positions dans la structure. La structure qu'on pourrait peut-être présenter de manière simplifiée comme, le monde tel qu'il se présente au sujet, avec sa ? et sa logique, et qui président aux conditions d'avènement de l'animal parlant ( J.LACAN), le monde en tant qu'il précède chacun d'entre nous. C'est-à-dire, ce qui est déjà là quand le bébé arrive et qui détermine les conditions de son humanisation. Ce qui précède chacun donc, et à partir d'où le sujet est parlé et pensé, avant même sa naissance et avant même que celui-ci concède à parler, à parler de lui-même. La structure, comme ce à quoi chacun a du se soustraire, en tant qu'on ne peut emprunter d'autres voix pour se dire, se penser, s'imaginer, dire et penser l'autre aussi. Ce qui implique également qu'on ne peut pas tout dire, tout penser, tout imaginer, car la structure à ses limites, celle du langage. Un impossible, qu'il convient après Lacan d'appeler le Réel, et qui condamne le sujet à inventer une manière bien à lui, de savoir y faire avec ce reste non représentable et le manque à être qui découle de n'être dans le langage que représenté. La structure, l'Autre du langage.

La névrose, la psychose et la perversion sont alors des moyens de déduire de manière logique les rapports possibles d'un sujet à la structure. Mais par contre, rien ne peut dire si ce n'est le sujet lui-même, la manière dont il habite ce monde ou en est habité. De la même façon qu'il n'existe pas deux névrosés identiques, il n'existe pas deux psychotiques pareils. Voilà en quoi le diagnostic ici, s'il est fait à partir du dire du patient ne vient jamais rien fermer du côté de la singularité.

J'ai intitulé mon exposé « discernement », c'est l'étymologie du mot diagnostique (que) et qui était le sens qu'on lui donnait dans l'antiquité. La psychanalyse ne suggère-t-elle pas que le diagnostic doit correspondre à un mouvement de « discernement » ? Tentative de cerner un Dire. Plus repérage, qu'étiquetage ! On ne pourrait pas dire « un psychotique » comme on dirait un « bipolaire » dans le DSM. Le diagnostic ne vient, ou ne devrait jamais venir, recouvrir l'être même du sujet. Même si je fais l'hypothèse que celui que je reçois se situe du côté de la psychose, jamais je ne pourrais me passer d'entendre, si je veux l'aider à se soutenir dans l'existence, ce qu'il fait de sa psychose. Tout comme je ne peux pas me passer de l'entendre, pour savoir ce qui fait pour lui et pour lui seul point de souffrance ; ou même encore ce qu'il a inventé jusque-là comme solution pour tenir. Il s'agira d'autant plus, de l'inviter à dire et à repérer ce qui fait de lui un sujet, ayant un inconscient et un désir, dissemblable d'un autre. Je ne rentrerais pas dans les détails aujourd'hui de

ce qu'on appelle la signification phallique ou encore la métaphore paternelle comme ce qui permet au clinicien de réaliser un diagnostic différentiel. Mais, ce qu'on peut repérer plus facilement, ce sont les conséquences de ce positionnement. On a pour habitude de dire que ça se repère dans le rapport au corps, au langage, à l'autre. On peut donc essayer de saisir à quel Autre le sujet à affaire : persécutant, intrusif, non humanisé, sans loi, tout jouisseur ou alors barré... etc. Si tant est, que le sujet ait pu constituer un Autre.

Une fois dis cela, qu'il existe une autre utilisation de la démarche diagnostic suggérée par la psychanalyse. Plusieurs questions restent entières.

Par exemple : Le diagnostic pourquoi faire ?

On entend beaucoup dans les milieux psychanalytiques dire que ça ne sert à rien de savoir si un sujet est névrosé ou psychotique, qu'il suffit uniquement d'être à l'écoute de ce qui le fait souffrir. Je ne suis pas tout à fait de cet avis. Je pense qu'à L'Aleph nous entendons les choses un peu différemment, au moins pour la plupart d'entre nous. On pourrait énumérer quelques intérêts à l'approche diagnostique, je vais le faire assez rapidement.

Tout d'abord, je l'ai déjà dit, l'approche diagnostic permet de fonctionner comme une boussole, d'avoir une écoute éclairée, à condition qu'elle réponde d'un mouvement de distinction, de discernement et non de catégorisation. A partir de là, son utilité se retrouve au niveau de l'orientation du travail qui va s'engager. Les séances peuvent ainsi ne pas avoir la même visée. Par exemple, et ça concerne la temporalité dans laquelle interviennent les consultations à Aleph, on cherchera dans la névrose à ce que le sujet puisse se diriger vers une rectification subjective. C'est à dire qu'il puisse prendre la mesure de sa part dans ce qui lui arrive. Qu'il constitue un symptôme qu'il peut prendre à son compte et à partir duquel il pourra interroger ce qu'il est comme sujet divisé. Dans le cas de la psychose, le plus souvent il s'agira d'abord de mettre les conditions nécessaires pour être un partenaire viable pour celui que l'on reçoit. Offrir un endroit où quelqu'un ne lui veut rien, ne lui demande rien. Être un Autre, qu'il pourra faire témoin de ce à quoi l'existence le confronte. Alors, ensuite peut venir un temps pour repérer avec lui ce qui fait ou a pu faire solution à un moment donner de sa vie. Les rendez-vous pourront être un point d'appui à son existence. Les séances peuvent alors aussi être un moyen par exemple pour certains, de scander le temps, de trouver des points d'arrêts dans ce qui ne s'arrête pas, de trouver une solution plus viable dans le rapport à la jouissance, d'élaborer un savoir y faire avec des hallucinations quand c'est le cas...etc. Il arrive même que le suivi soit l'occasion pour un sujet de se mettre à rêver tout simplement, là où jusque-là, la nuit, il ne voyait que du noir.

L'intérêt de l'approche diagnostique ou du repérage est également à situer sur un autre plan du travail. Cela touche à l'action qu'un psychologue peut, par exemple, mener auprès d'une équipe. Aborder la question diagnostique peut permettre d'aider des professionnels à penser leur pratique un peu différemment. Ne serait-ce qu'en les aidant à mesurer, quel Autre ils incarnent pour celui qu'ils accompagnent, comment ils peuvent tenter de se décaler pour être un partenaire plus soutenable. Ça, je le vois très souvent dans ma pratique en institution. Ça change beaucoup de choses dans la manière dont les éducateurs peuvent accompagner un enfant, une fois que l'on a pu évoquer la psychose. Surtout quand jusque-là ils ne pouvaient appréhender les problèmes uniquement qu'en termes de caractère, de comportement, de mauvaises intentions, de toute puissance, de caprice, de fainéantise, d'hérédité, de carence

éducative etc... Bien sûr, à condition de ne pas en rester à juste évoquer la psychose comme une simple pathologie psychiatrique, mais en expliquant ce que cela implique pour un sujet, dans son rapport à l'Autre et à lui-même, dans sa capacité à pouvoir se vivre comme objet de la jouissance de l'Autre...etc. C'est aussi à l'aide d'un mouvement diagnostique, de discernement, qu'il peut être salutaire pour une équipe en institution, de faire la différence entre un acte adressé et un acte sans adresse. Distinguer par exemple aussi une tentative pour un sujet de mesurer ce qu'il représente dans le désir de l'Autre via une plainte psychosomatique et une demande d'attelle ou de bandage, qui sert plutôt à faire tenir un corps qui menace de foutre le camp, de tomber en morceaux.

C'est aussi dans ce sens-là que nous travaillons à L'Aleph, lors des «Appuis Santé» avec les accompagnateurs sociaux du RSA et des MDS, en partenariat avec Stéphanie du Conseil Départemental. Les différents professionnels amènent des situations qui les embarrassent dans leurs missions, avec lesquelles ils sont dans l'impasse. En général, ce qui revient, c'est le trop grand écart entre d'un côté la solution dont un sujet peut se doter pour ne pas décompenser ou pour ne pas être soumis à l'angoisse ; et de l'autre, la commande sociale toujours plus pressante. Commande sociale qui veut que pour garder son RSA on doit répondre à des devoirs, comme une recherche d'emploi active, des obligations de rendez-vous, une inscription à un atelier Estime de soi et même des rendez-vous chez le psychologue de L'Aleph. Alors, c'est au cas par cas, que nous tentons de comprendre avec ces professionnels ce qui peut se jouer pour les personnes qu'ils suivent, ce qui peut se passer dans leurs rencontres aussi, dans leurs positionnements, dans la manière de manier le transfert...etc.

Cette personne, vaut-il mieux l'appeler, lui envoyer un texto ou une lettre ? Celui-là, un ou plusieurs rendez-vous ? Des rendez-vous rapprochés ou espacés dans le temps ? Faut-il rappeler cette personne ou la laisser rappeler vu sa tendance à être persécutée ? Un autre ne peut pas reprendre le chemin de l'emploi, il met tout en place pour ne pas s'y confronter et sûrement que c'est mieux pour lui, les professionnels l'ont compris. Pour certains qui témoignent de l'impossibilité de se confronter au monde du travail dans ses exigences et modalités actuelles, faut-il les laisser tranquille, consacrer plus de temps pour ceux qui peuvent ? Ou alors faut-il garder un lien malgré tout, car au final les rencontres proposées sont leur unique point de lien social ? Le travail que nous faisons dans ses « Appuis Santé » sont aussi l'occasion pour les professionnels d'un repérage des personnes les plus fragiles psychiquement, l'occasion de prendre le temps d'entendre leurs rapports singuliers aux choses, d'essayer d'en comprendre un bout, de s'en faire le témoin. Tout ce qui leur permet dans un deuxième temps, et ça n'est pas rien, de pouvoir défendre des situations auprès de leurs hiérarchies.

Le mouvement diagnostique est donc un outil pour nous dans ce temps de travail groupal. Il l'est aussi dans les temps de supervision collective que nous avons, nous les cliniciens de L'Aleph, avec Christine qui est psychanalyste. Bien souvent, lors de ce temps important, et quand l'un d'entre nous évoque un cas qui l'interroge ou qui le met en difficulté, la question de la position d'un sujet dans la structure apparaît. Mais bien souvent aussi, cette question n'est qu'un moyen de discuter le cas. Un point de départ, ou encore un axe autour duquel une question peut petit à petit émerger. Parfois, il faut aussi laisser tomber la volonté du repérage diagnostique, notamment quand on se retrouve embourbé dans l'impossibilité à repérer la position structurelle du sujet et que nous devenons sourds à ce qui se dit. On pourrait dire que la démarche

diagnostique est un moyen d'appréhender le cas, jamais une finalité et peut être même...pas le seul moyen.

A la lecture de mon intervention, ma compagne m'a fait une remarque que j'ai trouvé extrêmement pertinente. Je vais m'en servir de conclusion.

Cette remarque c'est de dire qu'on peut sûrement situer le point de différenciation radicale entre les deux approches diagnostiques, à l'endroit du statut de la parole. Là où la démarche diagnostique médicale a pour conséquence naturelle de faire taire le singulier, une autre démarche consiste à prendre pleinement en compte, dans son approche de la souffrance psychique, le sujet de la parole. Une parole que l'on encourage, que l'on recueille, que l'on transmet, que l'on partage, que l'on questionne. C'est ainsi que les différentes situations cliniques évoquées, montrent toutes comment l'orientation analytique encourage à recueillir, à appréhender, à cerner, ce que chacun peut dire de la manière dont il est affecté de cette parole. Mais aussi ce que chacun peut dire, de la manière dont il est concerné et par l'universel et par le singulier.