

Richard Abibon

Paradoxe de la subjectivité d'une position objective

A propos de :

« Soigner les schizophrènes : un devoir d'hospitalité »

Par Claude Jeangirard

La psychose est-elle un fait objectif ou une conséquence de la morale ?

Dès le titre, le ton est donné : nous allons nous situer dans le domaine de la morale. Il s'agit de soigner, et c'est un devoir. Le premier terme est tout aussi clair lui aussi : soigner. Nous sommes dans le domaine de la psychiatrie, et pas dans celui de la psychanalyse, malgré les nombreuses allusions de l'auteur à Lacan et aux concepts psychanalytiques. C'est la principale ambiguïté de ce livre, composé d'une mosaïque de textes écrits entre 1971 et 2006 et réunis en deux grandes parties : l'une clinique, l'autre, politique et historique. L'hospitalité est sans doute une attitude morale et politique ; la question serait de savoir si la clinique en dépend, ou si elle dépend de la clinique.

Sur cette question aussi le livre reste très ambigu.

p.118 : *« la nosographie était faite pour décrire le malade mental, objet de la loi, et légaliser son nécessaire internement. »*

P.161 *« la morale publique dans son devenir actuel, moderne, ne sait pas en réalité, reconnaître le psychotique chronique parce qu'elle désinvestit le plus ancien et le plus fondamental de son accès à la civilisation : l'accueil de l'étranger dont le bréviaire est « loi de l'hospitalité ». »*

Claude Jeangirard soutient une thèse implicitement bicéphale sans oser en marquer clairement le clivage. D'un côté il pose la psychiatrie et sa nosographie, en constatant progressivement selon lui jusqu'aux années cinquante, mais en stagnation depuis lors, comme la conséquence d'une volonté politique, celle de disposer du critère permettant de discriminer *qui* enfermer. D'un autre il pose la maladie mentale et spécialement la schizophrénie comme un fait objectif dont la méconnaissance par les politiques entraîne des législations désastreuses. On sent bien la contradiction entre ces deux thèses ; si la première est vraie, la nosographie comme dictée par des vues politiques, alors on peut se poser la question de la véracité de la seconde. La première semble *créer* un phénomène à partir d'une nécessité de mettre à l'écart tous les gens qui gênent...mais qui gênent qui, quand, comment ? La seconde pose le phénomène comme un fait objectif indépendant des circonstances légales et culturelles. C'est pourquoi, en dépit du caractère certainement réducteur que peuvent avoir de telles appellations, je qualifierai la première thèse de culturelle et subjective, la seconde d'objective.

La phrase que j'ai citée plus haut est particulièrement ambiguë dans la tension entre les deux thèses. D'un côté, la « réalité » invoquée fait pencher vers une objectivité du « psychotique chronique », de l'autre, il est clair que c'est la « morale » qui permettrait d'en décider. Or la morale, à une époque, décidait qui était hérétique et par conséquent, qui il

fallait brûler. Ou, à une autre époque, qui devait porter une étoile jaune ou non. Ou, encore ailleurs, qui était mauvais communiste et donc à enfermer soit au goulag, soit à l'hôpital psychiatrique.

Sur le premier versant, l'évolution de la loi, passant de la fameuse loi de 1838, véritable créatrice de la psychiatrie et de la maladie mentale, jusqu'à la loi « sécurité et liberté » du 2 février 1981, ne fait qu'entériner la conjoncture d'un phénomène social de nulle objectivité. Cette évolution navigue de la création d'une catégorie de citoyens à part, les malades mentaux, extraits du droit commun, à leur réintroduction dans le droit commun en en faisant des « malades comme les autres ».

Dénonçant les deux législations en même temps que le manque de moyens chroniquement alloués à la psychiatrie et spécialement aux cliniques privées, Claude Jeangirard semble se situer plutôt du côté de la première thèse, celle d'une création culturelle variant selon les termes de la loi ; mais dans le même temps il dénonce autant l'arbitraire ancien que l'égalitarisme nouveau au nom d'une objectivité de la schizophrénie.

J'ajouterai pour ma part que la loi nouvelle, en se voulant promoteur d'égalité, ne provoque cette égalité qu'en entérinant le statut de malade d'un certain nombre de déviants. Ils deviennent, certes, des « malades comme les autres », mais sûrement pas « des hommes comme les autres ». D'où la suppression du diplôme spécifique des infirmiers psychiatriques, la soumission au pharmaceutique, et la traque ubiquesque des maladies nosocomiales en des lieux où elles ne risquent pas d'apparaître (ça, je l'ai vécu). D'où le fait que, selon la charte du malade hospitalisé, ils doivent exiger une information sur les traitements infligés (ce qui n'est jamais fait) et peuvent les refuser (ce qui reste hors de question).

Je rappellerai aussi la loi qui selon Freud fut fondatrice de l'humanité : c'est après le meurtre d'un mâle dominant que celui-ci devient après coup le père dont on va dès lors respecter la loi. De la même façon le meurtre n'était pas crime « avant » : c'est l'après coup de la loi qui crée le crime. L'étude des variations de la législation criminelle d'une époque à l'autre, d'un pays à l'autre, va dans ce sens. Interdiction de l'avortement ici, permission là. Chez les Caduveos, nous rapporte Lévi-Strauss¹, l'infanticide est une pratique normale.

Alors tournons nous à présent vers la première partie, clinique, afin d'interroger cette « objectivité » de la schizophrénie qui ne semble faire aucun doute aux yeux de l'auteur, nonobstant ses vigoureuses prises de positions politiques et morales.

Une remarque incidente : « *les psychotiques « vrais » sont restés en nombre constant depuis un siècle* » (p. 239) ne peut que susciter l'étonnement. Elle supposerait à elle seule des tonnes de développements sociologiques : comment sont diagnostiqués les schizophrènes ? Quand sont-ils « vrais » ? La vérité invoquée et-elle la même chose que la réalité sollicitée dans la citation précédente ? Comment sont-ils comptés ? *quid* du rapport à l'augmentation de la population ? Mais tout simplement, cliniquement, cela ne peut que susciter ma suspicion la plus énergique : lorsque j'ai commencé ma carrière et que je m'astreignais à lire dans leur intégralité les dossiers de tous les malades hospitalisés dans les services où je passais, j'avais pu constater que tous ces malades passaient, au fil du temps, par à peu près tous les diagnostics possibles et imaginables. *Quid* de quelque comptage que ce soit dans de telles conditions et tout simplement, *quid* de la fameuse « nature » des schizophrènes si ardemment défendue par Claude Jeangirard ?

Dans ce registre, notons avec amusement les avatars de la nosographie dans lesquels s'empêtre l'auteur lorsqu'il se hasarde à diagnostiquer l'état ; ce dernier est successivement qualifié d'*obsessionnel compulsif*, (p. 52) puis de *psychotique* et de *toxicomane* (p. 53) et enfin de *pervers* (p. 54).

¹ « Tristes tropiques » p. 230.

p. 156 : « ... la survenue attendue d'un néologisme discordant est un moyen de diagnostic assez décisif. » Malgré les références appuyées au signifiant, nous sommes bien là dans le champ du signe. Le plus étrange est qu'on trouve dans la même page cette sympathique assertion : « à titre de paradigme, la condition fondamentale pour qu'un soignant représente une présence réelle en tant que personne en face d'un psychotique, c'est d'avoir entre nous, soignants, médecins ou non, une entente langagière issue de la frêle conviction que l'inconscient existe. C'est aussi d'avoir appris sur le divan que les « conflits », sont non seulement inévitables, mais nécessaires, et que la pratique de leur « gestion » peut nous éviter les sottises meurtrières qui nous éliminent à coup sûr de la considération des psychotiques (qui eux, en savent un rayon sur la question !) »

Or cette pratique, la psychanalytique, pour la qualifier autrement que « gestion des conflits », autant que je sache, est celle du signifiant, qui nous permet en effet de relativiser notre propre estime et celle en laquelle nous tenons notre partenaire dans tout dialogue, comme soumise à l'organisation signifiante qui nous dépasse tous les deux. Ça me semble radicalement opposé à la pratique du signe discriminant entre soi et l'autre c'est-à-dire entre nous (personne saine évidemment) et l'autre (le fou, bien sûr, quelle que soit notre bienveillance à son égard). Ça me semble aussi dépasser, et de loin la question posée en termes de morale. S'il est vrai que la psychiatrie est née avec Pinel d'une préoccupation morale allant jusqu'à qualifier de moral le traitement nécessaire, l'originalité de Freud, en inventant la psychanalyse, fut justement de sortir des considérations morales comme déontologie *externe* à la discipline pour en faire un des principaux objets d'études *au sein* même de la discipline en termes d'instance refulante, puis de surmoi.

L'instance du signe comme discriminant de la « nature » de l'autre semble la plus vigoureusement soutenue dans cet ouvrage, dont l'auteur ne paraît pas avoir été convaincu par le «Propos sur la causalité psychique », de Lacan, bien qu'il soit souvent fait appel aux mots du vocabulaire lacanien. Si, dans ce texte, Lacan fait un sort à l'organodynamisme d'Henri Ey, pour ouvrir toutes grandes les voies de la psychogenèse, Claude Jeangirard n'exclut aucune organogenèse et, de fait, nous parle assez souvent de la psychose comme d'un phénomène naturel dont il ne semble pas souvent croire que quelque relationnel y soit pour quelque chose. Mais à d'autres moments, si, et c'est bien ce qui fait la difficulté de lecture.

p. 135 : « nulle psychogenèse n'est accessible à ce stade (catatonique) comme telle, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a rien à faire ».

p. 136 « ...bien qu'il existe des cas d'espèce parfois convaincant de pure psychogenèse ».

Prenons pour exemple son concept d'espace longuement développé dans la première partie.

L'Espace condition du symbolique, ou symbolique condition de l'espace ?

Côté objectiviste :

Nombre des formules de l'auteur pourraient laisser penser qu'il développe une conception de l'espace innée. L'auteur associe l'espace à une « pulsion dromique » qu'il rattache aux pulsions de vie et qui serait innée au sujet, l'entraînant à lâcher la main de sa mère pour parcourir l'espace avec la ligne d'horizon comme point de fuite. Le mot « inné » n'est pas dans son texte, mais je l'ai ajouté ici parce qu'il s'est imposé à moi lors de la lecture. Je suis en parfait accord avec lui lorsqu'il associe la question de la psychose à celle de la troisième dimension, mais c'est en quelque sorte un accord inverse. Son chapitre s'intitule

« *l'espace comme condition du symbolique* ». L'espace serait ainsi posé comme un donné, « naturellement » à trois dimensions, et « le psychotique », comme il dit, n'aurait pas accès à cette troisième dimension. Il serait cantonné, par un défaut de sa nature, à un univers plat. Je pense au contraire, du fait de ma longue fréquentation des dits-autistes et des dits-schizophrènes, que l'espace n'est pas un donné, mais une construction du symbolique. J'aurais parlé du symbolique comme condition de l'espace et non l'inverse.

p.82 : « *Cerné qu'il est dans ces trois dimensions par les lois de la géométrie, il accède par cette ternarité même à la dimension du symbolique (...). La structure du sujet psychotique est privée de cette ternarité de la même façon que ne fonctionne pas le système réel/imaginaire/symbolique, ainsi qu'en témoignent d'une part, les troubles du langage liés à la psychose et, d'autre part, au plan physiologique, le fait que l'usage normal de l'espace ne fonctionne pas chez les psychotiques, non plus que la capacité de la figurer graphiquement.* » (c'est moi qui souligne)

Mon problème quand je lis ce texte, c'est que pour moi, il n'y a pas de troubles du langage liés à la psychose... car la psychose *est* un trouble du langage.

Côté subjectiviste :

Mais ces formules « objectivistes » sont dialectisées par d'autres dans lesquelles il est clair que l'espace lui-même n'est qu'une construction du symbolique « *le paysage n'existe que pour autant qu'un homme le regarde* » (p. 88). Il fait de la psychose « le résultat d'un trouble à l'endroit de cette « pulsion dromique » », et comme il ne conçoit la pulsion que dans une logique relationnelle (p. 94), je le rejoindrais volontiers sur ce plan en identifiant troisième dimension et troisième temps de la pulsion chez Freud. C'est en effet dans ce troisième temps exposé dans le texte de 1915 sur la pulsion que Lacan repère, dans le séminaire XI (Seuil, p. 162), l'apparition d'un nouveau sujet, soit, en fait, l'apparition du sujet comme tel. En cohérence avec ça, notons la disparition du sujet dans le schéma I, qui représente selon Lacan « la structure du sujet (sic) à la fin du processus psychotique ». C'est en effet de l'apparition d'un sujet qu'il peut y avoir séparation de l'objet et donc orientation dans l'espace. Le troisième temps de la pulsion après le passif et l'actif est en effet le réflexif dans lequel le sujet « se fait faire » (se faire battre, se faire voir, etc...) et donc se produit comme sujet en tant qu'objet de l'autre. La troisième dimension dans laquelle se situe le sujet qui quitte sa mère pour aller « vers l'horizon », soit, vers l'Autre, en est finalement une fort belle métaphore.

J'ajouterais seulement à la thèse de Claude Jeangirard le mouvement inverse de repli sur la maison de maman, car « heureux qui comme Ulysse a fait un beau voyage », le sujet revient toujours un jour d'où il est parti, se faisant lui-même l'objet jeté de son *fort-da*, conformément à ce troisième temps de la pulsion. Ce circuit nécessaire de retour nous place bien dans le cadre de la pulsion qui ne se boucle qu'à faire retour, de même qu'une phrase ne produit de signification qu'à la condition, en fin d'énonciation, de faire retour sur le début mémorisé. Au fond, on ne voyage qu'afin de pouvoir en faire le récit à notre retour. En ce sens je ne placerais pas la « pulsion dromique » dans le cadre des pulsions de vie mais des pulsions de mort, pour autant qu'elle rejoint le *fort-da* dans la nécessaire destruction du sujet pas encore sujet comme objet de l'autre (passif) afin de s'en faire l'objet en retour mais par choix de sujet (réflexif).

Alors la conviction de Claude Jeangirard que « *le schizophrène ne peut pas raconter son voyage* » (p.138) me paraît devoir faire difficulté lorsqu'on cherche à entrer en contact avec quelqu'un en termes d'écoute. Ma conviction inverse m'a fait entendre bien des récits. Même remarque pour le « *il ne sait pas dire où il a mal* ». (p. 139)

Un des rares moments où il est question de l'Autre est celui-ci : (p. 70) « *la subversion de l'espace, l'atopie qui constitue le principe même de la psychose délirante va de pair avec*

la suppression de l'Autre, matérialisé et topologisé par l'horizon.(...) L'absence de l'Autre fonctionne avec une perte de la cœnesthésie, une disparition de la sensation du corps ». Ceci vient à la suite d'une explication neurologique (p.69, 70) qui décrit comment « *la vue et le regard sont au principe des représentations qui se sont effondrées au cours de deux processus étudiés, phobie et mélancolie* ». C'est ce qui fait que j'ai eu un peu de mal à entendre cette formulation où l'horizon n'est pas posé comme un donné mais bien comme une métaphore de l'Autre. Car c'est ainsi, je crois, qu'il faut lire ce « *matérialisé et topologisé* », que le contexte neurologique précédent m'avait fait prendre, dans une première lecture, pour un des éléments de la thèse objectiviste.

L'Autre comme « le trésor des signifiants » est au principe des représentations de mots. Car sans mots, sans l'Autre qui parle par l'intermédiaire d'un autre, aucun corps ne se construit, ni aucun espace dans lequel ce corps pourrait trouver un lieu. Et donc, si l'aspect neurologique de la question peut ne pas laisser indifférent, il donne une couleur au texte qui peut donner le sentiment que l'aspect psychanalytique est un peu laissé pour compte.

Si je dis que c'est le symbolique qui est la condition d'accès à l'espace, c'est pour signifier que c'est dans un rapport à un autre, médiateur de l'Autre, que se construit l'image du corps et, partant l'espace à partir de la place que ce corps *désire* prendre aux côtés de l'autre, à la place de l'autre, ou très loin de l'autre. Alors l'horizon et le point de fuite peuvent entrer en fonction comme représentants de tous les points à l'infini qui ne peuvent trouver représentation, représentant donc tout ce qui, d'être irréprésentable et donc absent de l'univers symbolique, suscite le désir... qui se définit comme désir de l'Autre.

Je ne crois pas à la « nature », ni celle de l'espace, ni celle de qui s'y situe. Certes, notre symbolique, qui la subvertit, s'appuie sur un réel, mais comme tous ces points à l'infini, le réel est impossible à représenter, ce qui en fait le moteur de toute curiosité, qu'elle soit sexuelle ou scientifique. La modalité d'écriture de Claude Jeangirard, posant l'espace comme condition, associée à mon préjugé d'incrédulité en la nature, a donc produit dans un premier temps un contresens que je n'aurais sans doute pas corrigé si je n'avais pas eu à écrire cet article. Alors, avec le recul, j'ai pu lire dans le texte même l'inverse du titre du chapitre « *l'espace comme condition du symbolique* » : le fait que l'horizon et la troisième dimension ne sont que des métaphores de l'Autre, donc de la relation ; « l'Autre, c'est aussi le monde » écrit-il (p.81).

Cependant il est clair que la thèse « objectiviste » de Claude Jeangirard quant à la « nature » de la psychose a infiltré ma lecture au point que, associée à ce titre de chapitre, elle a pu donner ce contresens. Examinons alors plus avant cette thèse dont je rappelle qu'elle n'est pas la seule puisque la thèse inverse est aussi présente dans le texte.

Schizophrénie : nature ou culture ?

. D'un côté, il écrit : « *le concept de schizophrénie est intact, quelle que soit la description qu'on en fait, et toujours susceptible d'offrir une voie de réflexion quant à sa nature fondamentalement étrangère au langage de la névrose.* »(p. 75)

et : « *je ne crois pas en à la moindre parenté entre névrose et psychose* » (p. 146)

et de l'autre : « *le réel du monde posera une dualité de principes :*

« *-principe de conflit*

« *-principe d'incertitude*

« *Ils sont sans alternative et sans opposition terme à terme. Ils s'expriment dans toute leur ampleur dans la folie dont ils couvrent toutes les formes d'expression, rendant le monde*

inhabitable pour le malade mental. Ils sont tout aussi présents dans la parole du névrosé » (c'est moi qui souligne). (p.162)

Ma sympathie va évidemment à la deuxième formule, mais alors comment envisager sa compatibilité avec la première ? Car il me semble bien qu'elle pose là une parenté fondamentale qui la fait ranger dans la thèse que l'on pourrait qualifier d'analytique. Et ça me renvoie à la citation que j'ai faite plus haut, celle qui s'ouvre par « *le concept de schizophrénie est intact...* » Car, curieusement, elle venait faire suite à une dénonciation des DSM successifs, dont l'auteur nous dit que « le sujet comme tel (y) est absent ».

Car c'est dans ce concept de sujet (et dans mon expérience) que je puiserais pour ma part la conviction que le schizophrène est un sujet comme un autre (peut-être ne dirais-je pas comme *les autres*, car le concept de sujet ne se conjugue qu'au singulier). C'est une pétition de principe qui fait que je me passe de diagnostic, me situant dans le domaine de la psychanalyse et non de la médecine. Je sais donc gré à Claude Jeangirard de rappeler ici ce concept de sujet, dont on sent la nécessité suinter de son texte, notamment lorsqu'il revient à plusieurs reprises sur la nécessité, pour tous les soignants, d'être passé par l'expérience du divan.

Ainsi ne parlerai-je jamais de l'autre en termes de « le psychotique », ou « le schizophrène » : pour moi, c'est simplement un sujet, qui éventuellement me tient *un discours* schizophrénique, dans lequel j'ai ma part. Paradoxe, certes, au regard de ce que j'ai rappelé plus haut des conditions pulsionnelles de l'apparition d'un « nouveau sujet », faisant, du « psychotique », dans le discours de Lacan, un a-sujet, mais paradoxe méthodologiquement nécessaire : aucun « nouveau sujet » ne risque d'apparaître si je suis objectivement persuadé de l'absence de sujet chez l'autre. Car, en tant qu'interlocuteur, je contribue au façonnage de la parole que l'autre m'adresse. Comme le disait fort bien Lacan après avoir parlé de paranoïa dirigée, la psychanalyse est un autisme à deux.

Je ne peux malheureusement citer ici toutes les occurrences dans lesquelles Claude Jeangirard nous situe « le psychotique » et « le schizophrène » dans le registre d'une personne manquant de quelque chose (de la troisième dimension, par exemple), qui en fait bien, dans son texte, un handicapé, quoiqu'il dénonce avec raison les nouvelles lois qui en font effectivement un handicapé. Pour mémoire :

p. 97 : « *l'inauguration de la troisième dimension fait l'homme dans l'espace et inspirera la géographie et le langage ; or c'est ce qui manque au schizophrène pour sortir de son cercle, irrévocablement.* » Voilà un savoir qui sonne comme une bien dramatique condamnation. Bien difficile de se situer comme sujet face à quelqu'un qui nous laisserait ainsi, sans recours aucun, à l'appel de la voix. De même :

« *le discours du schizophrène dans sa forclusion radicale, ne reprendra pas les défilés de la névrose* » (p. 173)

Heureusement l'antithèse est aussi dans le livre :

(p. 103) : « *la spécificité de la maladie mentale, qui tend à imposer ses marques à l'institution, vient en réalité de l'imaginaire des soignants, via la tradition nosographique et asilaire ; le diagnostic de psychose comme condition d'entrée, comme allant de soi, devrait toujours être suspect et l'acte de suspicion non seulement concerner le patient quant à ce diagnostic à lui appliquer, mais mettre en cause à chaque occasion, les pratiques, les actions, les ritualisations du milieu soignant qui résultent de cet imaginaire* ».

J'aurais aimé que cette sympathique suspicion inclue aussi les traitements pharmaceutiques et les thérapies de choc (électrothérapie, insuline) qui sont employés à La Chesnaie autant qu'à La Borde. En effet, à aucun moment le moindre doute ne pointe quant à la nécessité de ces traitements.

Mais c'est une des plus grandes difficultés de la psychanalyse que d'avoir à se situer entre savoir et non savoir. Le premier est sans doute nécessaire, ne serait-ce que pour se déprendre des préjugés communs (y compris psychiatriques), mais que vaut quelque savoir que ce soit lorsqu'on a fait le dur apprentissage singulier de la subversion que le non savoir, le savoir de l'inconscient, impose au plus intime de nos vies, que nous mettons bien évidemment en jeu dès que nous entrons en relation avec quelque sujet que ce soit, fut-il dit schizophrène ? Voilà ce que j'aurais aimé trouver d'un peu plus approfondi dans ce livre. Cet impératif du passage par l'analyse pour tout soignant, j'y agrée totalement, mais au-delà de la pétition de principe, en quoi et comment est-ce opérateur ? En quoi et comment cela influe-t-il sur le savoir, c'est-à-dire sur la conception même de la schizophrénie (ou de l'autisme ou de tout ce qu'on voudra...) ? En quoi et comment cela permet-il de poser une méthodologie différente ? Car si cela n'influe pas sur ce savoir posé comme objectif, traversant le temps et l'espace, incluant une notion d'espace elle-même objective, n'est-ce pas rendre caduque la pétition de principe posant le sujet analysé au cœur du dispositif soignant ?

Autrement dit la deuxième thèse du livre, « l'objective » est-elle un mur sur laquelle vient se briser la tentative « subjective » de la première thèse, ou n'est-elle qu'une limite nécessaire à lui apposer sous peine de *furor sanandi*? Cette folie de soigner, je l'ai constatée comme le plus souvent consciemment liée à la position objectiviste. Mais pour ne pas me cantonner à la critique du camp adverse, je dois confesser l'avoir trouvée aussi chez moi, à l'état inconscient, après analyse de rêves concernant tel ou tel analysant. Il n'est pas facile de se défaire du *devoir* d'hospitalité.

Je vais régulièrement dans les classes d'ados d'un Lycée technique de la banlieue parisienne, une de celles qu'on dit « sinistrée ». Ma mission est d'expliquer pourquoi il peut être utile de faire appel à un psy. Ça s'appelle de la prévention, à ce qu'il paraît. Bref, dès que je me présente comme psy, il y en a toujours un dans la classe pour pointer du doigt un de ses camarades en disant, « ah ouais, m'sieur, vous êtes venu pour lui ! ». Je réponds toujours qu'il vient de donner une excellente définition du fou : c'est l'Autre. Et ça transcende largement non seulement tous les DSM, mais encore « la belle nosographie à la française ». Par contre ça rejoint parfaitement la définition de Lacan : « l'inconscient c'est le discours de l'Autre ». Car l'inconscient est en effet ce lieu d'où parle venant de l'Autre (supporté par un autre) tout ce que nous ne voulons pas entendre comme venant de nous.

Il n'est donc que justice que je m'inclue dans la critique que je fais à Claude Jeangirard. Lui-même nuance son propos de par la tension que j'ai cru repérer entre ce que j'ai appelé les deux thèses. Il est simplement dommage qu'il ne l'ait pas explicitée.

En conclusion, je sais gré à l'auteur de proposer ceci : « *Ainsi parler des lieux de soins, c'est d'abord parler de ce qu'ils ne doivent pas être, plus précisément de pas être ce qu'on attend d'eux. Lieux « convenables » d'effacement des symptômes, de réponse à la demande des familles, de réinsertion professionnelle, d'occupation, voire de psychothérapie d'orientation analytique* ». (p. 103)

lundi 12 février 2007