

# Événements Thérapeutiques Hors Cadre Thérapeutique : Une Célébration de la Vie

---

Alexandre Bénétreau

Février 2020



Ce texte est protégé par une licence libre Creative Commons Attribution 4.0 International Public License.

## Table des matières

Introduction	1
Qu'est-ce que sont la guérison, la maladie et la santé ?	1
La maladie et la santé, des jugements de valeur	4
La santé mentale	5
Guérison corporelle et mentale	7
Guérison transcendente	8
La santé et l'autonomie	10
Iatrogénèse et critique du système médical contemporain	10
Thérapies ouverte et fermée, guérisons individuelle et systémique	13
Événements thérapeutiques en-dehors des lieux prévus au soin	13
L'articulation entre la santé et la culture	15
Les facteurs d'émergence d'événements thérapeutiques hors cadre	16
Un dispositif au cadre élargi	21
Des idées pour le futur de la « Clinique de Concertation »	22

## Introduction

Ce texte explore les conditions d'émergence d'événements thérapeutiques hors cadre thérapeutique, c'est-à-dire les facteurs contribuant à la guérison en-dehors des lieux dédiés au soin. Il s'agit ici dans un premier temps de définir quelques concepts centraux par besoin de clarté vis-à-vis de moi-même et du lecteur, puis de déterminer quels pourraient être les facteurs contribuant à l'émergence d'événements thérapeutiques dans des lieux normalement étrangers au soin.

### Qu'est-ce que sont la guérison, la maladie et la santé ?

La guérison, c'est le passage de l'état de maladie à l'état de santé. Donc pour comprendre le mot *guérison*, il faut comprendre les termes *maladie* et *santé*. Quand on parle de quelqu'un qui est en bonne santé physique, ce que j'entends c'est que cette personne présente un état de fonctionnement sain : Les organes effectuent leurs fonctions de manière adéquate, sans handicaper ni causer de souffrance chronique, ne présentant pas de dysfonctionnement mettant la vie en danger. A priori, il s'agirait donc dans la maladie physique de souffrance et de dysfonction. Et inversement comme le disait le chirurgien et physiologiste René Leriche (1879–1955), « La santé, c'est la vie dans le silence des organes » (1936). D'après Olivier Bézy, il ne s'agit pas pour Leriche de donner une définition universelle de la santé. Bézy précise que la définition de Leriche est celle du malade et non de la médecine. Par exemple, Leriche reconnaît que le silence des organes n'exclut pas la présence de la maladie ; pour le patient, l'absence de symptômes est synonyme de santé, mais pour la médecine la maladie peut exister sans symptômes et sans conscience de la maladie chez la personne (BÉZY, 2009). D'ailleurs, d'après le professeur et médecin généraliste Marshall Marinker, la langue anglaise dispose de deux mots différents permettant de rendre compte de la maladie du point de vue subjectif de la personne (*illness*) et du point de vue objectif et médical (*disease*) où il s'agirait d'un processus pathologique, d'une déviation d'une norme biologique. Il existe même un troisième terme, celui de *sickness*, qui désigne la maladie du point de vue social, *sickness* étant un « rôle social, un statut, une position négociée dans le monde » (BOYD, 2000). Leriche ajoute une définition de la maladie : « La maladie, c'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir ». On peut donc retenir de cette définition condensée : La maladie, c'est la souffrance et l'inadaptation (l'anormalité?).

Pour le philosophe et médecin français Georges Canguilhem (1905–1995), la santé c'est le fait de pouvoir tomber malade et guérir : « Être en bonne santé c'est pouvoir tomber malade et s'en relever, c'est un luxe biologique » (2005). Ce serait donc la capacité de revenir à un état initial de fonctionnement sain. Ce qui est curieux dans cette définition, c'est que puisqu'il s'agit dans la santé d'une capacité à se remettre de la maladie, pendant qu'une personne est malade, elle se trouve dans un état indéterminé qui n'est pas sans rappeler le paradoxe du chat de Schrödinger (SCHRÖDINGER, 1935), où un chat dans une boîte est à la fois mort et vivant jusqu'au moment où on l'ouvre pour procéder à l'observation de son état. Là où se pose un problème de compréhension, c'est qu'une personne qui souffrirait de maladies pourrait être paradoxalement en même temps en bonne santé, à la condition qu'elle finisse par guérir. Paradoxalement aussi selon cette définition, quelqu'un qui n'a pas de maladies pourrait ne pas avoir de santé s'il s'avère qu'il n'a pas la capacité de guérir des maladies quand elles surviennent. Si on adopte cette définition, le double paradoxe qu'elle implique amène la conclusion géniale qu'on ne peut pas au temps du présent faire la différence entre une personne en pleine santé et une personne qui en est dépourvue. En effet, on ne peut que constater a posteriori qu'une personne a la capacité de guérir des maladies. À l'instant  $t$ , tout est encore indéterminé.

Une autre définition de la santé est donnée par l'Organisation mondiale de la santé : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » 1946. Il s'agirait donc pour l'OMS non pas seulement d'absence de souffrance et de dysfonction organique ou psychique, mais aussi de bien-être et d'adaptation. Dans cette définition, l'objectif n'est pas l'absence de souffrance, de dysfonctions corporelles ou mentales, mais plutôt le bien-être sur le plan individuel et social. Cette définition présente l'avantage d'être orientée vers le positif – il ne s'agit pas d'éradiquer une maladie, mais d'atteindre le bien-être. On peut opposer à cette définition qu'il se pourrait que la souffrance et le mal-être constituent une portion irréductible de l'expérience de la vie humaine, et que désirer une vie sans souffrance manque de réalisme au mieux, et au pire que cela revient à une absurdité qui causera des frustrations supplémentaires et une surmédicalisation inutile des populations.

Pour d'autres auteurs, la santé peut être définie comme la capacité à s'adapter et gérer les difficultés physiques, psychiques et sociales au cours de la vie (HUBER

et al., 2011). Cette définition rappelle le concept de résilience, qui est une capacité d'adaptation face à l'adversité.

Les définitions de la santé ci-dessus sont issues du monde médical occidental et concernent principalement l'individu. Et pourtant, l'état de santé et de maladie d'un individu influence les gens autour de lui, et vice versa. Ce qui veut dire que la santé peut s'envisager non pas uniquement comme une capacité ou un état individuel, mais comme la caractéristique d'un réseau de personnes. Nous reviendrons sur ce point dans une des sections suivantes sur la santé mentale.

Ces différentes définitions de la santé sont en réalité fondamentalement structurées autour deux conceptions : La santé en tant qu'état ou en tant que capacité. Si elle est vue comme un état, alors à l'instant  $t$  l'être humain est adapté, n'a pas de maladies et ressent du bien-être. Si elle est vue comme une capacité, l'être humain peut être inadapté, avoir des maladies et ressentir du mal-être, mais ce sera transitoire. Si je devais me positionner sur ces définitions, je dirais que l'avantage et la difficulté de considérer la santé comme une capacité, c'est qu'il devient impossible de savoir si quelqu'un est ou non globalement en bonne santé au moment présent. C'est uniquement en rétrospective qu'on peut le dire, parce qu'il faut constater qu'il y a eu un passage de la maladie à un rétablissement, c.à.d. une guérison. Cela signifie qu'il faut d'abord qu'un diagnostic de maladie soit porté, puis un diagnostic de guérison. Une telle conception de la santé n'est pas cohérente avec une approche binaire séparant clairement entre malades et sains, puisque dans l'instant présent il est toujours trop tôt pour se prononcer. De plus, le moment exact où l'on passerait du statut de malade à celui de personne saine me semble difficile à déterminer, même en ne parlant que de maladies physiques. La conception de la santé en tant que capacité se marie donc mieux avec une vision de la santé en continuum.

Si en revanche on insiste sur une distinction nette entre malades et sains, il me paraît plus pertinent de voir la santé comme un état. Cette approche présente l'avantage d'être simple à comprendre. Soit on est malade, soit on est sain. À partir du moment où il y a un diagnostic de maladie, on est malade, autrement, on est sain. Je trouve que de concevoir la santé sur un mode binaire est une simplification qui ne correspond pas tellement à la réalité : On peut être plus ou moins malade, plus ou moins en bonne santé, il s'agit d'un continuum de la santé/maladie. La catégorisation d'une personne se situant sur ce continuum comme « malade » ou « saine » est arbi-

traire. Et on peut même imaginer plusieurs continuums, un pour la santé mentale, un autre pour la santé du corps ; ou encore un continuum des fonctions immunitaires, des fonctions cardiaques, des capacités de résilience mentale, etc.

### **La maladie et la santé, des jugements de valeur**

Boyd fait remarquer à propos du mot « maladie » pris dans son sens médical (*disease*) que son utilisation est justifiée du moment que l'évaluation de celle-ci est partagée par les patients et les docteurs dans le sens où la maladie serait mauvaise pour eux. Pour Boyd, le fait d'appeler quelque chose une « maladie » est un jugement de valeur qui ne pose pas problème du moment que cette conception est partagée, mais qui pose question quand les gens ne sont pas d'accord entre eux (2000). Par exemple, les Mayas de classe noble provoquaient volontairement un strabisme convergent chez leurs enfants qu'ils entraînaient à fixer une boulette qui se balançait parce qu'ils trouvaient ce regard croisé plus beau (KENNY & NICHOLS, 2017). Il est clair que les Mayas ne considéraient pas le strabisme convergent comme une maladie, contrairement à l'ophtalmologie contemporaine.

Si donc la maladie est un jugement de valeur, n'est-ce pas aussi le cas de la santé ? Il me semble que oui : La santé est une évaluation positive de l'état de fonctionnement ou d'adaptation, par opposition à la maladie qui est une évaluation négative.

Il me semble qu'à cause de la connotation négative associée au terme « maladie », on se ferme au(x) cadeau(x) qu'elle peut apporter. Comme la mort et la douleur, on cherche généralement à éviter la maladie autant que possible. Or, plus un tout-petit contracte de petites maladies (ORL ou digestives), plus son stock d'anticorps est important. Lors de l'entrée à l'école, il sera donc pratiquement immunisé contre tous les germes en circulation. En revanche, l'enfant gardé à domicile est peu malade et le développement de son immunité va être différé dans le temps. On peut dire qu'on a eu de la chance de tomber malade étant enfant, puisque cela a renforcé notre immunité. D'une manière générale, tomber malade peut être vu comme un indicateur utile, comme une information pertinente. Par exemple, il y a encore un an j'étais touché par des rhumes à répétition. J'en ai conclu que mon système immunitaire était affaibli. J'ai changé mon alimentation, amenant la part de fruits et légumes à 50% environ, et depuis je suis beaucoup moins souvent malade. Et si la maladie voulait nous « aider », en nous signalant que quelque chose ne va pas ?

## La santé mentale

Quand on parle de quelqu'un qui dispose d'une bonne santé mentale, les choses se compliquent comparativement à la santé physique. En effet, les jugements de valeur permettant de différencier entre santé et maladie mentales sont plus variables que concernant la santé du corps. À ma connaissance, il n'existe pas de critères diagnostiques reconnus en toute culture et de tout temps pour déterminer ce que sont la santé et la maladie mentales. Par exemple en URSS, un membre du Parti Communiste appelé Andreï Snezebryakova avait été nommé membre de l'Académie des Sciences Médicales en 1962, en même temps qu'il était devenu Directeur de l'Institut de Psychiatrie de l'Académie. Il était ainsi le conseiller principal du Ministère de la Santé concernant la psychiatrie. Sa vision de la schizophrénie était fort large, incluant des symptômes comme « les conflits avec l'autorité », « le réformisme », « la contestation sociale », ou encore « les préoccupations philosophiques ». Cela a mené à ce qu'à partir de la fin des années soixante, les dissidents politiques soient diagnostiqués schizophrènes et forcés à être traités à l'Institut Serbsky de Psychiatrie Forensique à Moscou (BENTALL, 2017). Dans le monde occidental à la même époque et même aujourd'hui, ces symptômes ne sont pas considérés comme pathognomoniques de la schizophrénie ni même comme pathologiques.

Au Moyen Âge en Europe, on considérait folle et hérétique toute personne affirmant que la Terre était ronde et qu'elle tournait autour du Soleil, parce que a priori c'est le Soleil qui semble se mouvoir et la Terre qui semble immobile. Alors qu'aujourd'hui, c'est l'inverse qui serait considéré fou du fait d'un changement de paradigme.

En psychopathologie éthologique, des théories sur la fonction des maladies mentales du point de vue de l'évolution humaine ont été développées (DEMARET, ENGLEBERT, FOLLET & MORMONT, 2014; ENGLEBERT & FOLLET, 2016). Par exemple, les personnes désignées comme paranoïaques sont en décalage, leur discours contredit le sens commun, ce qui correspond au délire. Et malgré tout, elles peuvent avoir objectivement raison. En effet, il est évident du point de vue historique que des conspirations ont existé, et les personnes paranoïaques ont des dispositions qui facilitent la détection de celles-ci. De plus, ce qui est considéré comme des croyances pathologiques au niveau individuel peut malgré tout favoriser la survie de l'individu, voire celle du groupe. En effet, la capacité d'une personne particulièrement méfiante à mettre en lien des éléments apparemment anodins pour former une hypothèse de conspiration lui permet de détecter des dangers potentiels pour lui-même ou le groupe.

Par ailleurs, dans les paradigmes éthologiques et évolutionnistes, les personnes labélisées schizotypiques pourraient avoir dans les cultures traditionnelles une fonction de prêtre/guérisseur/chamane ; les personnes diagnostiquées de schizophrénie avec délire mystique pourraient adopter des rôles de leaders (on se souvient de Jeanne d'Arc) ; les personnes désignées comme anorexiques seraient utiles au groupe en temps de famine puisqu'elles (ce sont surtout des femmes) mangent moins, sont alertes, s'occupent des enfants et de la nourriture, etc.

Comme pour la maladie physique et a fortiori dans la maladie mentale, il peut y avoir un désaccord entre le personnel soignant, les personnes visées par un diagnostic et les membres de l'entourage : Pour l'addictologie, les consommateurs compulsifs de cocaïne sont par définition atteints d'un trouble des assuétudes, de dépendance, de toxicomanie. Mais du point de vue du consommateur, lui-même pourrait se définir plutôt en termes de personne entretenant une relation étroite et enthousiaste à la cocaïne, au lieu de « patient », « malade » ou bien encore « cocaïnomane ».

Il me semble donc pertinent pour définir la maladie mentale de parler d'inadaptation à la société, de détresse handicapante au niveau personnel ou professionnel, ou bien de perte du sens commun. Et malgré que cela ne soit pas une évidence, il me paraît important d'affirmer qu'il y a une utilité potentielle pour la société d'avoir en son sein des gens en apparence inadaptés à elle. Cela remet en question l'idée même selon laquelle on pourrait être inadapté à la société, puisque chaque psychopathologie pourrait présenter un avantage du point de vue de la survie de l'espèce ou d'une idéologie politique. Si les psychopathologies sont utiles pour la survie de l'espèce, comment pourrait-on faire l'amalgame que quelqu'un de diagnostiqué « malade mental » serait nécessairement aussi « inadapté » ? Et si les « malades mentaux » sont adaptés à la société, est-ce qu'on peut encore les considérer comme malades ?

Cette remise en question fait écho à l'ouvrage *Le mythe de la maladie mentale* du psychiatre SZASZ (1961), où il affirme que strictement parlant, les maladies mentales n'existent pas. Il considère que la psychiatrie est une pseudo-science qui applique des jugements de valeur négatifs à des comportements déviant de la norme. SZASZ (1961) est convaincu que les maladies mentales n'ont pas d'existence objective, mais que les comportements déviants sont le résultat de « difficultés existentielles ».

Enfin, la santé mentale peut être conceptualisée non pas selon le modèle médical se focalisant sur un individu en le considérant en-dehors de ses relations, mais plutôt dans son aspect relationnel. Le Dr Jean Marie Lemaire a relaté dans un colloque qu'il avait



entendu des thérapeutes scandinaves affirmer de manière quelque peu provocante que « la santé mentale, c'est quand on peut compter sur au moins vingt-cinq personnes ». Le Dr Lemaire ajoute : « Et quand vingt-cinq personnes peuvent compter sur nous ».

Nous avons vu la santé mentale de l'individu considéré isolément, puis dans son réseau. Rien n'empêche de d'envisager plus globalement la santé d'un système, qu'il s'agisse d'une famille, d'un groupe d'amis, d'une institution ou bien encore d'une société dans son ensemble.

### Guérison corporelle et mentale

En Occident, on a tendance à considérer la guérison du corps de manière séparée de la guérison psychique. Il est de plus en plus évident que le psychisme et le corps sont reliés, par exemple dans le phénomène du placebo/nocebo, la croyance en la puissance curative ou néfaste d'une chose peut mener à la maladie ou au contraire à la guérison/l'immunité. Un autre exemple classique des liens entre le corps et l'esprit sont les phénomènes psychosomatiques, c.à.d. qu'une émotion refoulée se convertit en un symptôme qui raconte une histoire. Ainsi, certaines personnes qui apprennent de mauvaises nouvelles qu'ils auraient préféré ne pas entendre développent des otites. Symboliquement, la somatisation se localise par une inflammation de l'oreille, parce que l'information désagréable est passée par les oreilles (THOMAS-LAMOTTE, 2008), en anglais on dit d'ailleurs *it came to my ears*, littéralement « il m'est venu aux oreilles » pour dire « j'ai eu vent de ».

La séparation entre le corps et l'esprit pratiquée dans la médecine occidentale est progressivement remise en question. Ainsi, les médecines alternatives (comme la médecine chinoise, la médecine ayurvédique, etc.) et celles traditionnelles ont le vent en poupe, tout comme des pratiques comme l'hypnose et la méditation. Ces autres médecines et pratiques ne séparent pas autant le corps et l'esprit. La vision occidentale cloisonnée de l'être humain arrive donc à bout de souffle. En nous penchant sur les savoirs-faire et les savoirs-être d'autres traditions et cultures, les gens pourraient peut-être se soigner manière plus efficace. En médecine traditionnelle chinoise par exemple, les praticiens les plus reconnus ne sont pas ceux qui ont le plus de malades, mais ceux qui en ont le moins (SERREAU, 1992). Pourquoi ? Parce que la médecine traditionnelle chinoise travaille de manière préventive (BOTTIGER, 2007), et si le praticien en médecine chinoise a peu de malades, c'est qu'il fait bien son travail, ses patients restent en bonne santé. D'ailleurs, si l'empereur tombait malade, le médecin

n'était pas payé. Le médecin n'était payé que si le patient restait en bonne santé (STOKES, 2018)(!)

Non seulement la médecine alternative considère l'humain de manière holistique, mais de plus elle met l'accent sur l'autonomie du sujet pour retrouver la santé (FRAWLEY, 1999) : Ce sont les capacités régénératives propres à chacun qui permettent en définitive la guérison. Évidemment, il est possible d'être atteint du cancer mais d'être psychiquement en bonne santé, c.à.d. bien adapté à la société, sans souffrance morale handicapante sur les plans personnels et professionnels. En d'autres termes, il me semble inexact de nécessairement voir dans un mal physique un symptôme d'un mal psychique, et inversement. Mais de là à affirmer que le corps et l'esprit sont clairement séparés, sans aucun lien entre eux, il y a un grand pas que l'évidence me pousse à ne pas franchir.

### **Guérison transcendentale**

La spiritualité ou la transcendance sont des termes qui d'après mon expérience sont largement absents des cursus universitaires en psychologie. Je suppose que cela est dû au fait que l'université enseigne une approche objective de la réalité, alors que la spiritualité se manifeste dans l'expérience subjective immédiate et intime, fréquemment avec des états de conscience modifiés qui sont en décalage avec l'attitude d'un scientifique de laboratoire qui manipule froidement des variables pour en observer les effets.

Pourtant, il me semble que la transcendance est une donnée essentielle dont la place dans les sociétés traditionnelles pré-industrielles est difficile à nier. Souvent, le rapport d'un groupe ou d'une société à la transcendance se cristallise sous une forme religieuse, avec des croyances, des rituels, des célébrations en communauté et une institution sociale. La religion est vecteur d'identité, de liens communautaires, elle structure la perception de la réalité en donnant une grille de lecture et une marche à suivre, et en cela elle peut être une grande ressource pour les usagers et les intervenants de l'aide, du soin et du contrôle. Cela représente une ressource, mais je veux parler ici de quelque chose de différent, de plus décisif et permanent que des bénéfices d'une pratique religieuse communautaire.

Il est difficile d'exprimer une expérience qu'on n'a pas soi-même vécue. Toutefois, nous avons de nombreux témoignages de transformations intérieures spectaculaires dans des traditions religieuses variées. L'hindouisme et le bouddhisme reconnaissent

l'existence de l'*éveil* ou de la *libération*, lesquels se manifestent par une paix intérieure et une équanimité permanentes par rapport à toute chose. Cette transformation implique un état qui se situe au-delà du plaisir et de la souffrance, au-delà de l'adaptation ou de l'inadaptation. C'est une guérison transcendentale/mystique où l'être humain comprend sa nature véritable et celle de la réalité. Cette réalisation s'accompagne d'un nouvel état d'esprit.

Il me semble que la transcendance est une dimension de l'expérience humaine qui mérite d'être redécouverte dans nos sociétés occidentales. Il y a justement un changement dans ce sens qui s'opère, puisque dans le champ de la psychologie clinique, l'utilité de différentes techniques de méditation a de nos jours une place dans les traitements proposés. L'histoire de Marsha M. Linehan est à cet égard éclairante. C'est une psychologue américaine qui a développé la thérapie comportementale dialectique, qui inclut des attitudes et des pratiques issues du bouddhisme zen. Linehan connut des temps difficiles dans sa jeunesse, où elle bénéficia d'un diagnostic de schizophrénie. Elle raconte la survenue d'un événement extraordinaire alors qu'elle priait une nuit dans une petite chapelle catholique à Chicago (CAREY, 2011) :

Une nuit, j'étais agenouillée, je regardais la croix, et tout l'espace autour de moi s'est changé en or – et soudain j'ai senti quelque chose venir vers moi ... C'était ce ressenti chatoyant, et j'ai couru dans ma chambre et j'ai dit : « Je m'aime ». C'est la première fois que je me souviens de m'être parlé à la première personne. Je me suis sentie transformée. [notre traduction]

Cet état de grâce dure un an, puis s'estompe. Reste une force intérieure en elle qui lui permet tout de même de faire face à ses émotions qui la débordaient avant son épiphanie.

Compte tenu de l'impact de tels événements dont la portée est indubitablement autant thérapeutique que spirituelle, il me semble pertinent de s'atteler à découvrir ce qui favorise leur émergence. À ma connaissance, il n'existe pas encore de méthode garantissant l'apparition de tels événements. D'autre part, d'après les témoignages que j'ai pu lire, ces moments tendent à apparaître de manière spontanée, alors qu'on ne les attend pas ou plus, comme s'il fallait abandonner tout désir de les vivre pour qu'ils puissent surgir.

## La santé et l'autonomie

D'après le médecin et physiologiste américain Howard Haggard (1891–1959), 80 à 90 % des maladies guérissent d'elles-mêmes (1929). Cela s'explique par l'activité du système immunitaire et les capacités de régénération de l'organisme qui permettent le retour à l'état de santé. C'est en tout cas la situation du point de vue corporel. Du point de vue de la guérison mentale, deux modèles différents existent d'après Bohart, le modèle du traitement d'un côté où le consultant est passif et se fait guérir par un thérapeute actif et de l'autre côté le modèle relationnel où les capacités d'autoguérison du patient sont la cause primaire de guérison et l'aide du thérapeute ne fait que structurer et soutenir celles-ci. BOHART (2000) affirme que c'est le deuxième modèle qui correspond le mieux à la réalité. Si on retient les avis de Haggard et de Bohart, cela éclaire le rôle du sujet dans sa guérison : Si on se guérit soi-même de ses maladies, n'est-on pas à la fois patient et thérapeute pour soi-même ?

## Iatrogénèse et critique du système médical contemporain

Ivan Illich (1926–2002) dans son livre *Némésis médicale* expose comment le système médical et paramédical non seulement n'aide souvent pas les patients, mais se révèle même néfaste pour eux (1975). Les maladies iatrogènes sont des maladies causées par le médecin, (du grec ancien *ιατρος* – *iatros*, « médecin », et *γενεσις* – *genesis*, « origine »). Illich étend ce terme et parle de iatrogenèse dans le sens où le système médical cause des dommages aux personnes, aux citoyens. Le système médical a rejoint la satire de la pièce de théâtre *Knock ou le Triomphe de la médecine* (ROMAINS, 1991). En effet, le Dr Knock, un imposteur reconverti en pseudo-médecin affirme en mettant ces mots dans la bouche du fameux docteur Claude Bernard (1813–1878) que « les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent. », ce qui résonne avec Illich quand ce dernier affirme que l'être humain est médicalisé à tout âge, et ce même si aucune maladie n'est présente. Cette opinion se retrouve chez Pascal Bruckner : « C'est la vie entière qui est devenue comme une maladie » (2003). Mais continuons un instant avec la pièce de théâtre : Après s'être enquis de la présence de la religion, de l'ésotérisme, de potentielles sociétés secrètes, de thaumaturges traditionnels, et qu'il constate qu'il n'y a rien de cela dans le canton, Knock dit avec excitation qu'« en somme l'âge médical peut commencer ». Voici d'autres citations d'intérêt venant de Knock :

- « Vous comprenez, mon ami, ce que je veux, avant tout, c'est que les gens se soignent. »
- « Pour moi, le médecin qui ne peut pas s'appuyer sur un pharmacien de premier ordre est un général qui va à la bataille sans artillerie. »
- « Je pose en principe que tous les habitants du canton sont ipso facto nos clients désignés. [...] Je dis tous. »
- « 'Tomber malade', vieille notion qui ne tient plus devant les données de la science actuelle. La santé n'est qu'un mot, qu'il n'y aurait aucun inconvénient à rayer de notre vocabulaire. Pour ma part, je ne connais que des gens plus ou moins atteints de maladies plus ou moins nombreuses à évolution plus ou moins rapide. »

En lisant *Knock ou le Triomphe de la médecine*, on se rend compte que ce faux docteur diagnostique chaque personne venant le voir comme malade, lui prescrivant à dessein des « soins » qui vont l'affaiblir, tout cela pour se créer une large clientèle qui le paiera grassement pour ses « services ». Le Dr Knock est un bon exemple (quoique fictif) des dérives médicales décrites par Illich.

Des données plus récentes corroborent aujourd'hui l'opinion d'Illich. Ainsi, d'après PEER et SHABIR (2018), l'iatrogenèse est la cinquième cause de décès dans le monde, et environ cinq à huit pour cent des décès dans le monde seraient dus à des événements indésirables médicamenteux (EIM). PEER et SHABIR (2018) rapportent également que selon une étude de l'OMS, plus de 700 000 personnes par an décèdent aux États-Unis à cause des EIMs. Compte tenu du fait que le système médical devrait avoir pour but de guérir et de prolonger la vie, découvrir que des centaines de milliers de personnes meurent chaque année à cause d'erreurs médicales dans un pays développé comme les États-Unis est frappant et devrait nous interpeller.

La critique de Illich semble donc être toujours d'actualité. Dès lors, on peut se demander si le système médical contemporain guérit plus qu'il ne rend malade.

Les racines de l'iatrogenèse de notre système médical industriel sont certainement multiples. J'aimerais relever un élément que je trouve important car omniprésent et pourtant à ma connaissance rarement discuté : le *conflit d'intérêt* du personnel soignant. En effet, le médecin occidental gagne de l'argent grâce à la maladie, et non pas grâce à la guérison. Tant que la personne est malade ou se considère comme telle, elle va avoir généralement tendance à chercher à être guérie par l'utilisation de moyens thérapeutiques. À partir du moment où la personne est guérie, le médecin, le thérapeute arrête de gagner de l'argent. Au-delà de l'aspect financier, le soignant qui

n'a plus de personnes à soigner est tout bonnement inutile, son estime de lui-même chute. Il ne peut plus se valoriser par un rôle positif de « sauveur ».

Il me semble probable que ce conflit d'intérêt explique au moins en partie les soins de santé inutiles voire dangereux. CARROLL (2017) rapporte les résultats d'un sondage de médecins américains : ainsi, ils déclarent que plus de 20 % de l'ensemble des soins médicaux sont inutiles. Cela comprend environ un quart des tests, plus d'un cinquième des prescriptions et plus d'un dixième des procédures. Compte tenu du fait que ce sont les médecins eux-mêmes qui ont évalué l'utilité des soins prescrits par eux, on peut supposer que la statistique réelle des soins inutiles est plus élevée que 20%. En effet, les médecins sont certainement favorablement biaisés envers l'efficacité des soins qu'ils procurent.

Illich parle également du système de production autonome et du système de production hétéronome. D'un côté, l'artisanat et les efforts de la communauté ou de l'individu pour se soigner sont des exemples du système de production autonome. De l'autre, l'industrie, la production de masse et le système médical moderne sont des exemples du système de production hétéronome. Pour Illich, les gens dans les cultures traditionnelles se rendaient compte par eux-mêmes qu'ils étaient malades et savaient regagner leur santé de manière autonome. Or, l'arrivée du système médical les aurait dépossédés de leur capacité à se diagnostiquer et à guérir par eux-mêmes. Canguilhem parle d'ailleurs de la médecine et de la connaissance autonome ou hétéronome des maladies : « C'est donc bien toujours en droit, sinon actuellement en fait, parce qu'il y a des hommes qui se sentent malades qu'il y a une médecine, et non parce qu'il y a des médecins que les hommes apprennent d'eux leurs maladies » (2005). En réalité dans le système médical contemporain c'est souvent l'inverse, puisque les personnes sont dépossédées de leur capacité à se définir par elles-mêmes comme malades. Maintenant, c'est surtout par les médecins que les personnes apprennent leurs maladies.

L'arrivée des TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) a quelque peu rebrassé les cartes puisque les gens peuvent utiliser Internet pour obtenir un diagnostic à partir de leurs symptômes, et cela selon plusieurs systèmes de médecine, par exemple allopathique ou alternative. Dans une certaine mesure, l'accès instantané à l'information en matière de santé correspond à ce qu'affirme Canguilhem concernant le fait que la santé serait quelque chose d'accessible au commun des mortels : « Il n'y a pas de science de la santé... Santé n'est pas un concept scientifique, c'est un concept vulgaire. Ce qui ne veut pas dire trivial, mais simplement commun,

à la portée de tous » (2002). Si donc il y a une perte d'autonomie massive, il n'est pas surprenant qu'il y ait de plus en plus de malades, parce qu'ils ne peuvent pas guérir uniquement par une intervention hétéronome.

### **Thérapies ouverte et fermée, guérisons individuelle et systémique**

Dans les soins en Occident, le cloisonnement entre corps et esprit n'est pas le seul qu'on peut observer. En effet, le malade est typiquement soigné « en alcôve » dans une relation confidentielle avec le thérapeute. Cette tendance serait liée à la pratique religieuse de la confession dans les églises chrétiennes (LEMAIRE & HELLAL, 2016). Exceptionnellement, le malade peut être soigné par une équipe lors d'une opération chirurgicale. Or, les médecines traditionnelles incluent plus volontiers la communauté du malade (son groupe d'appartenance) dans le cadre de rituels pratiqués en groupe (STROEKEN, 2010). D'ailleurs, historiquement dans la chrétienté antique, la confession des péchés a d'abord été pratiquée publiquement, de manière audible pour tous les membres de la communauté et ce n'est que vers le VII<sup>ème</sup> siècle que s'opère une privatisation de la confession (LEMAITRE, 1983).

À contre-courant des pratiques occidentales du soin isolant le malade, les thérapies familiales ont vu le jour, favorisant l'ouverture du cadre et le lien à l'autre, dans un esprit d'inclusion plutôt que d'exclusion. Cela tient certainement à la conception de la maladie ou du symptôme qui est vu non pas exclusivement comme étant produit par un individu, mais plutôt par tous les membres du système, les membres d'un système étant les personnes qui sont en lien les unes avec les autres (MONY, 1995). Si donc une guérison est souhaitée, il semblerait logique du moment qu'on accepte cette conception de la maladie d'intégrer de multiples éléments du système plutôt qu'un seul dans le cadre de la thérapie. Ainsi, il ne s'agit plus de guérison corporelle, mentale, ou encore transcendente, qui sont des guérisons de type individuel, mais de guérison d'un système.

### **Événements thérapeutiques en-dehors des lieux prévus au soin**

Dans le livre *Vol Au-Dessus d'un Nid de Coucou* (*One flew over the cuckoo's nest*) ainsi que dans la pièce et le film du même titre, le protagoniste Mr McMurphy simule la folie pour échapper à la justice et réussit à être interné (KESEY, 1962). Bientôt, il se rend compte qu'il ne peut plus quitter l'asile psychiatrique. Face à la perte des libertés qu'il constate, il influence les autres internés dans le sens de la dissidence et

de l'insoumission. L'institution commence à perdre le contrôle des internés et finit par lobotomiser McMurphy pour mater la rébellion. C'est un exemple romanesque d'un environnement dédié au soin et à la thérapie qui se transforme en un lieu aliénant, pathogène. Cependant, bien que ce ne soit qu'un roman, Ken Kesey (1935–2001) – qui était d'ailleurs une personnalité importante de la contre-culture des années 1960 – s'est fortement inspiré de son expérience d'aide-soignant dans une institution de santé mentale pour écrire son livre. Et en réalité, cela n'est nullement restreint à la fiction, puisque le psychologue David Rosenhan (1929–2012) a montré en 1973 que des gens sains prétendant entendre des voix pour être internés avaient été dans une majorité de cas diagnostiqués schizophrènes. Après avoir été autorisés à sortir de l'hôpital psychiatrique, les rapports indiquent « schizophrénie en rémission », ce qui signifie qu'une fois labellisés schizophrènes, ils le sont restés aux yeux de l'institution. Le danger serait que les patients puissent accepter le diagnostic et agir en conséquence, le diagnostic devenant une prophétie auto-réalisatrice. Le staff des hôpitaux concernés n'a pas formé de soupçons que les pseudopatients simulaient, au contraire des vrais patients qui s'en sont parfois rendu compte. Inversement dans une autre expérience, le staff a été averti que des pseudo-patients allaient se présenter dans les mois à venir, ils ont donc commencé à soupçonner des gens qui venaient consulter qu'ils simulaient alors qu'en réalité aucun pseudo-patient ne s'était présenté. De plus, d'autres mesures ont indiqué que le staff se comportait de manière dépersonnalisée et évitante avec les patients, passant peu de temps à interagir avec eux ; d'ailleurs plus un membre du staff était hiérarchiquement haut placé, moins il passait de temps avec les patients. Le ressenti des pseudo-patients était marqué par un profond sentiment d'impuissance. Ils ne furent autorisés à sortir de l'hôpital en moyenne qu'après 19 jours, alors qu'à partir du moment où ils sont entrés dans l'hôpital ils n'ont pas présenté de comportement ou de perceptions anormales.

Cette étude se situe dans la mouvance de l'antipsychiatrie ; cette dernière a mené à la création de lieux de soin alternatifs qui se revendiquent de la psychothérapie institutionnelle, comme aux cliniques de La Borde et de La Chesnaie en France.

Si donc les lieux dédiés à la guérison peuvent avoir des effets contraires à leur objectif, inversement on peut se demander dans quelle mesure des lieux n'ayant rien à voir avec la guérison peuvent justement la favoriser.

Si on tient compte du fait que l'adaptation à la société implique le fait d'être relié à des gens, on peut affirmer que tout lieu permettant que des gens se rencontrent est



potentiellement thérapeutique. En sociologie, on parle du troisième lieu (OLDENBURG & BRISSETT, 1982). C'est un lieu qui n'est ni la maison, ni le lieu de travail. Cela peut être un bar, une bibliothèque, un square, etc. À la clinique de La Chesnaie, qui pratique la psychothérapie institutionnelle, on parle également de la troisième population (DUCOUDRAY & POURQUIÉ, 2018). Ce ne sont ni les patients, ni les thérapeutes, mais les visiteurs de la clinique, des intrus en quelque sorte.

### **L'articulation entre la santé et la culture**

Illich affirme que la santé est un enjeu pris en charge par la culture. Il contraste la culture médicale moderne avec les cultures traditionnelles. Deux citations mettent cela en lumière :

Toute culture élabore et définit une façon particulière d'être humain et d'être sain, de jouir, de souffrir et de mourir. Tout code social est cohérent avec une constitution génétique, une histoire, une géographie données et avec la nécessité de se confronter avec les cultures avoisinantes. Le code se transforme en fonction de ces facteurs, et avec lui se transforme la « santé ». Mais à chaque instant le code sert de matrice à l'équilibre externe et interne de chaque personne ; il engendre le cadre dans lequel s'articule la rencontre de l'homme avec la terre et avec ses voisins, et également le sens que l'homme donne à la souffrance, à l'infirmité et à la mort. C'est le rôle essentiel de toute culture viable de fournir des clés pour l'interprétation de ces trois menaces, les plus intimes et les plus fondamentales qui soient. *Plus cette interprétation renforce la vitalité de chaque individu et plus elle rend la pitié envers l'autre réaliste, plus on peut parler d'une culture saine.* [nous soulignons]

Ce pouvoir générateur de santé, inhérent à toute culture traditionnelle, est foncièrement menacé par le développement de la médecine contemporaine. L'institution médicale est une entreprise professionnelle, elle a pour matrice l'idée que le bien-être exige l'élimination de la douleur, la correction de toute anomalie, la disparition des maladies et la lutte contre la mort. Elle renforce les aspects thérapeutiques des autres institutions du système industriel et assigne des fonctions hygiéniques subsidiaires à l'école, à la police, à la publicité et même à la politique. Le mythe aliénant de la civilisation médicale cosmopolite parvient ainsi à s'imposer bien au-

delà du cercle dans lequel l'intervention du médecin peut se manifester.  
(p. 132-133)

Il poursuit :

L'efficacité de ce programme traditionnel repose sur l'intégration d'aspects techniques, sociaux et symboliques, équilibre qu'à un certain moment vient ébranler l'invasion de la civilisation médicale cosmopolite. Celle-ci substitue à un programme d'action personnel un code par lequel les individus sont tenus de se soumettre aux instructions émanant des thérapeutes professionnels. Elle remplace une hygiène centrée sur l'acte personnel par une autre, centrée sur la prestation professionnelle. L'institution assume la gestion de la fragilité, et en même temps restreint, mutile et finalement paralyse la possibilité d'interprétation et de réaction autonome de l'individu confronté à la précarité de la vie. L'efficacité que les personnes et les petites communautés peuvent atteindre en prenant soin d'elles-mêmes dans une société traditionnelle ne débouche pas sur la concurrence qui caractérise le mode de production industriel. Quand l'idéal d'une prise en charge de la santé par l'agence médicale devient dominant, l'équilibre entre deux modes de production complémentaires est définitivement rompu. (p. 134-135)

### **Les facteurs d'émergence d'événements thérapeutiques hors cadre**

Lors de ma formation de psychologue clinicien, j'ai eu l'opportunité de participer à des événements thérapeutiques se déroulant en-dehors des cabinets des psychiatres ou des psychologues, en-dehors des cliniques, des hôpitaux et des différents services de santé mentale. Je fais ici référence aux « Cliniques de Concertation », des rencontres où intervenants, membres des familles et toute personne intéressée se retrouvent dans des lieux comme des centres culturels ou des salles des fêtes. Ce dispositif est typiquement utilisé dans des situations où une famille en détresse active un grand nombre d'intervenants qui se retrouvent eux-même en détresse à cause de la difficulté de la prise en charge. Les « CdC » bénéficient non seulement aux familles, mais également aux intervenants. Je me suis posé la question des facteurs favorisant l'apparition d'événements thérapeutiques lors des « CdC ».

À mon sens, on peut isoler plusieurs facteurs importants dans l'émergence d'événements thérapeutiques hors cadre thérapeutique :

- **La culture** : Comme l'a décrit Illich, deux cultures radicalement différentes s'opposent concernant la santé : l'hétéronomie et l'autonomie. Pour ceux qui sont en détresse, il est préférable d'adopter une culture de l'autonomie, fondamentalement différente de la culture médicale contemporaine où règne l'hétéronomie. Dans l'autonomie, les usagers sont actifs, alors que dans l'hétéronomie ils sont passifs. Dans le vocabulaire de la « CdC », les familles détiennent l'essentiel des forces convocatrices. C'est d'ailleurs important que cela soit reconnu par les intervenants, comme l'indique le premier principe régulateur de la « CdC » (LEMAIRE, 2007). Il ne s'agit pas d'une reconnaissance purement intellectuelle, mais bien plutôt d'un respect concret de l'autonomie de la famille. Cela pousse les intervenants en-dehors des sentiers battus, car la famille suit un chemin de guérison qui ne se laisse pas mettre en boîte par un cadre institutionnel. Les intervenants doivent donc éviter de prendre le pouvoir sur les familles par une position d'expert au service d'une culture de l'hétéronomie. Au contraire, les professionnels se laissent guider et apprennent à mieux exercer leur métier grâce aux familles.

Pour revenir à une culture de l'autonomie dans le monde occidental, il faut développer et appliquer des techniques, une vision du monde alternative avec ses symboles et ses rituels. Certaines zones géographiques ont cet avantage d'avoir conservé leur ancrage dans une culture traditionnelle pré-industrielle. Par exemple en Kabylie, on trouve le conseil des sages (*tajmaat*) qui intervient dans des cas qui requièrent une concertation (LEMAIRE & HELLAL, 2016).

En Occident, certaines techniques et concepts nourrissent une culture de l'autonomie. Par exemple la Thérapie Contextuelle de Boszormenyi-Nagy et son extension dans les « Cliniques de Concertation » (« CdC ») du Dr Lemaire. Il s'agit de créer une atmosphère particulière grâce à cette culture. Cette atmosphère est caractérisée par un espace inclusif où règnent la bienveillance, le respect, la confiance et la gratitude, guidée par des principes régulateurs permettant le développement harmonieux des potentialités saines des familles. Nous avons déjà abordé le premier principe régulateur, mais mentionnons brièvement les deux autres, c.à.d. l'ouverture radicale et rigoureuse du dispositif ainsi que la règle selon laquelle il faut parler des absents comme s'ils étaient présents (LEMAIRE, 2007).

Quand les professionnels se comportent selon ces principes régulateurs, les membres des familles peuvent par isomorphisme ou apprentissage vicariant comme le disaient BANDURA et ROSS (1963) les appliquer eux-mêmes et ainsi renforcer l'atmosphère

appropriée pour l'émergence d'événements thérapeutiques. Enfin, malgré les similitudes, il serait inexact de s'imaginer que le *tajmaat* serait l'équivalent d'une « CdC », puisque le premier a tendance à comprendre uniquement les anciens, à exclure donc les jeunes et les femmes, au contraire du second dispositif, plus ouvert. Cependant, le dénominateur commun est sans doute que les deux dispositifs sont l'expression d'une même culture de l'autonomie, de l'autogestion, située en-dehors des circuits stéréotypés et hétéronomes du soin médical classique. En prenant la métaphore d'un feu thérapeutique concertatif, on peut considérer le facteur de la culture comme étant la connaissance nécessaire à la domestication du feu.

• **Le lieu ou l'espace** : La culture médicale de l'hétéronomie influençant surtout les institutions comme les hôpitaux et les cliniques, il vaudrait peut-être mieux s'orienter ailleurs, comme par exemple dans des écoles ou des centres culturels, c.à.d. des troisièmes lieux qui ne sont normalement pas dédiés aux soins. OLDENBURG (1999) donne huit caractéristiques du tiers-lieu. Leur description dépasse le cadre de cet article, toutefois, en résumant leur effet, ces caractéristiques ont pour conséquence que les endroits qui en sont pourvus deviennent agréables, favorisant l'échange et l'ouverture.

Bien qu'un tel lieu soit idéal, il ne faut pas dédaigner le premier lieu (le foyer familial), ni même le deuxième (le lieu de travail). Si la famille accueille les intervenants chez elle, c'est une marque de confiance réciproque. Or, pour BOSZORMENYI-NAGY et SPARK (2013) « l'essence de la thérapie et de tout rapport humain est d'augmenter la capacité de s'impliquer et d'avoir confiance ». Recevoir quelqu'un chez soi, c'est de l'hospitalité, ce qui implique un don, généralement de boisson ou de nourriture. Pour MAUSS (1923), l'échange de cadeaux est une pratique universelle et intemporelle. Derrière des pratiques d'apparente générosité, gratuité et liberté se cache un cadre très strict de règles et codes sociaux qui oblige à donner, à recevoir et à rendre. Le refus de donner, recevoir ou rendre signifierait une rupture des rapports sociaux : « Refuser de donner, négliger d'inviter, comme refuser de prendre, équivaut à déclarer la guerre ; c'est refuser l'alliance et la communion ». En définitive, « le don est donc à la fois ce qu'il faut faire, ce qu'il faut recevoir et ce qui est cependant dangereux à prendre. » Ajoutons ici une observation sur une particularité de la langue française : le mot « hôte » désigne aussi bien celui qui accueille que celui qui est reçu. Dans l'hospitalité réussie, l'hôte qui reçoit et l'hôte reçu ne font qu'un. Si on veut faire brûler un feu (thérapeutique), il vaut mieux choisir un lieu à l'abri du

vent et de la pluie, où l'air est abondant, enfin un endroit où l'on s'enfume pas dans une atmosphère toxique. Un endroit où l'on se sente en sécurité et libre de développer son autonomie ainsi que celle de son réseau.

- **Le nombre de participants** : En général, plus il y a de participants, mieux c'est. C'est le lien qui soigne. Pour les gens en détresse, le fait de voir arriver de nombreuses personnes pour elles et dans de bonnes intentions ne peut être que touchant. Cela montre bien que le réseau est prêt à faire un effort, à s'investir pour la guérison de ses éléments. Mais il y a plus. Notre identité se constitue aussi par l'interpolation avec autrui, et être en présence des autres (qu'ils nous connaissent ou pas) nous renseigne sur nous-mêmes. Se retrouver avec d'autres dans une atmosphère bienveillante, sans pour autant éluder les points de désaccord, c'est retrouver une part de soi-même qui ne peut se matérialiser qu'en présence d'autrui. Cela signifie qu'il y a un contexte de radicalisation de l'extensivité, loin du paradigme du colloque singulier ou de « l'alcôve ». On peut ajouter que le feu thérapeutique concertatif ne peut dépasser le stade du feu de paille que s'il y a suffisamment de matière combustible, c.à.d. de personnes présentes. D'ailleurs, des éléments auparavant éteints du système peuvent être amenés à brûler par transmission de combustion « de proche en proche ». En d'autres termes, une première rencontre en « CdC » peut susciter l'intérêt de nouvelles personnes qui seront présentes lors d'une deuxième « CdC ».

- **La diversité des participants** : La radicalisation de l'extensivité s'applique non seulement par rapport à l'affluence des participants, mais aussi concernant leur diversité. Plus il y a de diversité, mieux c'est.

La multiplicité des participants est souhaitable concernant les intervenants : Ainsi surgit une multiplicité de points de vue des professionnels, qu'ils soient de type psychiatrique, psychologique, éducatif, judiciaire ou autre. Cette multiplicité des savoirs permet d'obtenir une désobjectivation de la famille et des personnes désignées malades ou déficitaires, ces dernières trouvant une position de sujet.

D'une manière plus générale, il est bon que les différents genres, âges, classes sociales, amis proches et même espèces (chiens, chats et autres animaux de compagnie) soient présents. Chaque élément du système est important, et les étincelles thérapeutiques concertatives peuvent fulgurer à partir d'éléments en apparence anodins.

Enfin, « un sujet n'est rien d'autre qu'une manière de s'inclure dans un ensemble en se définissant non pas par rapport au tout mais dans une relation à certains éléments, et

de telle sorte que cette inclusion ait pour horizon une transformation d'un ou plusieurs éléments de la situation. Et l'élément surnuméraire, 'l'intrus', celui qui peut appartenir à un ensemble sans titre, celui-ci est le témoin de ce que les limites du système ne sont jamais figées – en somme, que du sujet est toujours possible » (MANIGLIER, 2006). De nouvelles personnes permettent une nouvelle dynamique, une transformation, une ouverture sécurisée d'un système figé.

Mentionnons également que la troisième population permet la création de nouveaux liens, ce qui est thérapeutique en soi. Elle assure un cadre ouvert et inclusif, toujours dans un esprit de radicalisation de l'extensivité. Le feu thérapeutique ne brûle bien qu'avec des éléments divers, de la paille ou du papier journal au début, du bois ensuite.

- **L'estompage des frontières** : Il n'est plus clair qui est soignant et qui est soigné. On ne sait plus très bien qui cherche à guérir l'autre et qui cherche à se guérir. Cela a pour conséquence que la relation hiérarchique entre soignant et soigné ou entre intervenant et usager s'atténue. Cette situation peut faire peur aux professionnels qui perdent leur rôle clairement défini, leurs certitudes et leurs habitudes. Cependant, elle favorise un contact authentique entre les gens, qui agissent donc moins en fonction de leur rôle, mais plutôt en fonction de qui ils sont en tant que sujets. De plus, elle permet un échange, une humilité, un don renforcés. On pourrait croire qu'une incertitude identitaire pourrait être contre-productive, mais c'est en réalité l'inverse. En effet, les gens qui ont reçu un diagnostic peuvent en pâtir s'ils s'identifient à l'assignation qu'on leur a donnée. Une incertitude quant à leur statut est salutaire, car ils peuvent se saisir de cette opportunité pour se redéfinir comme sains.

Comme nous l'avons vu précédemment, un asile psychiatrique n'est pas nécessairement un endroit propice à la guérison. Cependant, dans le film *K-PAX* basé sur le livre du même nom, un interné diagnostiqué de psychose soigne les autres patients qu'il rencontre, ce qui lui vaut des remontrances de son psychiatre, qui finalement est étonné que les patients soignés par ce monsieur guérissent (BREWER, 2001). On remarque que dans ce cas, ce ne sont pas les thérapeutes de l'hôpital qui opèrent la guérison, mais le patient, ce qui crée un conflit lié aux rôles et au pouvoir. Dans cette histoire, on voit que l'on peut penser les relations entre patients et thérapeutes ou plutôt entre intervenants et usagers d'une manière différente. Il devient concevable qu'un usager apporte son soutien à un autre usager, et même qu'un usager soutienne un intervenant. Ce dernier dans une « CdC » n'est plus seulement intervenant, il de-

vient aussi d'une certaine manière usager en bénéficiant du dispositif.

Pour reprendre la métaphore du feu en thérapie concertative : Des éléments différents comme des brindilles, de l'écorce, du bois se transforment tous en flamme et en fumée, on ne peut plus les distinguer.

- **La continuité et le rythme** : La santé des systèmes ne peut normalement pas être recouverte en une intervention. Il est important que le réseau créé reste en place et se renforce. Ainsi, les liens forment une trame suffisamment solide pour que les familles et les professionnels puissent s'appuyer dessus d'une manière diachronique. Cela permet également aux éléments les plus incontrôlables du système de tester la solidité des liens. La continuité des rencontres concertatives est à associer avec le rythme des concertations, puisqu'il faudra déterminer les laps de temps séparant les rencontres. L'expérience montre que des temps d'espacement de trois à six mois sont praticables. Un feu thérapeutique concertatif ne dure que si on continue à l'alimenter.

- **Les ressources résiduelles** : L'évolution positive du réseau sera également fonction des ressources résiduelles découvertes et utilisées dans celui-ci. Il s'agit de capacités comme de savoir bien danser ou bien cuisiner, de relations positives comme par exemple avec un animal de compagnie, de découvrir une synergie entre intervenants autour d'une même famille, etc. Il y a toujours des ressources résiduelles dans un réseau, et les découvrir est thérapeutique, parce que le point de vue ne se focalise plus sur les déficits mais au contraire sur les ressources. Une fois que les ressources sont identifiées et verbalisées, elles sont naturellement exploitées, modifiant les flux du réseau de manière thérapeutique. Dans la métaphore du feu thérapeutique, les ressources résiduelles sont les braises ou les étincelles potentielles qui peuvent venir déclencher une combustion.

### **Un dispositif au cadre élargi**

Un dispositif thérapeutique prenant le système médical contemporain à contre-pied, véhiculant une culture de l'autonomie de la guérison, permettant d'inclure une troisième population dans des lieux tiers, voilà qui contribuerait grandement à la santé. En réalité, ce genre de dispositif existe déjà dans nombre de sociétés traditionnelles, mais il s'agit de le recréer là où il fait défaut. Dans nos cas de figure, les gens qui activent de multiples services et institutions dans leur détresse sont en quelque sorte dans une recherche de lien, de réseau qui pourrait les soutenir. Ce sont donc eux qui ont l'initiative, qui nous activent par leurs comportements qui ne répondent

pas à la norme. La réponse du réseau peut venir sous différentes formes, morcelée ou intégrée. Dans sa forme morcelée, les intervenants n'ont pas ou peu de contact entre eux, et n'interviennent que sur un ou peu d'éléments du système. Une réponse intégrée convoque les intervenants, les familles, et accueille les intrus au sein d'une même rencontre. Il existe en Occident quelques courants de thérapie de groupe ou de thérapie familiale qui favorisent l'ouverture du cadre thérapeutique. Parmi celles-ci la « CdC » diffuse une contre-culture thérapeutique où l'ouverture est pratiquée radicalement, accompagnée d'outils et de rituels comme le « Sociogénogramme ». Cette « CdC » est issue de la thérapie contextuelle de Nagy. Le « Sociogénogramme » est une sorte de carte où se mêlent géographie, et liens humains de nature professionnelle. Ces pratiques nouvelles sont la manifestation de la transformation des conceptions occidentales classiques de la santé et de la maladie ainsi que de la manière de traiter les malades ou appelés tels. La psychothérapie intégrative est un exemple connu de cette transformation ; d'ailleurs la thérapie contextuelle de Nagy est intégrative, avec la dimension des faits, de l'individu, du système, du contexte. Mentionnons aussi Madame Ducommun-Nagy et son concept de la cinquième dimension qu'on pourrait appeler transpersonnelle ou transcendente. Un autre exemple d'approche intégrative avec une culture propre est le *Systemic Healing* (GOETZ & CARON, 2005).

### **Des idées pour le futur de la « Clinique de Concertation »**

Je n'ai jusqu'ici pu assister qu'à quelques « CdC », et il est peut-être trop tôt pour s'exprimer sur ce dispositif. Cependant, l'idée qui m'est venue en y participant c'est qu'il s'agit d'un événement festif. Cette impression s'est retrouvée confirmée par une réflexion analogue de Camille Berthet, également ancienne stagiaire du Dr Lemaire. Elle m'a dit après avoir participé à sa première « CdC » qu'elle avait eu l'impression d'avoir assisté à un banquet ou un festin. Puis à Brive-la-Gaillarde, le Dr Lemaire a raconté une anecdote d'une enfant à Orléans qui disait que « la fête d'il y a trois jours, c'était bien ! » À quoi une intervenante a répondu qu'elle devait confondre avec son anniversaire d'il y a deux semaines, mais la petite fille a insisté en disant que c'était la fête d'il y a trois jours ; il s'agissait bien de la « CdC » qu'elle voyait comme une fête.

Le psychologue algérien Salah Khachekhouche nous a raconté que la mère d'un petit de sept ans appelé Hadjed lui a dit : « Est-ce que tu peux dire aux autres participants que les concertations avec les professionnels, c'est la fête ? » Elle parlait uniquement



des concertations, pas des « CdC », mais c'est significatif qu'elle ait dit cela, puisqu'il y a beaucoup de points communs entre une concertation et une « CdC ».

Une autre anecdote alimente ces réflexions : Le Dr Lemaire en visite en Algérie a eu la chance de s'adresser à un tajmaat, qui a répondu à ses questions. Il a demandé à quoi servait le tajmaat, et on lui a répondu que « Cela sert à organiser la fête », c.à.d. à déterminer lors de la fête du village combien chaque famille contribue en termes d'apport financiers en fonction des ressources des familles. Et le Dr Lemaire d'insister, en axant ses questions sur les conflits, demandant si le tajmaat s'occupe d'intervenir quand il y a des frictions concernant la vieille question de la propriété des fruits d'un arbre planté dans un jardin, dont les branches laissent tomber les fruits dans un deuxième jardin ; ou bien encore concernant l'approche à adopter quand des étrangers arrivent au village. On lui répond qu'effectivement, le conseil des sages s'occupe de ces questions. Étant donné la ressemblance entre la « CdC » et le tajmaat, il est frappant de constater que la fonction première mentionnée pour le tajmaat soit d'organiser les fêtes. En « CdC », on travaille ensemble avec plaisir. Là aussi s'estompe une autre frontière, c.à.d. celle entre le travail et l'intime.

Qu'est-ce qui constitue une fête ? C'est de se retrouver ensemble, de partager dans une ambiance chaleureuse, joyeuse, un moment de convivialité. Une fête, c'est aussi s'amuser, prendre plaisir. Il y a tant de formes différentes de l'expression de la joie, mais celles que je trouve récurrentes à travers les cultures et les âges sont : le partage de la nourriture, la danse, la musique. J'imagine donc pour conclure un cheminement concertatif avec des familles et des intervenants une dernière rencontre où les gens se retrouveraient pour fêter ensemble, autour d'un repas concertatif par exemple. Comme me disait Christof May qui était alors vicaire de l'église Sankt Bonifatius à Wiesbaden en Allemagne : « Le sens de la vie, c'est de faire la fête ! » (Der Sinn des Lebens ist zu feiern!).

En guise de conclusion, je dirais que la « CdC », c'est une célébration de la vie.

## Références

- BANDURA, A. & ROSS, D. (1963). Vicarious reinforcement and imitative learning. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(6), 601-607.
- BENTALL, R. P. (2017). *Madness Explained : Psychosis and Human Nature*. London, England : Penguin Books.
- BÉZY, O. (2009). « La santé c'est la vie dans le silence des organes ». *La revue lacanienne*, 3(1), 47. doi :10.3917/lrl.091.0047
- BOHART, A. C. (2000). The Client Is the Most Important Common Factor : Clients' Self-Healing Capacities and Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 127-149.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. & SPARK, G. M. (2013). *Invisible Loyalties*. New York, USA : Routledge.
- BOTTIGER, W. (2007). *Chinese Traditional Medicine – An Approach Towards Holistic Medicine*. Korea Education Incorporated.
- BOYD, K. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness : exploring some elusive concepts. *Medical Humanities*, 26(1), 9-17.
- BREWER, G. (2001). *K-PAX*. New York, NY, USA : St. Martin's Press.
- BRUCKNER, P., TABUTEAU, D. & DURAND, J.-P. (2003). C'est la vie entière qui est devenue comme une maladie... *Les Tribunes de la santé*, 1(1), 105.
- CANGUILHEM, G. (2005). *Le normal et le pathologique*. Paris, France : PUF.
- CANGUILHEM, G. & ZALOSZYC, A. (2002). *Ecrits sur la médecine*. Paris, France : Seuil.
- CAREY, B. (2011). Expert on Mental Illness Reveals Her Own Fight. Récupérée à partir de <https://www.nytimes.com/2011/06/23/health/23lives.html>
- CARROLL, A. E. (2017). The High Costs of Unnecessary Care. *JAMA*, 318(18), 1748. doi :10.1001/jama.2017.16193
- DEMARET, A., ENGLEBERT, J., FOLLET, V. & MORMONT, C. (2014). *Éthologie et psychiatrie valeur de survie et phylogenèse des maladies mentales* (2<sup>e</sup>éd.). Bruxelles : Mardaga.
- DUCOUDRAY, A. & POURQUIÉ, J. (2018). *La troisième population*. Futuropolis.
- ENGLEBERT, J. & FOLLET, V. (2016). *Adaptation : essai collectif à partir des paradigmes éthologiques et évolutionnistes*. Paris, France. : MJW Fédition.
- FRAWLEY, D. (1999). *Yoga and Ayuryeda : Self-Healing and Self-Realization*. Twin Lakes, Wisconsin, USA : Lotus Press.

- GOETZ, D. R. & CARON, W. (2005). Systemic Healing : An Ecosystemic Biopsychosocial Integration Applied to Clinical Practice in the Care of Sick Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(1), 53-63. doi :10.1177/1359104505048791
- HAGGARD, H. W. (1929). *Devils, Drugs, and Doctors : The Story of the Science of Healing from Medicine Man to Doctor*. New York, New York, USA : Blue Ribbon Books.
- HUBER, M., KNOTTNERUS, J. A., GREEN, L., van der HORST, H., JADAD, A. R., KROMHOUT, D., ... SMID, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, d4163. doi :10.1136/bmj.d4163
- ILLICH, I. (1975). *Némésis Médicale*. Paris : Seuil.
- KENNY, E. & NICHOLS, E. G. (2017). *Beauty around the world : a cultural encyclopedia*.
- KESEY, K. (1962). *One flew over the cuckoo's nest*. New York, NY, USA : The Viking Press.
- LEMAIRE, J. M. (2007). Liens soignés, liens soignant « Cliniques de concertation » et violences de quartiers. *Cahiers de psychologie clinique*, 28(1), 99-120. doi :10.3917/cpc.028.0099
- LEMAIRE, J. M. & HELLAL, S. (2016). *De Proche en Proche. Proximité et Travail Thérapeutique de Réseau, une formation à l'épreuve du terrain*. Alger, Algérie : Barzakh.
- LEMAITRE, N. (1983). Confession privée et confession publique dans les paroisses du XVIe siècle. *Revue d'histoire de l'Église de France*, 69(183), 189-208. doi :10.3406/rhef.1983.3304
- LERICHE, R. (1936). Introduction générale : De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies, où va la médecine? *Encyclopédie française*, 6.
- MANIGLIER, P. (2006). Comment se faire sujet? Philosophe à partir des "Cliniques de Concertation". In *Actes du 3ème Congrès International de la "Clinique de Concertation"*, Paris, France.
- MAUSS, M. (1923). *Essai sur le Don. Forme et Raison de l'Échange dans les Sociétés Archaïques*.
- MONY, E. (1995). *Panorama des thérapies familiales*. Paris, France : Seuil.

- OLDENBURG, R. (1999). *The Great Good Place : cafés, coffee shops, bookstores, bars, hair salons, and other hangouts at the heart of a community*. New York : Marlowe.
- OLDENBURG, R. & BRISSETT, D. (1982). The third place. *Qualitative Sociology*, 5(4), 265-284. doi :10.1007/BF00986754
- OMS. (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946. In *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2* (p. 100).
- PEER, R. & SHABIR, N. (2018). Iatrogenesis : A review on nature, extent, and distribution of healthcare hazards. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(2), 309. doi :10.4103/jfmpc.jfmpc\_329\_17
- ROMAINS, J. (1991). *Knock ou le Triomphe de la Médecine*. Paris, France : Gallimard.
- ROSENHAN, D. L. (1973). On Being Sane in Insane Places. *Science*, 179(4070), 250-258. doi :10.1126/science.179.4070.250
- SCHRÖDINGER, E. (1935). Die gegenwärtige Situation in der Quantenmechanik. *Naturwissenschaften*, 23(49), 823-828.
- SERREAU, C. (1992). La Crise. AMLF (Paris).
- STOKES, S. (2018). *The Philosophical Physician : Maintaining the Balance*. Fort Myers, Florida, USA : Pretty Lotus Press.
- STROEKEN, K. (2010). Why magic works : Systemic Healing. In *Moral Power : The Magic of Witchcraft* (Chap. 2, p. 41-66). Berghahn Books, Inc.
- SZASZ, T. (1961). *The Myth of Mental Illness*. New York : Harper & Row.
- THOMAS-LAMOTTE, P.-J. (2008). *Et si la maladie n'était pas un hasard ?* Paris, France : Le Jardin des livres.