

Régénérer un lien social institutionnel en psychiatrie à partir d'un acte de parole

Annabelle Ponroy, psychologue clinicienne, *EPSM de St Ave (56)* :

S'il est vrai que lentement, incidemment, assurément, un nouveau discours pénètre l'hôpital psychiatrique, s'il est inquiétant de s'apercevoir que des politiques de plus en plus hygiénistes, de plus en plus sécuritaires, de plus en plus rigides voient le jour, s'il est incontestable que les directives de la haute autorité de santé se font de plus en plus dirigistes et laissent peu de place à la parole des soignants, il est encore possible de parler.

Il est encore possible de parler, c'est de cela dont je voudrais faire témoignage.

S'il est tout à fait nécessaire de prendre la parole dans nos institutions, nous avons à être vigilent à ne pas nous enfermer dans la contestation.

Je vais tenter d'analyser, à partir de ma pratique et de la position que j'ai choisie d'occuper dans l'institution dans laquelle je travaille, comment les effets d'un acte peuvent non seulement régénérer un lien social institutionnel, mais redonner à celui qui le pose le souffle nécessaire pour continuer à parler, à désirer, à travailler.

Je me suis trouvée dans des appartenances que je n'avais pas prévues lorsque j'ai commencé à travailler à l'hôpital psychiatrique. Mon travail dans une telle institution m'a confronté à la question d'une responsabilité politique. C'est à partir de cette responsabilité là que je me suis intéressée à la question du totalitarisme ou plutôt à la question des contrepouvoirs. A partir de quel moment un discours devient-il totalitaire ? Je ne donnerais pas de réponse aujourd'hui à cette question difficile, seulement quelques pistes de réflexions qui ne prétendent en rien faire le tour de la question.

Mais peut-être pouvons-nous dire qu'un discours emprunte la pente totalitaire lorsqu'il flirte avec deux choses : 1- lorsqu'il se propose comme seul discours possible en peinant à préserver de la diversité. 2- et lorsqu'il se dépouille de toute possibilité d'interprétation, c'est à dire lorsque est effacé la poésie de la langue. Lorsque le langage n'est plus en possibilité poétique, lorsqu'il ne laisse plus de place à l'imagination. Il y a un écart entre les descriptions d'un Pinel par exemple et le DSM. Si vous lisez les psychiatres classiques vous allez vite vous apercevoir que vous pouvez dans ces lectures y mettre du vôtre, se sont des textes qu'il est encore possible de lire, il y a là, de la possibilité de lecture, on peut être lecteur de ces textes, c'est à dire rêver. Nous ne pouvons pas réduire la lecture à un simple déchiffrement de signes. Je m'étais toujours demandé pourquoi je n'arrivais jamais à lire ces fameux protocoles où ces fameuses directives jusqu'au bout, je crois que c'est parce que fondamentalement il n'y a rien à y lire, rien de plus que dans la notice de fonctionnement de mon magnéscope.

Le discours ou les discours qui pénètrent l'hôpital psychiatrique aujourd'hui sous la forme de directives édictées par la haute autorité de santé sont-ils de cet ordre là ? Je ne sais. Mais la question se pose quand même de savoir comment assurer dans nos institutions le maintien de la diversité et de l'innovation.

Dans le fond, le danger de ces protocoles c'est quoi ? Parce que l'on s'insurge contre ces protocoles, pourquoi pas, mais encore faudrait-il savoir non seulement contre quoi on s'insurge, mais aussi se poser la question de savoir si s'insurger est la meilleure façon de faire.

Ces protocoles peuvent être dérangeants et inquiétants non pas parce qu'ils seraient remplis de mauvaises idées ; ce n'est pas leur contenu qui est en cause, c'est le principe même. Parce que tout dispositif trouve ses limites dès lors qu'il cesse d'être « poussée

instituant »¹ ? Toute idée aussi novatrice soit-elle, porte en son sein le danger d'étouffer ce qu'elle a fait naître en s'instituant. Toute idée ne semble plus opérante, dès lors qu'elle n'est plus marquée d'un désir, et s'érige en modèle. La véritable impasse dans laquelle nous plongeons les protocoles de soins, c'est l'impasse de la modélisation.

Parce qu'il y a tout à fait une illusion à penser qu'il y aurait dans le soin psychique un modèle à appliquer, nous ne pouvons pas en psychiatrie faire l'économie de la rencontre, faire l'économie du lien, faire l'économie du transfert. Et l'économie que ces protocoles tentent de réaliser, nous la payons très cher. C'est tout à fait ce que j'ai pu mesurer lors de l'intervention que j'ai faite à l'hôpital dans lequel je travaille. Il m'a été fait la proposition de prendre la parole lors de la « journée qualité » organisée au sein de l'hôpital, et dont le thème portait sur « l'évaluation des pratiques professionnelles ». Si l'organisation de telles journées s'explique dans la volonté d'une administration de présenter sous son meilleur jour la mise en place d'une évaluation que les professionnels ne voient pas d'un très bon œil, il n'en reste pas moins que parmi les organisateurs d'une telle journée quelqu'un a eu l'idée de solliciter une réflexion concernant cette évaluation. Cette personne dans son souci de proposer un autre discours, s'est adressée à moi. Il me restait la délicate entreprise d'intervenir, de dire, sans m'engouffrer dans de la contestation, parce que le discours contre (j'y reviendrai de manière plus précise tout à l'heure) est toujours un discours qui parle la langue de l'autre.

Mon intervention lors de cette journée et dont le titre était « vers l'analyse des pratiques » a développé plusieurs points, que je vais rappeler ici :

- prendre acte que j'avais entendu des peurs de la part des professionnels face à ce projet d'évaluation des pratiques professionnelles. (il y a un déni, avec l'idée d'apporter une bonne parole, on va vous dire comment faire, ne vous inquiétez pas)

¹ Garate-Martinez, I, *L'institution autrement*, Ramonville Saint-Agne, Eres, 2003.

- poser la question de la clinique : qu'est ce qu'un clinicien ? Un clinicien c'est quelqu'un qui est dans le lien.

- le lien s'évalue t-il ? Peut-on évaluer du lien ?

- où en sommes-nous de notre désir de travailler avec les fous ?

- peut-on définir du soin dans un protocole en ignorant ce qu'il en est de l'affect, en ignorant ce qu'il en est de notre lien, non pas aux patients, mais à ce patient là en particulier ?

- peut-on envisager la clinique, sans envisager la question du désir du clinicien ?

Désir qui ne peut sans doute pas s'évaluer, mais qui peut se travailler. Parce que les demandes que nous adressent les patients ne se referment sur aucun objet, nous avons à chaque fois à travailler la rencontre avec un patient, afin de pouvoir entendre ce qu'il demande au-delà de ce qui se formule.

- comment entendre que nos patients demandent autre chose que ce qu'ils réclament ?

- l'Homme est-il un être de besoin ?

- comment entendre les demandes qui nous sont adressées, si nous ne pouvons engager notre désir auprès de ceux que nous rencontrons dans notre travail de clinicien ?

- comment prendre en compte cette question indépassable qui est que nous sommes partie prenante dans les soins que nous donnons aux patients ? Nous n'avons pas à en avoir peur, mais nous donner le temps de nous écouter penser, ressentir, être troublé, agacé...

- comment ne pas oublier que nous sommes le dernier refuge ? L'hôpital psychiatrique est le dernier refuge que nos institutions proposent à ceux pour qui la souffrance voisine avec l'intolérable. Intolérable que nous-nous prenons dans la figure chaque jour en tant que clinicien, comment pouvons-nous avoir la vanité de penser en sortir indemne ?

- comment continuer à penser que lorsque nous parlons d'un patient, c'est seulement de lui dont nous parlons ? N'est-ce pas aussi de nous dont nous parlons à ce moment là ?

- pouvons-nous nous contenter de penser que tel patient va mal parce qu'il est fou ?

La folie doit-elle être une raison suffisante pour nous empêcher de penser ?

- n'avons-nous pas à nous mettre au travail dans une réflexion sur nos pratiques ?

Une réflexion qui ne vise pas la bonne manière de faire, qui ne vise pas la performance, mais qui n'ignore pas à quel point nous sommes nous aussi fragiles.

- n'est-il pas humainement impensable de se dégager des liens transférentiels qui nous unissent aux patients que nous accueillons ? N'est-il pas vital pour notre travail et pour le respect de ceux que nous accueillons, de prendre le temps d'un échange autour de nos pratiques ? Ces échanges ne visent pas l'élaboration d'une technique mais la mise au travail d'un lien, où la critique n'est pas ravalé au rang de l'erreur. Lorsqu'elle se soumet à l'autre la clinique ne rejoint jamais, ni l'erreur, ni la vérité.

- ce travail de la parole est un travail qui n'a pas de fin, continuer à échanger n'est-ce pas le minimum de respect que nous devons à ceux qui s'adressent à nous ? N'est-ce pas une manière de dire que l'on ne prend pas nos patients pour des imbéciles, une manière de dire qu'on ne travail pas avec un homme en le prenant pour un mort ?

- cette démarche là, appelle t-elle à évaluation ? Au mieux - mais c'est déjà beaucoup – n'appelle t-elle pas à un désir ? Désir de travail, désir de s'engager, d'y mettre de sa peau ... N'est-ce pas sur ce désir là, que dans leurs incessantes demandes, nos patients nous interrogent, n'est-ce pas la seule chose que nous ayons à donner ?

- et si ce travail appel à un désir – comme chacun sait - tout en ne voulant rien en savoir – nous ne pouvons pas désirer à la place de l'autre.

Les effets produits par ce discours, m'ont conduit à me poser la question de savoir à quoi j'avais touché. Il y eut d'abord un silence incroyable pendant toute la durée de mon

intervention, silence qui contrastait avec l'ambiance plus agitée du début de matinée lors de la présentation de différents protocoles et méthodologies de soin.

La très grande concentration de la salle était tout à fait perceptible. Mais surtout j'ai été tout à fait étonnée de m'apercevoir que bon nombre de personnes pleuraient. Pourquoi ces personnes pleuraient-elles, pourquoi cette concentration incroyable ?

Après, je me suis dit : il faut que j'essaie de comprendre ce qui s'est passé. Et voilà l'analyse que j'en ai faite dans l'après-coup. J'avais proposé un discours vivant, qui légitimait enfin l'affect. Nous ne sommes pas sans savoir que le travail des équipes en psychiatrie est un travail affectivement éprouvant. Epreuve que les nombreux protocoles, les nombreuses méthodologies ne proposent pas d'entendre. Il est là le drame. Et non seulement ces protocoles ne peuvent être que sourds à la souffrance d'une équipe, d'un soignant, mais leur méthodologie condamne l'autre à refouler cette souffrance. D'une certaine manière ces méthodologies invitent les soignants à se taire. Ces protocoles porte en eux une injonction à se taire. A se taire, non seulement sur sa souffrance, mais aussi sur son désir.

Les questions que ces personnels se posent et que les protocoles les plus sophistiqués peinent à étouffer tout à fait – car quand même c'est du Freud de la première heure, de savoir que l'on est jamais quitte de ce que nous refoulons – n'ont plus qu'à se transformer en angoisse, en peur et en violence, faute d'atteindre à la dignité de pouvoir être dite. Cette amertume ne conduit-elle pas alors au repli sur un objet réel ? Remplir des fiches informatiques, ouvrir des portes, passer des commandes de repas, suivre à la lettre des protocoles, distribuer des médicaments... et se plaindre, se plaindre de tous ces petits objets que l'on ne peut plus lâcher sans angoisser mais qui chaque jour étouffe davantage de ne plus risquer son désir. Désir d'écouter, de parler avec ces patients hommes et femmes, nourris,

lavés, observés mais que l'on ne peut plus entendre, tant l'illusion des méthodologies savantes a réduit à la peur, dans sa déconfiture, toute une génération de personnel en psychiatrie.

L'engouement, qui m'a toujours semblé un peu curieux, des professionnels pour tous ces protocoles ne tient-il pas aussi à ce qui ravit toujours le névrosé, la possibilité de s'engouffrer dans une stratégie d'évitement par rapport au désir ?

N'est-ce pas de cette asphyxie enfin dévoilée dont témoignaient les larmes et l'émotion de toute une assemblée de soignants dont le désir, l'affect et la souffrance était enfin légitimée. Un discours vivant avait enfin offert à l'autre l'incroyable opportunité de sortir de son mortel ennui.

Ainsi nous ne devons pas négliger les opportunités qui nous sont faites dans nos institutions de prendre la parole ; si cette possibilité de parole est trop rare, notre expérience témoigne qu'elle est encore possible. Cette intervention dans cette possibilité dévoilée a donné envie à tout un collège de psychologues de proposer un colloque au sein de l'institution sur le thème « clinique du sujet en psychiatrie. »

Parce que lorsque nous posons un acte, nous ne pouvons jamais prévoir –même dans les situations les plus fermées – quel destin lui est réservé, n'avons-nous pas le devoir de ne pas céder ?

Nous allons maintenant aborder un deuxième point qui est à mon avis très important, et je vous l'avais annoncé, qui est la question des contres- pouvoirs.

Mon travail en psychiatrie m'a contraint à travailler cette question, comment parler lorsque vous avez le sentiment que ce que vous avez à dire ne peut plus être entendu, lorsque vous avez le sentiment que ce que vous avez à dire n'est plus dicible ? C'est tout à fait l'expérience que j'ai faite lorsque l'on m'a proposé de faire cette conférence.... Raconter l'expérience.

J'ai travaillé cette question de façon de façon plus théorique en me demandant pourquoi par exemple, l'extraordinaire travail des psychiatres réformistes d'après-guerre avait échoué dans sa tentative de révolution ?

Les politiques de secteur, les protocoles de soin que nous connaissons aujourd'hui ont vu le jour à partir d'invention, d'innovation d'hommes et de femmes qui ne peuvent que forcer le respect et qui ont travaillé dans un réel souci d'amélioration des conditions de vie des « fous ».

Leurs témoignages sont d'autant plus précieux qu'ils nous indiquent que malgré le génie des auteurs, passé le temps de l'innovation, ces nouvelles directives de travail n'ont pas pu prendre un autre train que celui d'un nouveau conformisme social, répétant dans un mime désincarné, des protocoles à prétention scientifique que plus aucun désir ne porte ? L'échec de cette psychiatrie révolutionnaire ne résiderait-elle pas dans le fait qu'elle n'a pas cessé d'être prisonnière du modèle qu'elle cherchait à dénoncer ?

Se pourrait-il qu'une théorie fascinée par le vieux thème de la subordination de la personne à la collectivité, participe à l'imaginaire d'un pouvoir dans les termes d'une soumission des citoyens à la collectivité, des esclaves à leurs maîtres, des malades à leurs médecins, n'ayant pas d'autre choix que de lutter contre, que de proposer de nouvelles modalités de soumission ? Y aurait-il une impasse à organiser des contre-pouvoirs ? Quelle catastrophe ! Sommes-nous condamnés chaque fois que nous voulons changer les choses à produire le pire ?

Fascinés par les séquelles de l'aliénation, ces médecins réformistes n'avaient rien d'autre à proposer que de la contre aliénation, soit une aliénation nouvelle, ils sont restés pris dans un modèle qu'ils ont peiné à dépasser. Sommes-nous condamnés, parce que frappés, non pas incidemment, mais structurellement d'aliénation fondamentale, à ne pouvoir parler que la langue de l'Autre ? Comment, en prenant acte de ce qui se donne comme une des figures de la

castration, à savoir que nous devons bien consentir à parler la langue de l'Autre, ne pas se laisser fasciner par son discours, au point de n'avoir rien d'autre à proposer que des contre-modèles ? Comment à partir d'un déjà là, innover, inventer, proposer, non pas contre, mais à partir de ?

Ce qui peut laisser apercevoir un peu de liberté n'est certainement pas à trouver dans une réponse à l'ennemi, mais plutôt dans une création originale qui préserve le désir et la diversité. Ce que les psychanalystes ont compris, tout au moins certains, à savoir que la psychanalyse échoue, chaque fois qu'elle s'institue, n'est certainement pas le seul apanage de la psychanalyse. Toute théorie, toute création, toute innovation, court le risque de la sclérose en s'instituant, parce qu'en s'instituant, elle tente trop souvent de se donner pour modèle. Or comme nous le savons les modèles peinent à conserver en leur sein l'indispensable diversité.

Je vais reprendre à partir de l'analyse que fait Foucault dans ses leçons de 1973-1974 et qui s'intitulent « Pouvoir psychiatrique » un autre exemple qui peut nous aider à comprendre à quelles impasses mène un discours contre. Foucault analyse ce qu'il appelle les « grandes manœuvres de l'hystérie » de la fin 19^{ème} début 20^{ème} en terme de lutte sociale, de bataille et d'affrontement, il analyse les manifestations hystériques en terme de réponse, réponse à une assignation à n'être que le pantin fonctionnel d'une neurologie naissante, il les analyse en terme de contre-pouvoir. Ainsi le nouveau pouvoir que les hystériques vont obtenir, en tant qu'elles font résistance au savoir qui tentent de se constituer, est un pouvoir qui est irréductiblement lié au pouvoir médical, les symptômes fonctionnels que l'hystérique offre à qui veut bien lui en demander et qui déroutent le médecin, sont bien des symptômes qui se donnent dans la langue de l'autre. Heureusement qu'elles étaient là ! Peut-être l'avons nous échappé belle, de ne pas avoir été réduit en tant que sujet, à n'être qu'un corps neurologique. Eh oui ! « *Chers hystériques... front de résistance... vrais militants de l'antipsychiatrie* », ([1] p. 253) mais nous allons le payer cher, Foucault le dit lui-même, mais sait-il qu'il le dit ? Si

les hystériques ont donné du fil à retordre aux médecins, à parler leur langue, elles les ont remis au travail. C'est à dire dans le même temps où l'hystérique redonnait un peu d'air à l'ensemble, une tentative de récupérer le pouvoir que les médecins avaient perdu commençait à poindre, et comme l'hystérique répondait toujours dans la lutte qui s'était engagée à présent sur un autre terrain, les médecins étendaient plus avant leurs pouvoirs.

Charcot à la recherche d'un cadre pathologique pour épingle au niveau de l'étiologie tous ces phénomènes et les assigner en pathologie stricte – entendez, pour en finir avec la question de l'hystérie une fois pour toute – va rechercher de l'événement, c'est à dire du traumatisme. C'est, nous dit Foucault dans cette injonction à retrouver du traumatisme, que les hystériques dans une nouvelle tentative de contre manœuvre vont précipiter leur vie sexuelle. Dans cette lutte, « *les hystériques, pour leur plus grand plaisir, mais sans soute pour notre plus grand malheur, ont donné prise à la médecine sur la sexualité* », ([1], p.324). Même si cette lutte hystérique a autorisé, disons, le discours de l'analyste, elle a aussi autorisé quelque chose dont nous ne sommes toujours pas sortis, qui est que la médecine peut se croire légitimée à répondre à Toute la souffrance psychique, et c'est bien ce que nous rencontrons aujourd'hui. Parler la langue de l'Autre dans l'organisation d'un contre pouvoir, c'est toujours courir le risque d'asseoir plus avant le pouvoir de l'autre. C'est peut-être un peu démoralisant, surtout si l'on n'a pas trop envie de collaborer. Comment alors trouver, sinon la sortie, tout au moins une certaine tangente ?

Trente ans après ces leçons où en sommes nous ? Comment assurer des discours « autres » au sein d'une psychiatrie rongée par les discours dominants, sans s'engouffrer dans le piège des contre-pouvoirs, sans parler la langue de l'autre ? C'est pourquoi la question n'est pas de contester la légitimité de la psychiatrie, mais de prendre la parole dans ce lieu, et non pas contre ce lieu, afin d'assurer de la diversité et ne pas laisser croire aux hommes et aux femmes que nous accueillons, qu'ils ou elles sont les « tout autre » d'un système anomisant.

Parce que la difficulté à accueillir de l'autre participe de l'idéologie du « tout autre ». Foucault dans ces mêmes leçons propose une analyse extrêmement intéressante à propos disons de la constitution de l'individu. Individu, qui n'est pas donné comme une entité qui existe sous tous les rapports de pouvoir ou qui préexiste au rapport de pouvoir, mais comme le résultat de quelque chose qui lui est antérieur, et qui est précisément, l'épinglage des corps auxquels procède tout système disciplinaire. La notion d'individu est consécutive d'une certaine technologie du pouvoir : « *La discipline me paraît être cette technologie, propre au pouvoir qui naît et se développe à partir de l'âge classique, qui isole et découpe, à partir du jeu des corps, cet élément, je crois, historiquement nouveau que l'on appelle, l'individu.* », ([1], p.59). L'individu est alors, d'entrée de jeu et par le fait de ces mécanismes, sujet normal, sujet psychologiquement normal. Le danger d'une telle procédure est qu'elle tend à dessiner des prés carrés aux barrières dramatiquement étanches. Vous n'êtes pas sans savoir qu'il y eut en juin 2003, les Etats Généraux de la psychiatrie, et le Monde du 6 juin titrait : « le président du comité scientifique des Etats généraux s'inquiète d'une disparition de la relation thérapeutique au profit d'une médicalisation à outrance de la souffrance psychique. »

L'idéologie individualiste - c'est à dire celle qui distribue de la case et qui peut laisser croire à certains, qu'un sujet s'incarnerait tout entier dans un signifiant unique - est celle là même, qui distribue de la maladie avec le traitement chimique qui lui correspond, intime au sujet de se prendre pour un malade.

Il faut savoir que les laboratoires pharmaceutiques, films à l'appui, viennent dans les services de psychiatrie faire de la formation, intimant aux professionnels de dire au patient sa maladie, avec la certitude alors que ce savoir qui distribue de « l'état », c'est à dire quelque chose qui ne bouge pas, permet une observance à vie du traitement qu'ils vendent. Ce qui est dangereux dans l'opération, n'est pas que les patients consomment des neuroleptiques. Ce qui est dangereux, c'est le cadre dans lequel ces médicaments sont donnés, en tant que leurs

prescripteurs au service d'une idéologie disciplinaire, en distribuant ces médicaments, distribuent de l'individu malade.

Il n'y a plus trop à s'étonner que ce type de procédure peine à conserver en son sein, l'inédit d'une rencontre qui pourrait autoriser une souffrance à se dire. Car en constituant du malade mental, c'est à dire de l'individu, la procédure constitue l'autre comme étranger radical, comme « tout autre » et dans cette opération exclut le commun qui pourrait autoriser une rencontre. C'est en cela que l'idéologie individualiste est dangereuse, et non pas parce qu'elle distribuerait ça et là, de petits égoïsmes, le problème est beaucoup plus grave. Comment ne sommes-nous pas lassés de rencontrer dans nos pratiques – pas tellement de rencontrer d'ailleurs, mais bien plutôt de regarder - des « médicaux légaux », des « alcooliques », des « schizophrènes », des « psychopathes », des « délinquants », des « débiles », des « enfants hyper-actifs », des « SDF », des « poly-toxicomanes »...etc. ? Au lieu de perdre notre temps à distribuer de l'étranger radical, comment pourrions-nous, comme le formule Foucault, penser à « sauver la société », c'est à dire le commun ?

Ce maintien nécessaire du commun, qui autorise une rencontre, qui autorise un lien social, passe au minimum, par le maintien d'une diversité ; or l'idéologie individualiste tend à constituer une attaque constante du commun.

Pour préserver le commun, c'est à dire le lien, nous avons à nous garder de tenter de constituer nos discours en modèle, en ces temps où les idéologies peuvent être mondiales, nous avons à savoir que n'importe quel discours, dès lors qu'il se donne comme discours dominant, met en danger la diversité et du même coup le lien.

Risquer le discours minoritaire n'est peut-être pas un mauvais pari, à condition de ne pas se laisser enfermer dans la contestation, qui est toujours parler la langue du discours dominant.

Dans nos pratiques, nous avons une responsabilité particulière en tant que clinicien, qui doit nous autoriser à prendre la parole, c'est à dire à marquer d'un désir les lieux que nous traversons, et dès lors, autoriser de la rencontre, c'est à dire du commun. Cette entreprise est à la fois incroyablement difficile, et pourtant d'une facilité parfois déconcertante, en ce qu'elle est toute à la fois, extrêmement ambitieuse et extrêmement modeste. Peut-être n'est-ce qu'un travail de fourmis ? Cette responsabilité n'est évidemment pas le seul apanage des cliniciens, mais celle de tout citoyen.

Pour sortir de l'affolement ou de la morosité dans lesquels les politiques de gestion hospitalière semblent avoir plongé de nombreux « professionnels de la santé » avons-nous d'autres choix que de nous mettre au travail ?