



actualité de la psychothérapie institutionnelle

35<sup>èmes</sup> Rencontres de Saint-Alban

vendredi 19 juin et samedi 20 juin 2020

[assoculturelle@chft.fr](mailto:assoculturelle@chft.fr)

## « Être là »

Tosquelles, et Oury après lui, disait que la seule question qui vaille de se poser en psychiatrie, c'est : "*Qu'est-ce que je fous là ?*". Question à entrées multiples certes, mais aussi question inaugurale, fondatrice, que chacun, chacune, a sans doute rencontrée et traversée à sa manière à un moment ou à un autre de son travail en psychiatrie. Nous disons "traversée" et c'est le mot juste car elle ouvre à un monde qui se présente d'abord comme étranger, surprenant, inconnu.

Tosquelles, pour expliquer le choix du titre de sa thèse *Le vécu de la fin du monde dans la folie*, s'appuyait sur le mot allemand *Erlebnis*, que l'on peut traduire par "expérience vécue" ou "expérience existentielle", "expérience de vie" (encore que ces expressions ne possèdent pas la simplicité du mot allemand). Ainsi, *le vécu de la fin du monde* est l'expérience que fait le patient aux prises avec une décompensation psychotique... Si l'on pense sérieusement, concrètement, à ce vécu de la fin du monde, alors *être là*, c'est à la fois affirmer l'existence du monde autour de nous et notre appartenance commune à ce monde-là. Cette "*commune présence*" (René Char), c'est ce que le patient a perdu et c'est ce à quoi nous devons le raccrocher par notre capacité à être présent, à être là où ça se passe.

Oury parlait des "axiomes de la quotidienneté" (termes empruntés à Erwin Straus). Il dit : « *Mais dans la psychose, il y a là quelque chose qui est plus ou moins altéré. C'est d'ailleurs parce qu'il y a des psychotiques qu'on a défini des "axiomes de la quotidienneté"* ; sinon, on ne se serait pas posé des problèmes ridicules de cet ordre ». Ces axiomes de la quotidienneté sont ce qui soutient le rapport d'évidence naturelle que le sujet entretient avec le monde qui l'entoure et lui permettent de ne pas rompre avec l'enchaînement ordinaire de l'expérience qui lui assure une certaine liberté. La perte de l'évidence naturelle, de l'expérience ordinaire conduisent à une perte du sens commun qui contraint le patient psychotique à vivre douloureusement dans un monde qui est à reconstruire sans cesse.

Que se passe-t-il dans ce monde vide de sens où tous les contours s'évanouissent ? Où, tour à tour, les liens humains se dissolvent, disparaissent ou au contraire s'imposent et deviennent menaçants ? Où plus rien ne parvient à rassurer les sujets ? Où l'imminence de la disparition les pétrifie d'angoisse ? Qu'est-ce qui vient faire horizon où le regard puisse enfin se poser et redonner une certaine organisation à ces espaces psychiques sans bord ? "*Vous les infirmiers, vous êtes les premiers humains*" avait dit une patiente à l'un d'entre nous. Premiers humains par cette présence permanente et continue. Présence incontournable, présence parfois pesante et massive et parfois légère et fluide, réelle ou déréelle, mais présence : il y a quelqu'un dans ce monde désertique. Si l'être-là est pensé comme présence, alors pour les soignants être-là, c'est assurer ce fond paysagé duquel se dégage non pas quelqu'un en particulier, mais le mouvement même d'apparaître de l'être-là, l'advenir en lui-même.

C'est donc cette question que nous avons voulu mettre au premier plan cette année.

Dans le travail en psychiatrie, et plus particulièrement dans le travail infirmier, il a toujours été difficile de reconnaître cette part du travail, qui échappe à la prescription ou aux concepts, parce qu'elle constitue la part invisible du soin, « *la moindre des choses* », comme aurait dit Oury, posant la question "*combien vaut un sourire ?*" Moindre des choses, petits riens du soin difficiles à reconnaître dans le travail quotidien, parce qu'au fond, pour que la moindre des choses prenne toute sa valeur et sa force, il faut penser "vécu de fin du monde".

Aujourd'hui, dans ce monde d'évaluation, de normes, de codifications, quantifications, de toutes sortes, ce qui se mesure sur les échelles, c'est l'écart entre la norme attendue socialement et la folie. Écart qu'on appelle aussi handicap ou inadaptation.

La montée des attitudes défensives et surmoïques de nombreux soignants à l'égard des patients va avec celle de l'enfermement, des hospitalisations sous contrainte, de la contention. Comment pouvons-nous continuer d'être là, dans la plus grande simplicité, affirmant notre appartenance commune à une humanité fragile dont la protection ne va pas de soi ?

### **Atelier 1 : « Qu'est-ce que je fous là ? »**

Après plus de 50 ans de pratique auprès des patients et alors que le sens de son engagement ne semblait plus à démontrer, Jean Oury se posait encore cette question : "*Qu'est-ce que je fous là ?*"

Pourquoi ? Et si être là, seulement là, ne suffisait pas, n'allait pas de soi ?

Il est vrai, écrit, Patrick Faugeras, que "*La clinique des psychoses exige qu'il y ait du corps, au sens d'un engagement au lieu d'une neutralité bienveillante, d'un parti pris au lieu d'une pseudo-objectivité, d'une implication subjective au lieu d'un rôle*". Jean Oury affirmait, lui, que, "*Faire de la psychiatrie c'est vingt-quatre heures sur vingt-quatre, même quand on dort*", situant ainsi la préoccupation pour l'autre comme un engagement premier et permanent. Autre façon de rappeler qu'on ne peut pas faire de la psychiatrie en dilettante. Être là, dans le champ du soin, et y rester, ne peut pas, ne doit pas, relever d'un simple hasard qui se prolongerait par paresse. Être vraiment là, semble exiger un travail d'élaboration de ce qui constitue, entre désir et jouissance, notre souci de cet autre, ainsi qu'une théorisation clinique et même politique qui sont à refonder tous les jours. D'ailleurs pourquoi endosser cette responsabilité ? Qu'est-ce que nous y jouons de notre être, de notre histoire et de nos choix ? En effet être là n'est pas neutre. Ce serait même une discipline qui nous engage envers les patients, dans une responsabilité de tous les instants. Être là sans être responsable de ce qu'on fait là et de ce qu'on fait aux autres est une sorte d'imposture qui semble se répandre dans les institutions. La protocolisation des soins, la naturalisation de la vie psychique et l'instrumentalisation de notre quotidien institutionnel nous conduisent à un semblant d'être là derrière lequel pourraient se profiler les pires horreurs. L'histoire récente nous a montré combien la satisfaction d'un travail aux ordres, sans convictions personnelles, hors de tout questionnement, peut masquer une indifférence criminelle au sort de l'autre.

Comment être là dans les institutions ? Avec quels outils ? Avec quelles pratiques thérapeutiques ? Mais aussi qu'est-ce qu'être là aujourd'hui dans nos institutions ? Est-ce une technique, un protocole, une présence ? Qu'est-ce qu'est devenue la responsabilité que suppose le fait d'être là ? Mais qu'est ce qu'on fout là ... vraiment ?

### **Atelier 2 : « Être là, s'y tenir »**

« ... Vous qui soignez la maladie, vous soignez aussi l'homme... » nous dit H. Maldiney ; soigner nous appelle à « Être là, s'y tenir »

S'y tenir en résistant. Résister à tous les vents mauvais de la politique néo-libérale, résister à l'écrasant capitalisme, résister aux courants dangereux de l'économie, de la finance et de la gestion comptable du travail. Résister à toutes les dérives des idéologies hostiles, résister aux glissements issus d'une épistémologie favorisant trop les dogmatismes privilégiant les logiques rationalistes au détriment des logiques poétiques (P. Faugeras). Résister aux dérapages du scientisme positiviste trop souvent despotique.

« Être là et s'y tenir » car nous répondons à cet appel dont nous ressentons l'impérieuse

nécessité soignante comme celle ressentie pour un soin donné au titre du secours (F. Worms) dont l'urgence peut être vitale et nécessitant pourtant des gestes de haute technicité et des traitements à haute valeur scientifique, gestes et traitements qui ne seraient rien d'autre que « technique technicienne » s'ils n'étaient accompagnés du soin ordinaire, du simple soin quotidien, du soin dans sa dimension humaine et sociale, soin qui n'en est pas moins à haute valeur ajoutée.

« Être là et s'y tenir » en désirant : désirer y Être et désirer s'y tenir. Le désir est à entendre dans cet Être là comme : « le désir est la métonymie de l'être dans le sujet » selon J. Lacan « Être là et s'y tenir » c'est désirer être là, à la fois dans une certaine impatience exaltée, tout en attendant calmement et paradoxalement, l'inattendu, l'imprévu, tout en étant déjà prêt voire apprêté, pour accueillir, plus précisément recueillir ou encore cueillir, ce fortuit ; et toujours et encore dans un souci délicat, avec une préoccupation attentive de l'autre, une attention respectueuse de l'autre.

« Être là et s'y tenir » enfin, « s'y tenir » signifie abandonner les fameuses postures tant vantées par les techniciens à la recherche d'un modèle opératoire ; s'y tenir serait plutôt s'installer à une place, à un site, à un lieu, qui paradoxalement est un non-lieu, mais dans un paysage ouvert au monde.

Nous serons là et nous nous tiendrons là dans cet atelier pour partager avec vous les expériences quotidiennes consistant à « Résister, Désirer » (G. Didi-Huberman/Désirer Désobéir *ce qui nous soulève*,)...

### **Atelier 3 : « Être là enfermés »**

Alors que les recommandations de la HAS et d'Adeline Hazan (Contrôleur des lieux de privation de liberté) sont claires et caractérisent isolement et contention comme des pratiques de dernier recours, leur augmentation sont extrêmement inquiétantes, liées à celle des placements sous contrainte qui semblent être devenus la norme pour avoir un lit en psychiatrie. Et il est de plus en plus courant qu'un patient entré sous contrainte soit placé en isolement même si son état clinique ne le nécessite pas : l'administratif prend ainsi le pas sur le regard soignant.

Yves Racine rappelait pourtant dans ses Cahiers que "la désaliénation des malades passe par celle de la désaliénation de la profession infirmière... La protection de la société, la sécurité publique ne peuvent servir d'alibi à la ségrégation de l'homme malade et par là à l'oppression du personnel par l'appareil administratif qui le réduit au rôle de machine à surveiller." Ainsi, pouvons-nous nous demander qu'enfermons-nous de nous-mêmes en enfermant l'autre ?

Bien souvent, les soignants ont du mal à accompagner le patient enfermé, parfois par peur, parfois par honte. Pourtant, plus que de la porte fermée, le patient souffre surtout de son isolement psychique, ce qui bien souvent n'arrange rien à son état quand ça ne provoque pas l'augmentation de ses symptômes. Comment rester soignant dans ces conditions ? Comment ne pas compter sur la seule porte fermée pour mettre une limite au débordement ? Comment soigner, c'est-à-dire travailler à ce que la limite matérielle de l'enfermement puisse s'élaborer en limite psychique ?

Aujourd'hui, nous avons à faire à une approche des soins psychiques dans laquelle le symptôme se résume à des troubles du comportement que l'on souhaite normaliser, parfois avec une certaine violence. Il nous faut regarder en face la question de notre rapport à la servitude volontaire en tant qu'agent d'une logique des soins sécuritaires (Jean-Pierre Martin).

D'autres sont témoins d'autres enfermements, dans les filières et les pratiques d'exclusion des personnes (adultes et enfants) handicapées, marginaux, migrants... Toutes ces formes d'enfermements s'épanouissent dans ce système qui nie la place de toute pensée pour imposer protocoles, recommandations, vérités pseudo-scientifiques et bonnes consciences.

Comment élaborer, tisser et maintenir du lien au côté des personnes les plus isolées et les plus souffrantes (en précarité, face à la psychose) ? Comment résister au paradoxe de l'escalade des enfermements, de la contention, échapper à la chosification avec laquelle on est partie liée ?

Où et comment sommes-nous travaillés ? quelles résistances, quelles stratégies face à la banalisation pour ne pas se laisser sombrer (happer) dans la fuite et la déresponsabilisation ?

#### **Atelier 4 : «Être là, ensemble »**

Dans la psychothérapie institutionnelle, le collectif assure une fonction thérapeutique dès lors qu'il permet les constellations transférentielles, dès lors qu'il permet de passer de l'hétéroclite à l'hétérogène, dès lors qu'il mise sur le potentiel soignant des patients, dès lors qu'il s'appuie sur les circulations entre instances distinctes : club, ateliers, vie quotidienne, cité et en cela soigne les liens.

Aujourd'hui, non seulement cette conception est malmenée, mais toute perspective de communauté de dialogue semble impensable dans les organisations contemporaines. Car « être là ensemble » suppose de devoir se coltiner aux clivages, de devoir prendre soin des petits riens, de devoir préserver des lieux d'échanges, d'élaboration et de commune création afin d'accueillir et de soigner les menaces de la dissociation. Mais si les lieux de soin ne se soignent plus comment peuvent-ils répondre d'une fonction soignante ?

Et pourtant s'inventent et se réinventent sans cesse dans certains espaces d'hospitalisation ou d'accompagnement médicosocial des manières d'être là ensemble car le sujet nous y convoque, car insiste l'humanité.

Cet atelier propose donc à partir de témoignages d'équipes de repenser ces singulières manières d'être là ensemble dans la rencontre, et ce malgré tout.

**Retrouvez l'appel à communication,  
puis dans les semaines à venir  
le bulletin d'inscription  
et la plaquette d'information,  
sur le site des Rencontres :**

**[collectifrencontres.wordpress.com](http://collectifrencontres.wordpress.com)**