

De l'inédit à l'expérience du dire : le « 388 »

Camille Veit*¹

Les lieux dits alternatifs de traitement des psychoses, il en existe. Des espaces qui accueillent le sujet et non le malade, il en est également. Citons à titre d'exemples la clinique institutionnelle dénommée « *pratique à plusieurs* »¹ par J.A. Miller, ou encore, la psychothérapie institutionnelle que développèrent François Tosquelles à St-Alban² (Lozère, France) puis Jean Oury et Félix Guattari au château de La Borde³ (Cour-Cheverny, France). Ce n'est donc pas uniquement l'aspect alternatif qui confère son inédit au *Centre Psychanalytique de traitement pour jeunes adultes psychotiques*. Pourtant, quelque chose de cet ordre se dégage de notre rencontre avec ce lieu et ces sujets qui lui donnent sa consistance. Aussi, nous nous proposons ici de traiter des angles qui auront suscité notre étonnement, non sans savoir que la rencontre, parce qu'elle tient au réel, ne peut qu'être approchée par le texte qui jamais ne saisit la part d'innommable qu'elle comporte.

Le lien social contemporain et l'organisation qu'il appelle de ses vœux insistent quotidiennement au travers d'exigences et de demandes diverses desquelles le champ de la santé mentale n'est pas exempté : diagnostic objectif, traitement médicamenteux, soins accélérés⁴, gestion managériale des hôpitaux⁵, rééducation comportementale, réadaptation, etc. Cette *prise en charge* ainsi promue n'exclut pas, occasionnellement, une petite piqûre de rappel. Ce sera alors la fonction des hospitalisations occasionnelles : moduler la médication, vérifier et évaluer le degré d'invalidité du *malade* qui, la santé mentale un peu moins troublée, pourra ensuite retourner dans la société en tentant à nouveau de s'intégrer et de s'adapter à ce même environnement qui l'avait envoyé se faire soigner, *pour son bien*. Préserver l'ordre moral⁶ et mental de ses troupes, n'est-ce pas là la *responsabilité* de ladite société ? La dénomination « handicapé psychique »**² peut ainsi s'entendre comme l'une des productions émanant d'une institution qui aspire à prendre à sa charge les dérives de l'être. Pourtant, dans ce système demeure un reste qui se donne à entendre avec la réalité de la clinique, tant du côté des patients que de ceux qui les soignent : le recours aux hospitalisations sous contrainte, la chronicisation et la surmédication, pour les uns ; la culpabilité et autres sentiments de « mal faire » son travail, faute de temps et d'espace où penser, pour les autres⁷. D'emblée, le *Centre psychanalytique de traitement pour jeunes adultes psychotiques* fait rupture avec ce système, ou plutôt, s'en décale, évitant ainsi l'écueil d'un discours qui serait exclusivement critique et exempt d'offre alternative aux pratiques majoritaires.

La question suivante peut être posée: comment s'organise un espace qui accueille l'inédit du

* ¹ Psychologue, clinicienne, doctorante en psychologie, attachée temporaire d'enseignement et de recherche à l'Université de Nice Sophia Antipolis (France).

* ² La notion de « handicap psychique » est soutenue par l'UNAFAM (Union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques), association qui participe à l'élaboration des politiques de santé publique dans le domaine de la psychiatrie. Site internet: unafam.org

sujet et non un « handicapé psychique » à prendre en charge ? Le 388 sollicite dans le sujet cet ailleurs du désir et de l'inconscient qui avait jusqu'alors achoppé à se signifier et s'articuler à l'ici, au lien social. Son inédit se soutiendrait ainsi de l'accueil qu'il réserve à l'altérité, alors même que cette dimension fondamentale de l'humain pointée par la psychanalyse se voit reléguée aux oubliettes, au profit de l'uniformité et du conforme. Les travaux du GIFRIC aussi bien que les interrogations pratiques et théoriques soulevées par les intervenants du Centre maintiennent la pensée et la clinique dans un mouvement permanent qui tient compte de l'énigmatique question de l'articulation du sujet et du social. Sur cette toile à la fois théorique et éthique seront alors mis en forme les outils « plan d'intervention », « plan d'action » et « projet social », utilisés avec les patients. Une question d'ordre épistémologique se pose dès lors, quant à ce qui distingue ces dispositifs des très contemporains « projets personnalisés » et autres « projets de vie individualisés ». Du fait de la ligne clinique sur laquelle ils trouvent à s'inscrire, leur usage participe au travail dans lequel le sujet s'exerce à articuler quelque chose de son désir et du social. Bien-sûr, ledit exercice n'est pas sans accrocs. Mais c'est justement ainsi qu'il pourra être conçu, non plus comme réponse à une *demande institutionnelle* – « il est demandé à tous les centres de traitement de travailler avec tel outil, tel support » – mais comme retranscription de l'aspect *dynamique* du travail psychique en cours pour le sujet. On se rappellera à ce propos de la valeur accordée par Freud, dans sa conceptualisation de l'inconscient, à ce caractère dynamique alimenté par le différend entre instances : là où ça résiste, où il y a conflit et forces contraires⁸. Dans une certaine mobilité et, ce faisant, loin d'un quelconque fixage qu'introduirait l'uniformité de la procédure, un « projet social » pourra ensuite se créer et devenir l'un des pivots du traitement pour l'équipe constituée de l'usager, de l'intervenant et du psychiatre référents ainsi que de l'agent social. Le produit de cette création figurera alors une accroche nouvelle entre le sujet et un collectif : bénévolat, emploi, études, etc. C'est là un autre endroit où se révèle l'inédit du traitement, lisiblement distinct des visées de (ré)adaptation et (ré)insertion où le patient et l'équipe de soin ont à se débrouiller avec du *déjà là*, paysage peu propice à l'inventivité et à l'éclairage original qu'offrent pourtant de nombreux sujets structurés du côté de la psychose.

Une telle dynamique invite à l'étonnement toute personne poussant la porte de cette maison entourée d'une épicerie, d'un parc, d'une station essence et de salons de coiffures. C'est un peu comme si l'emplacement du 388 signalait qu'il n'y aurait là rien à voir ou à entendre qui ne saurait être vu ou entendu par les habitants de Québec. Au sein du bâtiment, chacun circule sur les différents étages où soignants et soignés sont appelés à se rencontrer, tantôt à des temps prévus, tantôt à des moments fortuits. Ces derniers restent les plus précieux en tant qu'ils se posent comme occasions pour une expérience du dire, au sens de cet instant où le sujet pourra s'essayer à parler de ce qui jusqu'alors était innomé. Car la clinique rappelle continuellement que ce temps en question ne peut être prémédité, fixé, programmé, et encore moins, imposé. La psychose n'a de cesse d'enseigner ceci que parler est loin d'être une évidence et échappe en cela à toute commande ou prescription. Si elle se soustrait au fixage, l'expérience du dire peut cependant être suscitée par une disposition particulière des lieux physiques et des personnes qui s'y trouvent⁹.

Le GIFRIC, tant par son volet clinique – avec le 388 – que par celui de la transmission des connaissances avec l'École Freudienne du Québec, offre en outre un aperçu de ce que produit

le décloisonnement : parmi les disciplines, entre la clinique et la théorie ou encore, le normal et le pathologique. L’empreinte de notre rencontre avec ces lieux tient d’un retour au fondamental, voire, à quelque chose de l’ordre de l’essence de la psychanalyse. Faut-il être étonné qu’une École établie de l’autre côté de l’Atlantique – si loin de l’Autriche « freudienne » et de la France « lacanienne » – s’inscrive dans la filiation de Freud et Lacan en évitant l’écueil de la répétition, de la démonstration et du cortège théorique ? Peut-être était-ce là un effet de ce que la clinique des psychoses et surtout, les sujets psychotiques, éclairent des fondements de l’humain, dans son rapport au langage et à ce qui l’institue... Dès lors, comment innover, renouveler, créer et inventer avec ce que les sujets rencontrés dans nos pratiques nous enseignent du désir, de l’inconscient et de leurs difficultés à les articuler au lien social contemporain ? Comment penser une pratique de clinicien qui n’est pas sans être elle-même soumise à une « niche écologique »¹⁰, au sens de l’organisation sociale en présence ? À un niveau plus élémentaire enfin, qu’est-ce qui fait parler un sujet ? Ces interrogations, certes très vastes quant aux différents enjeux qu’elles soulèvent, trouvent néanmoins à se nouer à la faveur du lien solide qu’est celui de l’expérience. Du fait de sa structure, elle est l’opération la plus à même d’interpeler le savoir, affaire essentielle pour la clinique autant que dans la dynamique d’une École de psychanalyse. Ainsi que le souligna Lacan à l’occasion du séminaire sur *L’envers de la psychanalyse*¹¹ :

« Le savoir donc, est mis au centre, sur la sellette, par l’expérience psychanalytique. Ceci, à soi tout seul, nous impose un devoir d’interrogation, qui n’a nulle raison de restreindre son champ. » (Lacan, 1969 : 33)

C’est sans détours que le comité d’éthique de l’EFQ, sous la plume de W. Apollon¹², rappelle que « la clinique psychanalytique n’est pas l’application d’un corpus de connaissances » (Apollon, 1998) où le savoir, s’il s’avère essentiel, ne prime pas sur l’expérience d’un sujet... Ceci étant dit, en arrivant au 388, un climat ou une « ambiance » – pour reprendre un terme cher au psychiatre Jean Oury – interloque et étonne, justement. Quelque chose d’une attention particulière à l’égard de l’autre est perceptible depuis les détails des interactions entre les personnes, au sein de la maison, jusque dans l’organisation administrative du Centre. Peut-être ce si singulier égard à l’endroit de l’humain, quotidiennement visible et audible, tiendrait-il de l’éthique, de cet ordre qui scande que nul ne peut prétendre détenir un savoir sur le réel de l’expérience de l’autre; cette disposition inédite dépliant alors le champ d’une rencontre possible entre sujets, au seuil de l’expérience du dire.

Notes

1. DE HALLEUX, Bruno (sous la dir.), (2010), *Quelque chose à dire à l’enfant autiste. Pratique à plusieurs à l’Antenne 110*, coll. Je est un autre, éd. Michèle, Paris.
2. TOSQUELLES, François (1948), *Le vécu de la fin du monde dans la folie*, éd. Jérôme Millon, Grenoble, 2012.
3. OURY, Jean et DEPUSSÉ, M. (2003), *À quelle heure passe le train ? Conversations sur la folie*, coll. Petite bibliothèque des idées, éd. Calmann-Lévy, Paris.
4. ODIER, Bernard (2000), « Accélération des traitements, fragmentations des évolutions : vers la fast-psychiatrie ? », dans *L’information psychiatrique*, 76, 5 : 563-568.

5. GORI, Roland et DEL VOLGO, Marie-José (2009), « De la société de la norme à une conception managériale du soin », dans *Connexions*, 1, 91 : 123-147.
6. FOUCAULT, M. (1961) Folie et Dérison. Histoire de la folie à l'âge classique, coll. Tel, éd. Gallimard, Paris, 1976.
7. DELIEUTRAZ, Séverine (2012), « Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé », dans *Cliniques*, 2, 4 : 146-162.
8. FREUD, Sigmund (1915-1917), *Métopsycholes*, coll. Folio essais, éd. Gallimard, Paris, 1986.
9. OURY, Jean (1983), « Transfert et espace du dire », dans *L'information psychiatrique*, 59, 3 : 413-423.
10. GORI, Roland (2008), *Exilés de l'intime. La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*, coll. Médiations, éd. Denöel, Paris.
11. LACAN, Jacques (1969-1970), *Le Séminaire. Livre XVII. L'envers de la psychanalyse*, coll. Champ freudien, éd. du Seuil, Paris, 1991.
12. APOLLON, Willy, pour le Conseil d'éthique de l'École freudienne du Québec (1998), *Une École pour la psychanalyse*, consulté en ligne sur <http://www.gifric.com/ecole-pourlapsychanalyse.htm>