

Le lieu de la rencontre

Yannick François

Tiré de *Psychanalystes en pédopsychiatrie* sous la direction de Yannick François et Bernard Touati (Éditions in press, novembre 2010)

Dans un article de 1970 Philippe Paumelle désigne le secteur comme « le lieu de la rencontre »¹. Il décrit son quotidien professionnel dans le registre de l'« ajustement permanent » ; il « expérimente des modes de présence » nous dit-il. En d'autres termes la pratique de psychiatre de secteur est pour lui sans cesse à réinventer ; ou encore, la théorie du secteur resterait sans cesse à produire et à reformuler.

Pour les inventeurs du secteur, à la fin des années cinquante, il s'agissait d'assumer et d'affirmer un double mouvement : sortir des frontières de l'asile et confronter le cadre de la cure psychanalytique à la fois à la psychose et à l'institution psychiatrique.

La naissance du secteur est marquée de ce double ancrage politique et intellectuel. S'affranchir des murs de l'asile est un geste inscrit dans la vie de la cité. Penser la place du psychiatre en référence à ce que la psychanalyse a dénommé inconscient est une décision anthropologique.

La pédopsychiatrie dans son exercice sectoriel est peut-être plus encore que la psychiatrie des adultes au carrefour du socioculturel et de l'anthropologie. La façon dont nous définissons notre projet a une incidence qui dépasse le temps de la rencontre avec l'enfant du seul fait qu'elle intervient durant son développement. L'enjeu pour nous est d'être impliqué dans un mouvement de construction subjective et, de surcroît, à un moment où justement il est ébranlé.

Mais d'où parlons-nous ?

À l'égard de quelles attentes sociales, déclinées dans les cadrages législatifs et réglementaires, inscrivons-nous notre action ? Quels sont les modèles culturels de subjectivation rencontrés par l'enfant que nous recevons ?

Des questions qui traversent en permanence notre pratique de pédopsychiatre de secteur et nous conduisent à la réinventer sans cesse en un dialogue permanent avec la psychanalyse. L'enjeu actuel est de parvenir à penser notre conception du soin face à des psychopathologies qui se transforment, au sein d'un dispositif de santé publique qui évolue lui aussi. Il s'agit en somme de prendre la mesure de notre inscription dans la culture pour en prendre acte ou l'infléchir.

La culture caractérise un moment historique mais reste aussi un travail toujours à relancer vers l'humanisation, un « travail de la culture » au sens freudien du *Kulturarbeit*. Chaque époque produit ses normes culturelles en même temps qu'elle suscite ou valorise certains modèles de subjectivation et de souffrance psychique. Les approches psychiatriques et psychanalytiques sont ici en situation d'apport mutuel autant que d'interpellation réciproque. Les unes est les autres ont leur légitimité,

¹ PAUMELLE P., *L'apport psychanalytique à la pratique psychiatrique de secteur : l'expérience du XIII^e arrondissement*, in *Information Psychiatrique*, 1970, vol. 46, n°10.

leurs coordonnées théoriques et techniques, mais ne sauraient être fondées en un modèle canonique. Une rencontre dialectique qui ne peut toutefois rester féconde qu'à une condition au moins : que les cadrages administratifs et réglementaires ne la normalisent pas.

Le risque qui menace la pratique de secteur aujourd'hui, dans sa double inscription fondatrice, me paraît être celui de son encadrement normatif. La norme, la réduction à l'identique, se prête en effet à devenir un point de convergence, et même de collusion, entre la logique gestionnaire et les modèles culturels contemporains de subjectivation.

Mon propos sera moins d'analyser le détail des nouveaux dispositifs administratifs encadrant notre pratique que d'interroger cette hypothèse de leur inquiétante coïncidence avec des configurations psychopathologiques en nombre croissant. C'est du reste par elles que je commencerai ; avant d'en souligner les résonances avec une certaine logique administrative et leurs conséquences ; pour terminer en interrogeant ce que dès lors peut être « le lieu de la rencontre ».

Subjectivation, pathologies narcissiques

La problématique présentée par un nombre croissant d'adolescents me paraît pouvoir être prise comme exemplaire des formes contemporaines de souffrances psychiques. Si je me tourne vers les adolescents, ce n'est pas pour isoler ici une pathologie qui leur serait propre mais parce que la période adolescente amplifie et rend manifeste les mutations des modèles subjectifs d'une société. L'adolescence nous confronte à la prévalence culturelle d'un mode de subjectivation en même temps qu'à ses contradictions et à ses impasses.

La littérature analytique abonde aujourd'hui en propositions sur ces « nouvelles » souffrances psychiques. La question de la valeur s'impose sur celle de la culpabilité et de ses ruses ; le jeu des identifications enferme dans le conformisme plus qu'il ne soutient un mouvement dynamique vers l'autonomie ; le doute narcissique et les défenses qui l'accompagnent prennent le pas sur les montages névrotiques. De façon complémentaire, la question de la psychothérapie analytique se pose moins en termes de levée du refoulement que dans sa capacité à permettre au préalable l'appropriation subjective des mouvements pulsionnels hors leur expression immédiate ou leur déni.

En résumé, aux errements névrotiques de la libido et aux symptômes qui en témoignent tendent à se substituer les ruptures dans le sentiment de continuité de soi et les impasses qu'elles engendrent dans les processus de subjectivation.

De fait, il me semble rencontrer de plus en plus d'adolescents pour qui les mécanismes de clivage et de déni fondent l'essentiel de leur relation à eux-mêmes et au monde. On les reçoit à l'occasion de l'installation d'une phobie scolaire, de passages à l'acte auto-agressifs ou hétéro-agressifs à l'égard de leurs proches, d'épisodes alcoolisation aiguë ou d'actes de petite délinquance. Lorsqu'au fil des consultations on avance dans la connaissance de leur mode de vie, il est régulier que ce qui paraissait un problème isolé participe d'un ensemble où l'on retrouve, à des degrés divers, chacune des manifestations que j'ai évoquées.

Surtout, ce qui s'impose est le sentiment que tous ces symptômes peuvent être reliés à une forme de phobie sociale massive, envahissante, dont l'addiction aux toxiques ou aux jeux vidéos vient témoigner en creux. Un ensemble syndromique qu'il est aujourd'hui habituel d'associer aux notions d'états limites et de problématique narcissique. Cette forme de phobie sociale, qui me paraît au cœur de ces problématiques, ne peut que nous renvoyer à la question de l'autre, à celle de la place qui lui est donnée dans la subjectivation. En l'occurrence il s'agit là de s'en défendre, de tenter d'en annuler la différence, l'étrangeté. Au lieu d'assumer la participation foncière de l'autre à la construction subjective, se mettent en place des dérives vers la toute-puissance illusoire de ne dépendre que de soi-même. Les adolescents dont il est question ici, au-delà même de leur histoire singulière et de ses implications cliniques, pourraient être considérés comme révélateurs d'une des versions contemporaines du « malaise dans la civilisation ».

Exemplaires ou emblématiques, ces adolescents « limites » ne font que dessiner les contours d'une scène sur laquelle nous nous trouvons tous embarqués. Que nous côtoyons les limites de l'analysable ou celles de l'exercice de la pédopsychiatrie, la prévalence de l'acte sur la pensée, du chaos pulsionnel sur la complexité de son ordonnancement, de l'économie narcissique sur celle de la rencontre, nous inscrivent aujourd'hui dans de nouvelles coordonnées.

Face à ce qui me paraît être une véritable mutation des processus de subjectivation et de leurs aléas, la question que je posais en introduction, « D'où parlons-nous ? », devient d'autant plus cruciale.

En effet une certaine logique normative et quantitative du cadre législatif et réglementaire est de nature à nous piéger dans une escalade en miroir. À la question de la valeur au centre des problématiques dites narcissiques, nous pouvons être conduits à ne pouvoir répondre que dans le registre quantitatif des performances et des résultats. Alors même que la seule voie de sortie du dépit narcissique passe par l'établissement d'une relation qui fait droit au tiers, la normalisation attendue de nos pratiques pourrait nous pousser au contraire à produire du même et du semblable. Tout nous incite à ne pouvoir répondre à un passage à l'acte que par un autre, faute de pouvoir maintenir la temporalité nécessaire à l'émergence de représentations articulées.

La logique administrative

Il existe en effet une résonance préoccupante entre ce que je viens de décrire des problématiques dites narcissiques, et le déni de la réalité psychique qui anime trop souvent le discours des institutions publiques. Quand la logique « managériale » s'exerce sans contradiction, quand les classifications internationales s'imposent sans résistance, elles ne savent produire que du « même » et du semblable en place de la complexité.

Au sein des institutions telles que les voudraient nos gestionnaires au plus haut niveau, soutenus par une approche réductionniste de la science, tout concourt à obturer l'espace nécessaire à l'advenu

d'un dire inouï, d'une parole pleine, de l'émergence du dissemblable. Suspendre son jugement, ne pas trancher, laisser se dérouler à leur rythme le fil des significations, autant de conditions d'une référence au temps de l'inconscient qu'il faut sans cesse réaffirmer à contre-courant de ce qui est attendu. La normativité administrative ne peut qu'évacuer l'impact inconscient de la première des différences, celles des sexes. Une politique de santé mentale fondée au premier chef sur la raison économique ne peut s'imposer, me semble-t-il, qu'au prix de la dénégarion d'une libido en mesure d'affronter la castration primaire, à l'instar précisément des nouvelles expressions psychopathologiques à dominante narcissique.

Quelle que soit l'évidence quantifiable de ce qu'on désigne désormais comme « trouble » ou *disorder*, il reste à entendre un symptôme au sens analytique du terme, un dire à reconnaître pour qu'une opération symbolisante puisse prendre sens de relance du désir. Le terme de « trouble » qui s'impose dans la nosographie internationale ne désigne une réalité que pour un observateur extérieur ; le « trouble » n'est porteur d'aucun sens pour le sujet. Il faut passer du « trouble » au symptôme, puis du symptôme au dire pour en dégager la valeur symbolique et dynamique pour le sujet.

Depuis 1985 le secteur est reconnu dans la loi en tant qu'entité administrative. Le secteur a pu dès lors être assimilé par le dispositif technocratique qui peut croire en quantifier le coût, l'organisation et donc l'efficacité. Une légitimation tardive du secteur qui a peut-être aussi signé sa remise en cause en tant que dispositif à constamment réinventer. Reconnaître l'identité propre des secteurs au sein de l'institution hospitalière était une victoire pour ses promoteurs. Mais en devenant identifiable, en acquérant un statut administratif, le secteur est aussi devenu un champ où pouvaient se déployer les phantasmes de maîtrise comptable et de quantification du coût du soin.

Tout cela ne surgit pas n'importe quand. De la complaisance à l'égard du *Livre noir de la psychanalyse*, au rapport de l'INSERM sur les dits « troubles des conduites », à quoi s'ajoute le climat sécuritaire ambiant, autant d'éléments à prendre comme un fait politique. Nous sommes au-delà du débat. Il s'agit de remettre en cause la reconnaissance du sujet dans sa complexité historique, sociale, biographique, affective et surtout inconsciente, au profit d'un individu isolé, soumis à l'injonction d'être totalement responsable de lui-même. Une vision réductionniste de la société tend à s'imposer : celle d'un groupe qui serait composé d'une somme d'individus, séparés, ne pouvant rencontrer l'autre que dans un rapport de concurrence.

On pourrait prendre mon propos pour une forme de résistance puérile face à des chimères. Pourtant ce dont il est question porte un nom : le « Nouveau Management Public », *New Public Management* en VO. Contractualisation, évaluation permanente des résultats, mise en concurrence des institutions et des personnels, voilà quelques-uns des termes de ce NMP.

Qu'elles seront les conséquences de l'application de la loi dite HPST² ? Nous commençons à peine à mesurer celles de la réforme de la loi de 1975 avec ses Maisons de la Personne Handicapée si mal nommées. Il s'agit nous dit-on de rationaliser les dépenses, d'améliorer la complémentarité des dispositifs. Nous ne pouvons qu'être d'accord. Nous en pressentons aussi les effets pervers. L'organisation décrétée vient d'en haut. Après, « sur le terrain », il faut s'adapter, homogénéiser

² Hôpital, patient, santé, territoire

nos pratiques, les soumettre à des outils d'évaluation ressemblant plutôt au lit de Procuste. On peut craindre à juste titre que le prix de cette adaptation contredise un fondement essentiel de notre exercice : qu'on le nomme déontologique ou éthique, les deux termes en désignent la part inaliénable.

Notre pratique soignante en psychiatrie ne peut être réduite à la réponse à une commande sociale. Elle a certes à la prendre en compte mais ne saurait se résumer à son application. Quand il devient nécessaire d'ouvrir un dossier de reconnaissance de handicap pour un enfant qui, du fait de difficultés multifactorielles, a simplement besoin de rester une année de plus en maternelle, à quelle espèce d'injonction répondons-nous ? Au lieu d'inventer avec lui un cadre dynamique propre à lui permettre de surmonter ses problèmes, on fige l'enfant et sa famille dans un protocole qui les stigmatisent. Quand il deviendra nécessaire d'accompagner chacune de nos actions de références pseudo-scientifiques opposables, pourrions-nous encore investir nos métiers autrement qu'en référence à des contraintes de productivité ? Le « zéro défaut » n'existe pas dans la réalité psychique, c'est justement ce qui la spécifie.

Il est légitime de se demander si ce n'est pas là un nouvel avatar du refoulement de la sexualité et de la mort et de leur nature foncièrement asociales. C'est le sujet de la psychanalyse que l'on voudrait répudier, un sujet qui justement ne se révèle que dans ses hésitations, ses malentendus, ses parcours erratiques, ses « lignes d'aires » pour paraphraser DELIGNY. Il s'agit de colmater l'angoisse, le manque-à-être inhérent à la condition humaine, quand une alliance se noue entre les pouvoirs publics et les défenseurs dogmatiques des TCC. Une certaine forme d'idéologie est à l'œuvre : en renvoyant de façon univoque tout « trouble » à un problème neuronal, génétique ou constitutionnel, on le sépare de la personne, d'une pensée de la personne, en d'autres termes, d'une conception du sujet.

Encore un « moyen rationnel de réduire la folie », comme dirait Jean Oury.

Un récit alternatif

S'il n'est pas étonnant en soi qu'un même discours puisse animer les uns et les autres, certains de nos patients et nos tutelles, il nous revient en revanche d'être capable de produire ce qu'on pourrait appeler « un récit alternatif ». On retrouve à ce point le geste des fondateurs du secteur. Quel que soit l'avenir administratif de cette entité, il reste essentiel de préserver un espace qui reste « le lieu de la rencontre ». Ses coordonnées ont changé, les outils théoriques et techniques à mettre en œuvre se doivent d'en accompagner l'évolution.

Si l'on pose la problématique narcissique au carrefour de cette mutation — comme j'ai tenté de le faire ici après bien d'autres —, l'enjeu devient dès lors d'entendre, d'accueillir et de soutenir le dissemblable. La formule est certes vague et générale mais elle ne cherche qu'à signaler une direction. Le dissemblable est du côté de l'écart ; du côté de la relance des processus de sublimation en appui sur une libido qui affronte la différence ; en d'autres termes, du côté de la castration. Aux fantasmes d'omnipotence gestionnaires aussi bien que narcissiques, nous pouvons opposer ce que

notre analyse personnelle nous à permis d'assumer dans les registres de l'incomplétude, du manque-à-être, du désir et de la symbolisation.

Pour s'en tenir à l'exemple des adolescents que j'ai choisis, cela nous impose ainsi ce qu'il est convenu d'appeler des aménagements de la technique. Le psychothérapeute doit supporter d'être partie prenante d'une subjectivation suspendue en deçà d'une économie libidinale. Il doit, me semble-t-il, en appui sur le transfert, se faire l'agent transitoire d'un processus de subjectivation en souffrance ; il doit parier sur elle, sur son advenu, et assumer d'être le lieu externalisé où clivage et déliaison peuvent être surmontés. Cette fonction anticipatrice et organisatrice de ce que j'appellerais un pari sur la subjectivation pourrait aussi se désigner comme celle de la métaphore. Il s'agit bien, dans ces situations, de maintenir coûte que coûte la possibilité que ce que vit l'adolescent « au premier degré », dans l'instant et l'immédiat, puisse devenir de la réalité psychique, du récit métaphorique — même si cela doit lui rester externe pendant longtemps et n'être porté que par le thérapeute.

Lorsque je souligne l'importance à mes yeux d'une participation « engagée » du thérapeute, il s'agit pour moi non pas seulement d'une attitude empathique et active mais de l'acceptation d'être l'instrument d'une subjectivation à venir. En d'autres termes, je n'oppose pas à la neutralité de l'analyste une position qui serait active au sens étroit du terme, et qui relèverait alors d'une visée éducative. Je veux seulement indiquer que, dans ces situations, tout se passe comme si le thérapeute devait assumer une fonction d'accompagnement et d'élaboration comme il en est après un traumatisme dans la réalité. Il s'agit bien de supporter l'attente d'un réinvestissement de la vie psychique, de manifester activement sa présence, d'être à l'affût pour s'en saisir des situations réelles où se devine un mouvement de symbolisation.

Ma pratique quotidienne me donne à éprouver cette place qui rend parfois possible l'émergence du récit alternatif que j'évoquais. En dépit des mutations que j'ai tenté de décrire, il reste possible de relancer une conflictualisation psychique sidérée dans une subjectivation dominée par une économie narcissique. Cela passe cependant par l'acceptation d'être assigné pendant un temps, parfois très long, au rang de spectateur. Je veux dire par là que l'illusion de complétude narcissique s'accommode mal d'une offre d'aide qui assume précisément de n'être que partielle, imparfaite et relative. Une offre d'aide qui surtout ne prendra sens qu'à la condition d'être reconnue comme venant de cet autre dont l'existence est une menace. Pourtant c'est précisément en affirmant ce paradoxe, en en supportant la modestie et les limites initiales, qu'il est possible de suspendre l'escalade en miroir dans laquelle tentent de nous enfermer ces patients... et les visées normatives de nos tutelles.

L'institution psychiatrique se prête, si on le veut bien, à la construction du montage théorico-clinique que je viens d'esquisser à propos des adolescents. La porosité de l'institution au monde qui peut l'entraîner à n'en devenir que la chambre d'écho, lui permet aussi de construire en son sein des espaces singuliers où le sujet retrouve « droit de cité » au sens plein de la formule. En dépit de leur écart irréductible, les pratiques psychiatriques et psychanalytiques peuvent inventer entre elles, à un

moment de l'histoire de la rencontre d'un patient et de l'institution, un agencement temporaire qui vaudra frayage pour une subjectivation en suspens. Il s'agit en quelque sorte d'installer les conditions d'une autre crise : à celle que le patient traverse dans la souffrance, la solitude et la clôture on peut substituer une crise potentiellement créative ³. La confrontation assumée, en un même lieu, de représentations hétérogènes de la vie psychique d'un patient en autorise le dépliement et l'ouverture. On aura compris que les formules « récit alternatif » ou « crise créative » contredisent l'idéal consensuel des conférences du même nom. Il est question au contraire de valoriser le télescopage des approches quelle que soit leur origine, socio-éducative, pédagogique, rééducative ou strictement psychanalytique, dès lors que chacune d'elles soutient sa cohérence sans dogmatisme. Une perspective délibérément complexe à opposer au régime binaire de la réussite ou de l'échec, des « bonnes pratiques » ou de celles qui le seraient moins, de ce qui est quantifiable ou ne l'est pas.

Les petites différences

Pour conclure, je citerai à nouveau Paumelle quand il écrit que le psychiatre de secteur doit « accepter d'être au lieu de tension maxima entre le patient et son milieu »⁴. Le paradigme contemporain de la problématique narcissique est à ce titre une vague qui peut nous emporter aussi bien que les adolescents que j'ai évoqués.

Les nouvelles formes de contraintes encadrant nos pratiques se prêtent à alimenter nos défenses : la rencontre de l'autre, de son altérité radicale dont nous participons pourtant, est un projet épuisant. Aujourd'hui, la normalisation, la prévalence de la recherche du « même », sont au contraire en passe de devenir les valeurs dominantes. La psychothérapie institutionnelle se donnait comme visée non pas de rendre soignante l'institution mais de la soigner, elle. Dans cette perspective, soigner l'institution sectorielle, « accepter d'être au lieu de tension maxima entre le patient et son milieu », implique alors d'en valoriser l'hétérogénéité. Nos pratiques doivent assumer leur part non quantifiable. Elles ne prennent sens, justement, qu'à laisser leur place à l'incomplétude, à l'inédit, aux mouvements dialectiques entre théorie et clinique, entre présence et effacement.

C'est le statut du savoir dans notre champ qui se trouve ici questionné. Psychanalyse et psychiatrie construisent leur champ épistémique d'une façon qui leur est unique dans un jeu dialectique entre clinique et théorie. Au réductionnisme de la quantification s'oppose la relation paradoxale entre savoir et rencontre clinique : le savoir éclaire autant qu'il aveugle, la clinique est toujours dans une absolue singularité qui pourtant informe un savoir généralisable. Ignorer ce paradoxe revient à suspendre toute pensée au profit d'une série d'actes reproductibles à l'identique. La logique administrative, le *Nouveau Management Public*, sont par nature hétérogènes à la polysémie, au croisement des significations, au télescopage des positions subjectives. Ni la psychanalyse ni une psychiatrie ouverte à la complexité ne sauraient faire jeu égal avec des thérapies

³ Le terme crise est ici utilisé dans son acception première, en tant que moment de décision, de choix incertain et déterminant.

⁴ *ibid.*

« scientifiquement » évaluables, celles qui garantiraient les « gains de productivité » attendus. Face à une mécanique administrative et scientiste qui se rêve omnipotente, il nous reste de façon paradoxale la possibilité d'assumer la modestie de nos ambitions, l'incertitude assumée de nos résultats indissociable de leur objet, mais aussi la rigueur de nos engagements éthiques, cliniques et théoriques. Les petites différences que nous savons si bien identifier sont notre force. Nous savons bien que l'essentiel se dit par accident, au détour d'une phrase, d'un dessin que l'enfant nous dira être « raté » ; que le lapsus et l'acte manqué ont plus d'affinités avec la réalité psychique que les visées positivistes des échelles diagnostiques.

Plaider pour l'inattendu, la contingence, est le contraire d'un renoncement. Il est question plutôt de forcer la pensée en ce point où, à la sidération offerte à la subjectivation par le mirage narcissique, ne tendrait à répondre aujourd'hui que le colmatage opératoire du quantifiable et de l'évaluable. Au miroir qui offre son emblème ambigu aux pathologies dites narcissiques, la psychiatrie et la psychanalyse peuvent et doivent continuer d'opposer le « travail de la culture » dont elles participent, dans l'asymétrie, le dissemblable et la singularité radicale.