



Réf. : DB/AA

Paris, 28 avril 2009

COMPTE-RENDU

Séminaire du Secteur Santé Mentale et Psychiatrie des CEMÉA du 7 novembre 2008

Comment aujourd'hui au sein des CEMÉA, les références à la psychothérapie institutionnelle, à la psychanalyse, à la conception politique du soin, du point de vue du désaliénisme, les propositions de formation qui nous permettent d'agir et de faire connaître nos positions, les écrits de la revue VST, sont en phase ou en décalage avec le contexte social, les difficultés des personnes et les réponses à apporter ? Quels constats faisons-nous de notre expérience ? Quelles réaffirmations souhaitons-nous porter ? Quels moyens nous donnons-nous pour élargir notre base militante, mieux faire savoir notre capacité de lieu de recherche et de résistance du droit commun et notre capacité à apparaître encore plus dans le champ de la formation professionnelle des soignants et des travailleurs sociaux ?

Pour nous aider à répondre à ces questions, nous avons sollicité Patrick CHEMLA et son équipe pour qu'ils nous relatent leur engagement dans l'accompagnement de personnes en souffrance psychique.

Les textes qui suivent sont la trace de la grande qualité de leurs pratiques et points de vue respectifs, qu'ils nous ont communiqués lors de cette journée.

Nous les remercions vraiment de leur venue et du temps que nous avons partagé avec eux.

Dominique BESNARD

Texte de :

Patrick CHEMLA

Psychiatre et chef de service du Centre Antonin Artaud,
à Reims

P. 2 à 5

Christelle POURRIER

Infirmière, Centre Antonin Artaud, Reims

P. 6 à 9

Géraldine DELCAMBRE

Psychiatre, Centre Antonin Artaud, Reims

P. 10 à 12

Sarah COLIN

Psychiatre, Centre Antonin Artaud, Reims

P. 13 à 17

Texte de Patrick CHEMLA « La Crise du désaliénisme »

Ce texte vient dans l'après-coup du colloque de l'Ampi sur « *les souffrances croisées dans les lieux de travail en psychiatrie* », mais il est également issu d'un groupe de travail qui s'est tenu pour cette journée.

D'entrée de jeu, et avant même d'exposer mes hypothèses personnelles, ce qui apparaissait évident, c'était le côté hétéroclite de notre petit groupe, aussi bien sur le plan générationnel que sur celui des statuts et des formations de chacun. Ce qui n'était d'ailleurs pas le fruit d'une décision concertée, mais le produit d'un « **hasard objectif** », et il m'a paru intéressant que chacun puisse se questionner sur son engagement au travail.

« **Au nom de quoi** » travaillons-nous ? serait une manière de formuler cette question que je n'ai cessé de relancer à chacun dans le groupe de travail, et qui a suscité du malaise ...

Cette question, à l'évidence, articule le singulier et le collectif, dans la mesure où elle est posée dans une institution fondée, dans les années 80, sur des idéaux avant tout politiques, et que les temps ont changé : les générations de soignants se sont succédées. Mai 68 n'était pas si loin à l'époque, les collectifs critiques fleurissaient dans le monde psychiatrique, et dans toutes les professions. Je me souviens encore avec jubilation du chahut provoqué par l'AERLIP dans un congrès de psychiatres, et du ton irrévérencieux qui pouvait encore se tenir, de même que les disputes homériques entre tenants et opposants à la psychanalyse ou à la psychothérapie institutionnelle, etc...

Ce fut une époque passionnante à bien des aspects, même si nous pouvons reconnaître après-coup l'aspect leurrant de certaines utopies libertaires ou même messianiques telles que la promesse communiste ou le slogan d'une « **psychiatrie sans asiles** » rimant avec « **la liberté est thérapeutique** » !

J'ai développé cette désillusion à Marseille, en reprenant une fois de plus le propos incroyablement visionnaire de Freud quand dans « *Malaise dans la Culture* », il mettait sur le même plan la promesse des bolcheviks et celle des chrétiens : que le Paradis soit sur terre ou aux cieux, il reste le Paradis, autrement dit un lieu de réconciliation possible de l'homme avec lui-même. Or la psychanalyse met à mal toute « *bonne promesse* », y compris celle d'en finir avec le symptôme ou la répétition ; elle permet par contre d'imaginer une marge de liberté possible pour le sujet confronté à une répétition dont il serait cette fois averti.

On pourrait croire qu'une telle définition de la liberté ferait bien peu cas des phénomènes collectifs, ainsi que de la répétition dans l'histoire de l'humanité : ce serait oublier que la plupart des concepts majeurs de Freud ont été forgés dans des œuvres sur le Collectif : Totem et Tabou, *Malaise dans la Culture*, *l'Homme Moïse*, *Massenpsychologie*, etc... Freud insistera d'ailleurs à plusieurs reprises sur la fausse opposition entre psychologie collective et individuelle.

Il n'empêche que la psychanalyse peut permettre de se donner un lieu pour penser ces phénomènes collectifs, sans pour autant prétendre y intervenir comme dans une cure. Ce serait considérer une institution comme un grand divan, ce qui serait pure folie. Bien au contraire, il va s'agir à chaque instant, dans une analyse institutionnelle qui serait conséquente de distinguer les différents registres de l'aliénation, d'éviter la confusion ou le collapsus entre des plans différents. Qu'est-ce qui relève du symptôme que chacun apporte avec lui dans le collectif et qui crée de l'extrême singularité, une sensibilité au monde qui sera immédiatement perceptible – y compris par le patient le plus perturbé – et se tiendra bien au-delà ou en deçà de la communication consciente ? Et vous entendrez que pour moi « symptôme » n'a pas une connotation forcément pathologique, à condition qu'il soit mis au travail.

Qu'est-ce qui relève de l'aliénation sociopolitique et de l'idéologie dominante ? Il faut bien reconnaître qu'il est bien difficile de faire la part des choses tant ces registres se trouvent intriqués, car l'idéologie dominante tisse le monde que nous habitons, les sensations que nous éprouvons, et nous détermine bien au-delà de ce que nous pensons ou croyons. Le

propre de l'idéologie, c'est précisément de ne pas se présenter comme telle, mais bien plutôt comme naturelle et évidente, et en particulier quand aucun questionnement n'est possible ou envisageable.

Evider les évidences, remarquons le, c'est aussi bien l'enjeu d'une psychanalyse que celui d'une critique des idéologies, de **l'inconscient du Politique**.

D'où l'importance de souligner, que s'il y eut naissance d'un **mouvement désaliéniste** au lendemain de la 2^e guerre mondiale, c'est sans doute en réaction à la destruction, au trauma et à la culture de mort qui avaient failli engloutir la civilisation en s'attaquant à « **l'espèce humaine** » (Robert Antelme).

Chacun, à cette époque, a pu être saisi par la parenté des HP avec les camps de concentration, et dans cet immédiat après-guerre il devenait intolérable, **au moins pour quelques uns**, de continuer comme si de rien n'était. Il faut insister sur le « **quelques uns** » pour relativiser une période qui aurait été héroïque et dont nous n'aurions qu'à cultiver la nostalgie. Ce qui me paraît remarquable que cet ensemble hétéroclite de **quelques uns** – communistes, chrétiens, trotskystes, poumistes, etc... – ait pu faire groupe, et surtout entraîner une majorité de « *braves gens* » et de conformistes qui avaient quand même laissé mourir de faim nombre de malades mentaux pendant la guerre .

Ceux qui s'intéressent à cette histoire savent que ce mouvement fut loin d'être simple et linéaire, et qu'il supposa beaucoup d'intelligence politique, d'alliances nécessaires et de travail de terrain. La création des CEMÉA, ainsi que la création de la profession d'infirmier psychiatrique, en constituent une retombée immédiate et importante : désormais les « *garde-fous* » devenaient des soignants, qu'il s'agissait de former aux « **méthodes actives** » !

Je ne vais pas reprendre ici toute cette histoire déjà écrite ailleurs, mais insister sur ce contexte qui produisit une floraison dans tous les champs de savoir, dans un mouvement dont la vitalité s'inscrit à rebours de la destruction qui venait de déferler.

D'autres, comme Davoine et Gaudillère, ont insisté sur cette relance en quelque sorte réactive au trauma : là où certains pourraient plonger dans la désolation ou la mort, voire dans la jouissance infinie et silencieuse du trauma, d'un silence qui fera du bruit et du dégât dans les générations ultérieures ; il en est qui réagissent tout autrement pour faire face à la catastrophe. A Marseille, Enrique Serrano nous rappelait l'action spontanée de Tosquelles dans les gares auprès des familles qui avaient perdu des enfants dans les bombardements franquistes ; et plus tard dans le camp de Sept-Fond pour organiser un premier accueil en recrutant un infirmier parmi les réfugiés pour ses talents de guitariste !

Il insistait sur la dimension du « **courage** » pour affronter l'adversité, mais à la réflexion je suis partagé par cette dimension morale ou héroïque. Peut-être est-ce pertinent dans la mesure où ça s'oppose à la lâcheté morale du plus grand nombre, mais on peut aussi penser que cette position spontanée par rapport au trauma suppose qu'un trauma ait déjà été vécu et surmonté par le sujet ?

C'est en tout cas mon hypothèse qui rejoint celles de Davoine et Gaudillère, et que l'on peut en quelque sorte vérifier chez la plupart des thérapeutes de psychotiques, en remarquant, comme ils le font, les points d'intersection et de correspondance entre psychose et trauma.

La question qui se pose aussitôt est celle de la réussite des « *quelques uns* » auprès de la grande masse indifférente voire hostile aux « aliénés », car la peur du fou dangereux, violeur d'enfant ne date pas d'aujourd'hui, même si notre époque lui donne une nouvelle consistance.

Il est très important de garder en mémoire ce qui a été rappelé précédemment : cette réussite fait suite au désastre et à l'extermination ; elle en est en quelque sorte le contrecoup.

D'où le puissant mouvement d'ouverture des HP, l'introduction des méthodes actives et de la psychothérapie institutionnelle, la création de l'idée de secteur, etc...

Ce mouvement nous a paru inexorable longtemps, et nous aurions même voulu l'accélérer car les résistances asilaires furent puissantes et prolongées. Des dizaines d'années furent nécessaires pour démarrer le secteur, les lieux de consultation ambulatoires, et surtout « *les alternatives à l'hospitalisation* » qui ne furent légalisées qu'en 1986.

Pour notre part, nous avons ouvert les premiers appartements thérapeutiques en 1980 dans une ambiance subversive où tout l'HP attendait qu'on se casse la gueule, puis le club extra-hospitalier qui fit scandale car nous avons donné le pouvoir aux patients.

Et là il me faut insister sur un élément essentiel pour tenter d'appréhender la crise actuelle : il y avait déjà eu une première introduction de la PI à l'HP, par un psychiatre disciple de Tosquelles, qui avait abattu les murs avec les infirmiers, créé les premières réunions d'équipe et également un club thérapeutique hospitalier. Mais les réunions en question étaient appelées « *réu de silence* » tant les infirmiers étaient bavards, et le club était certes constitué en assos 1901, mais géré par les surveillants chefs comme un patronage pour le bien des patients. Entre temps la psychanalyse lacanienne avait été introduite à la génération suivante sur un mode caricatural où elle m'apparaissait comme un instrument de domination et de confiscation de la « *parole vraie* ». Les deux strates s'étaient intriquées, chacune légitimant l'autre, et la psychanalyse devenue à la mode faisait fureur dans les internats et chez les jeunes psychos, tout en maintenant l'ordre asilaire.

Il me paraît très important de rappeler ces éléments historiques aujourd'hui presque oubliés, alors qu'ils étaient prégnants, à quelques variantes près, dans tous les HP de France. Les variantes avaient aussi toute leur importance car il y avait une majorité de régions figées dans l'immuable, et une minorité d'expériences menées par les promoteurs du désaliénisme. Et en plus toutes ces expériences étaient extrêmement diverses voire contradictoires : entre celle de Paumelle dans le 13^e (« *la psychanalyse sans divan* ») qui avait pu, comme à Lyon avec Hochman, expérimenter un accueil et des soins « *hors les murs* », et d'autres comme Bonnafé qui théorisaient « *l'implantation préalable* » à toute hospitalisation, ou d'autres encore comme Daumezon généralisant la pratique de la PI dans l'HP de Fleury les Aubrais, il y avait des mondes hétérogènes, qui ne communiquaient pas forcément entre eux, d'autant plus que des querelles d'écoles analytiques venaient redoubler des disputes très sérieuses sur la place des infirmiers dans les dispositifs de soins. Fallait-il les considérer comme des exécutants des prescriptions médicales et vous entendrez je pense l'actualité de cette dispute, comme constituants du « *tissu interstitiel* » ou bien comme des psychothérapeutes potentiels, puisqu'ils participaient de la psychothérapie, voire qu'ils pouvaient se retrouver supports d'un transfert ? Comme on sait, et certains comme Oury le savaient déjà à cette époque, les patients psychotiques ont tendance à s'adresser à des personnes disponibles à les écouter, ce qui n'a pas forcément grand-chose à voir avec leur statut professionnel ou leur formation.

Vous remarquez combien nous nous retrouvons dans un carrefour complexe, puisque la question du transfert psychotique, la manière de le faire exister (puisque'il avait longtemps été nié par les psychanalystes orthodoxes) comme la manière de l'accueillir dans le Collectif devient un enjeu politique. Et cet enjeu n'a que faire de la revendication d'un « **discours infirmier** » puisqu'il s'agit de reconnaître que tout un chacun, du moment qu'il y consent et qu'il en prenne la responsabilité, peut participer du discours analytique, faire partie de la constellation qui va tenter d'accueillir le transfert multifocal.

Vous entendrez dans les interventions de l'équipe que cette prise de transfert peut aller bien au-delà et mettre en position de thérapeutes des infirmières qui arrivent dans la profession, sans aucun enseignement aujourd'hui mais qui se montrent disponibles à la rencontre.

Ce qui ouvre de multiples questions : chacun peut-il montrer une telle disponibilité au transfert ? Certainement pas, me semble-t-il, et il me paraît important de distinguer les places qui vont se tenir, forcément décalées d'une hiérarchie statutaire mais instaurant pourtant des différences de compétence qui vont induire des tensions créatives dans le Collectif.

« **Au nom de quoi** » s'autorise-t-on à écouter ? relance notre question initiale ...

D'autant plus, qu'il ne s'agit pas seulement d'entendre une fois, et d'y manifester un certain talent, mais de tenir au long cours et de se donner les moyens de théoriser sa pratique.

Autant dire que cet exercice fort difficile expose à des moments d'avancée mais aussi de recul, voire même de repli, ou à l'inverse de fuite ou d'évitement.

Proposer de soutenir son désir soignant va renvoyer chacun à l'énigme de son désir inconscient et aux effets de dévoilement plus ou moins sauvages que provoque le transfert psychotique, mais aussi le travail dans le Collectif. Cela évidemment rien ne peut nous en protéger ; tout au plus l'analyse personnelle peut-elle permettre un rapport moins phobique ou paranoïde à l'inconscient ...

Ce qui est déjà énorme et constitue sans doute l'essentiel !

Mais, si cela est possible dans une équipe, la nôtre en l'occurrence, et même si c'est éprouvant, pourquoi y a-t-il une crise du désaliénisme ?

On ne peut que constater en effet avec désolation que les expériences d'équipes au travail se raréfient, et sans qu'il y ait forcément besoin de mesures de coercition. Certes ces mesures destructrices existent et vont même en se renforçant, mais la résistance paraît bien faible par rapport aux enjeux.

C'est là que nous en revenons, je crois, à ce qui a pu paraître constituer une victoire du néolibéralisme et de l'économie capitaliste mondialisée. Mais outre que ce système paraît en train de s'effondrer de l'intérieur, l'essentiel me paraît à saisir du côté d'une crise des valeurs. A quoi bon se dépenser d'une dépense improductive, quand tout s'évalue en valeur marchande ? et même pire quand nous sommes pris comme l'avait Castoriadis dans « une montée de l'insignifiance » ?

A quoi bon tenter de produire du sens quand plus rien n'aurait de sens ?

Je suis pour ma part persuadé que tous ces processus de réification, que Marx avait annoncés, sont extrêmement puissants et nous reviennent au plus intime : du coup l'engagement, la prise de risque, le don de soi ou « **la passion travaillée** » peuvent paraître comme des signes de pure folie ; alors qu'autour de nous ne montent que des plaintes de souffrance au travail ...

Nous payons sans doute très cher l'effondrement des utopies révolutionnaires, dont nous serions en train de traverser l'après-coup traumatique : d'où l'impression d'un « *espace vide* » et la montée des processus de fragmentation et d'isolation, mais aussi de corporatisme dont il s'agit de se dégager.

Je ne crois pas du tout qu'il s'agisse de bâtir une nouvelle utopie, une nouvelle « *bonne promesse* », mais à l'inverse de mener une traversée de cet « *espace vide* » en construisant malgré tout du collectif par notre praxis.

Il s'agit sans doute d'une visée moins grandiose, mais plus réaliste, exposant moins aux lendemains qui déchantent ...

Dans cette perspective, la fondation comme le sens seraient toujours devant nous à relancer sans cesse ...

Patrick CHEMLA

Texte de Christelle POURRIER Au-delà de la blouse blanche

Le sujet de cette journée « la crise du dés aliénisme » m'a beaucoup impressionné. J'ai chiffonné et arraché un nombre considérable de pages, ne sachant comment aborder cette question. Je ne vais pas m'aventurer sur les chemins de l'histoire de la psychiatrie. Je voudrais simplement évoquer la psychiatrie d'aujourd'hui celle à laquelle j'appartiens. Celle qui fait que je m'engage, que je prends le risque de la rencontre avec la folie, que je m'avance pour défendre des idées auxquelles je crois. Celle qui fait aussi que parfois, je me replie, je suis partagée et dans l'embarras face à des décisions que je pense strictement personnelles mais qui engagent aussi les patients et le collectif soignant.

Il s'agit donc de parler de « l'engagement », de mon engagement.

Il y a 10 ans, le diplôme d'état en poche, je commence ma carrière dans un service de Chirurgie traumatologique. J'y reste 4 ans et deviens une pro des actes sur prescriptions, des pansements à la chaîne et surveillance post-opératoires. Je suis le chemin tout tracé et bien pratique du « bonjour, au revoir » répété à tout va aux patients que je ne fais que croiser dans leur chambre. Au début, je rentre dans le moule de l'infirmière technicienne exécutante. C'est mon premier poste et j'ai du mal à prendre des initiatives pensant avoir tout à apprendre de mes collègues plus anciennes. Je me sens encore étudiante. Dans ce service, c'est la loi du rendement et de la hiérarchie qui domine. Je suis très loin de la question du « savoir faire » et « savoir être » abordée pendant ma formation.

J'ai peu de marge de manœuvre dans ce fonctionnement stérile qui met de côté la personne, son nom, son histoire. « c'est la chambre n°210 qui sonne » ou « la prothèse de hanche qui est douloureuse ». J'en viens moi-même à utiliser ce langage qui balaie toute identité, toute humanité. Je prends soin d'une partie du corps.

Mais plusieurs personnes vont vite me rappeler que je n'ai pas choisis d'être infirmière pour les soins dits techniques au moment où je me forge ma propre identité de soignante.

Il y a tout d'abord cette vieille dame en errance. Le bras cassé, elle a été « ramassée dans la rue » par les pompiers. Dès son entrée, elle est mise de côté au fin fond du service pour ne pas l'entendre crier sa souffrance. Moi, elle m'interpelle cette vieille femme, j'ai envie d'écouter ce qu'elle a à dire. Alors, lorsqu'on demande une consultation psy, je me rends disponible pour être présente. J'ai envie de la connaître. Mes collègues me laisse passer du temps avec elle parce qu'elle pose problème et qu'elle s'agite lorsqu'on ne l'écoute pas. L'équipe se sent démunie, agacée face à cette « vieille folle » qui dérange le bon déroulement des soins. On me fait quand même remarquer que pendant ce temps, je ne fais pas mon « quota » de pansements et que les différents entretiens, que j'ai avec elle, ne peuvent entrer dans la cotation des actes infirmiers. Je suis soupçonnée de ne rien faire... On tout du moins mon travail ne compte pas.

Il y a aussi ce jeune homme d'une vingtaine d'année qui s'est tranché la gorge et poignardé le thorax lors d'un premier épisode délirant. Là encore je vais passer beaucoup de temps à parler avec lui, à écouter son délire ou tout simplement être là. Je vais certes panser ces plaies mais je vais y mettre des mots.

L'équipe ne supporte pas mon engagement vis-à-vis de ces patients et bientôt me positionne ironiquement comme « la spécialiste de la folie ». Dès qu'un patient en souffrance arrive, j'entends dire « vas-y, c'est ton truc les fous ». Cela me dérange moins car je commence à

m'autoriser à soigner autrement. J'ai la sensation de retrouver cette sensibilité qui a toujours fait partie de moi que je tentais peut-être de cacher derrière ma blouse blanche de technicienne. J'entrevois qu'elle peut servir à d'autres, qu'elle pourrait être au contraire un atout.

En parallèle, une amie qui travaille dans le service intra hospitalier de Patrick Chemla me raconte ce qui s'y passe. Je découvre que sur la planète soin, il y a un endroit où rencontre, dialogue, travail d'équipe, échanges et paroles ne sont pas que des mots. Moi qui agis sans cesse sur prescription médicale, je vois un autre horizon s'ouvrir devant moi.

Bien sûr elle me raconte aussi les conflits, les désaccords, les épreuves et la difficulté de ce type de travail avec les patients. Mais ce que je retiens avant tout c'est cette possibilité de rencontre de l'autre, ce temps donné aux soins, ce travail d'équipe où chacun peut contribuer à l'avancé du patient, quel que soit son statut.

Ces 4 années en chirurgie m'ont permis de me rendre compte de ce que je ne voulais pas faire. Quelque chose ne collait pas entre mon engagement dans ce métier profondément humaniste et cette manière presque désaffectée de travailler au quotidien.

Encore un petit exemple: l'utilisation du placebo était monnaie courante dans ce service de chirurgie. Tout comme mes autres collègues, il m'est arrivé de mentir aux patients et de leur proposer la petite gélule bleue qui fait dormir ou la petite gélule rouge qui efface toute douleur. Et chaque fois que je devais le faire, je me trouvais dans un embarras profond. D'un côté je demandais au patient de me faire confiance, de s'appuyer sur moi alors que je n'étais pas fiable dans un moment pareil !

Ce sont tous ces événements et cette prise de conscience qui font que je pars de ce service. Ce qu'on me demandait de faire ne correspondait en rien aux valeurs que j'étais en train de construire.

J'ai donc choisit de travailler dans le service intra hospitalier de Patrick Chemla avec ces réflexions sur moi-même et sur les valeurs que j'avais envie de défendre.

Les premières semaines je me suis accrochée à ce que je savais: distributions de médicaments, papiers administratifs, soins techniques (arrivant de chirurgie, j'étais cette fois positionnée comme spécialiste des pansements, prise de sang et autres). Je ne connais pas l'orientation du service. Je me fais toute petite et j'écoute, j'observe. J'apprends que je n'ai pas qu'un statut mais aussi une fonction et un rôle à jouer dans l'institution et auprès des patients. J'entends parler de psychothérapie institutionnelle, manière de travailler qui m'était complètement inconnue jusqu'à présent. Ici le soin est basé sur une approche psychanalytique. Analyse du patient mais aussi analyse institutionnelle permanente. La folie n'est pas que l'affaire des patients, il y a aussi la nôtre. J'en prends conscience.

Les portes sont ouvertes. Il y a de l'accueil, du respect, du temps. Les patients circulent, prennent part à la vie du service par le biais du club thérapeutique. Les initiatives des soignants tous statuts confondus sont encouragés.

Les « bonjours, au revoir » sans consistance se sont envolés. L'heure de la rencontre avec les patients est arrivée.

Je me dégage de ce que je sais pour m'engager vers l'inconnu, l'inattendu.

J'ai fait de belles rencontres dans ce service, mais encore une fois je me suis retrouvée en conflit interne entre ce que je voulais faire, et ce qu'on m'autorisait à faire. Il fallait lutter sans

cesse contre le carcan administratif qui bloque nos mouvements et le collectif qui se désagrègeait peu à peu. Je ne supportais plus ces vagues incessantes de départ de mes collègues et l'instabilité constante de l'équipe. Beaucoup n'avait pas choisit de travailler là et n'ont pas réussi à prendre le risque de travailler de cette manière qui nous engage entièrement, qui nous fait de l'effet, qui agit sur nous.

Je me décide donc à bouger encore pour intégrer l'équipe du centre Artaud que je positionne comme idéale, expérimentée. Sorte de paradis de la psychothérapie institutionnelle débarrassé du carcan administratif. Je partais rejoindre l'équipe avec un grand E. Celles et ceux qui ont choisit d'être là, qui supportent tout, qui savent tout et qui vont m'apprendre tout ce que je veux savoir.

Tout cela est bien simpliste me direz-vous mais c'est réellement dans cet état d'esprit que je pars de l'hôpital.

Je travaille au centre Artaud depuis 3 ans maintenant, et ma vision des choses a bien changé depuis que je fais partie de cette équipe. C'est une équipe comme les autres avec ses résistances, ses conflits internes, ses refoulements, sa surdité.

Alors chaque jour, comme les autres, je bricole pour fabriquer ma boîte à outils. Je suis en apprentissage. J'apprends l'engagement, celui qui fait qu'on ne peut plus se planquer derrière les autres. Qu'on ne peut plus dire que c'est de la faute de l'administration qui nous empêche de penser. Qu'il faut bien reconnaître qu'on est aussi capable de s'empêcher soi même et que pour cela, on a besoin de personne. J'apprends à m'autoriser, à prendre des risques.

Bien sûr cela ne se fait pas sans difficulté, peur, refoulement, actes manqués, ressentis désagréables...

Je lutte constamment contre ces forces externes et internes qui m'empêchent de penser, me parasite.

Je prends conscience de mes propres symptômes et bien souvent, ce sont les patients eux-mêmes qui viennent vous deviner, mettre en lumière vos vieux démons planqués sous un mouchoir bien au fond de votre poche. Cela crée de la levée de refoulement, chose qui ne se vit pas forcément de manière agréable.

Tony, que j'ai rencontré il y a trois ans fait parti de ces rencontres marquantes qui me font me déplacer, me questionner sur ce que je fais là et du pourquoi je le fais.

Il est venu me bousculer, m'a poussé à lutter, à ne pas lâcher prise. La confrontation était rude. Moi qui arrivais pleine de bons sentiments, je rencontre ce jeune homme caustique, piquant, déniait sa psychose, luttant de toutes ses forces contre moi.

C'était la première fois que je rencontrais un patient dans une telle destructivité.

Trois ans qu'il avance à grand pas et qu'il m'entraîne dans son mouvement psychique. Déjà trois ans que je me suis engagée à être là pour traverser près de lui tous les méandres de sa vie.

J'aurai pu me dérober lorsqu'il m'a poussé psychiquement à la chute dans un escalier. J'aurai pu aussi me replier dans la plainte ou dans ma culpabilité d'être tombée devant lui. Mais Tony m'a fait comprendre que cette chute était une preuve d'engagement pour lui. C'est à ce moment là que le travail thérapeutique a réellement commencé et c'est là qu'il a

pu nous raconter son histoire, nous parler de cette carapace protectrice qu'il s'était construit depuis l'enfance et qui lui permettait de se tenir hors d'atteinte, en vie. Tony m'ouvre des portes, me met à l'épreuve de mes propres émotions. Il m'offre des occasions de faire l'expérience des effets de l'inconscient, de reconnaître mes symptômes et de pouvoir analyser ce contre-transfert. En prenant acte de ce que je représente pour lui dans le transfert, je peux rester disponible, réceptive et utile à Tony et aux autres patients dont je m'occupe. J'ai plutôt l'impression de gagner psychiquement quelque chose à travers ces épreuves.

La question de ma propre analyse vient se poser là mais pas comme j'étais tenté de le penser au début, c'est-à-dire quelque chose qui viendrait donner des réponses immédiates, une maîtrise de moi-même mais plutôt comme une possibilité d'élucidation permanente du transfert et de mes résistances, un moyen d'être moins apeurée par la présence de l'inconscient. La fonction que j'occupe auprès de Tony n'est pas si évidente et elle me fait de l'effet. Je me sens encore mal à l'aise lorsque dans son regard je vois de l'admiration, lorsqu'il m'offre des roses pour mon anniversaire. J'essais d'en faire quelque chose de thérapeutique.

Tony m'a aussi appris à ne pas travailler seule. Il a permis que Patrick Chemla fasse tiers dans ce duel, que je puisse signifier un autre après des semaines de surdité où je m'étais laissée capter par Tony et pensait m'en débrouiller seule. J'ai saisis l'importance de tenir à plusieurs.

Tenir à plusieurs aux travers des conflits, des individualités de chacun. Penser et faire à plusieurs. Se dégager de l'agir et de l'individualisme pour élaborer collectivement une pensée articulée, une trame où le patient pourra peut-être inscrire son parcours singulier. C'Est-ce que nous tentons de faire au quotidien à l'heure où réfléchir est synonyme de « prise de tête », sorte de déplaisir à penser. Nous sommes dans une société de consommation de plaisir, de loisirs, d'individualisme et d'absence de solidarité où la prise de risque et l'engagement font défaut. Nous sommes tous pris dans ce mouvement qui veut qu'on soit plutôt attiré par le facile, le confortable, le pratique. Alors pourquoi se creuser la tête? Pourquoi prendre sur mon temps personnel pour écrire ce texte, pour venir l'exposer ici ? Peut-être parce que je ne veux plus être passive. Peut-être aussi parce que j'ai plaisir à réfléchir sur le travail que nous faisons même si, la plupart du temps, c'est dans l'après-coup. Le groupe de travail que nous avons mis en place pour cette journée a été riche en discussions, en questionnements et même si souvent j'en ressors un peu déboussolée, je trouve que c'est toujours un moment privilégié, de partages, décalés de l'institution. Chaque fois, il y a du gain. Et même si j'entends de la part d'amis soignants d'autres secteurs qu'à Artaud « on s'y croit », je reste sur cette voie non pas parce que « je m'y crois » mais parce que j'y crois tout simplement.

Christelle POURRIER

TEXTE DE GÉRALDINE DELCAMBRE

La psychanalyse je suis tombée dedans quand j'étais petite. Mon père psychiatre avait son cabinet à l'entrée de la maison.

Pas question pour moi d'entendre parler de psychiatrie pendant mes études de médecine. Il m'aura fallu endurer six années d'études – où chaque malade est découpé en tranche, et entendre mes collègues s'extasier devant les nouvelles thérapeutiques – pour me rendre compte que cette médecine n'était pas ma tasse de thé.

Assumant enfin mon choix pour la psychiatrie, certainement présent depuis plus longtemps que je ne le pensais, je débute mon internat découvrant un univers qui par certain côté m'est familier. Mais il me fallait en passer par ma propre expérience et construire mon chemin.

Au cours de mon internat, après deux semestres dans le service de Patrick Chemla, j'accepte le poste d'assistante qu'il me propose. D'une part, parce que les fondements du travail à l'œuvre dans le service correspondent à mes croyances. Par croyances, j'entends croyances laïques, telles que l'existence de l'inconscient et la nécessité d'un traitement de l'institution. Le passage dans d'autres services m'avait montré la régulière absence de ces fondamentaux ou leur présence dans le discours mais sans prise dans la clinique.

D'autre part, cette demande de Patrick, au delà du fait qu'elle ait flatté mon égo, m'interrogeait sur mon désir.

Je renonçais à retourner dans mon Nord natal, pour construire mon propre chemin. Le colloque sur l'exil qui se tenait à Reims, à cette période, ne fut pas indifférent dans mon choix. Je trouvais un certain écho à mes questionnements et ma souffrance. Non pas dans une compassion enfermante qui pousse à la jouissance du symptôme mais dans un accueil et une mise au travail possible de celui-ci.

Position très différente des Professeurs de psychiatrie qui ont jugé mon mémoire de DES, à la fin de mon internat. Ces derniers persuadés de détenir le savoir psychiatrique sont restés sourds aux rencontres et expériences qui ont rendues vivant mon internat. Cette pensée d'envisager la transmission de manière unilatérale me paraissait être une impasse, me renvoyant à la passivité de l'étudiante en médecine que j'avais été, me cantonnant à l'époque à ingurgité un savoir qu'il fallait restituer tel quel aux examens.

Prendre conscience de ces propres point de traumatisme, et d'accepter de les mettre au travail, ne va pas forcément de soit. On peut même se demander où se situe le désir de soigner l'autre dans cette affaire. Mais nous travaillons à partir de ce que nous sommes et de notre histoire.

Ma relation transférentielle, à l'institution et aux personnes qui y travaillent, est très importante dans ma place de jeune médecin. En début d'internat j'assistais rarement aux consultations de mes aînés par manque de confiance en ce qu'ils pourraient me transmettre de leur savoir-faire. J'avais besoin de trouver toute seule ma manière de faire. Cela pour dire que pour qu'il y ait transmission il faut que les aînés aient l'envie de transmettre, mais aussi que les générations suivantes acceptent de se laisser enseigner, de recevoir un héritage.

J'avais eu besoin de passer par des expériences où je n'étais pas en accord avec les pratiques pour saisir où se situait mon désir.

Jacques Hassoun nous dit : « Un pas de plus me permettra enfin d'affirmer ce qui est plus qu'un paradoxe : une transmission réussie offre à celui qui la reçoit un espace de liberté et une assise qui lui permet de *quitter (le passé) pour (mieux le) retrouver.* »

Lors de mon arrivée dans le service, mes premières angoisses venaient de l'illusion d'un service parfait, où tout avait déjà été créé ; illusion confortée par ma difficulté à me mettre au

travail en restant retranchée derrière mes défenses. Je ne voyais pas comment y construire ma place avec ma singularité. Il fallait d'abord y être.

La place que j'occupe au sein du club MEID, club thérapeutique de l'intrahospitalier m'a permis de percevoir toute la difficulté que j'avais à prendre de l'écart par rapport à ce qui m'était transmis par mes collègues.

Le club MEID a été créé il y a une dizaine d'années, et animé par des personnes de statut différents : surveillante, médecin, infirmier...

Il est fédéré au club de l'extrahospitalier « Le Grillon ».

Il s'attache à organiser la vie du service : des activités ponctuelles, des sorties, les temps fixes de la journée : le kiosque et le tilleuls.

Je suis nommée depuis un an au poste de présidente du club. Nous tentons avec T.Z psychologue, et quelques infirmiers, de le réanimer en espérant qu'il produise de la fonction club, c'est à dire des espaces de partages vivants entre patients et soignants.

La difficulté actuelle étant que la notion même de collectif n'existe pas au sein de l'équipe, le club ne peut alors exister qu'en « contre-bande » tenu par quelques uns qui en ont le désir. L'enjeu n'était pas de continuer tel qu'il était, mais de le refonder à notre manière pour qu'il reste vivant.

Je découvre au fur et à mesure les rouages d'une association, novice en la matière. Régulièrement je me trouve en panne de décision, ayant peur de me tromper. Je ramène alors nos questionnements en réunion institutionnelle pour qu'ils soient validés par un aîné. Cette peur surmoïque paralysante, révélée par le biais de mon implication dans le club, m'empêche de prendre des risques. Mais, au delà du club, ne s'agit-il pas de la peur à se risquer au transfert psychotique?

En effet, nous travaillons au quotidien avec des patients fragiles pour lesquels les décisions que nous prenons ont des conséquences parfois vitales. Mais il ne faut pas en rester là au risque de se dévitaliser, mais plutôt travailler avec la pulsion de mort à l'œuvre en tentant d'y injecter de la vie.

A plusieurs reprises au cours des réunions, des personnes : patients ou soignants se mettent en marge du groupe, en dehors de la discussion qui anime la salle. Je me trouvais embarrassée d'intervenir auprès de collègues qui parasitaient le déroulement de la réunion.

Par ailleurs je n'avais aucune difficulté à interpeler une patiente qui rapportait de manière intempestive des éléments personnels qui n'avait pas lieu d'être en réunion.

J'avais l'impression que mon intervention serait vécue comme un acte d'autorité médicale, alors que je me devais d'intervenir pour lutter contre la propre destructivité du groupe. Je restais prisonnière de mon statut de médecin, ne pouvant pas assurer la solidité du cadre de la réunion en assumant ma part d'autorité de présidente du club.

Le fait de rapporter des questionnements en réunion institutionnelle nous a permis, dans un premier temps, de « prendre appui ». Le départ d'une trésorière nous a obligé, ces dernières semaines, à échanger pour que chacun de sa place puisse se positionner sur son désir de prendre part au club. Une assemblée générale est prévue dans le mois, un an après les précédentes. Ce travail est à recommencer sans cesse, pour que chaque soignant puisse à un moment être moteur d'un projet ou à d'autre un peu plus en retrait, pour que le désir soit soutenu.

Au delà du fait que nous travaillons avec des patients psychotiques, la difficulté de toute transmission se situe dans la capacité de chaque génération de s'approprier un savoir-faire pour le faire sien et aboutir à une nouvelle création.

Comment alors s'appuyer sur le savoir de nos aînés sans reproduire le « même » ?

Il faut pouvoir entendre ce qui nous est transmis non pas comme la vérité mais comme une vérité subjective. Il appartient à chacun de se constituer sa « boîte à outil », comme nous le dit J. Oury. De nombreux psychanalystes ont apporté leur contribution à la théorisation de la psychanalyse depuis Freud, et ont exposé leur manière singulière de la mettre à l'œuvre dans le traitement des patients.

Mais pour que chacun puisse se construire un parcours singulier il faut que dans la formation le passage dans différents lieux, avec des approches variées, soit possible pour qu'au grès des rencontres, chacun puisse mieux saisir où se situe son désir. La question n'est pas de savoir si tel stage d'interne est bon ou mauvais, dans mon parcours ils ont tous par certains côtés eut leur importance. Ils m'ont permis par des détours, d'aller avec moins de peur vers une manière de travailler qui me convient.

C'est sur ce point que l'intervention du politique rejoint nos préoccupations : l'orientation actuelle d'homogénéisation des pratiques tend vers l'abolition de ces différents praticables permettant à chacun de trouver sa voie. Et au delà de la question de la formation, le rejet de l'étranger et du différent aboutit à un appauvrissement de la culture. Résister ensemble tout en préservant de la singularité, au sien du collectif, vient répondre à l'aliénation politique actuelle.

Géraldine DELCAMBRE

Texte de Sarah COLIN, sur « La crise du désaliénisme » pour les CEMÉA

J'ai décidé de faire une psychanalyse à 15 ans, en 1972, en voyant le film de Ken Loach « Family Life ». Ce n'était pas le message explicite du film qui dénonçait plutôt la folie induite par l'institution familiale et la société, et était soutenue par le courant antipsychiatrique anglo-saxon. Mais c'est comme ça que je l'ai regardé.

Je lisais avec mes amies de lycée les surréalistes, André Breton, Nadja... Nous faisons des cadavres exquis pendant les cours de maths... Il y avait bien sûr une idéalisation de la folie possiblement subversive, créative, Antonin Artaud, et son livre « le théâtre et son double », mais aussi le risque d'une fascination pour cette folie dont je ne percevais que le versant artistique. J'étais loin de la maladie mentale telle qu'elle se donnait à voir dans les asiles, et le choc a été rude lorsque j'ai découvert les pavillons asilaires.

Au nom de quoi travaillons-nous ?

Pour ma part, cette question m'a beaucoup embarrassée. Tant la traversée de moments difficiles dans le travail épuise l'énergie et surtout la vitalité nécessaire pour continuer.

Je l'ai vécu douloureusement, ces dernières années qui ont été émaillées d'accidents physiques. Mes deux chevilles ont nécessité plusieurs mois d'immobilisation plâtrée à 3 ans d'intervalle.

J'ai eu droit à quelques interprétations ... Une amie me disait à ce propos « comment va la cheville ouvrière ? », et une patiente psychotique qui fréquente de longue date le Centre Artaud « qu'est ce qui vous casse donc les pieds comme ça Madame Colin ? »

Comment nous retrouvons-nous dans ces lieux où nous accueillons des patients en grande souffrance, en danger de mort ?

C'est toujours une expérience singulière, intime, qui nous pousse à produire des espaces vivants, à « greffer du vivants », là où la vie ne tient qu'à un fil. Greffer, produire du vivant et le partager. Ce qui ne va pas de soi, et me confronterait plutôt à mes résistances, mon ambivalence et mes propres limites pour rester vivante.

Pendant les discussions que nous avons eues ensemble, à l'occasion de la préparation de cet atelier, j'ai été interpellée sur une de mes remarques à propos de « ma courte expérience » en psychiatrie. Je me suis rendue compte que ce que j'avançais là ne pouvait pas se comprendre, mais que pour autant je l'éprouvais vraiment. C'est même très insistant car je l'ai souvent écrit. Comme si mon expérience faite de pratique quotidienne, mais non de savoir universitaire, ne pouvait jamais trouver sa pertinence. Je sais bien qu'il ne s'agit pas de savoir universitaire mais de travail avec l'inconscient, mais quand même. C'est encore à partir de ce point originel que je me mets à écrire.

Donc, si je suis proche de la psychiatrie depuis 23 ans, je ne suis pleinement engagée à temps plein comme psychiatre « que » depuis 6 ans.

Mes collègues me connaissent pourtant depuis très longtemps, et j'ai toujours peu ou prou été en contact avec le Centre Artaud depuis sa création.

J'étais alors faisant fonction d'interne en psychiatrie et j'avais renoncé à m'engager dans cette spécialité. Non que je ne l'avais pas toujours souhaité, mais déjà, à cette époque le passage par le CES et les services de psychiatrie du CHU de Reims, où j'ai fait mes études, ne m'avaient pas encouragée dans cette voie. Je savais très confusément, que j'étais incapable d'aborder ce « continent obscur » du psychisme humain avec les outils que m'avaient transmis mes enseignants de la faculté de médecine, y compris les psychiatres. Il manquait quelque chose que je ne pouvais pas nommer à cette époque et que j'identifierais à présent du côté du transfert. **Transfert sur des personnes et des lieux suffisamment accueillants pour y travailler et être en accord avec ce qui me semblait essentiel pour soigner.** Une certaine empathie, un intérêt pour les patients qui s'adressaient à moi, au delà de l'intérêt pour leurs organes malades que j'avais dû subir pendant mes études.

La rencontre décisive aura été hasardeuse. A la fin de mes études, j'ai eu un temps d'arrêt de plusieurs mois. Je n'arrivais pas à finir, c'est à dire passer les Cliniques, trouver un sujet de thèse. J'étais hors circuit, mal à l'aise. C'est la faculté qui m'a rappelée à l'ordre en me mettant en demeure de passer mes Cliniques (examens oraux de fin de troisième cycle).

A cette occasion, j'ai rencontré des internes en psychiatrie qui travaillaient à l'hôpital psychiatrique de Chalons en Champagne et ils m'ont parlé de postes d'internes vacants. Je suis arrivée à l'hôpital psychiatrique par hasard, mais sans réticence, et me suis lancée dans le travail avec les patients. J'ai commencé mon apprentissage de la pratique médicale dans cet hôpital, où je me suis confrontée pour la première fois à ma responsabilité de praticien débutant auprès de patients.

C'est dire l'importance de cet étayage institutionnel, même dans un lieu à priori hostile pour me sortir du marasme de la fin de mes études médicales.

J'ai été confrontée très rapidement, à la violence de l'institution dans des pavillons de chronique où j'étais plutôt terrifiée. Les infirmiers qui avaient repéré ma peur et s'en amusaient, essayaient régulièrement de me mettre dans des situations embarrassantes et des confrontations avec des patients agités et violents.

J'y ai fait aussi quelques rencontres décisives avec des psychiatres, infirmiers, assistantes sociales, et psychanalystes qui pensaient autre chose du soin aux malades. Le secteur commençait à se développer. Des malades chroniques sortaient de l'hôpital.

C'est dans ce contexte que j'ai rencontré Patrick Chemla qui travaillait sur un secteur rémois, où il avait participé et aussi initié l'ouverture d'un CMP, du club thérapeutique, puis du centre Artaud, et un peu plus tard d'un réseau d'appartements thérapeutiques. Ce n'était pas très clair pour moi, mais c'était tellement plus vivant que tout ce que j'avais connu jusque-là, tant dans mes études que dans des services de l'hôpital psychiatrique.

N'ayant pas suivi le cursus de la spécialité, mon expérience dans l'hôpital psychiatrique n'aura duré que 3 ans environ. Je me suis ensuite installée comme généraliste, après avoir écrit ma thèse sur une expérience de travail institutionnel en Maison de Retraite. Il s'agissait de la mise en place d'un groupe de parole pour les patients déments. C'était assez loufoque, mais je m'étais passionnée pour ce travail, et les rencontres avec des soignants et les patients de cette institution. J'ai depuis gardé ce label « spécialiste des vieux » auprès de mes collègues. Pour autant ma première préoccupation lorsque je me suis installée a été d'aménager le petit espace de ma consultation pour y accueillir des enfants comme patients à part entière. C'est d'ailleurs avec les enfants que j'ai appris à faire des adresses en psychothérapie.

Ce passage par l'hôpital psychiatrique aura été suffisamment déterminant pour que progressivement et depuis cette place de médecin dans ma pratique quotidienne, je revienne travailler en psychiatrie, d'abord à temps partiel puis à temps plein depuis 6 ans.

Etre médecin et pratiquer la médecine est totalement intriqué pour moi à cette première expérience d'interne en psychiatrie. Le passage par l'hôpital psychiatrique m'avait fait découvrir une possibilité de travailler et d'élaborer le malaise que je ressentais depuis le début de mes études. Il y a eu depuis une ouverture et mon désir pour les patients et le soin m'a jusque là permis d'avancer. C'est en écrivant ce texte que je réalise cette évidence : je suis devenue médecin grâce à cette expérience en psychiatrie. (Je ne me l'étais jamais formulé ainsi)

Lorsque j'ai commencé à travailler comme praticien à temps plein, mon arrivée dans l'équipe a été un choc que je n'avais pas vraiment appréhendé. Bien sûr quitter les patients que l'on soigne pendant de longues années a été une rude épreuve. Mais je pense, aussi, que ce renoncement à un espace individuel de travail m'a faite vaciller. Je ne savais pas comment intégrer mon expérience de médecine générale à un travail très différent où la dimension du collectif est fondamentale et demande des efforts permanents, en tout cas pour moi.

J'avais su associer la psychiatrie à mon activité libérale, mais brusquement je me trouvais dans l'incapacité d'intégrer mon expérience à cette nouvelle situation de travail.

Alors, pourquoi avoir fait tout ce cheminement que personne ne m'a imposé ? Pourquoi m'être engagée à ce point, à corps perdu dans cette aventure plutôt que de poursuivre une

activité où je trouvais des satisfactions et une reconnaissance de mes collègues et de mes patients ?

Quelle sorte d'idéal personnel m'a poussé à venir là, à quitter un certain confort psychique pour à nouveau me confronter au malaise, à l'embarras, à l'angoisse ?

Comment se repérer et comprendre les enjeux et les responsabilités dans un collectif ?

Lorsque j'étais seule auprès des patients je n'étais pas trop encombrée de mes symptômes. Il y avait la possibilité de compenser par un activisme et des débordements qui n'engageaient que moi. Mes amis faisaient des gorges chaudes, sur les horaires démesurés, le rythme exténuant. Je pouvais avoir ainsi l'illusion de tout pouvoir, tout soigner dans l'abnégation et un refus de la castration...

Venir me frotter à ce collectif et renoncer à cette jouissance sacrificielle n'allait pas de soi. Pour autant je savais que toute avancée dans le travail devait en passer par là et que je ne pourrai pas soutenir une telle démarche dans la solitude du cabinet.

Je dirais d'abord que ce qui m'y a poussé n'était pas très compliqué. Travailler avec des personnes en qui j'avais confiance, croire en une psychiatrie différente de celle que me proposaient les visiteurs médicaux avec leurs slogans dévastateurs. Le « Vivalan » pour traiter l'angoisse de séparation, le « Synédil » pour ne plus être embêté par les patients hypochondriaques... sans oublier les effets catastrophiques pour les patients de ces nouvelles maladies modernes, les TOC, l'hyperactivité de l'enfant, et maintenant le syndrome des jambes sans repos et autres fadaïses.

Je ne voulais pas adhérer à de telles pratiques. Refuser d'écouter les visiteurs médicaux n'était pas suffisant. Ne pas être indifférent à la détresse des patients fragilisés et qui venaient me consulter était essentiel et vital. Mais avec toute l'énergie que j'avais et les capacités d'indignation et de refus que je pouvais mobiliser, j'étais loin de pouvoir y arriver. Loin de pouvoir supporter une telle déroute. J'avais donc besoin de me trouver dans un milieu et une ambiance de travail qui me permette de penser. ***Au fond, il s'agissait de mettre de côté une adversité et des ennemis extérieurs facilement repérables pour me confronter forcément à mes failles, mes points de trauma, et tenter de rendre possible un travail thérapeutique.***

Actuellement, je travaille dans un centre d'accueil en milieu rural, le centre Camille Claudel que nous avons créé il y a bientôt 10 ans avec quelques soignants du Centre Artaud après une implantation préalable de 15 ans.

C'était au départ une belle aventure. Il y avait une consultation psychiatrique dans le cabinet des généralistes. Nous allions toutes les semaines à la maison de retraite et nous avons commencé par faire des réunions régulières avec le personnel, plutôt que de recevoir des patients en consultation dans l'institution. Ce travail s'est développé pendant plusieurs années et nous avons pu y faire admettre des patients psychotiques vieillissants. Il y avait un savoir faire dans cette institution fait de rencontres régulières de confrontations et d'échanges. Les soignants prenaient du temps pour nous parler. Des patients très malades avec des angoisses massives et des troubles du comportement parfois difficiles à supporter ont pu faire un bout de chemin dans cette maison de retraite. C'est d'ailleurs grâce à ce travail que nous avons suscité l'intérêt des élus locaux. La prise en charge de la population vieillissante leur paraissait plus accessible que la prise en charge de « fous » dans un gros bourg de campagne !! Nous avons rencontré le responsable du CCAS, qui a immédiatement compris l'intérêt de la présence régulière d'une équipe psychiatrique sur place. Notre enthousiasme d'alors a sans doute été communicatif, et le Centre Camille Claudel est né.

Nous étions 3 soignants au départ et nous sommes retrouvés à 7 avec l'arrivée de deux éducateurs, d'une psychologue et d'une secrétaire.

Tout le monde à l'hôpital a été surpris par la création du centre qui semblait dérisoire à côté des projets déposés par d'autres services.

Nous avons été désignés comme « poisson pilote » de la création d'un CATTP en milieu rural. Nous allions servir d'exemple pour cette ARH nouvellement créée. L'enjeu politique était de taille mais les enjeux cliniques et institutionnels étaient bien plus préoccupants pour nous.

Nous avons eu des bonnes et des mauvaises surprises.

La 1^{ère} mauvaise surprise a été le retournement brutal de la politique d'admission des malades mentaux à la maison de retraite. Cette institution qui nous avait accueillis, fait exister en tant que « collectif nomade, » niait du jour au lendemain ce savoir sur l'accueil des malades mentaux qu'elle pratiquait depuis 20 ans au moins. Nous étions indignés, mais il a fallu très vite se rendre à l'évidence. Ce retournement était complètement en accord avec les nouvelles orientations de la politique de santé. Il a suffi qu'un nouveau directeur arrive, mette de l'ordre, du contrôle dans ce montage vivant mais désordonné que nous avions mis en place dans la maison de retraite.

« Heureusement », il y avait ce nouveau Centre Camille Claudel. Mais si nous avons des adversaires extérieurs à combattre, nous avons aussi en chacun de nous nos propres ennemis intérieurs. Et là aussi, j'ai été surprise. Cette répétition de la surprise a commencé à m'inquiéter sérieusement. J'identifiais bien mes capacités de refoulement, mes aveuglements, mon refus de sentir les tensions, l'hostilité, les dysfonctionnements dans notre petit groupe, dans ce collectif à construire. Mais j'identifiais toujours avec un temps de retard. Un retard fait toujours courir un risque difficilement évaluable. Si nous n'identifions pas au moment voulu les forces de destruction à l'œuvre dans le collectif, les petits signes qui doivent alerter, alors le risque que notre montage s'écroule est important.

Car ce travail nous entame et nous avons besoin de puiser des forces vives dans d'autres lieux, d'autres espaces : La psychanalyse, l'échange de nos pratiques tel que nous tentons de le faire ici.

Il faut aussi parler de la rencontre avec les patients, qui nous renvoient en permanence la question de notre désir pour eux et qui nous forment. Ils sont aussi nos « passeurs ».

Evelyne, 45 ans, m'a été adressée par mon successeur au cabinet médical. Elle était la dernière d'une fratrie de 5 enfants. Elle n'avait pas supporté **la mort de son frère** (le plus proche en âge) et surtout **la promesse** de son médecin. Il lui avait en effet prescrit des antidépresseurs pour une durée de **1 mois** ; et passé ce mois de traitement elle allait toujours aussi mal et estimait que son médecin l'avait trompée. Evelyne, m'a tout de suite mise hors de moi. Je ne comprenais rien à cette obstination et à son refus de toute élaboration psychique. Elle répétait sans fin que ce n'était pas **logique** et qu'elle n'avait rien à dire d'elle ou de sa vie personnelle. Elle n'avait rien à dire de son enfance dont elle n'avait aucun souvenir précis. Elle savait quand même évoquer la violence conjugale de ses parents et le divorce imposé fermement pas sa mère, (elle avait alors 6 ans). Le père avait tenté de revenir mais la mère l'avait fait chasser par la police à plusieurs reprises.

Et, elle avait gardé le souvenir de ces scènes avec le père qui tentait de revenir. Elle avait pensé que **sa mère s'y prenait mal** et qu'elle envenimait les choses plutôt que les calmer.

Cet homme était devenu clochard et il traînait souvent du côté de son école. Elle en avait eu honte et avait décidé qu'elle n'avait pas de père. Elle savait qu'elle mentait mais quand même. Elle avait grandi avec ce mensonge d'enfant sûrement utile et avait construit **une vie « sans problèmes »** assez différente de ses frères et sœurs.

Depuis la mort du frère, sa vie s'écroulait et assez rapidement elle a été persuadée qu'elle devait disparaître plutôt que d'avoir à « vivre et être témoin de la mort de ses proches ». Sa détermination était forte et totalement clivée de sa vie.

Elle a fait ainsi plusieurs tentatives de suicide qui ont mis très en colère son conjoint.

Evelyne pensait que ce que nous faisons ne servait à rien, mais elle continuait à venir et à me malmener. J'étais très embarrassée par ce qui se passait. Evelyne posait les actes transférentiellement, elle analysait mes moindres défaillances, c'est à dire le cadre des séances, et tombait toujours juste, ce qui était troublant. J'avais tout le temps peur pour elle. Elle m'empêchait de dormir. Elle m'envoyait des courriers de rupture d'une grande violence, mais elle était à l'affût de mon plus petit signe de relâchement. Lorsque j'acceptais l'arrêt, elle faisait une tentative de suicide et me reprochait de ne pas être allée la chercher à l'hôpital. Toute avancée dans la psychothérapie se soldait dans la semaine qui suivait par une fermeture et une réactivation de ses pulsions suicidaires. J'ai beaucoup parlé de cette patiente avec mon analyste, qui l'a surnommée la passeuse. « Comment va votre passeuse ? » me dit-elle souvent.

Je me suis accrochée à cette patiente difficile, qui en a épuisé plus d'un et que je n'ai jamais pu adresser à un analyste. En tout cas, ma colère inaugurale, sortir de mes gonds, alors que je ne m'y attendais pas, a été fondatrice dans ce travail. L'appel qu'elle me lançait par delà sa détresse tonique et sa jouissance de la mort est tombé juste.

Je la reçois depuis 5 ans et elle m'a beaucoup appris. Elle n'est pas tirée d'affaire et nous avons régulièrement des moments d'interruption, à sa demande. Mais elle sait que je l'attends toujours aux heures de ses séances.

Cette prise en charge, un peu atypique, où son médecin traitant a aussi une place très importante, est adossée au Centre. Christine Charpentier, infirmière, la reçoit très souvent dans les moments difficiles.

Si on ne se dérobe pas au transfert, on est forcément embarqué et engagé. Evelyne me le reproche souvent lorsqu'elle évoque sa dépendance, ses effondrements pendant mes vacances. Tout changement d'horaire ou événement impromptu est catastrophique. Elle me dit alors regretter d'avoir entamé ce travail dont elle ne peut pas se passer pour le moment.

Cette patiente qui ne venait pas me voir avec une demande explicite de thérapie, a su immédiatement de quoi il s'agissait et s'est passionnément engagée dans ce travail qui est pour elle une question de vie ou de mort.

C'est au nom de ces patients qui nous interpellent ou que nous allons chercher au plus loin de leur détresse qu'il nous faut défendre le travail de psychothérapie institutionnelle, et l'existence de tels lieux. Il y a toujours le risque de mélancolisation dans notre travail au quotidien, devant une telle entreprise de destruction à l'œuvre et dont nous sommes témoins. Patrick nous parle souvent de la faiblesse des protestations et de la docilité des collègues en CME, lorsqu'il s'agit de mettre en place des outils de contrôle et d'évaluation totalement contraire à notre éthique.

Que penser effectivement de la raréfaction de tels lieux pour penser la clinique ? Comment lutter sans être en même temps noyé par ce qui rend notre espace de soin de plus en plus précaire ?

J'ai eu la chance jusque là de pouvoir continuer dans ce collectif, ce que j'aurais été incapable de mener seule comme généraliste dans un cabinet.

S'il y a crise du désaliénisme, il y a aussi des lieux qui pour le moment, résistent à cette dilution dans le scientisme bêtifiant et la transparence des chiffres. J'ai trouvé pour ma part une possibilité d'y travailler. Je n'aurais sans doute pas quitté mon travail de médecine générale si il avait fallu travailler dans un service plus « à la page » et en accord avec les orientations actuelles de la psychiatrie.

Pour conclure, j'ai trouvé dans le Monde des livres, de la semaine dernière, cette citation de Michel Foucault :

« Affranchir la pensée de ce qu'elle pense silencieusement et lui permettre de penser autrement »

Je sais bien que ce n'est pas suffisant et que ça ne garantit pas contre une destruction irréversible, si elle devait avoir lieu, mais que pouvons-nous faire de plus que de nous y tenir tant que nous le pourrons ?

Sarah COLIN