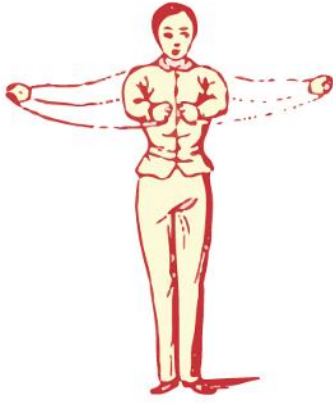




Rubrique : Échos de l'actualité

Impasses des idéologies

Caroline Doucet

C'est désormais en référence à des normes statistiques chiffrées, standardisées et impérieuses que s'édifient les pratiques dans les institutions de soin. Pourtant, porteur de valeurs et comprenant une dimension descriptive, impérative et prescriptive¹, le concept de norme se révèle cliniquement inadéquat en matière de souffrance psychique, notamment dans des lieux qui accueillent précisément l'inclassable, le déviant, la maladie, en somme toute la diversité du hors-norme. Le soin psychique ne supporte en effet aucune standardisation, tout au plus y a-t-il quelques constantes subjectives, dont celles qui consistent à affirmer que l'angoisse et la folie sont consubstantielles à l'humain. Tenant compte du réel dont souffre le sujet, l'acte clinique est, quant à lui, singulier, unique, imprévisible et non reproductible. Il vise à produire un effet de singularité² sur lequel repose l'effet thérapeutique recherché dans le soin dit psychique en institution.

Le savoir du sujet

L'urgence psychiatrique est « une demande dont la réponse ne peut être différée³ ». Elle n'est pas tant « une aggravation de la pathologie qu'un dépassement du seuil de tolérance du sujet face à son trouble ou du seuil de tolérance de l'entourage⁴ ».

Le virage ambulatoire de la psychiatrie conduit, dans certains lieux, à la multiplication des consultations d'évaluation et d'orientation, à l'encombrement des urgences somatiques, à la constitution d'équipes psychiatriques à domicile ou mobiles au détriment des lits d'hospitalisation indispensables dans la prise en charge de certains patients. Dès lors, quelle adresse le sujet peut-il trouver ?

1. Cf. Alberti C. & Pfauwadel A., « Introduction générale », in Alberti C. & Pfauwadel A. (s/dir.), *Psychanalyse et subversion des normes*, Paris, PUV, 2024, p. 8-10.

2. Cf. Doucet C., « Un effet de singularité », intervention prononcée dans le cadre de la journée du département de psychanalyse de l'université Paris 8, « La singularité dans la clinique », 10 décembre 2024, inédit.

3. Circulaire n°39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

4. Walter M. & Genest P., « Réalités des urgences en psychiatrie », *L'Information psychiatrique*, n° 82, septembre 2006, p. 566.

La question se pose avec d'autant plus de force que, pourvu qu'il y ait les « esgourdes appropriées ⁵ », le patient dispose d'un savoir sur lui-même, sur ce qui l'apaise. Son long parcours de soin fait qu'il connaît les « déterminants psychologiques et environnementaux qui ont abouti à la crise ⁶ » et qu'il sait, pour l'avoir éprouvé, si l'hospitalisation peut produire, dans son cas, un apaisement rapide. L'angoisse massive envahit le corps d'un poids que la pensée positive ne peut contraindre. Elle s'accompagne fréquemment d'idées suicidaires qui visent à s'en défaire.

Vérité-maître

Un principe de soin devient une idéologie lorsque le principe à l'origine de l'acte professionnel s'impose indépendamment de la clinique. Autrement dit, lorsque l'acte prédéfini surplombe la clinique. Les idéologies sont des certitudes basées sur des raisonnements tautologiques, elles n'acceptent ni la critique ni la contradiction, elles reposent sur des généralités et impactent donc la capacité de jugement et de réflexion des professionnels. Une idéologie se prend fondamentalement pour la vérité et, à ce titre, exerce un pouvoir de domination. C'est pourquoi, on ne gagne pas contre des idéologies.

Aujourd'hui, il s'agit moins, dans les institutions de soin, de débats entre des doctrines et des disciplines censées définir le soin tels qu'ils ont marqué l'histoire de la psychiatrie, que d'idéologies qui priment sur la réflexion clinique. Parmi les idéologies qui ont désormais cours dans le soin psychiatrique, il y a celle de la santé mentale – élevée au rang de concept communément partagé – et celle de la promotion de l'autonomie du patient, qui interroge une dépendance institutionnelle des patients, l'invitant à s'auto-soigner et la famille à se responsabiliser à son endroit. Une autre idéologie en découle, celle du soin à domicile qui vise à résoudre la souffrance psychique, quels que soient ses formes, son niveau et son contexte. Or, les psychiatres le savent : il n'y a pas de parcours linéaire en psychiatrie. Les états sont fluctuants, soumis aux aléas de la vie et aux fragilités humaines.

Les idéologies, comme l'indique Aharon Appelfeld⁷, « ne supportent pas le pluralisme », elles résistent à toute manifestation singulière du réel rencontré par le sujet. Pourtant, l'acte clinique gagne à être modifié lorsque « le réel ne répond pas à nos intentions ⁸ », signale Serge Cottet.

Une exigence éthique

L'éthique consiste à refuser tout dogmatisme au sens où on saurait, *a priori*, ce qui préoccupe le patient et ce qui est bien pour lui. Or, le dogmatisme moral tend à envahir les pratiques de soin contemporaines conduisant le débat éthique « dans des controverses interminables sur la nature des biens et des maux ⁹ ». Le problème du dogmatisme réside dans la promotion de catégories morales qui semblent objectives

5. Lacan J., *Je parle aux murs*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, 2011, p. 91.

6. Walter M. & Genest P., « Réalités des urgences en psychiatrie », *op. cit.*, p. 570.

7. Cf. Appelfeld A., *Histoire d'une vie*, Paris, Points, 2019, p. 125.

8. Cottet S., in Miller J.-A., « L'orientation lacanienne. Un effort de poésie », enseignement prononcé dans le cadre du département de psychanalyse de l'université de Paris 8, leçon du 29 janvier 2003, inédit.

9. Empiricus S., *Contre les moralistes*, Paris, Manucius, 2015, p. 16.

– comme ayant une réalité ontologique tels le bien, le mal, l’indifférent – et dans le fait que chaque homme tente d’universaliser ses idées, de les imposer aux autres.

Le succès des idéologies provient de la tranquillité que procure l’application de stricts protocoles, déplaçant la question de la responsabilité. La complexité du soin en psychiatrie repose sur une formation solide à la clinique psychiatrique et psychanalytique. C’est une exigence éthique qui permet d’identifier le discours dans lequel il s’inscrit et duquel le praticien déduit son acte.

Dès le début de son enseignement, Lacan invite à se méfier de la compréhension. Cette méfiance s’explique par le fait que « [t]out ce que l’on peut comprendre est toujours en relation avec sa propre satisfaction ¹⁰ », indique Jacques-Alain Miller. En effet, on n’entend que ce que l’on veut entendre et qui va dans le sens de la satisfaction de nos préjugés. L’institution est elle-même animée de certains fantasmes (notamment celui de reconnaissance) ou d’idéaux (communautaires, éducatifs, familiaux, idéaux de vie, désir de guérir ou d’expliquer). La position de la psychanalyse, elle, est « d’instaurer partout la particularité contre l’idéal ¹¹ », car si son éthique n’est pas sans « rappeler au sujet ses devoirs envers l’Autre, cela ne peut se faire qu’à la condition que ce soit un Autre sans idéal ¹² ».

La science du cerveau et la chimie médicamenteuse ne peuvent absorber la douleur morale que la relation de confiance apaise. Certes, l’hospitalisation ne peut pas tout, mais c’est parfois une première réponse au désarroi. Cette fonction protectrice, chez certains patients, produit des effets d’apaisement. Les *effets soignants* reposent sur la croyance dans le témoignage singulier du patient quant à l’expérience pourtant ineffable qu’il traverse. En somme, seuls les mots sont à même d’établir la relation.

Effet de singularité et sinthomographie

En psychiatrie, « ce qui est en jeu dans le phénomène clinique [...] et ce qui est en jeu dans le phénomène thérapeutique sont du même ordre, en continuité ¹³ ». C’est pourquoi le repère n’est pas « l’égalité » des pratiques pour tous, mais le sentiment de la vie et son désordre dans la psychose ainsi que le *sinthome* qui fait de chaque *parlêtre* un *Un absolu*. Ils conditionnent la réalité du sujet. Dès lors, la rencontre avec le patient ne vise pas à constituer une biographie, mais une graphie du symptôme, une « sinthomographie », car « le noyau palpitant, c’est le sinthome, et il y a la garniture, la personnalité » ¹⁴. Autrement dit, l’enjeu consiste à repérer ce à quoi a affaire le sujet, le réel qui l’envahit, sa densité, ses variations, la manière dont l’imaginaire et le symbolique se nouent au réel, de façon à en faire quelque chose que l’on manipule et à permettre au sujet de *savoir y faire* avec ce qui l’encombre et rend sa vie insupportable.

¹⁰. Miller J.-A., « Les conférences de Grenade. 1. Une éthique sans surmoi », 24 novembre 1989, disponible sur la chaîne YouTube Miller TV.

¹¹. Laurent É., « Institution du fantasme, fantasmes de l’institution », *Les Feuilles du Courtil*, n° 4, avril 1992, p. 16.

¹². Borie J., *Le Psychotique et le psychanalyste*, Paris, Michèle, 2012, p. 101.

¹³. Zenoni A., « Rêves, idéaux et usages de l’institution », 15 novembre 2011, disponible sur le site de l’Université populaire Jacques Lacan.

¹⁴. Miller J.-A., « On n’est pas sérieux quand on a dix-sept ans. La conversation 2007 de Ville-Evrard », *La Cause freudienne*, n° 67, octobre 2007, p. 13.

L'acte analytique consiste à produire un effet de singularité qui résulte de l'accueil particularisé du patient, de la place qui lui est faite dans l'institution, de la façon dont on s'adresse à lui et qui provient tout autant du soutien d'une signification donnée au vide qui l'habite que du renforcement des identifications imaginaires qui soutiennent son corps ou d'une nomination qui lui donne place dans le monde. Le praticien élève certains phénomènes à la dignité d'un nouage, là où le nœud s'est défait.

En cela, l'acte se déduit de la langue singulière du sujet, floue ou précise, empreinte de certitude ou de doute, néologique ou illimitée, etc. Cette *lalangue* ne se compare pas, puisqu'il n'y a pas de modèle de langue. Elle est évolutive : « on crée la langue par coup de pouce [...] on invente par forçage¹⁵ » dans le dialogue avec le patient pour poursuivre le travail de traduction du réel auquel il s'astreint déjà. Le transfert garantit alors la relation de confiance indispensable au soin psychique, qui peut se poursuivre toute une vie si la situation clinique le nécessite¹⁶.

Il n'y a rien de définitivement établi chez l'humain, chacun devant composer avec l'impossible et les contingences de l'existence. Les pratiques formatées ignorent les variations du réel des corps parlants et leurs conséquences directes. À revers de certaines idéologies, il vaut mieux « tenir ferme sur la politique parlante, pour troublé, pour contradictoire qu'en soit l'exercice¹⁷ ». Prenant appui sur le réel propre à l'humain, cette politique consiste à « maintenir la légitimité du singulier, non pas en opposition au pluriel, mais comme condition de possibilité du pluriel ». C'est donc une exigence de civilisation.

¹⁵. Miller J.-A., « L'orientation lacanienne. Le tout dernier Lacan », enseignement prononcé dans le cadre du département de psychanalyse de l'université Paris 8, leçon du 13 décembre 2008, inédit.

¹⁶. Cf. Biagi-Chai F., *Traverser les murs*, Paris, Imago, 2020, p. 157.

¹⁷. Milner J.-C., *Court traité politique*, t. II, *Pour une politique des êtres parlants*, Paris, Verdier, 2011, p. 30.