

Conclusions de la journée 2010

Alfredo Zenoni

Participer aux travaux du Réseau 2 donne le sentiment, réconfortant, qu'une certaine pratique clinique, dans le domaine de la psychiatrie ou de la santé mentale n'est pas prête de disparaître, comme semblerait l'annoncer le projet de pseudo-rationalisation et d'hyper-médicalisation de toutes les expressions de mal-être humain, promu par certains. Ce n'est pas que la pratique clinique dont je parle, c'est-à-dire la nôtre, soit par principe fermée à la rationalisation des coûts en matière de soins de santé et à *fortiori* au recours à la médication, qui est bien souvent opportune ou nécessaire. Mais elle s'éloigne de ce projet, mis en place à partir des années 80, notamment en ceci qu'il a comme conséquence de réduire la relation clinique au rang de simple cadre, environnement, du traitement fondamental, constitué par la médication. Encore une fois, ce n'est pas que nous soyons contraires au recours aux substances chimiques qui ont des effets de soulagement et de sédation sur les phénomènes du mal-être, mais nous nous écartons d'une conception de la pratique qui réduit l'accueil et l'accompagnement du patient au simple cadre extérieur d'un acte technique, pharmacologique, médical, voire hypnotique, indifférent à la relation qu'il constitue.

Or, dans notre champ, la dimension relationnelle n'est pas extérieure au phénomène clinique, comme peuvent l'être l'accueil et l'accompagnement d'un patient diabétique par rapport au phénomène clinique du diabète. Car le phénomène clinique lui-même, dans notre champ, est de même nature que la réponse qui le traite, il est de nature relationnelle, il consiste en une difficulté dans la relation à l'Autre.

Cette affirmation suppose, bien sûr, que nous nous appuyons plus sérieusement sur la clinique que ne le font les répertoires qui énumèrent les phénomènes cliniques en les découpant en les isolant entre eux. Cette affirmation suppose que nous soyons plus conscients du fait d'être en présence de phénomènes qui relèvent de ce qui spécifie la condition humaine – et qui sont absents dans la condition animale – où ils ont leur racine commune.

Or, on peut dire que cette condition peut être résumée dans le fait qu'elle est fondamentalement d'ordre relationnel. Dire « relationnel » ne veut pas simplement dire « échange d'information entre deux émetteurs de message » en vue de s'adapter à l'environnement, ça veut dire un rapport qui comporte libido, pulsion, dans toutes les

formes où elles peuvent être vécues. Autrement dit, ça veut dire qu'elle est un lien qui a pour enjeu essentiel ce que le sujet est comme **objet** – pour le désir de l'Autre, comme nous avons déjà eu l'occasion de le développer. Car, ce que l'on peut être pour l'Autre est double : on peut être un **sujet** dans une relation d'amour, mais on peut être aussi un **objet** dans une relation fantasmatique, un objet de jouissance. Toute la question est de savoir si cela est « pas pour de vrai », si c'est dans le semblant, ou si cela passe ou risque de passer dans le réel. Et bien. On peut dire que une grande partie des phénomènes cliniques que nous rencontrons dans notre pratique ont leur racine dans cette dimension relationnelle en tant qu'elle a en son cœur un mode d'être objet pour un sujet. Elles ont leur racine dans un mode plus ou moins réalisé de **non séparation** par rapport à cet être.

Il est important de souligner que cette notion de non séparation n'est pas tant l'autre face d'une relation caractérisée par l'amour que l'autre face d'une relation caractérisée par la prégnance de l'objet. Quand on parle de non séparation on ne vise pas la dimension de l'amour, on vise la dimension de l'objet. C'est par rapport à l'objet qu'on est qu'il peut y avoir séparation ou non séparation, auto-séparation ou auto-collage.

Or, nous avons pu constater, à travers de nombreuses observations relatées par les exposées que nous avons discutées aujourd'hui, que c'est par rapport à cette problématique de la séparation, dans la relation originaire **de** l'Autre au sujet, que se joue et se juge plus fondamentalement la question de l'autonomie. Ce qui ressort de la plupart des exposés est, en effet, l'idée que ce que l'on pourrait appeler l'actuel degré d'autonomie du sujet est bien plus tributaire de la façon dont la problématique de la séparation par rapport à la sphère familiale et parentale est restée irrésolue, voir s'est résolue dans le sens d'une impossible séparation, que du sous-développement d'une fonction, que de la façon dont certaines compétences ou habilités n'ont pas reçu un apprentissage suffisant.

On a pu voir ainsi dans divers exposés comment, par delà les difficultés de l'insertion sociale d'un sujet, se jouait plus fondamentalement une problématique, non pas d'amour, mais de collage, de détachement impossible par rapport à la sphère familiale, un collage fait souvent d'affrontements, où l'un porte plainte contre l'autre par exemple, un collage fait d'indistinction des générations, où l'on ne sait plus qui est partenaire de qui (comme dans le cas de la patiente du SSM de St Gilles où la mère devient l'amante de son petit ami, puis sa femme pour se mettre ensuite avec le père de

celui-ci) ; fait d'absence d'amour, où la mère ne répond pas à la demande de câlins de l'enfant, tout en la traitant de pute quand elle se regarde dans le miroir et n'intervenant pas quand le père lui montre des revues pornographiques. Parfois, cela se traduit par une ambiance familiale où l'on ne se parle pas, où rien n'est transmis, et, qui reste pourtant le point de gravitation d'une existence ; où l'on vit en vase clos avec sa mère et on est un jour poussé à l'agresser violemment ; où l'on est depuis toujours en conflit avec sa mère et où l'on souffre immensément quand elle meurt, (« alors qu'elle m'a fait souffrir beaucoup », dit le patient du SSM de Namur) ; où l'on revendique de vivre chez sa mère, qui refuse, alors que celle-ci vit chez sa propre mère (Tropiques) ; où l'on craint d'être enlevé par sa mère génitrice, de qui le sujet a été séparé à l'âge de trois ans et lui téléphoner, pourtant, trois/quatre fois par jours quand on est adulte ; où le sujet trouve dans le frère, qui pourtant le bat, à qui tout était permis (Lama) un support identificatoire, à tel point que quand le frère quittera la maison le sujet se cloîtra dans sa chambre (en n'en sortant que pour se procurer de la drogue) pour ne se remettre de ce départ qu'au bout d'un an.

Je m'attarde dans l'évocation de toutes ces situations dans la mesure où, par leur nombre même, elles nous permettent légitimement de nous demander si la question de l'autonomie doit être posée dans les termes de **la fin de tout appui institutionnel** (« ne plus fréquenter les milieux psychiatriques », comme on dit) – quand on sait que la sortie d'une structure résidentielle ou même simplement la cessation de la fréquentation d'un centre de jour signifie la plupart du temps, à plus ou moins brève échéance, le retour dans cette sphère originaire [(comme c'est souvent le cas pour la dite « mise en autonomie », pour les jeunes qui sortent des institutions (Namur))] ; ou si, au contraire, cet appui, cette dépendance si on veut l'appeler ainsi, constitués par l'institution n'est pas la condition pour qu'une certaine forme d' « autonomie » plus essentielle, par rapport à la famille cette fois-ci, soit possible, et devienne la condition d'un certain branchement sur le social hors famille : en somme, un **moins** d'autonomie, une autonomie limitée, du fait du maintien d'un lien à l'institution, pour un **plus** d'autonomie par rapport à la sphère originaire. Car, là où le principe de la séparation n'est pas opérant, l'autonomie par rapport à la famille, sans un point d'appui, une adresse, un support tiers risque de se retourner en un sentiment d'abandon, d'être laissé pour compte, d'être rejeté, qui, tel un élastique, ramène le sujet au point d'origine.

Mais nous avons aussi vu que la non opérativité de la séparation au niveau symbolique peut donner lieu, en même temps, à une réalisation de la séparation sur le plan du réel. Il s'agit alors d'un autre versant des effets de l'objet : non pas inséparation, mais séparation comme condition réelle, c'est-à-dire, notamment, comme rupture avec toute dépendance et avec toute contrainte, faisant équivaloir l'autonomie à l'errance, à la solitude, à la « désorientation », pour le dire avec la patiente du SSM de St Gilles. C'est sur ce versant qu'on peut parler, avec le Prétex, de « tyrannie de l'autonomie », où ce que le sujet revendique est, en même temps, ce qui l'encombre ou ce qui l'enferme. Le point d'appui pourra ici être constitué par un accueil qui à la fois prend acte du **désir de liberté** du sujet tout en acceptant d'accueillir ses demandes incessantes, sans tomber dans le travers de lui faire remarquer la contradiction qu'il y a à vouloir être libre tout en ne cessant pas de fréquenter les milieux psychiatriques, comme peuvent lui suggérer d'autres intervenants. C'est ainsi, grâce à ce type d'accueil, non obnubilé par l'autonomie, que la patiente de St Gilles a pu rencontrer un partenaire différent, et développer un lien de parole où elle a pu mettre à plat, et en prendre distance, sa liberté dans la relation à l'Autre, notamment aux hommes, aux maîtres, à Dieu, tel qu'elle l'avait jusque là vécu.

Nous avons donc l'idée que l'aspiration à l'autonomie, pour autant qu'elle soit celle du sujet, car il y a bien évidemment un paradoxe à la vouloir pour lui, doit être conçue dans une perspective qui exige en même temps un point d'appui extérieur au sujet, pour tenir compte des conséquences, plus ou moins fortes, de son identité avec l'objet.

Le point d'appui minimal, support d'une prise de distance qui supplée à l'impossible séparation, et qu'il ne faut pas négliger, est constitué, d'abord, pour un certain nombre de sujets, par la simple résidence, voire domiciliation, au sens administratif, dans une institution. C'est dans les I.H.P. (comme pour les patients de Tropiques et de Messidor) que cette forme d'intervention minimale qui consiste à héberger et à donner hospitalité, en tant que moyen de ne pas être ailleurs, dans sa famille, chez sa mère ou dans l'errance est plus facilement réalisable. Mais toutes les institutions, qu'elles le sachent ou pas, assurent aussi, à des degrés différents, cette forme basique de l'intervention qui consiste à permettre au sujet d'être à une certaine distance, d'être un peu éloigné de l'endroit où son statut d'objet est plus intensément sollicité.

Mais, au-delà de l'accueil ou de l'hébergement, et à travers lui, – c'est la deuxième dimension de cet appui qu'il s'agit de promouvoir, à savoir créer les conditions de la rencontre avec un Autre dont le sujet accepte qu'il l'accompagne, non un Autre qui l'instruit ou qui lui apprend, mais qui l'accompagne. Mais comment définir cet accompagnement ?

Nous parlons d'**accompagnement** plutôt que d'apprentissage ou d'éducation, pour rendre compte du lien et d'une rencontre où l'on tente de répondre à une position subjective, celle du résident ou du patient, qui comporte le double aspect paradoxal d'une revendication, parfois radicale, de liberté et d'autonomie et une difficulté, pour le moins, à se dépendre d'un lien originaire, primordial, indissoluble.

D'une part, le sujet peut recevoir toute proposition venant de l'Autre, même en faveur de sa santé, comme une intrusion, une mainmise sur sa liberté (comme dans le cas de la patiente de Sanatia, qui avait pourtant vécu dans une dépendance totale à l'égard de son mari). C'est pourquoi notre intervention, l'interaction avec le sujet, doit prendre en compte cet aspect et comporter une certaine modération, une certaine modulation de son énonciation, parfois par le recours à l'écrit, par exemple (comme le propose le patient du Foyer), par une place donnée à l'initiative du sujet, à son idée, à sa façon de voir, d'ordonner les choses ; par une certaine rature de notre savoir, comme dans le cas des collègues de La Pièce, confrontés au savoir d'autodidacte concernant les médicaments de Lucien.

Mais, d'autre part, l'inséparation (d'avec soi, comme objet) peut prendre la forme de ce que j'ai appelé une « auto-suffisance » du sujet, qui ne demande rien à personne et donc qui ne tient compte de personne, de lui-même pour commencer, une « auto-suffisance » qui peut amener à des conséquences graves pour son hygiène ou pour l'état de ses finances, et surtout à des conséquences dramatiques pour sa santé – comme c'est le cas pour Basile, du Foyer Aurore, qui n'a besoin de personne, qui sait ce qu'il lui faut, et qui passe sous silence des hémorragies hémorroïdaires graves, qui auraient pu lui être fatales ; ou de V, à Enaden, qui néglige complètement son traitement du diabète. Eh bien, là aussi il s'agit de trouver la bonne façon, non pédagogique si je puis dire, d' « accompagner » le sujet vers des formes d'aide ou d'assistance qui aient plutôt le statut d'un **service** qui lui est rendu que d'une soumission à une exigence de la réalité. C'est ainsi qu'est mis en place tout un accompagnement, fait d'allers-retours, de coups de fil, etc. au Foyer, pour permettre à Hussein d'arriver à se servir, dans son intérêt, d'un compte en banque et d'un administrateur de biens ; ou que Monsieur J. est

accompagné chez le médecin par un intervenant du Projet Lama, comme façon de soutenir un dire chez un sujet qui vit dans le sentiment que l'Autre ne le croit pas.

Il faut parfois saisir l'occasion, inventer, comme dans le cas de la patiente du Prétexte – qui ne voit pas du tout l'intérêt de se laver – qui refuse toute sollicitation à le faire, où l'intervenant saisit l'occasion d'une blessure que la patiente s'est faite à la jambe pour lui dire promptement : « Il faut laver à la douche cette blessure », proposition que la patiente accepte – et qui marquera, d'ailleurs, le début d'une pratique quotidienne de la douche – visiblement parce que l'intervention n'a pas traduit une exigence d'adaptation à la réalité (« dans la vie, il faut se laver »), mais un souci pour la santé, disons. Dans le cas d'Igor, à Prélude, l'accompagnement au salon lavoir, avec le remplacement d'un critère de tri de son linge (où les chaussettes et les caleçons étaient mis à part du reste et étaient jetés) par un autre critère (le clair et le foncé) permet d'introduire un peu plus de propreté et d'...économie dans la gestion de ses vêtements.

Plus radicalement, sous cette apparente négligence pour son corps, son argent ou ses vêtements, nous savons que ce que quelqu'un appelle dans un exposé le coinçage de l'objet, est à l'origine de ce que j'ai appelé un profond « trouble de la motivation » chez certains sujets. L'objet n'étant pas transféré à la réalité, celle-ci se présente au sujet comme vide de tout intérêt : avoir, obtenir des choses, réaliser des projets ne lui dit absolument rien (comme en témoigne le jeune patient du « Quotidien »). A ce niveau, l'enjeu est plus délicat, à la limite de l'impossible, sauf à être attentif à ce qui de cette autosuffisance, de ce désintérêt pour l'Autre, pour la réalité, pour les choses, peut être un peu entamé, cédé, au profit d'un minimum de branchement, d'investissement, peut-être déjà ébauché chez le sujet. On peut citer ici, pêle-mêle, comme exemple d'une certaine motivation trouvée ou retrouvée, la mise en cage et l'élevage d'animaux, chez le jeune du Courtil ; la tendance à prendre soin des autres qui souffrent d'une infirmité ou d'une incapacité ; l'addiction aux jeux vidéos ; mais aussi, l'effet thérapeutique paradoxal que peuvent déterminer certains symptômes physiques (comme chez Zahid, à Titeca, chez qui les voix hallucinatoires semblent moins le tenailler quand il se plaint de toute sorte de problèmes somatiques, ou chez Ginette, à Messidor, qui consulte un tas de médecins, au lieu d'être tout le temps chez ses parents, envahie par leurs problèmes).

Dans la mesure où notre interaction avec le patient, ou le résident, – qui est confronté, ou nous sommes confrontés avec lui, à des incapacités, – **prend appui** sur ce qui est **en cause** subjectivement, dans son être, plutôt que sur les capacités elles-mêmes, censées devoir être développées par leur rééducation, à l'instar d'organes

atrophies, dans cette mesure là, nous préférons parler d'accompagnement plutôt que d'apprentissage ou d'éducation. Notre relation avec le sujet s'appuie sur la cause de l'incapacité plutôt que sur l'incapacité elle-même.

Nous ne jetons pas l'anathème sur l'usage de la notion d' « autonomie » - dont nous pouvons nous servir dans le sens courant, et descriptif, pour dire la capacité à se débrouiller plus ou moins dans la vie. Mais nous la mettons en question lorsqu'elle sert à désigner, dans une perspective évolutive linéaire, un résultat à atteindre par l'addition d'une série d'apprentissages, censés faire passer de la dépendance infantile à la productivité de l'âge adulte. Dans ce cas, nous opposons alors le rappel de la dimension clinique – qui met en jeu dans la relation et dans la motivation les effets de la présence de l'objet – pour faire valoir une vision plus dialectique, selon les termes utilisés par les collègues du Foyer Aurore – où l'enjeu est moins le passage de la dépendance à l'autonomie qu'une articulation entre les deux.

Dans la mesure où l'autonomie se joue radicalement par rapport à cette coalescence avec **l'objet que l'on est** pour l'Autre primordial, il paraît préférable de miser sur l'accompagnement, qui est une forme de « dépendance », si l'on veut, s'agissant de contrer cette forme plus radicale de dépendance qui dérive de la non séparation initiale, plutôt que sur une rééducation des capacités qui ignore la problématique clinique. Un bon usage de l'accompagnement, s'il comporte un certain décalage, une certaine mise à distance, un décollement de la sphère initiale de la non séparation, fera plus pour une autonomie praticable que des apprentissages imposés.