

Entre dinosaures et Don Quichotte : « rouler avec la résistance »... de l'institution. Une utopie ?

Carole Levert

Volume 23, Number 2, Fall 2014

Qu'est la psychanalyse devenue ? Partie 2

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1028922ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1028922ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

1192-1412 (print)

1911-4656 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Levert, C. (2014). Entre dinosaures et Don Quichotte : « rouler avec la résistance »... de l'institution. Une utopie ? *Filigrane*, 23(2), 39–52.
<https://doi.org/10.7202/1028922ar>

Article abstract

À partir des enjeux auxquels font face les psychanalystes inscrits dans le travail institutionnel et des formations obligatoires auxquelles on les soumet, nommément l'approche motivationnelle et l'approche du rétablissement en santé mentale, deux positions de l'auteure s'affrontent. Dans le respect à la fois de son éthique et de son autonomie professionnelles, quelle place le psychanalyste peut-il trouver pour lui-même et pour l'Autre qu'il écoute ? Confronté à des paradigmes qui ne sont pas les siens, où le sujet se voit réduit aux considérations marchandes des données probantes, il est appelé à tenter quelques petites subversions pour sortir de l'écheveau normatif et quantifiable, un brin de création et d'inattendu. Il est néanmoins violemment exposé aux discours vides, aux mots-clés, écartant l'essentiel de la souffrance humaine : son sens. Tout en brossant un tableau de l'état des lieux, l'auteure questionne et critique l'insensé contenu dans ces « bonnes pratiques » avec, en fil d'Ariane, les questions « qu'est la psychanalyse devenue ? » mais aussi que deviendra-t-elle ?



Entre dinosaures et Don Quichotte: «rouler avec la résistance»... de l'institution. Une utopie?

Carole Levert

À partir des enjeux auxquels font face les psychanalystes inscrits dans le travail institutionnel et des formations obligatoires auxquelles on les soumet, nommément l'approche motivationnelle et l'approche du rétablissement en santé mentale, deux positions de l'auteure s'affrontent. Dans le respect à la fois de son éthique et de son autonomie professionnelles, quelle place le psychanalyste peut-il trouver pour lui-même et pour l'Autre qu'il écoute? Confronté à des paradigmes qui ne sont pas les siens, où le sujet se voit réduit aux considérations marchandes des données probantes, il est appelé à tenter quelques petites subversions pour sortir de l'écheveau normatif et quantifiable, un brin de création et d'inattendu. Il est néanmoins violemment exposé aux discours vides, aux mots-clés, écartant l'essentiel de la souffrance humaine: son sens. Tout en brossant un tableau de l'état des lieux, l'auteure questionne et critique l'insensé contenu dans ces «bonnes pratiques» avec, en fil d'Ariane, les questions «qu'est la psychanalyse devenue?» mais aussi que deviendra-t-elle?

Dans un monde où l'efficacité devient valeur première, où l'on veut avoir/recevoir «réponse à tout», où le «prêt à l'emploi» se généralise, il importe que l'analyste participe, *à sa façon*¹, au questionnement de la politique de santé. S'il lui appartient d'être attentif à ce qui, dans cette politique, pourrait porter atteinte au caractère profane de la psychanalyse, n'est-il pas de sa responsabilité de *faire entendre, si peu que ce soit*², qu'un *au-delà de la demande* est aussi à prendre en compte? Dans le travail de questionnement de cette politique, le travail même de la civilisation est en jeu. (Perroy, 2002, 208)

Préambule

Ce texte a été rédigé en deux temps, celui d'un avant et celui d'un après. Avant un retour au travail suite à une longue absence de 10 mois; puis à mon retour au travail.

Retour où j'ai été brutalement confrontée aux changements radicaux des orientations cliniques adoptées par le Programme de santé mentale du CSSS³ où j'exerce depuis 25 ans. Si je prends la peine de m'y attarder ici, c'est qu'un premier texte, rédigé et présenté en novembre dernier dans le cadre du colloque « Qu'est la psychanalyse devenue ? » s'est vu remanié, repensé, jusqu'à ce qu'il ne devienne que peau de chagrin (au sens propre et au sens figuré) à mesure que l'ampleur du sinistre m'est apparue. J'ai fait le choix de laisser ici la trace, très repérable, des remaniements en dents de scie de ma réflexion, d'y maintenir mon optimisme initial, sans boucher la part critique qu'à sa suite il appelait.

J'exposerai donc brièvement les deux approches cliniques retenues par le Programme de santé mentale où j'exerce. Ces nouveaux paradigmes requièrent du psychanalyste un positionnement souvent difficile, entre la prise en compte de son éthique et les exigences relatives à la pratique en institution. Comme on le verra, l'arrivée en masse des données dites probantes n'est pas étrangère aux révisions des programmes cliniques en santé mentale. Enfin, sera illustrée la pertinence, dans un cadre institutionnel, de la psychanalyse où, loin des idées reçues, l'écoute de l'inconscient permet pour plusieurs, dans un temps relativement court, une remise en marche de l'individu. Le défi, dans le travail institutionnel, serait celui de faire la promotion d'une pratique digne d'être qualifiée de « clinique du sujet », et non d'une « technique adaptée » à celui-ci.

Une longue traversée institutionnelle

Psychanalyste et psychologue depuis 25 ans dans une clinique externe de santé mentale pour adultes à Mont-Laurier, j'ai assisté à la traversée des différentes politiques en santé mentale. J'ai été à même d'observer les « avancées », toujours plus importantes, du resserrement des pratiques, et tout particulièrement celles visant à éliminer toute trace de psychanalyse, pour ne pas dire de prise en compte du sujet au-delà de son symptôme. Et ceci, sans compter la prévalence toujours grandissante de la médication, très souvent placée au centre du traitement.

On ne peut que constater que nous nous sommes résolument avancés sur les traces de la modernité et de ses avatars. Les temps ont bien changé.

Peut-on en dire autant de l'être humain ? Si les manifestations cliniques ont changé, les problématiques, les symptômes ont bougé, se complexifient certes, mais l'être humain reste avant tout un être de souffrance, de parole, de désir qui, lorsqu'il se présente à nous, demande à être entendu. Il est avant

tout question de l'entendre, vite et bien, d'où la prévalence actuelle de l'approche cognitivo-comportementale (TCC) dans les programmes de santé mentale, sa réputation étant d'aller en ligne droite vers un *résultat*, conformément aux mandats des institutions, d'aller en ligne droite vers la *performance*, conformément aux modalités de collectivisation du symptôme et du contrôle social. On demande aux patients de renoncer à chercher un sens à ce qui les fait souffrir dans la tentative renouvelée de faire l'économie, dans les deux sens du terme, de toute singularité. Sacrifier sa subjectivité serait-elle la seule option pour sauver sa peau ? Pour faire image sur le discours qui leur est servi, on leur *prescrit* de « se mettre en action », d'apprendre à « gérer leurs émotions », de « faire un choix » ; on leur donne des « outils », de la « psycho-éducation » sur leur *maladie*, on les instrumente pour améliorer leurs « compétences parentales », toutes des formules qui réduisent l'individu à un technicien de son moi « mésadapté », et le thérapeute à celui de « réadaptateur ». Patients et thérapeutes confondus, sont assujettis aux exigences normatives des « bonnes pratiques », de bien remplir les cases, comme en font foi les questionnaires auxquels doivent se soumettre les patients dans leur « plan de réadaptation ».

D'autres approches que la TCC ont également été retenues par la direction du programme de santé mentale de plusieurs CSSS dont celui où je pratique : l'approche motivationnelle et l'approche du rétablissement en santé mentale. De bonne foi, j'ai assisté à ces formations, obligatoires, de façon à me positionner face à celles-ci. Voir ce qu'il est possible ou non d'en tirer, dans une prise en compte de mon autonomie et de mon éthique professionnelles. Les cliniciens d'orientation psychanalytique se faisant de plus en plus rares dans le réseau, une position de fermeture de leur part ne ferait que renforcer l'exclusion dont ils font l'objet de par leur marginalité toujours croissante.

Si on peut convenir que le discours de la psychanalyse et la proposition initiale de celle-ci se situent actuellement à contre-courant du discours monnayable socialement, comment se tailler une place dans un milieu qui la désapprouve, parfois même lui conteste toute légitimité ? Quel entre-deux possible pour elle dans l'institution ? Pour reprendre la proposition de l'approche motivationnelle, « comment intervenir autrement » ? Et à quel prix ?

Une première approche : l'approche motivationnelle

Cette approche s'est d'abord fait connaître dans les Centres de dépendance en toxicomanie. Les approches coercitives pour amener le changement

s'étant avérées inefficaces, l'approche motivationnelle cible l'ambivalence à changer de l'individu. Plutôt que de confronter celui-ci à ses contradictions, à ses résistances au changement, on lui « laisse le choix » de s'engager ou non dans une démarche à même de l'aider à résoudre ses difficultés. L'idée étant plutôt d'*intervenir autrement en roulant* avec la résistance plutôt que de se *buter* à celle-ci, c'est-à-dire, « éviter d'argumenter sur le changement » (Kayser, Assaad, 2006, 2), ne pas s'opposer *directement* à la résistance, *proposer* plutôt qu'*imposer* de nouvelles perspectives. Si cette approche présente une pertinence certaine dans des domaines comme l'arrêt tabagique, les traitements médicaux, elle s'avère d'application beaucoup plus complexe, sinon réductive dans le domaine de la santé mentale. « Laisser le choix », faire un choix, suivant ce qui est convoqué dans celui-ci, ne tient pas compte des considérations de structure psychique et de jouissance⁴ de chacun.

Sans grande surprise, la résistance s'avère nettement plus féroce du côté des gestionnaires qui préconisent une « maigre » philosophie de gestion (l'approche « Lean »), s'appuyant sur les données probantes, les centres d'excellence en santé mentale, et visant des résultats de performance statistiquement quantifiables. C'est la raison pour laquelle cette idée d'« intervenir autrement », lorsqu'imposée au clinicien — et de façon sûrement plus contraignante au clinicien psychanalyste —, force celui-ci à repenser sa place et sa pratique face à ce changement de cadre institutionnel. Alors pourquoi l'idée prônée de « rouler avec la résistance » ne s'appliquerait-elle pas aux rapports hiérarchiques, non seulement de haut en bas mais tout autant inversement ? Dans la mesure où les limites éthiques de notre pratique sont respectées, inutile d'affronter ouvertement les gestionnaires sur leurs convictions quant aux programmations cliniques. Le cabinet du clinicien, qu'il soit privé ou public, reste et restera cet espace clos où se passe de toute façon l'essentiel, soit ce lieu d'écoute et de rencontre avec l'Autre que nous accueillons. Si cet espace ne peut que demeurer privé, il n'en reste pas moins que les pressions administratives exercées sur nous ne sont pas sans effet sur notre liberté de penser et d'agir. Cette pression, qu'elle soit manifeste ou insidieuse, ne cesse de nous interpeller, ce pourquoi notre éthique commande qu'à l'occasion nous prenions la parole, en particulier lorsque notre pratique clinique se voit malmenée.

Deuxième approche : le rétablissement en santé mentale

Davantage que l'approche motivationnelle, l'approche du rétablissement implique l'individu en prenant en compte son statut de sujet. Celle-ci

a été créée par des « survivants » de la psychiatrie mobilisés dans la mise en place d'initiatives d'entraide entre pairs, de promotion et de défense des droits des personnes, à qui se sont joints progressivement une diversité de professionnels.

Le but du processus de rétablissement n'est pas de devenir « normal ». Il est plutôt une façon de vivre, une attitude et une façon de relever les défis de la vie de tous les jours. Ce n'est pas un processus linéaire : c'est une trajectoire qui comprend des moments de recul et des avancées [...]. C'est l'aspiration à vivre, à travailler, à aimer et ce, dans une communauté à laquelle il est possible de contribuer significativement. (Deegan, 1996, 28)

Cette ambition, telle que formulée ici ne contient-elle pas les termes mêmes de Freud concernant les critères honorables de guérison, soit la capacité à aimer et travailler ? Issue satisfaisante pour plusieurs, sans la nécessité d'y inclure la compréhension des « mécanismes névrotiques [ou autres] de ce qui a pu leur arriver » (Pommier, 1996, 67). Et il faut bien l'avouer, le désir d'approfondir l'au-delà du symptôme s'avère de nos jours souvent plus important chez le thérapeute que chez le patient !

Démarche de réintégration sociale, d'inscription dans le pacte social, l'approche du rétablissement s'adresse au sujet et non à son symptôme, d'où le libellé de sa proposition : « Je ne suis pas une maladie, je suis une personne ». Cette devise, rafraichissante quand on travaille depuis des années en psychiatrie, me fait toujours penser quand je l'entends, à cette émission des années 60, intitulée « Le prisonnier ». Chacun des prisonniers numérotés était apparemment libre mais observé par une caméra 24 heures sur 24 ; ils ne pouvaient s'enfuir de l'île où ils étaient retenus captifs. Chaque émission débutait par le cri du cœur de l'un des prisonniers, toujours le même, qui n'avait jamais renoncé à sa liberté et s'écriait : « Je ne suis pas un numéro ! Je suis un homme, libre !! » En psychiatrie, les gens sont parfois, quand ce n'est pas souvent, captifs du diagnostic qui leur est attribué et auquel ils s'identifient (je suis toxicomane, anorexique, borderline, etc.) ; par contre, être captif peut parfois s'avérer confortable pour certains (tout comme pour les autres prisonniers qui ne cherchaient pas à s'évader), cette pseudo-identité venant pallier une absence d'identité ou encore, l'énoncé du diagnostic portant imaginativement une promesse de guérison ou de « prise en charge ». C'est pourquoi il faut approcher ces questions, ces étiquettes, avec nuance et jugement clinique quand elles sont vécues justement sur le mode libérateur,

positif. Il en va tout autrement pour d'autres : le diagnostic étant vécu par ceux-ci comme une faille honteuse, accablante. Leur rappeler, au moment opportun, qu'ils sont des personnes plutôt qu'un diagnostic, n'est jamais sans effet sur eux.

Dans le cadre de cette formation nous avons visionné un court-métrage intitulé *Ces voix oubliées*, produit par l'ONF (Barette, 2008), illustrant le parcours de 13 personnes de tous âges présentant des problèmes de santé mentale, ayant un plus ou moins long parcours psychiatrique, et s'engageant dans la formation d'une chorale. L'excellent professeur de chant (Serge Vincent) n'avait aucune expérience avec cette clientèle. Il nous explique que dans les premières rencontres, il traitait différemment, c'est-à-dire avec moins d'exigence, les membres de cette chorale que les membres d'autres chorales sans problématique de santé mentale. Ça n'avancait pas, il ne réussissait pas à établir avec eux un lien, une rencontre véritable pour leur transmettre son travail avec la voix. Jusqu'au jour où il a cessé de voir ces gens comme des « malades mentaux » et a exigé d'eux le même travail que pour les autres. Il est très émouvant de voir sous nos yeux, à partir du moment où il explore avec eux sans retenue, le travail de leur voix, la puissance de l'inouï se révéler tant au professeur, qu'aux participants et à nous, spectateurs. Assister au déploiement de cette expérience tantôt dans le cri, tantôt dans le silence, dans des nuances toutes plus singulières les unes que les autres, permet de saisir la puissance de la voix au niveau psychique. Dans son appel au pulsionnel, à la pulsion invocante, à l'archaïque, la voix et le travail sur la voix renvoient le sujet à l'insu de lui-même. Si du peintre on peut dire qu'il nous fait voir l'invisible, le chant nous saisit de l'indicible.

Cette facette (notez bien que la partie n'est pas le tout...) de l'approche du rétablissement peut s'appréhender comme une voie de sortie de la psychiatrie pure et dure dans une vision rejoignant ce qu'à mon avis, la psychanalyse a trop longtemps délaissé, au niveau institutionnel en particulier, à savoir son inscription dans le champ social. Ne pas s'adresser au symptôme mais à la personne n'est-il pas, exprimé en termes simples, au plus près des fondements de la psychanalyse, de ses prémisses, permettant de penser, d'espérer une cohabitation possible entre ces deux approches? L'approche du rétablissement, *par certains de ses aspects*, n'est pas sans s'apparenter au mouvement Solidarité psychiatrie qui a vu le jour à Montréal dans les années 1970 ou encore aux mouvements de l'anti-psychiatrie de Laing et Cooper en Grande-Bretagne, apparus sensiblement à la même époque. Au fil des ans, cette mouvance a peu à peu disparu ou s'est faite plus silencieuse,

au profit des avancées toujours implacables des neurosciences. Elle se voit en partie remise au goût du jour et, fait étonnant, par le biais d'une formation adoptée et recommandée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, lequel paie le gros prix pour y former les intervenants en santé mentale. En d'autres termes, une approche à visée davantage communautaire que médicale, donnant la parole au sujet plutôt qu'à son symptôme ou son diagnostic, entre par la porte d'en avant. Le Ministère n'aurait-il justement pas réalisé, pris la mesure, de sa nature marginale et subversive? Sa part créative, la dimension du sujet où le désir pouvait se voir relancé, m'ont redonné un peu d'espoir, tant pour les gens nécessitant nos services que pour moi-même, insufflant un vent d'air frais dans l'aridité du territoire politique de la santé mentale. Encore faut-il voir si cette lecture, de loin la plus intéressante, sera celle retenue dans son application clinique... Ou bien si, de stigmatisé par un diagnostic, en marge des normes sociales auxquelles il n'a de cesse d'être confronté, le psychiatrisé devra dorénavant se conformer aux lignes de conduite prescrites par son plan de rétablissement.

Considérations cliniques

À partir du moment où des approches spécifiques nous sont imposées, comment la psychanalyse peut-elle se maintenir vivante et justifier sa pertinence?

On ne le dira jamais assez, la qualité du travail en santé mentale ne repose pas uniquement sur une formation clinique et théorique solide, mais sur une ouverture au monde, sur une sensibilité pour l'art, pour la culture sous toutes ses formes. Travailler avec l'art constitue une autre façon de travailler avec le signifiant. Sortir des sentiers battus, créer, inventer, ouvrir un espace tiers, là où souvent les mots sont indicibles, inexistants, s'avère une autre façon d'aller à la rencontre de l'Autre. S'inspirer de l'art se veut une voie pour soutenir ces carencés du symbolique dont le psychotique se veut l'emblème, vers un «savoir-faire avec». «Savoir-faire» non pas au sens d'une indication *adaptive* mais plutôt d'un bricolage à inventer avec le sujet, qui vienne pallier la carence symbolique et l'envahissement de la jouissance imposés par la psychose.

S'il existe un désir de maintenir la psychanalyse dans le champ des pratiques institutionnelles, nous devons tenter de trouver un vocabulaire accessible, une façon de transmettre tant sa pertinence clinique que sa validité en regard de certains «résultats» (soulagement du symptôme, plus faible fréquentation des urgences, hospitalisations moindres, passages à l'acte réduits

sinon évités, etc.). L'idée reçue véhiculée par l'emblème « psychanalytique » est souvent celle d'une pratique nécessitant un suivi à long terme. La question du temps dévolu à un suivi reste toujours à considérer pour quiconque pratique auprès d'une clientèle lourde, qu'il soit d'orientation psychanalytique ou autre. Un tel suivi peut être ponctué de moments de stabilité et de rechute, d'arrêts et de reprises où parfois dans l'urgence, l'écoute même *brève* de ce qui se voit bousculé au moment d'une crise situationnelle permet un redémarrage du sujet.

Une écoute « utile »

L'exemple suivant illustre comment l'écoute de l'inconscient peut permettre d'éviter, dans le repérage d'une structure, d'une fragilité psychique, une intervention à laquelle le sujet pourrait répondre par un passage à l'acte, le déclenchement d'un délire, etc. Un jeune homme de 19 ans m'est référé par la psychiatre de mon équipe dans le but d'établir un « diagnostic différentiel ». S'agissait-il d'une psychose ? de psychopathie ? de traits antisociaux ? Cet homme « défiait » la loi en ne se soumettant pas à l'ordonnance du juge de ne plus entrer en contact avec une jeune fille de qui il était tombé amoureux à la polyvalente et qu'il s'était mis à harceler sur internet à la fin de son secondaire V. Depuis l'ordonnance, il disait ne pas chercher à la rencontrer, mais que s'il la croisait sur la rue, il ne voyait pas pourquoi il ne lui parlerait pas... Procéder à une évaluation clinique exige parfois du temps. Pour des raisons hors de mon contrôle, je n'ai pu rencontrer ce garçon qu'une seule fois. Il s'est soumis à cette rencontre sans y voir ni la pertinence, ni l'intérêt. Il se présentait comme un ado rébarbatif et oppositionnel. Dans ce cas-ci, l'unique rencontre que j'ai eue avec lui m'a néanmoins permis de saisir que sa banalisation de l'interdit posé par le juge était le signe que, pour lui, *la loi n'opérait pas*. D'autres éléments de son discours, son langage, son raisonnement et les quelques bribes que j'ai pu recueillir de son histoire, autres que ceux concernant le délit pour lequel il s'était retrouvé devant un juge, m'amenaient à une hypothèse dont l'évaluation demandait à être poursuivie, à savoir non pas qu'il était antisocial, bien qu'il présentait un *comportement*, une *attitude* de cette nature, mais que sa non intégration de la loi était plutôt l'indice de la possibilité d'une psychose sous-jacente ou en émergence. Vu sous cet angle, le risque de dangerosité prenait une toute autre figure puisqu'à partir de là on ne pouvait exclure la possibilité d'un passage à l'acte dans le cadre d'une éventuelle décompensation érotomane. La suite des événements a malheureusement confirmé la justesse de cette hypothèse.

Preuve en est, si l'on peut dire, que la pratique psychanalytique ne se résume pas à des « cures » et, qui plus est, pratiquer celles-ci en institution reviendrait à une perversion du système, public rappelons-le. Nous ne pouvons nous écarter d'une responsabilité de roulement dans un système public, et ce, peu importe l'approche clinique adoptée.

L'institution, pour reprendre les termes d'Alfredo Zenoni (2009) :

[...] ne vient pas à la place du cabinet du psychiatre ou de celui du psychanalyste, elle vient à la place du lien social devenu impraticable [...] pour un sujet] (p. 33).

À propos de la pratique en institution, je ne saurais mieux dire que ce qu'il ajoute :

Une pratique en institution est « analytique » lorsqu'elle est orientée par la psychanalyse, même si cette orientation ne se traduit pas par une pratique de psychanalyste *in situ*. Elle se place au carrefour de trois distinctions : celle entre psychose et névrose ; entre institution et consultation ; et enfin entre psychanalyse et psychothérapie. Poser ces distinctions suppose d'aborder la problématique du rapport entre psychanalyse et pratique en institution à partir d'un autre questionnement que celui de savoir si ce que je fais dans l'institution me permet ou non de me définir comme psychanalyste [...]. Envisager la pratique en institution à partir de la question : est-ce que travailler en institution me permet d'être analyste, à quelles conditions je peux y rester [...] ? (p. 92).

Indiscutablement, la psychanalyse s'avère utile à l'institution et réciproquement, celle-ci est utile à la psychanalyse, parce qu'elle constitue une richesse formatrice qu'aucun cabinet privé ne viendra égaler. Malheureusement, cette richesse est mésestimée quand on voit la pénurie de psychanalystes mais aussi de psychologues dans le réseau public. Qu'il s'agisse du privé ou du public, l'écoute reste celle de l'inconscient ; toutefois, les applications, la diversité clinique et le travail interdisciplinaire sont autant d'éléments qui les distinguent l'un de l'autre. J'ai précédemment (Levert, 1999) tenté d'en rendre compte à une époque où nous ne disposions pas à franchement parler d'une équipe multidisciplinaire qui, en place depuis plus de 10 ans maintenant, a grandement contribué à bonifier mon travail auprès de certaines personnes pour lesquelles la dimension communautaire s'avérait essentielle.

Considérations « statistiques »

Une des difficultés de la pratique analytique prêtant le flanc aux promoteurs des pratiques efficaces et efficientes, demeure celle de faire valoir une clinique qui, sans la ravalier à une pratique généralisable et universelle, ne ferait pas ses preuves uniquement que « de surcroît ». Une étude relativement récente rapporte une efficacité nettement plus significative pour la psychothérapie que pour les anti-dépresseurs ; de plus, la psychothérapie psychodynamique serait plus efficace que les « formes de thérapies orientées sur les symptômes comme la thérapie cognitivo-comportementale » (Shedler, dans Dalpé, 2014). Devant l'urgence de se qualifier dans le domaine des interventions cliniques, et au risque de se voir annihilée par la prédominance des approches médicales et cognitivo-comportementales, on recense un accroissement des recherches scientifiques faisant la preuve de l'efficacité de la psychanalyse. Reste à voir quelles retombées concrètes seraient susceptibles d'en découler...

Mais, on le sait, les psychanalystes sont plutôt frileux quand il est question de s'impliquer dans le quantitatif, dans des comités traitant de considérations organisationnelles. Force est de constater que d'avoir laissé ce champ vacant, d'autres qu'eux sont venus l'occuper.

États des lieux

De fait, si la psychanalyse a maille à partir avec l'état des lieux, qu'ils soient institutionnels, médicaux, médiatiques ou autres, on ne peut malheureusement pas dire qu'elle n'y soit pour rien, car on doit reconnaître qu'elle s'est toujours faite plutôt silencieuse pour se faire valoir tant dans le cadre des pratiques institutionnelles, que dans celui des enjeux sociaux. Cette abstinence continue encore aujourd'hui de la desservir. D'avoir voulu se démarquer de tout fonctionnement institutionnel a également contribué à l'aversion dont la psychanalyse a été et est encore l'objet. Du fait de sa subversion, on comprend qu'elle ait régulièrement été décriée, à différentes époques. Son propos et ses effets étant à contre courant des politiques en santé mentale, remplies de bonne volonté « probante », visant le *rétablissement* des individus, comme on dit *rétablir* l'ordre, ou *rétablir* la santé et minimiser les coûts qu'elles engendrent. Sans grand risque de se tromper, on ne peut s'empêcher d'y voir une autre façon de normaliser les individus. Alors, sans prétendre, et loin s'en faut, que dans l'approche du rétablissement, la psychanalyse puisse se faufiler, j'ai misé sur l'espoir d'en faire valoir une part insoupçonnée. Pas d'avenir sans illusion ?

Déjà en 1913, Freud disait qu'avec la psychanalyse il apportait la peste, celle-ci étant une recherche de la *vérité* du sujet, loin d'un moi *adapté*, doté d'une libido *génitale* dans des relations humaines *normalisées*.

Cette importance médicale de la psychanalyse ne justifierait pas néanmoins la tentative de la présenter à un cercle de savants qui s'intéressent à la synthèse des sciences. De plus cette entreprise pourrait sembler *prématurée* tant qu'une grande partie des psychiatres et des neurologues a une *attitude de refus* envers le nouveau procédé de guérison et récuse les présupposés et les résultats de celui-ci. (p. 188)

Un siècle plus tard, ironiquement, elle fait encore face à la même attitude de refus... En effet, un article du *Devoir*, rapportait récemment les propos d'un psychiatre de l'Université d'Ottawa travaillant sur une recherche en pharmacologie visant à trouver une médication plus efficace contre la dépression. Ses propos sont en tous points conformes au discours scientifique entourant la santé mentale, tout à fait syntones avec les valeurs de notre société occidentale capitaliste :

[L'OMS] évalue le fardeau des différentes maladies en se basant sur le nombre d'*années productives perdues*⁵. [...] Habituellement, la médication représente en grande partie la pierre angulaire du traitement, mais il est également possible de traiter une dépression majeure en utilisant la psychothérapie *structurée*⁶. (Blier, 2014, 3)

Rêver, une utopie ?

Bien qu'à n'en pas douter la psychanalyse restera une approche soulavant les passions de toutes sortes, elle se retrouve aujourd'hui à la croisée des chemins : ou bien elle laisse les neurosciences, la psychopharmacologie, les théories comportementalistes occuper tout l'espace du discours, ou bien du cadre des cabinets privés, elle se déplace et prend la parole dans les lieux où elle s'est jusqu'ici peu manifestée, trop peu impliquée (postes cadre, politiques de santé mentale, l'espace public, etc.).

L'idée n'est pas ici celle « d'implanter » la psychanalyse en institution mais bien d'inclure dans les pratiques, dans les orientations organisationnelles, non seulement la *dimension* du sujet (à l'heure actuelle réduit à sa plus simple expression, celle du DSM), mais dans une optique plus élargie, conduire (qui sait ?) à une *politique* du sujet.

Plus humblement, encore faudrait-il être *minimalement* soutenus si ce n'est par une volonté politique, tout au moins au cas par cas dans nos institutions, par des gestionnaires porteurs d'une *vision* où, sans exclusion, rêves et considérations budgétaires pourraient cohabiter.

Je rêve du jour où des psychanalystes seraient convoqués pour mettre à profit leurs connaissances dans des secteurs connexes, que soient décroisées les frontières qui existent entre les professions susceptibles de s'enrichir mutuellement. Si j'allais encore plus loin, pourquoi les intellectuels de notre société ne seraient-ils pas mis à contribution dans la mise en place de politiques sociales qui les concernent ? Dans des questions aussi cruciales par exemple, que celles de l'avenir des enfants, de la prévention en petite enfance, des problématiques rencontrées dans le domaine de l'éducation, des enjeux que ce début radical de socialisation met en cause pour eux ? Au risque d'être ironique, cette mise en commun permettrait peut-être de s'élever au-dessus du discours qu'on entend à plus soif, tant dans le réseau de la santé mentale que dans le système d'éducation, soit la valorisation de « l'estime de soi » qui n'est rien de plus qu'une « compétence transversale »...

J'en réfère ici avec envie, à « l'Appel des appels », ce mouvement institué en France par des « professionnels bousculés dans l'exercice de leur pratique, qu'une certaine évolution voulue par le pouvoir tente de vider de son contenu et de tout ce qui en fait la valeur : médecins, enseignants, chercheurs, artistes... » (LeVaguerèse, 2009, 68). Peut-on seulement imaginer semblable mobilisation voir le jour au Québec ?

Dinosaures ou Don Quichotte ?

Les jours où je me sens morose, il m'arrive de penser que, tout comme le furent les dinosaures, nous sommes peut-être une espèce en voie de disparition... « Qu'est la psychanalyse devenue ? » Mais surtout, que deviendra-t-elle ?

Le discours de la psychanalyse sera toujours subversif ou ne sera pas. Il se butera toujours au *maintien de constance* des institutions, des discours sociaux, ce qui est ni plus ni moins qu'une autre version de la pulsion de mort où le désir ne risque pas d'être mis ni en jeu, ni en cause.

La psychanalyse est politique non pas dans son intention mais dans ses conséquences : subvertir la notion de sujet, lever les interdits de pensée, faire jouer l'inadéquation et l'incomplétude, cela entraîne nécessairement des effets dans le lien social. Comment en serait-il autrement ? (Dana, 2002, 118)

Voilà pourquoi il faut se faire un peu discret à l'occasion, histoire de ne pas affoler ceux qui nous dirigent. Il m'aura personnellement fallu beaucoup de temps non pas pour cesser de me battre, mais pour trouver d'autres mots, d'autres voies, pour faire entendre autre chose dans le discours ambiant de la santé mentale, pour y faire la promotion du sujet, ce qui constitue depuis toujours mon premier cheval de bataille.

J'accorde tout mon respect, mon admiration à ce Don Quichotte qui, dans sa folie, n'a jamais cédé sur son désir. Sans doute faut-il, à son image, conserver un peu de cette folie pour s'approcher de ces géants qui ne sont pas toujours des moulins à vent!

Une des composantes essentielles, [...] indispensables qui fait l'humain [...] : la faculté d'indignation et l'engagement qui en est la conséquence.
(Hessel, 2011, 14)

Il en va de l'engagement de chaque psychanalyste de porter son désir et à l'occasion publiquement sa parole, dans les lieux où il pratique et ailleurs, pour tenter de garder la psychanalyse vivante et, avec elle, quelques Autres.

Carole Levert
carolelevert365@gmail.com

Notes

1. Souligné par l'auteure.
2. *Ibid.*
3. Centres de santé et de services sociaux : au Québec, regroupements d'institutions d'une même région qui offrent des services de santé et des services sociaux.
4. La jouissance concerne le désir inconscient. Elle témoigne de ce qui échappe au sujet et le conduit à un *au-delà du principe du plaisir*, à répéter ce qui le fait souffrir, soit son symptôme, conjuguant simultanément plaisir et souffrance (pulsion de vie et pulsion de mort).
5. Souligné par l'auteure.
6. *Ibid.*

Références

- Barrette, B., 2008, *Ces voix oubliées, Un chœur qui déjoue les préjugés*, Une production de l'Office National du Film du Canada.
- Blier, P., 2014, cité par Réginald Harvey, La psychopharmacologie se met en quête d'une médication plus efficace contre la dépression. *Le Devoir*, <http://www.ledevoir.com/societe/education/400376/universit>.
- Dalpé, Y., 2014, Québec, www.lapresse.ca/le-soleil/vivre-ici/coin-du-psy.
- Dana, G., 2002, La psychanalyse peut-elle éviter le désastre? Pour une théorie analytique des lieux-psy, Paris, *Che vuoi?*, n° 17, L'Harmattan.

- Deegan, 1996, in AQRP, 2011-2012, *Processus de rétablissement en santé mentale*, Cahier du participant, modules 1 à 4.
- Freud, S., 1913, L'intérêt de la psychanalyse, in *Résultats, idées, problèmes, Tome I*, Paris, Presses universitaires de France, Bibliothèque de psychanalyse, 1984.
- Hessel, S., 2011, *Indignez-vous!*, Barcelone, Indigènes Éditions.
- Kayser, J.W., Assaad, J.M., 2006, *Introduction à l'approche motivationnelle*, Livret du participant, Montréal, Québec, PsyMontréal. www.PsyMontreal.com.
- Le Vaguerèse, L., (2009) *L'appel des appels. Pour une insurrection des consciences*, Mayenne, France, Mille et une nuits,
- Levert, C., 1999, La psychanalyse au risque de l'institution, Montréal, Québec, *Filigrane*, 8 (2), 76-87.
- Perroy, J., 2002, Contribution à l'élaboration d'une politique de la psychanalyse. À la lumière des débats actuels sur les psychothérapies et la politique de santé. Paris, *Che Vuoi?*, n° 17, 183-213.
- Pommier, G., 1996, *Le dénouement d'une analyse*, Paris, Flammarion.
- Zenoni, A., 2009, *L'autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique*, Paris, Erès.