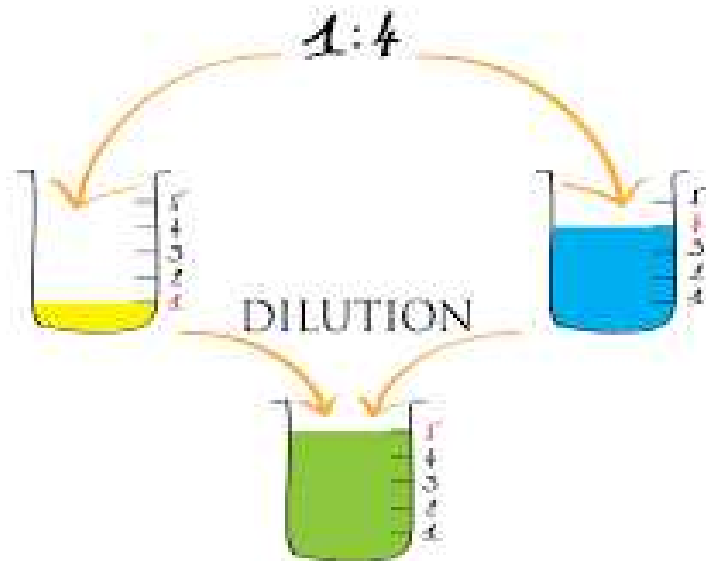


FondaMental, dans ses « 25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence », est d'ailleurs très claire concernant ses orientations. Loin de demander un accroissement du nombre de psychiatres, FondaMental propose d'initier plutôt des médecins généralistes en leur adjoignant des psychologues formés aux nouvelles techniques psychothérapeutiques remboursés par la sécurité sociale. Puis d'ajouter pour enfoncer le clou : « Ces programmes de prise en charge (psychoéducation, remédiation cognitive, thérapies cognitivo-comportementales) peuvent être juxtaposés à des outils de e-santé (EMA3 et EMI4) permettant de faire à distance certains exercices, de renforcer les apprentissages, et d'assurer un suivi du patient au-delà des séances prescrites. Ces outils devront faire la preuve de leur efficacité par des études de validation, une réflexion sur leur mode d'utilisation et d'implémentation dans le soin et sur la tarification qui sera liée à leur utilisation. » (3) On confie le suivi du traitement à l'outil informatique et on consacre les efforts à améliorer l'outil sans plus se préoccuper du patient...

Passons sur la « paramédicalisation » agressive des psychologues que les thérapeutes cognitivo-comportementaux attendent de longue date.

Le plus grave est de réduire la psychose à un déficit, pour la faire ensuite passer sous les fourches caudines de thérapies par l'apprentissage diverses et variées. Il s'agit encore et toujours d'expliquer au patient sa maladie, de lui faire prendre son traitement à tout prix (puisqu'il est présenté comme la solution au moindre coût), de l'encourager à développer ses compétences afin qu'il parvienne à se réinsérer quoi qu'il lui en coûte.



Inutile de préciser que dans les « 25 propositions... », la psychanalyse lacanienne n'a pas sa place. Fondée sur des prémisses souvent opposées, privilégiant la conversation, les détails précieux, la prise en compte du réel auquel chaque sujet a affaire et ses propres inventions pour y parer, la psychanalyse passe pour un espace de liberté manifestement de plus en plus intolérable.

Je voudrais ici témoigner des enseignements que je tire de ma pratique dans un service de psychiatrie de secteur. Ce sera aussi l'occasion de réfléchir à la place qu'y occupe la psychanalyse.

Furor sanandi

Il serait pour autant naïf de croire que les effets de l'idéologie de Fondamental, toute puissante dans les rangs de la psychiatrie universitaire, n'est pas déjà à l'œuvre dans nos services de psychiatrie. La psychanalyse a déjà et depuis un certain temps maintenant pratiquement disparu de la plupart des services de psychiatrie. L'ennui, c'est qu'elle n'a été remplacée par rien ! Rien, mis à part un accent toujours plus fort sur la prescription médicamenteuse, qui en vient à représenter de façon métonymique l'ensemble des soins (4).

Or la violence n'a jamais été aussi présente. Encore faudrait-il se demander pourquoi les patients « outragent ainsi le bien qu'on leur veut » (5). Les équipes soignantes sont laissées en plan, souvent perdues dans une totale incompréhension, et trop souvent prises dans une surenchère de violence. Quand les repères cliniques disparaissent, il ne reste plus guère aux équipes en plein désarroi face au réel de la folie que le passage à l'acte pour issue. Ainsi les diagnostics « antisocial », « psychopathe », « pervers narcissique » pullulent sur les débris d'une psychiatrie qui a de plus en plus forclos la psychose de ses catégories cliniques. En renonçant à la prendre en charge cliniquement, elle s'expose à la voir revenir dans le réel sous la forme d'une violence sourde, *hors sens* – pourtant pas sans logique.

Mais il n'y a pas que la violence, il y a aussi les consommations de drogues qui mettent mon service en difficulté au quotidien. Et il arrive souvent que la lutte contre le cannabis – lutte, soit dit en passant, qu'il est impossible de gagner – en vienne à prendre la place des discussions cliniques, les toxiques devenant l'explication à tout faire résolvant comme par magie tous les impossibles auxquels précisément la psychose confronte. L'orientation clinique retenue consiste bien souvent à faire « plier » le patient, à l'empêcher de consommer un produit qui lui est néfaste sans jamais se demander quelle fonction peut occuper ce produit chez tel sujet singulier – sans jamais non plus questionner le fait massif, patent, que des sujets préfèrent des produits qu'il se sont, de fait, auto-prescrits, plutôt que de prendre les médicaments prescrits par le médecin. Mais pour comprendre cela il faudrait faire l'effort de tenter de nourrir un dialogue avec des sujets sans savoir, au préalable, ce qui est bon pour eux.



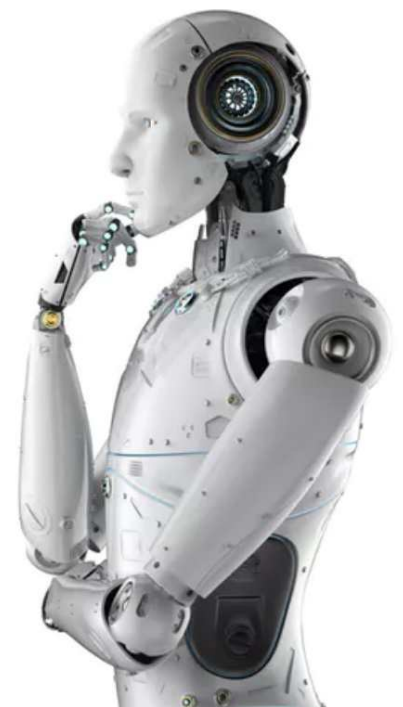
La logique à l'œuvre est la suivante : plus le maître est désemparé, désorienté, plus il renforce ce que Freud appelait la *furor sanandi* (6), et cela d'autant plus féroce qu'il se rend sourd au savoir singulier auquel la psychanalyse donne accès.

Face à cela la psychiatrie universitaire ne propose rien ou pas grand-chose, enfermée qu'elle est dans une rhétorique intimidante qui consiste à systématiquement promettre des lendemains qui chantent, des techniques enfin efficaces et définitives, des découvertes révolutionnaires bouleversant (enfin !) nos conceptions des maladies mentales. Par-là, elle balaye des décennies de savoirs patiemment construits au lit des malades, une clinique fine et remplie de détails ; bref les « trésors » que constituent ladite « psychiatrie classique » que Lacan n'avait pas manqué de remettre au travail avec le succès que l'on connaît.

Il ne s'agit pourtant pas d'opposer de façon manichéenne la belle clinique classique à la morne psychiatrie moderne. Je me garderai bien de toute idéalisation de ce qu'a été la psychiatrie notamment française, traversée de courants différents et contradictoires, penchant résolument parfois du côté d'une organogenèse héréditaire. Mais il s'agit de voir qu'à la créativité théorique foisonnante des anciens, avec son lot de débats animés et érudits, semble avoir succédé la morne gestion des administrateurs de la santé mentale promue avec d'autant plus d'ardeur qu'elle se passe pour ainsi dire de définition concrète et se réduit à une définition sociale *ipso facto* normalisatrice. Qu'il est loin le temps où les psychiatres, les psychologues et les autres lisaient « Qu'est-ce que la psychologie ? » de Georges Canguilhem, et savaient y déceler une mise en garde en forme de « conseil d'orientation » : « quand on sort de la Sorbonne par la rue Saint-Jacques, on peut monter ou descendre ; si l'on va en montant, on se rapproche du Panthéon, conservatoire de quelques grands hommes, mais si l'on va en descendant on se dirige sûrement vers la préfecture de police » (7). Aujourd'hui, force est de constater que la pente est raide !

Phobie du transfert

Une des caractéristiques les plus frappantes de la psychiatrie actuelle est le développement d'une véritable disparition de la notion de transfert. Dans son désir de se rapprocher le plus possible de la médecine somatique, elle souhaite objectiver ses résultats, autrement dit les expurger de toutes les impuretés qui sont la marque de la rencontre clinique « concrète ». Les notions de « compliance au soin » ou « d'alliance thérapeutique » ne sont qu'une manière de contourner l'incontournable : la clinique psychiatrique doit rester une clinique sous transfert – *C.S.T* comme l'a appelée Jacques-Alain Miller (8). À méconnaître le transfert, qui est nécessairement engagé quand un sujet parle à un autre de ce qui constitue le plus intime de son existence, on s'expose à en subir les effets surtout délétères. Comme le souligne Guy Briole, « les psychiatries réfugiés, dans une approche scientiste et comportementaliste, n'ont plus le sujet comme interlocuteur tant ils redoutent d'être pris dans une relation de transfert » (9). Une sorte de « phobie du transfert » (10), selon la formule de François Leguil. L'agressivité de certains patients, par exemple, est souvent vécue comme parfaitement injuste par les équipes soignantes, tant elles ignorent l'Autre scène dont parle Freud et qui permettrait de faire dégonfler certaines situations.



Un constat frappant s'impose donc : à vouloir rapprocher la psychiatrie du reste de la médecine, on la condamne à tourner le dos à la psychiatrie, c'est-à-dire à refouler le réel qu'elle est censée traiter.

Dans un de ses textes, prémonitoire comme souvent, Lacan, quant à lui, gratifie la psychanalyse d'être la « dernière fleur de la médecine » (11). Contrairement aux préjugés actuels, elle serait en passe de devenir « la seule médecine réelle possible » (12). C'est auprès de la psychanalyse que la médecine pourrait paradoxalement trouver « refuge ».

C'est pour ainsi dire l'expérience que je fais tous les jours dans mon service. Dans cette orientation offerte par Lacan, j'ai perçu un motif de réjouissance en contraste avec le tableau désespérant que j'ai dressé précédemment. J'ai aussi pu m'expliquer un sentiment qui ne me quitte pratiquement jamais dans mon travail quotidien en psychiatrie : la joie. Cette joie parfois se transforme en colère, mais soutient un désir de poursuivre stimulé par la confiance dans le symptôme, qui ne se plie pas si facilement aux injonctions du maître moderne, qui dérègle systématiquement les protocoles et les généralités. Encore et toujours le symptôme se fait insurrection, parfois révolte, mais aussi, pour qui veut l'entendre, savoir singulier, étonnant, jamais monotone.

Disposons-nous vraiment d'autre chose que la psychanalyse pour faire une place à ce réel-là ?

1 : Discours disponible [ici](#).

2 : Pour bien saisir ces enjeux, je vous invite à écouter les belles conférences animées par Clotilde Leguil à la Bibliothèque publique d'information, notamment, pour mon propos, celles de Francesca Biagi-Chaï et de Pierre Sidon « Que devient la psychiatrie sans la référence humaniste ? » [ici](#).

3 : Proposition 11 « Développer et évaluer des dispositifs de e-santé pour donner un accès plus large aux thérapies psychosociales ». Les « 25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence » de FondaMental sont consultables [ici](#). [NdR : à lire ou relire : Laurent É., « Le grand remplacement clinique », *Lacan Quotidien*, n° 622, 27 janvier 2016]

4 : Cf. à ce propos Lardjane R., « L'inconscient et le cerveau en psychiatrie », *Lacan quotidien*, n° 824, 18 mars 2019.

5 : Très éclairante formule de Caroline Leduc dans son argument pour la journée de l'Institut de l'enfant « Enfants violents » – à paraître dans Leduc C. & Roy D. (s/dir.), *Enfants violents*, Paris, Navarin, 2019.

6 : Freud S., « Remarques sur l'amour de transfert » (1914), *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 2007 p. 141.

7 : Canguilhem G., « Qu'est-ce que la psychologie ? », *Cahiers pour l'analyse*, n°2, Paris, Seuil, 1966, p. 93.

8 : Miller J.-A., « C.S.T. », *Ornicar ?*, n° 29, 1984, p. 144.

9 : Cf. « Nihil novi sub sole », interview collective de François Leguil, *La Cause du désir*, n° 88, mars 2018, p. 22.

10 : *Ibid*, p. 23.

11 : Lacan J., « Conférences et entretiens dans les universités nord-américaines », *Scilicet*, n°6/7, Paris, Seuil, 1976, p. 18.

12 : *Ibid*, p. 19.