

Institutions et communauté¹

Ma présence parmi vous s'est décidée à partir d'un appel de Sonia Weber pour une participation conjointe avec des intervenants de l'Amérique latine, plus particulière autour de son travail lancé depuis maintenant plusieurs années, mais dont je n'avais eu que de lointains échos, impliquant entre autres le groupe de la Rampa, que je ne connaissais pas. J'ai donc lu le texte de son séminaire, puis s'en est suivi une entrevue chez Roland Lethier, avec qui elle travaille, de manière à me permettre de mieux comprendre les expériences qu'ils avaient menées auprès de jeunes en difficulté dans leur rapport à la société. Se confirmait alors ce qui m'avait attiré au premier abord, à savoir des préoccupations semblables concernant des enjeux en apparence différents et pourtant entrelacés, puisqu'il s'agit dans notre exercice à tous, à mon sens, de « faire avec » des subjectivités produites, puis stigmatisées du fait d'un écart aux normes et aux codes sociaux du moment. // Si je reprends le descriptif de Sonia Weber, elle fréquente des « Ils », autrement dit, je la cite, des « innocents, des jeunes en situation de grande rupture : jeunes hors murs, hors cadres, hors institutions, hors normes, hors nosographies... Jeunes qui mettent à mal nos institutions, nos idées de l'éducation, nos référentiels théoriques habituels et nous délogent ainsi de tout savoir, de toute prétention à maîtriser quoique ce soit... Qui font rapidement voler en éclat le collectif qui tente de les accueillir et pour qui les propositions de prise en charge habituelles sont le plus souvent difficiles voire impossibles ou inadaptées et les y maintenir ou faire rentrer de force est le plus souvent inopérant. » Et pourtant, ils sont confiés à l'association Visa Vie en vue d'une insertion et d'une socialisation, donc pour une réadaptation sociale, ce qui introduit là pour moi le paradoxe à contourner. // Il y a en effet à cet endroit rencontre du problème institutionnel qui est celui avec lequel je suis aux prises en psychiatrie adulte, au sens où la demande d'intégration sociale se heurte à ce que les personnes que l'on nous demande de réadapter, sont construites par des institutions disciplinaires à un niveau latent, qui ne tolèrent leur présence qu'en des lieux réservés à leur intention : les prisons, les asiles, la rue, les écoles spécialisées, etc., le tout sous couvert de savoirs congruents à chacune de ces populations ainsi produites². // Il y a donc là cette difficulté voulant que l'on

¹ Dimitri Kijek, Intervention au colloque « Point commun ? ¿Qué común ? », organisé par l'école lacanienne de psychanalyse et le groupe de la Rampa (Argentine) à Strasbourg, les 4 et 5 novembre 2016.

² Pour exemple, l'éducation nationale n'est pas là pour éduquer, elle le fait par méthode, elle est principalement l'indispensable instrument qui permet de remplir les fonctions sociales prédéfinies par l'État. D'où ce premier cap drastique, en France, de la classe de troisième où l'on contraint un enfant de quinze ans à se projeter dans un métier qu'il devra faire une quarantaine d'années durant et qui le fabriquera à un certain niveau socioculturel et de compétence opératoire.

persiste à construire un individu constitutionnellement psychiatrisé, socialement et politiquement déviant, tout en affichant une volonté de l'insérer dans la masse des individus tous venants, c'est-à-dire normalisés par les conventions du moment. C'est bien sûr un problème qui a retenu l'attention de nombreux praticiens et penseur, à commencer par Michel Foucault. Pour ce qui est de la psychiatrie française, il y a eu cette tentative de mise en place de ce qu'on a appelé la politique de secteur par une loi parue le 15 mars 1960, et que l'on essaie jusqu'à ce jour de faire appliquer, sans pouvoir y parvenir, justement parce qu'elle se heurte à des objectifs au fond contradictoires et opposés de la société, ceux qui émanent de ce que j'appelle la « machine soignante », chargée d'interférer dans l'expression des « machines désirantes » au sens de Gilles Deleuze et Félix Guattari. // L'échec de cette politique de secteur dont je vais brièvement rappeler les attentes, aussi parce qu'il y a ici des personnes d'une autre culture psychiatrique, vient du fait de l'énorme inertie d'un hôpital soutenu par le pouvoir médical et administratif et par l'emploi de formations discursives peaufinées depuis Esquirol, Falret, Kraepelin, et aussi d'une logique étatique sur laquelle je m'expliquerai plus avant. Quelle n'a donc pas été ma surprise, en entendant Sonia Weber et Roland Léthier parler de leur bricolage au quotidien, et de constater qu'ils réussissaient bien mieux ce qu'on n'était pas parvenu à faire en psychiatrie adulte, autrement dit à mettre en œuvre concrètement cette doctrine. //

Si l'on se réfère à notre histoire, le social et la psychiatrie ont toujours été inconciliables, puisque celle-ci, depuis sa naissance a toujours été déviée, sinon parfois prévue, pour être un dispositif d'exclusion entraînant la stigmatisation de la population qu'elle définit, en particulier par son allégeance à la médecine qui a enfermé la pensée dans des catégories nosographiques dont il est ensuite extrêmement difficile de se défaire du fait d'une nosologie inattaquable et qui s'étend au gré des innovations des industries pharmaceutiques. La politique de secteur, à l'origine, avait donc été prévue pour ne pas devenir ce qu'elle est aujourd'hui, c'est-à-dire une extension et une diversification de l'asile ou un « internement à l'extérieur », pour reprendre l'expression de Philippe Paumelle. L'idée était en particulier de traiter l'institution hospitalière, héritière médicalisée des hôpitaux généraux contemporains du « grand renferment » et de l'internement arbitraire de l'époque classique, et de briser sa figure répressive ainsi que sa structure hiérarchisée. // D'où l'implantation de l'équipe médico-sociale de secteur dans le milieu réel où vivent les « malades », censé être désormais le centre de gravité à partir duquel s'ordonne l'ensemble du dispositif matériel et institutionnel de l'hygiène mentale, puisque c'est la personne qui devient sujet et orchestre ses besoins et non plus l'hôpital qui les lui impose en tant qu'objet. La condition de son fonctionnement est donc la fluidité des échanges

interdisciplinaires pour que l'information soit transmise d'un point à l'autre du dispositif, ce qui suppose de se défaire des notions de compétences exclusives et cloisonnées, des subordinations hiérarchiques, des statuts. La notion de réseau d'hygiène mentale est alors censée se substituer à celle d'établissement pour une présence de l'équipe sur l'équipement. // Lucien Bonnafé l'a tenté de manière exemplaire en créant, en 1971, le secteur psychiatrique des Mozards à la ville nouvelle de Corbeil-Essonnes, où tout était à construire en matière d'hygiène mentale, et qui a posé comme préalable l'implantation d'une équipe dans des espaces pensés en termes de mètres carrés sociaux non-médicalisés, plutôt qu'en mètres carrés psychiatriques et en lits d'hospitalisation. Sans plus chercher à faire évoluer l'asile par une pratique de psychothérapie institutionnelle, il l'abandonne pour aller vers la population, délaissant pouvoir et territoire pour se fondre dans le champ social. // Cela restera l'exception, les psychiatres, dès l'origine et par la suite, ne pourront jamais véritablement sortir de leur fonction, de leurs pratiques aliénistes et de l'hôpital, puisque c'est de lui et de sa formidable force d'inertie qu'ils détiennent leur pouvoir et leurs privilèges statutaires, là où ils sont en position de maître. Sur le secteur, constitué d'une équipe éclatée, liée à des équipements légers, constituée d'infirmiers et d'éducateurs beaucoup plus autonomes et décisionnaires qu'ils ne l'étaient en pavillon³, le psychiatre a bien moins de liberté d'action et devient soumis à d'autres systèmes de forces locales, tels que les municipalités, les familles, les directeurs d'écoles, les administrations des hôpitaux généraux, etc., qui, sur leur territoire, demandent avant tout la paix sociale et que le psychiatre reste inoffensif, tout en devant être présent au moment de l'émergence du besoin de l'utilisateur, c'est-à-dire disponible en tous lieux, et avec célérité. //

Si le terme de secteur a bien résisté au temps, puisque l'on persiste à considérer officiellement sa politique comme un but à atteindre en 2016, on est toutefois en droit de se demander si elle a encore quelque chose à voir avec celle qu'ont voulue ses fondateurs. C'est devenu, en quelque sorte un terme entré dans le discours commun, mais qui ne suscite pas particulièrement de débats et semble avoir en quelque sorte perdu sa finalité originelle. Il ne se résume plus, dans l'esprit collectif, qu'à un certain nombre de dispositifs de soins et de bâtiments situés en dehors de l'hôpital, pour le désencombrer, en permettre la sortie à ceux qui ne peuvent rompre totalement avec le conditionnement engagé en institution, ou pour empêcher une rechute, plus facilement prévenue du fait de la proximité de soignants déjà présents sur le lieu de crise éventuelle, ou tout simplement pour éviter au « sortant » un déplacement fastidieux vers

³ On pourra mesurer l'importance de ce changement et les difficultés de repositionnement qu'il a entraîné pour des soignants habitués à l'hospitalo-centrisme, grâce au témoignage éclairant qu'ils ont laissé de cette époque de transition dans : *AERLIP. Des infirmiers psychiatriques prennent la parole*, copedith, Paris, 1974.

l'hôpital pour son suivi. // À aucun moment aujourd'hui, on n'a le sentiment en psychiatrie de s'investir véritablement au dehors de l'hôpital auprès d'une personne rencontrée dans son tissu social, mais auprès de quelqu'un dont émane, toujours, un je-ne-sais-quoi de particulier et d'indélébile qui en fait un être à part, comme marqué d'une ineffable empreinte, et qui met en contradiction tous les discours visant à l'intégration de cet individu particulier dans le champ d'une citoyenneté ordinaire. C'est comme si la doctrine de secteur n'avait pu voir le jour que sous l'impulsion de psychiatres politisés ayant vécu l'époque concentrationnaire – Tosquelles, Bonnafé, Paumelle, Daumézon, Ey, Le Guillant, Sivadon, Oury, Torrubia, etc. – mais qu'elle n'avait pas soulevé véritablement d'enthousiasme pour les générations qui ont suivi, avant tout conditionnées par la fonction hospitalière. // La psychiatrie n'est pas parvenue, en définitive, à se défaire de cette double polarité constitutive de l'asile à son origine, et qui consistait à associer ségrégation et traitement des aliénés, devenue effective par la loi de 1838, qui, dès sa promulgation, fut source de conflit entre le corps médical et le pouvoir administratif et législatif, ayant dès lors à se partager le contrôle d'une forme particulière de déviance, la folie. Malgré cette avancée décisive qui permit à ce que des personnes soient désormais internées pour être également soignées, la psychiatrie restera définitivement marquée par cette délégation des pouvoirs de l'État, puis des juges, aux psychiatres, pour qu'ils réalisent les procédures d'internement. // Jamais on a pu, depuis, se résoudre à comprendre la folie, du moins collectivement, du point de vue du sens et de la valeur de la parole ainsi exprimée ou des actes manifestés, alors qu'une telle considération fournit pourtant les modalités de sa résorption ainsi qu'une définition de la tâche dévolue au psychiatre, qui doit en principe savoir, comme l'a rappelé Jacques Lacan, que « la folie est très précisément un état du drame humain, [qu'elle] est une forme de la condition humaine, comme le rêve en un autre sens, [...] l'amour ou la fureur⁴. » // Cette polarité entre ségrégation et traitement en psychiatrie a ensuite gagné du terrain depuis que les psychiatres, dans les années 1950, ont progressivement perdu la direction administrative au profit de directeurs sans compétences médicales, position entérinée par la loi du 31 juillet 1968⁵. Le médecin de secteur, depuis ce moment-là, n'aura plus accès au budget de l'institution et perd définitivement la gestion administrative et financière de l'hôpital psychiatrique, donc son pouvoir de décision. C'est un autre corps de métier qui lui accordera, ou lui refusera peut-être, les moyens nécessaires à sa politique de secteur, éventuellement pour des motifs très éloignés des problèmes de santé publique. L'objectif n'est plus, dès lors, le

⁴ Jacques Lacan, dans : Lucien Bonnafé, « Le personnage du psychiatre. Étude méthodologique » [1947], *L'Évolution Psychiatrique*, 1948, fascicule III, Paris, Centre d'éditions psychiatriques, p. 54.

⁵ Loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier. Article 25.

rendement thérapeutique, mais l'usage des fonds alloués initialement dans un but thérapeutique, parfois pour de tout autres objectifs, éventuellement sécuritaires. //

Si je poursuis maintenant sur la comparaison des populations accueillies de part et d'autre, à Visa Vie et en psychiatrie adulte, je dirais que, s'il y a bien chez ces jeunes en difficultés, autant que pour les personnes qui sont mes « Ils », c'est-à-dire « les individus psychiatisés », difficulté à vivre dans des groupes institués, je ne pense malheureusement pas que la psychiatrie permette à ces individus psychiatisés une résistance sociale et une insoumission au même titre que ces jeunes. // En fait, en dehors d'une mise en conformité avec les attentes de la médecine qui doit faire silence sur les symptômes, autrement dit sur ce que le sujet aurait à dire, ils n'ont souvent guère d'autres alternatives, y compris sur ledit secteur, que d'être contraint à supporter une subjectivation asilaire, et donc disciplinaire. Ce qui rejoindrait tous ces « Ils », serait le fait qu'ils sont en déshérence, c'est-à-dire, selon l'acception juridique, en absence d'héritier pour transmettre une succession, mais ici symbolique, puisqu'il y a de part et d'autre, pour reprendre David Cooper, « invalidation sociale⁶ », qui disqualifiera de principe les actes, déclarations et pensées de ces personnes pour s'étendre au fonctionnement même de la famille, comme l'ont montré Laing et Esterson⁷, ceci à l'insu de ses membres et sans rejet ou brutalité avérée, simplement en refusant toute intelligibilité au mode d'existence de l'un d'entre eux du fait de son statut psychiatrique ou social. // Et cela pose la question de la localisation éventuellement repérable de ces populations particulières. Doit-on poser une situation d'exclusion marquée par une frontière, comme il y en aurait une de matérialisée pour la prison d'Alcatraz, par exemple, isolée sur une île au milieu de la baie de San Fransisco, qui bien des fois fut tentée d'être franchie, comme on le sait, sur un mode réel, tentative le plus souvent assortie de violence comme contrepartie de la violence disciplinaire ? Ne pourrait-on considérer que ces prisonniers, ces jeunes, ces individus psychiatisés, ne sont qu'apparemment mis à l'écart de la société, et qu'ils sont en fait déjà partie intégrante du tissu social dont ils sont une composante voulue et nécessaire. Qu'on les laisse à la rue et à la délinquance, au bagne, ou sur le secteur psychiatrique, jamais en vérité ils ne sont censés être exclus, pour être parfaitement repérables en des lieux prévus à leur intention et dont il est bien difficile de les en sortir, puisque chacun d'eux a progressivement intégré une subjectivation sociale, une identité, construite par le pouvoir de l'État et à laquelle « ils » doivent s'identifier. // On voit dès lors toute la difficulté,

⁶ L'« invalidation sociale » est un concept clé de l'antipsychiatrie, forgé par David Cooper dans : *Psychiatrie et anti-psychiatrie* [1967], Paris, Seuil, 1970.

⁷ Ronald David Laing et Aaron Esterson, *L'équilibre mental, la folie et la famille* [1964], Paris, Maspéro, 1971.

et souvent les impasses, des tentatives de réinsertion ou de réhabilitation, puisque l'on se heurte à des forces contraires d'une extrême efficacité. Si l'on pose la nosographie, le bras de mer entourant le baigne, ou la délinquance comme exclusion, toute tentation d'intégration en travaillant sur une avancée vers une zone supposée frontière, et un peu floue, que l'on situerait au voisinage des codes sociaux du moment, risque d'être vouée topologiquement à l'échec, puisque ces limites et voisinages à la norme sont en déformation constante et réajustées perpétuellement selon les besoins de la bonne marche de la société. Ces personnes, malgré les apparences sont situées, et prévues, non pas au dehors, mais dans notre urbanité. //

Que faire alors ? Au Centre de Psychothérapie Institutionnelle, où je me rends régulièrement, nous tentons de faire communauté, c'est-à-dire selon un positionnement qui permet à tout un chacun de se marginaliser, de s'exclure des codes et des normes, puisque la société ne nous le permet pas en nous imposant une subjectivation sociale sur mesure et en des lieux prévus à cet effet. Ce n'est donc pas un positionnement contre l'État, ou une lutte à la marge pour une intégration à ses dispositifs, mais bien un exode de l'État, sans mouvement de contestation tel que l'a produit l'antipsychiatrie, puisqu'il n'y a pas d'appartenance ou non appartenance à faire reconnaître ou faire valoir. S'il y a du « nous », ce n'est que pour dire l'éviction des dichotomies « soignant-soigné », « psy-non psy », « infirmier-psychiatre », « nommé-inconnu », etc., ce que j'ai voulu souligner dans la présentation de mon intervention d'aujourd'hui en ne lui faisant porter que son titre. // La communauté, c'est au sens d'un lieu, ainsi que l'avait proposé en son temps Paul Sivadon dans sa préface au célèbre ouvrage de Maxwell Jones, où chacun « voit le malade [désigné], ainsi que lui-même, comme un homme parmi les hommes⁸. » C'est ce « ainsi que lui-même » qui nous met, quelle que soit sa fonction sociale supposée, dans un certain rapport à une ascèse qui nous a permis de transformer progressivement ce qui était anciennement appelé « Hôpital de Jour », en « Centre de Psychothérapie Institutionnelle », où s'expérimente aujourd'hui une non-psychiatrie qui se veut débarrassée des statuts produits en amont par la machine soignante. La communauté c'est également celle que décrit si justement Agamben, formée par « des singularités *quelconques*, c'est-à-dire parfaitement déterminées, mais sans que jamais un concept ou une propriété puisse leur servir d'identité⁹ », sans présupposés ni conditions d'appartenance, avec comme être pour chacun, sa propre manière d'être. Chemin faisant, nous avons ainsi pu constituer,

⁸ Paul Sivadon, « Préface », dans : Maxwell Jones, *Au-delà de la communauté thérapeutique* [1968], Villeurbanne, Simep, 1972, p. 6.

⁹ Giorgio Agamben, *La communauté qui vient. Théorie de la singularité quelconque*, Paris, Seuil, 1990, quatrième de couverture.

au fil du temps, un partage du quotidien selon tous ses aspects, avec, comme résultat, peut être paradoxal, de nous ouvrir largement sur la cité.