



Soirée inaugurale

Sylvie Bonifon
Cahors, le 29 juin 2017

A la fin des années 80, j'ai fait deux rencontres décisives : d'une part, celle de la psychanalyse et de l'enseignement de Jacques Lacan dont je m'étais plutôt tenue à distance durant mes études universitaires ; d'autre part, celle qui allait déboucher sur une implication de 20 ans dans une institution de soins et dont je m'apprête à vous dire quelques mots. Laquelle de ces deux rencontres était première, je ne saurais le dire. Mais dans leur effet subjectif, elles étaient quasi concomitantes, et ont donné lieu à des engagements qui se sont nourris l'un l'autre.

Plusieurs autres rencontres ont suivi et donné lieu à des expériences riches au plan humain et pour ce qu'elles m'ont enseigné. Les unes ont débouché fin des années 90 sur la création d'un dispositif innovant qui répondait à un besoin repéré par les acteurs des champs social et judiciaire ; d'autres ont permis la création d'espaces de réflexion là où justement un point d'intraitable du champ professionnel avait pour effet d'empêcher de penser, etc.

Mais je reviens à mon propos de départ. Courant 1989, j'ai eu l'opportunité d'effectuer un remplacement dans une institution qui accueillait des patients alcooliques et/ou toxicomanes. Je n'avais alors que peu d'expérience professionnelle et une idée très floue de ce qui était proposé aux patients en ce lieu. Cependant m'apparaissait rapidement que s'y passait réellement quelque chose, que quelque chose y opérait tant pour les patients que dans l'équipe thérapeutique.

Dans l'offre faite aux patients, au-delà de ce qui les réunissaient en ce lieu à savoir un rapport complexe et lourd de conséquences aux produits, était d'emblée sensible la place laissée à leur parole, à leur singularité, à l'accueil de l'étrangeté, de l'énigmatique, de l'altérité, de la radicale différence.

Dans l'équipe thérapeutique, cohabitaient les discours médicaux, psychanalytique et éducatif. Cependant, chaque professionnel s'appliquait à rendre compte de ses rencontres avec le patient, de sa réflexion, de ses incompréhensions, de ses points de butée. L'équipe pluridisciplinaire cherchait à saisir la singularité du cas et sa complexité. La parole circulait. Des désaccords apparaissaient mais n'entamaient pas l'effort de transmission de chacun. Collectivement, était visée une tentative de problématisation du cas et du rapport au toxique, et l'élaboration d'un savoir à partir de ce que chaque patient nous enseignait de son rapport à l'existence, aux autres, au sexe, aux produits, etc.

Pour les patients, les conditions de la rencontre étaient réunies. Pour moi aussi, au point que lorsque m'a été proposé un CDI, je l'ai accepté avec enthousiasme.

Mais une dizaine d'années plus tard, sont apparus la première conférence de consensus du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie (de mémoire, 1999), les logiques d'accréditation et de certification, les guides de bonnes pratiques.

En interne, un effort de séparation entre le pôle administratif qui relayait la politique de l'HAS et le pôle thérapeutique a permis un temps de préserver notre logique de soins basée sur une clinique du sujet, de la préserver d'une trop rapide contamination par ces nouvelles orientations, ses soubassements théoriques, son vocabulaire associé.

Mais inexorablement ce changement de paradigme relayé par le social et ses acteurs, et bientôt par des professionnels formés plus récemment, a fait son œuvre.

Le vocabulaire a changé. Le patient était rebaptisé *malade*, et l'impact sur la pratique ne tardait pas à s'en ressentir : le recours au toxique d'abord considéré comme une solution du sujet était présenté comme une maladie ou un comportement à rééduquer. L'accueil de la problématique du patient était abrasé au profit d'une évaluation de sa consommation et d'un diagnostic nosographique. L'attention portée à ce qui faisait symptôme pour lui (c'est à dire ce dont il se plaignait et à partir de quoi il pouvait s'inscrire dans un travail de réflexion) était abandonné au profit de l'éradication de ce qui fait symptôme pour le social (ce qui fait désordre et le trouble : le rapport au toxique).

Le rempart de la clinique du sujet était, de manière plus ou moins discrète mais toujours inexorable, attaqué par le vocabulaire des classifications DSM et CIM (Classification Internationale des Maladies) et par la suprématie affichée des méthodes d'évaluation et de rééducation.

Les possibilités de rencontre avec les patients s'en trouvaient retardées, parfois compromises.

Pour plusieurs membres de l'équipe, ce que les patients exprimaient de leur subjectivité été reçu comme une petite histoire, une anecdote de peu de poids face à ce qu'ils aspiraient à faire disparaître, à savoir le rapport problématique aux toxiques.

Les transgressions n'étaient plus analysées quant à leur statut ou leur fonction pour le sujet, mais ignorées ou sanctionnées par l'exclusion.

Tendait à s'imposer une conception des alcoolismes et des toxicomanies sourde à la spécificité de l'humain et de la subjectivité, et qui se réclamait d'un savoir à prétention générale. Bientôt alcoolismes et toxicomanies été engloutis dans le fourre-tout des addictions, venant faire série avec les addictions aux jeux vidéo, au sexe, au travail, ... comme si tout cela procédait de la même logique, comme si les enjeux cliniques y étaient les mêmes.

Dans ce contexte, mes convictions et ma clinique étaient mises à rude épreuve, non par les patients toujours en attente d'une écoute, d'un accueil de ce qui les fait souffrir, et d'un appui à leur réflexion, mais du fait d'une logique de soins totalement remaniée et mise au pli des logiques adaptatives.

Démissionner ne fut pas aisé mais une nouvelle rencontre, celle qui a abouti à la création de l'ECART Lotois, m'accompagnait en ce temps de franchissement.

* * *

Les logiques adaptatives qui infiltrent le champ du sanitaire, du social et du médico-social, attaquent l'hypothèse de l'inconscient et soutiennent l'idée d'une vie contrôlable par la force de la volonté. De ces logiques découlent des pratiques standardisées, protocolisées, simplificatrices qui déclinent un nouveau champ sémantique faits de catégories normatives (hyperactif, bipolaire, déprimé, traumatisé, victime d'un pervers narcissique, ...) et de formules qui relèvent de l'injonction (lâcher prise, faire son deuil, positiver, gérer ses émotions, gérer ses enfants, ...)

Ce vocabulaire tend à se banaliser. Mais en mesure-t-on bien les conséquences sur les pratiques et sur les sujets que nous recevons ? Ce vocabulaire et les propositions consensuelles qui y sont associées ne risquent-ils pas de donner aux professionnels l'illusion d'une compréhension mutuelle, d'une cohésion, voire d'une complétude ? Et en ce cas quelle place reste-t-il pour la parole et la singularité de ceux que nous sommes supposés accueillir ?

Pour le dire autrement, à l'heure des prises en charge protocolisées et des réponses attendues, quelles ressources le sujet a-t-il pour ne pas s'y soumettre ? Où peut-il poser ses mots, soutenir son style, tenter de dire quelque chose de sa vérité et élaborer ses solutions propres ? Et s'il doit renoncer à ce qui fait symptôme pour lui ou s'il doit le taire, quelles voies lui reste-t-il si ce n'est l'isolement, l'errance, le passage à l'acte, ... ?

Il me semble que les pratiques adaptatives participent de l'attaque du lien social. Or lorsque le lien social est attaqué, quand il est en défaut, c'est la logique de ségrégation qui y supplée.

Je soutiens que c'est de la parole et de la rencontre qu'un chemin peut se frayer pour chacun. Alors peut-être s'agit-il de ne pas nous contenter d'observer le malaise contemporain mais plutôt d'essayer d'y faire acte. Par exemple, en faisant un écart par rapport à cette novlangue de la pensée normative et évaluative, non dans une vaine tentative de l'annuler, mais plutôt pour en saisir la dimension politique, les enjeux et les conséquences, ...

Ce à quoi, j'espère, pourra contribuer l'ECART Lotois.
Je vous remercie.