Cahiers de Psychologie Politique

N° 24 | 2014
numéro 24 - Janvier 2014

De l’a-norme à la norme : le protocole comme insigne du soin

Claire VITALE

Marie Ange GRIMALDI

Jean-Louis PEDINIELLI

Édition électronique :
URL :
https://cpp.numerev.com/articles/revue-24/1674-de-l-a-norme-a-la-norme-le-protocole-comme-insigne-du-soin
DOI : numerev_851
ISSN : 1776-274X
Date de publication : 15/01/2014

Cette publication est sous licence **CC BY-NC-ND** (Attribution - No commercial - No derivatives).

Pour **citer cette publication** : VITALE, C., GRIMALDI, M. A., PEDINIELLI, J.-L. (2014) De l’a-norme à la norme : le protocole comme insigne du soin. *Cahiers de Psychologie Politique*, (24). https://doi.org/10.34745/numerev_851

Psychologues dans des services hospitaliers, nous constatons au quotidien les effets des modifications sociétales actuelles, dans leurs répercussions sur l'institution soignante. Nous parlons aujourd'hui d' « usagers du soin », réduisant le sujet à sa maladie, la clinique à une check-list de signes, la thérapeutique à l'administration d'un protocole. Cette machine institutionnelle infernale est alimentée par les « bonnes pratiques » et le « principe de précaution ». Les protocoles mis en place réduisent considérablement la part subjective de la rencontre puisqu'il s'agit pour les patients, comme pour les soignants, d'échapper à leur condition de sujet désirant, en refusant le moindre manque dans une logique du « tous pareil » et de l'indifférenciation productiviste de l'institution médicale. Partant de ce constat nous dresserons le portrait de la société « sans gravité », afin de comprendre les répercussions de cette société sur les politiques de soins actuelles. Enfin, au travers de rencontres cliniques, nous tenterons de mettre du sens sur l'insensé des pratiques de soins institutionnelles.

From not-standard to standard : protocol as an emblem for health care

As psychologists in hospital services, on a day-to-day basis, we see the effects of modern societie's modifications, because of the consequences they have on the health care institution. We speak today of the « subject to health care », reducing him to his illness only, the clinic having a symptoms check-list, the administration of therapy according to protocol. This hellish institutional machine being fed by the « good practices » as well as the « principle of precaution ». All the different protocols put in place, do considerably undermine the subjetivity of the encounter for patients and staff, a way to escape their own condition as a craving subject, by refusing the least shortage in a logic of the « all alike » just like the lack of productivist differentiation by the health care institution. From these observations, we can draw a portrait of a « light » society, in order to understand the repercussions of this society on the modern health care policy. Finally, through our clinical meetings we will try to put a certain meaning on the senseless practices of the institutional health care.

Mots-clés :

Introduction

Nous nous souvenons de ce patient, Paul, hospitalisé dans un service de réanimation cardiaque, au chevet duquel nous nous sommes rendues à maintes reprises pour un entretien. Paul ne pouvait pas parler de manière audible du fait de sa trachéotomie ; nous lisions sur ses lèvres, il communiquait par gestes ou écrivait sur l'ardoise que nous mettions à sa disposition. Lors de notre première rencontre, alors même qu'il énonçait un grand sentiment de solitude et de désarroi, le moniteur qui rend compte de l' « état » du patient se mit à hurler. Une infirmière entra, jeta un coup d'œil furtif à la machine, appuya sur un bouton pour la faire taire et sans un regard pour Paul sortit de la chambre. Ce dernier, qui avait jusqu'alors observé stoïquement la scène, tourna vers nous un regard empli de tristesse, nous évoquant celui d'un acteur exclu de la pièce même dont il jouerait le rôle principal. Nous pûmes lire à ce moment précis sur ses lèvres : « Vous voyez, je n'existe pas » accompagné d'un signe de tête dédaigneux et rageur envers cette machine ou cet endroit où se tenait quelques secondes auparavant l'infirmière. Par la suite, Paul écrira sur l'ardoise « je veux mourir », qui se révèlera être en fait un désir immense de quitter ces lieux, parce que nous dira-t-il « ici, on n'est rien » et il ajoutera sur l'ardoise « objet ». Nous avons accepté à ce moment « *d'être le destinataire de ces paroles vivantes, souvent dérangeantes, plus dérangeantes encore que la nudité et la déroute des corps* » (Gazengel, 2006). Nous avons pris cette place dont personne ne semblait vouloir, cette place qui pourtant rend au patient quelque chose de sa subjectivité, par opposition à l'objet de soin qu'il est au quotidien. Paul et ses paroles silencieuses semblaient déranger les membres de l'équipe, qui s'en inquiétaient sans pourtant oser les recevoir. Il avait en effet tenté de leur adresser ce « je veux mourir ». Et Paul, dont les « constantes » n'étaient pas bonnes et dont le pronostic vital était en jeu, risquait de voir ses mots devenir acte réel, acte final. L'équipe ne comprenait pas ce patient, ou plutôt « sa » phrase, et nous dira « Mais pourquoi il dit qu'il veut mourir. Je ne comprends pas. Bon c'est dur, mais il faut qu'il se batte ! ». Ce patient qui se meurt et qui dit vouloir mourir a été, au fil de son long séjour en réanimation cardiaque, progressivement désinvesti par l'équipe. « *On sentait là comme une rigidité douloureuse, un refus ferme d'investir le malade comme un sujet. [Il] n'avait de place ici qu'en attente de sa mort annoncée* » (Gazengel, 2002). Lorsqu'un lundi nous nous rendîmes dans la chambre de Paul, il n'y était plus. On nous dira, qu'il a été transféré en réanimation polyvalente, car « le cœur n'est plus le problème ». Nous ne pourrons nous empêcher d'entendre « car le cœur n'y était plus », celui de Paul peut-être, celui de l'équipe aussi.

Ce vécu de l'équipe, nous avons pu fréquemment l'observer avec les patients dits chroniques, dont les pronostics vitaux étaient engagés. S'agit-il d'un deuil anticipé ? D'une protection des soignants contre la rencontre : ne pas créer de liens avec l'autre, pour ne pas les voir disparaître, pour ne pas avoir à reconnaître un jour leur force en même temps que leur fragilité fugace ?

Ce risque de la perte inhérent à toute relation semble impensable de nos jours. Et dans cette disparition d'une perte, c'est bien la place du sujet, de l'altérité qui s'en trouve

bouleversée. Aujourd'hui tout semble interchangeable. L'économie, qui est le domaine des objets d'échange, semble s'emparer de nombre de domaines – tous ? – dans lesquels prolifère désormais une transformation des rapports.

Psychologues dans des services hospitaliers, nous constatons au quotidien les effets des modifications sociétales actuelles, dans leurs répercussions sur l'institution soignante. Nous parlons aujourd'hui d' « usagers du soin », réduisant le sujet à sa maladie, la clinique à une check-list de signes, la thérapeutique à l'administration d'un protocole. Cette machine institutionnelle infernale est alimentée par les « bonnes pratiques ». Les protocoles mis en place réduisent considérablement la part subjective de la rencontre, puisqu'il s'agit pour les patients comme pour les soignants, d'échapper à la condition de sujet désirant en éliminant le manque. Ainsi l'individu fonctionne comme un corps-machine programmé pour jouir. Cet individu posé comme indivisible fait partie d'une société de la transparence dans laquelle la norme l'assigne à être programmé d'avance. Où se trouve alors la part d'imprévu propre à toute rencontre intersubjective ? Le « principe de précaution », voilà vers quoi tendent actuellement les professionnels de santé, pris dans une politique institutionnelle du tout savoir de machiniste, du rendement, de l'interchangeabilité.

Dans cette optique, nous dresserons le portrait d'une société « sans gravité » et ses répercussions sur l'institution soignante. Enfin nous illustrerons nos propos au travers d'un cas clinique.

Une société sans gravité, une société sans sujet

> « Nul ne contestera que nous sommes aujourd'hui face à une crise des repères. Quelle que soit la pertinence de cette expression, la tâche de penser le monde dans lequel nous vivons s'impose donc plus que jamais » (Melman, 2007).

Dans quel monde vivons-nous aujourd'hui ? Comment le qualifier? Postmoderne, voilà bien le mot phare, valise aussi, qui résume pour beaucoup cette société. La définition de ce terme rend nécessaire de penser la place du sujet dans cette société.

Une société postmoderne

La postmodernité est un concept utilisé par certains sociologues *« pour caractériser l'état actuel de la civilisation occidentale, dans la mesure où elle aurait perdu confiance dans les valeurs de la modernité (progrès, émancipation) qui ont prévalu depuis le XVIIIe »*(Dictionnaire, Larousse). Ainsi, vers la fin du XXe siècle, la société postmoderne apparaît comme s'opposant à la société moderne. Elle ne se réfère plus à la Raison

comme totalité et ne poursuit plus l'idéal des philosophes des Lumières. Les conséquences de ce changement de références sont multiples et nous conduisent *« [...] à devoir penser un changement de grande ampleur aux conséquences anthropologiques incalculables, qui installe la congruence entre une économie libérale débridée et une subjectivité qui se croit libérée de toute dette envers les générations précédentes – autrement dit « produisant » un sujet qui croit pouvoir faire table rase de son passé. » (Melman, 2007)*

Dany-Robert Dufour (Dufour, 2007) dégage en ce sens dix lignes d'effondrement du sujet moderne. Notre réflexion se limitera à trois lignes d'effondrement qui nous paraissent majeures dans leurs conséquences sur le sujet postmoderne : le rapport à soi, le rapport à l'Autre, le rapport au langage.

Le rapport à soi du sujet postmoderne

Si les médias parlent fréquemment de montée de l'individualisme, c'est plutôt à une montée de l'égoïsme que nous assistons. En effet, « *l'individualisme impose de sortir des exigences du petit moi tyrannique alors que l'égoïsme ne procède que d'une défense absolue du moi* » (Dufour, 2007). Et c'est bien à une société de l'égoïsme que nous sommes confrontés aujourd'hui, en ce sens que c'est l'ego qui prime, les exigences du « petit moi ». Cet ego est à entendre dans le sens d'une illusion d'égaux où, se prenant de passion pour l'égalité, nous ne nous reconnaissons plus que dans le même, acceptant ainsi de « *réduire chaque nation à n'être plus qu'un troupeau d'animaux timides et industrieux* », délivrés du « *trouble de penser* » (Tocqueville, 1840).

Les conséquences de cette passion sont vastes et nous conduisent à identifier l'individu comme l'élément d'une foule, trié d'après ses petites différences, et regroupé statistiquement. Ce qui fait l'individu se limite donc aujourd'hui à des traits distinctifs réduits à une variable statistique. « *Je ne suis reconnu par l'Autre que comme élément d'un groupe affecté d'un certain nombre de critères. Mais, fondamentalement, « je » suis anonyme. Dans le miroir de l'Autre, il y a foule. Il n'y a plus qu'une foule, une population, une cohorte* » (Ebtinger, 2007). Le « je » disparait au profit d'un tout indifférencié, dans lequel pourtant « je » m'illusionne d'exister en tant que « je » non anonyme. Cette illusion d'existence individuelle est réduite à la petite différence de la possession, à la personnalisation d'un bien de consommation. Aujourd'hui, le rapport à soi se situe du côté de l'avoir et non plus du côté de l'être. En faisant basculer la question du rapport à soi du côté de l'avoir et du besoin, l'individu se rend indivisible car il évince la question du désir qui est de l'ordre de l'être. Ainsi, « *La tâche psychique s'en trouve grandement soulagée, et la responsabilité du sujet effacée par une régulation purement organique* » (Melman, 2007). Finalement, dans la société actuelle, « *L'individu – c'est-à-dire le sujet non divisé – peut prendre ses aises* » (Ebtinger, 2007).

Le rapport à l'Autre du sujet postmoderne

Cette question du sujet nous conduit d'emblée à la question de son rapport à l'Autre, à distinguer de l'autre comme partenaire. Nous opposons Autre (avec une majuscule) à autre (avec une minuscule). Le premier désigne le lieu, la place, où se situe ce qui détermine le sujet, et le second, les identifications imaginaires dont le prototype est le double du miroir (Lacan, 1966). Ainsi, la question du rapport de l'individu à l'Autre pose d'emblée la question de son rapport à l'altérité en tant que tiers exclu.

Or, l'organisation actuelle du monde tend à faire disparaitre les figures qui incarnent la place du tiers exclu (Dufour, 2005) et donc l'Autre dans ses assignations diverses. Le Grand Sujet, et « *que je nommerai plutôt les incarnations imaginaires de l'Autre symbolique, entraîne de facto une remise en cause de la fonction de la référence* » (Lesourd, 2007). Cette fonction de la référence est une des qualités principales de l'Autre. Autre maternel d'abord, puis Autre dans ses différents représentants imaginaires que nous nommons imago.Le sujet est soumis à l'Autre, aliéné au désir de l'Autre, il construit son rapport au monde et à lui-même à partir de l'Autre comme lieu d'adresse.

Cette fonction de référence à l'Autre ne tient plus et de cet effondrement émerge la perte d'un lieu d'adresse fondamental pour le sujet, celui dans lequel il peut se plaindre de sa radicale incomplétude et de son impuissance à assurer son bonheur. « *Le sujet postmoderne se retrouve ainsi en panne de l'Autre, laissé à l'abandon par l'absence de lieu d'adresse, et d'incarnation de l'Autre* » (Lesourd, 2007), confronté au vide existentiel fondamental. Face à cette « Ere du vide » (Lipovetsky, 1983), le sujet se trouve confronté à l'absence de limite qui creuse les jalons d'une souffrance identitaire narcissique. Ainsi, « *Le siècle qui s'annonce sera celui de leur (les limites) levée : plus d'impossible. D'une certaine façon, nous assistons à la fin d'une époque, à une liquidation – en termes analytiques on dirait une liquidation collective du transfert – ce qui est la source d'une liberté assez remarquable* » (Melman, 2007). Cette liberté pourtant, confronte le sujet au vide, à l'absence de limite et pour se défendre de ce vide trop plein d'angoisse, il semble que le sujet réagit par « *retournement* » (Roussillon, 1999) en bricolant une auto-référence, un auto-engendrement « *dans un mouvement identitaire qui vise à s'assurer de soi et à masquer la blessure des origines* » (Roussillon, 1999). Malgré cette ultime tentative de quête identitaire, l'individu postmoderne se trouve confronté au fait qu'« *Il n'y a plus ni autorité, ni référence, ni non plus de savoir qui tienne – justement grâce au transfert. On n'est plus que dans la gestion, il n'y a plus que des pratiques* » (Melman, 2007).

Le rapport au langage du sujet postmoderne

Bercé par l'illusion de l'ego, dans une société qui a liquidé l'Autre comme lieu de

référence, c'est le rapport du sujet au langage qui s'en trouve bouleversé. L'Autre en effet n'est plus le lieu dématérialisé du langage, n'est plus le lieu de « purs » signifiants. L'Autre prend consistance, se fait objet, se fait insigne. « *Les signifiants ne sont plus portés par la parole, ou la « bonne parole », ils sont portés par les objets. Le silence lui-même y change de voix : il n'est plus celui du secret de l'Autre, mais il est ce silence de la mutité des objets* » (Ebtinger, 2007). Dans ces objets mots, ces objets signes, c'est le sens qui fait défaut. C'est à une langue nouvelle que nous avons à faire, une « novlangue » (Orwell, 1949), qui prend appui sur la suppression du sens implicite, mais aussi sur les nuances de langage. En effet, « *on est en train de passer d'une conception littéraire de la langue, marquée par le manque et l'absence parfaitement exprimée par un Mallarmé à un pragmatisme techniciste de la nomenclature comme langue pleine et uniquement référentielle* » (Dufour, 2007).

Tout doit être dit dans une pauvreté factuelle qui évince les nuances du vivre subjectif, pour une entente, un échange objectif. Réduire un signifiant à in-signe, rend tout raisonnement impossible et donc toute réflexion vaine. La singularité du sujet ne se dit plus en mots. Le sujet se perd dans les mots qu'il porte au sens propre (tatouage, marque, insigne), dans les mots qu'il a et non plus dans les mots qui le représentent. Alors, le langage a pour but l'unique saisie de l'objet qui fait taire le désir et permet à la jouissance de s'exhiber. Finalement, « *Ce qui est ici exclu, c'est la part maudite de la langue, cette part des échanges qui ne parvient jamais à se dire, et qui fondent la nécessité même de parler. Or, si l'on exclut cette part mal dite, on exclut peut-être le malentendu le plus superficiel, mais on exclut en même temps le mystère qui, comme êtres parlants, nous tient* » (Dufour, 2007).

Un soin « sans gravité »

Le concept de soin dans la société postmoderne

Les repères que tente de se construire l'institution soignante manquent de sens, et de fait ne se trouvent pas légitimés par la pratique. Il s'agit d'aller vite, d'être rentable. L'institution soignante est devenue un lieu dans lequel celui qui alimente la machine, à savoir le malade, est considéré comme un instrument. En pratique, l'institution multiplie certains examens pour que « la cotation du séjour » du patient soit rentable pour le pôle. Compter, voilà la qualité dont doivent être dotés les médecins chefs de pôles qui se retrouvent dans une position où leur mission première, le soin, est mise à mal. Cet état de la clinique ne fait que renforcer la part prise par l'objectivité au détriment de la qualité de la relation qu'un clinicien peut construire avec un patient. Ce débat n'est pas actuel, car la critique de l'objectivation de la médecine a fait couler beaucoup d'encre. Le discours médical est pris dans une position « éthique » de vouloir le « bien » du patient et, dans le même mouvement, aliène ce patient qui ne décide plus puisqu'on décide pour lui. La part subjective se trouve d'emblée limitée par un savoir qui vient dire ce qui est « bon ». Cependant il n'est pas chose simple de critiquer ce bien, en effet n'importe quel soignant veut que le patient s'en sorte, qu'il aille mieux, ce n'est pas

l’idée qui est à contester mais plutôtla conception commune du « bien ».

Notre politique occidentale considère le discours du maître comme étant celui qui se rapproche de l’interpénétration de deux discours, un discours qui se veut scientifique, qui énumère des relations de causes à effets, et un discours dit « libéral » qui prend pour base de référence le rendement. Cette politique se réclame comme étant celle du bien, et serait par la même, la position morale d’où découle la déontologie qui ne veut que le bien de tout être humain. Cette déontologie tenterait de venir satisfaire le sujet en manque de bien, à l’endroit de ses besoins et dans le même temps l’aliène inévitablement à une instance qui viendrait lui dire ce qui est bon pour lui. Il n’y a pas de place dans ces rapports pour la subjectivité, il n’y a plus de désir propre au sujet. De par la réduction du désir au besoin, le discours du maître advient et empêche que soit reconnu ce qui se passe au niveau du singulier.

Penser la subjectivité semble devenir une entreprise bien difficile au regard des procédures de soin, qui contaminent nos institutions. Cela creuse encore le fossé entre ce que Canguilhem (Canguilhem, 1966), reprenant les concepts de Leriche, nomme la « maladie du médecin » et la « maladie du malade ». La relation médecin-malade est complexe puisqu’il s’agit de deux discours différents : le discours médical qui se veut objectif dans son exigence de diagnostic, et le discours du malade empreint de toute sa subjectivité. Aussi cette relation qui a souvent le corps pour objet et qui passe par la parole ne peut être que source de malentendu et d’incompréhension.

Foucault nous invite à penser l’appréhension du corps dans la société moderne à partir des notions de biopolitique et de biopouvoir (Foucault, 1976), pour conceptualiser l’accession croissante de la possibilité d’améliorer nos potentialités, de les augmenter. A travers ce prisme il considère la modernité comme « *L’entrée des phénomènes propres à la vie de l’espèce humaine dans l’ordre du savoir et du pouvoir dans le champs des techniques politiques* » (Foucault, 1976). En effet, le corps est appréhendé comme une machine complexe « un organisme » qui n’échappe pas au contrôle absolu de ses paramètres.Ce contrôle des paramètres pousse l’institution soignante à construire des protocoles, afin de maîtriser au mieux cet organisme et de rentabiliser les prises en charge.

La médecine postmoderne : l’institution soignante sous l’égide des protocoles

De nos jours, il est demandé aux soignants de suivre des protocoles:à chaque situation, son protocole, voilà vers quoi tendent les unités de soins. Il s’agit pour l’institution de limiter, voire d’annihiler totalement la prise de risque, et par conséquent la prise d’initiative des soignants. Pourtant, c’est bien dans cette marge de liberté, indubitablement liée à la prise d’initiative, que le soignant prend le risque de la rencontre avec l’autre, ce patient, cesujet singulier. La rencontre est donc en quelque sorte proscrite : le protocole prime et protège le sujet de ses égarements subjectifs.

Nous pouvons entrevoir les difficultés d'une mise en pensée de nos actes dans un contexte qui prône un discours vide, répétitif, mortifère, conduisant à l'anéantissement d'une culture du soin basée sur le sens. Nietzsche écrivait à propos du nihilisme que le danger des dangers était que plus rien n'ait de sens. Or, actuellement dans un contexte sociétal et institutionnel, où les fonctions de l'Autre qui introduit l'altérité tendent à être exclues, il n'y a plus de possibilités de se parler sans que cette parole soit dangereuse pour soi-même et pour l'autre.

La parole, dans l'institution de soins, ne dit plus le sujet. En effet, si l'Autre institutionnel n'a plus fonction de tiers, de référence pour le sujet, le rapport au langage n'est plus médiatisé par le sens. Dans ce cas, la rencontre semble compromise par l'impossibilité de se situer ailleurs, de considérer l'altérité, et nous sommes confrontés à des « usagers du soin » mis face à « des soignants protocolaires ». On parle d'organisme à la place de corps, de déficit à la place de symptôme ce qui réduit considérablement les implications symboliques et subjectives. L'institution soignante, à l'image de la société postmoderne, fait l'économie du sujet, en faisant l'économie du sens et de la parole.

Finalement la folle exigence du risque zéro, prônée par nos politiques actuelles, participe à la mise en place d'une institution soignante qui n'a plus la possibilité d'accueillir la surprise ou l'inconnu - pour ainsi dire un peu de manque. Dans notre société, le manque est dangereux, car synonyme de désir et donc d'imprévisible. Pourtant l'institution soignante n'a de cesse de laisser ses « agents en pénurie »- en manque ?- de moyens. Ce fonctionnement peut paraître paradoxal. Il ne l'est pourtant nullement si l'on distingue manque à être et manque à avoir, le manque à avoir étant le moyen le plus sûr de contrôler les masses. En effet, happé par le manque à avoir, le manque de moyen et de temps donc, le soignant est pris dans le tourbillon de « la masse ». Il devient alors un « homme-masse » (Ortega y Gasset, 1937) réfractaire à tout principe supérieur, un homme qui consomme, qui en veut plus sans se soucier de sa condition d'homme postmoderne et de ses difficultés. La réflexion n'est pas de mise pour cet homme-masse qui se permet tout, pourvu qu'il puisse satisfaire son propre intérêt. Cette figure de l'homme peut se penser d'un point de vue strictement imaginaire. Cet homme libre de toutes pensées supérieures, de toute construction de sens possiblement structurante, de toutes valeurs spirituelles a de grandes difficultés à se confronter à la frustration. Pour l'éviter il aspire à la facilité de satisfaction de ses exigences qu'il transforme en besoin et il aura recours à la violence si son entreprise est perturbée.

Ainsi, dans nos institutions le « bon patient » a sa place, ce patient vide de désir pour qui la satisfaction rapide et simple évite les complications de la demande de sens.L'espace pour la parole, l'échange, la rencontre n'est plus, dans cette institution de masse « sans gravité » qui s'évertue à étouffer les différences individuelles en prônant une efficacité gestionnaire qui occulte le soin. Là, le soignant devient futile, « sans gravité », car dégagé de toutes responsabilités (« ce n'est pas ma faute, tout le monde le fait », peut-il dire), interchangeable (la précarisation de son contrat), il serait même uniforme au regard de ses rêves et de ses mœurs. Pourtant, ce soignant postmoderne ne peut échapper à sa condition d'être-parlant et désirant. Il oscille donc

quotidiennement entre angoisse et futilité (Valery, 1948), angoisse qui ne cesse de s'accroître puisqu'on ne luidemande plus d'exister par sa pensée mais de devenir interchangeable au regard des nouveaux outils qui organisent la société.

Réflexion clinique sur la proposition actuelle de soins

Mme Mi est une patiente que nous rencontrons du fait d'une impossibilité pour le précédent secteur psychiatrique d'accompagner cette patiente. Elle nous est présentée comme une patiente « qui a fait le tour des secteurs » avec une histoire qui semble se reproduire à l'identique, à savoir « à un moment donné l'équipe n'en peut plus et elle met à mal tous les soins qui lui sont proposés ». D'emblée cette phrase nous questionne et nous nous demandons qui elle concerne : la patiente, les soignants plutôt, le lien aussi ? N'y aurait-il pas un jeu de miroir rendant l'échec de toutes tentatives contagieux ?

Dès le départ effectivement le jeu de miroir se répète, car nous réfléchissons pour elle et nous investissons beaucoup de notre énergie pour que les projets aboutissent : lui refaire ses papiers, lui trouver un logement, créer une alliance pour qu'elle accepte le soin. Ce que les soignants lui proposent pourrait se traduire par « je sais ce qui est bon pour toi » et cette tentative est bien vaine puisque Mme Mi la mettra en échec, comme les fois précédentes, avec d'autres. Sans la laisser demander quoi que ce soit nous lui proposons un cortège de solutions. Nous ne l'entendons pas là où elle en est, là où elle vient dire sa place à son insu. Ces « échecs » ne sont pas compris par l'équipe, car il semble que la patiente est toujours d'accord dans un premier temps avec ces tentatives, mais à la dernière minute, elle effectue un décalage : ses papiers, elle les perd, son hospitalisation, elle ne s'en saisit pas…

Pourtant nous avons tenté de tout faire pour elle. Et c'est là le coeur du problème, car alors nous n'avons pas entendu ce qu'elle nous adressait, ce quelque chose qu'elle ne parvient pas à déchiffrer elle-même, quelque chose qui à l'identique se reproduit sans cesse, sans pouvoir être saisi. Ce que Madame Mi peut dire d'elle-même c'est « je suis mal », et c'est bien dans ce « je suis mal », qui se donne à entendre aussi au travers de ses actes que nous avons à reconnaitre des éléments de sa position subjective. Et si elle ne savait pas elle-même ce qu'elle demandait ? Si sa demande se présentait dans un au-delà du besoin matériel auquel nous répondons ? Cet au-delà semble inenvisageable pour le soignant qui alors ne peut répondre d'emblée à la demande.

Nous faisons l'hypothèse que pour Mme Mi nous désirons à sa place. Nous voulons de la norme, la faire rentrer dans le moule des « personnes bien comme il faut », là où elle nous fait signe sans cesse de son a-norme, de sa position de sujet qui ne rejoint aucune autre. Cette a-norme ne rencontre le moule proposé par aucun protocole, elle les déborde tous, les met à mal. Madame Mi a besoin finalement de sur mesure, d'un soin, d'une prise en charge qui lui laisse la possibilité de se dire. Finalement, elle ne demande

rien, si ce n'est une entente de ce rien, elle demande des soins à la carte, là où dans le jeu du soin sa carte n'existe pas.

Nous percevons au travers de cette rencontre avec Mme Mi l'insaisissabilité du sujet : dès que nous tentons de saisir le sujet au moyen de mots, d'énoncés, il n'est déjà plus là où nous avons tenté de l'attraper. Ce sujet effet de signifiants, il est impossible de le réduire à un mot, un signe, un insigne. Ce « je » qui parle « *Je peux le designer, en l'occurrence au point de ce « En tant que je parle », dans ce Entends qui surgit dans la faille du texte entre dire et écrit. Ce dire « que je parle », précipite, anticipe le sujet dans son adresse à l'Autre : « Entends que je parle », à défaut que je puisse m'entendre parler. Cette demande inconditionnelle, c'est la fonction qu'entretient le vœu inconscient, en deçà de toute forme de procès : « entends que je parle », décanté d'un « écoute ce que je dis »*» (Le Boulengé, 1987). C'est finalement ce « entends que je parle » que semble nous adresser Madame Mi. Or si nous écoutons ce qu'elle dit, nous ne l'entendons pas, car nous ne laissons aucun l'espace pour qu'une demande singulière émerge. Nous l'écoutons et lui proposons des réponses toutes faites, protocolaires, trop pleine de l'absence du manque. Nous savons à sa place ce qui est bon pour elle, car « elle ne peut pas savoir, elle est folle, elle souffre ». Pourtant, ne tente-t-elle pas là de se faire sa place de sujet pour un Autre qu'elle interroge ? Elle demande à l'Autre, ici Autre institutionnel, de ne rien lui demander, afin de lui redonner consistance. A partir de quelque chose de cet Autre qui ne répond pas, un Autre qui n'est pas « tout », elle trouve un support à ses élaborations subjectives. C'est en nous attachant à ce qui pouvait s'exprimer de plus subjectif que nous nous sommes intéressées à la demande, et à ce que ce concept pouvait déterminer de notre position de thérapeute, de soignant non pas postmoderne, mais classique. Cette question est à travailler avec Mme Mi en commençant par l'écouter, puis à l'entendre et à tenir consistance face à sa demande, c'est-à-dire résister à y répondre dans le réel.

En effetce que nous enseigne la clinique en institution, c'est qu'en tentant d'entendre la souffrance de chaque patient, nous pouvons appréhender l'importance que revêt la possibilité de pouvoir exprimer une demande et de la faire sienne. En ce sens la plainte que Madame Mi manifeste permet l'appropriation d'une part de subjectivité. Alors que ce mal dont elle se plaint semble venir d'ailleurs, elle devrait pouvoir trouver un espace où se questionner sur son implication subjective. Bien que souvent Madame Mi semble vouloir s'en remettre à d'autres pour se « soigner », des phénomènes s'articulent pour qu'une demande émerge. Lorsque le sujet est « entendu», il fait d'abord l'expérience qu'il peut l'être, puis il est amené à s'interroger sur ce qu'il dit puisqu'on l'écoute sans répondre sur les aspects manifestes de son discours. Or dans toutes parole git une demande. Mais au-delà, dans le transfert, se profile son désir, la part de satisfaction que lui apporte sa position. Finalement qu'y a-t-il d'autre que la demande ? La question qu'il s'agirait d'entrevoir pour le sujet et en miroir pour l'institution soignante serait : Quel est le rapport que j'entretiens avec mon symptôme et comment je peux me débrouiller avec ça ? Et non pas : Comment pallier au déficit ? Comment faire disparaître des troubles ?

Ce décalage, cet autre regard est difficile pour nombre de soignants. Il est paradoxal en

effet d'instituer un peu de manque au regard de la réalité clinique qui exige un « redevenir comme avant », un retour à la norme, des réponses immédiates. Les patients, comme les soignants, sont soumis à l'institution qui laisse peu de place à l'expression de leurs désirs et, dans le même mouvement, à leurs potentialités créatrices.

L'accès à la subjectivité semble être la voie royale pour qu'ait lieu une rencontre, qu'une analyse du transfert soit à l'œuvre et crée du changement. Or, cette pratique n'est pas quantifiable et elle prend du temps. Cette vision du soin semble être de plus en plus difficile à promouvoir, car elle ne correspond pas à l'obligation de résultats réclamée par l'institution. Ainsi nous devons satisfaire à la fois le besoin du patient en manque de soin, celui du soignant en manque de gratifications narcissiques et celui de l'institution en manque de résultats. La pratique nous invite à continuer de nous interroger sur la direction que prennent les soins actuellement en niant la condition de l'homme parlant, le réduisant à une machine.

Pour conclure

L'histoire nous a appris que la voie vers laquelle tend actuellement la société postmoderne, celle qui prône l'objectivité et la soumission à un discours totalitaire dans lequel nous serions tous les mêmes, où nous nous satisferions tous des mêmes choses, suppose l'exclusion et même l'extermination de ceux qui dérogent à cette règle. Cette « banalité du mal » (Arendt, 1951) est de l'ordre d'une crise de l'identification du semblable qui arrache le sujet singulier à ses amarres psychosociales, le projetant vers le zéro absolu, l'impossible vérité où il n'est pas possible d'éviter le vide.

Cet homme ordinaire auquel il importe de « bien faire son travail » peut, sans appel à la cruauté ou à un quelconque désir de mort, se trouver enrôler (Teretschenko, 2005). Cet homme ordinaire, c'est nous, c'est vous. Ainsi l'apparente normalité sociologique du mal se trouve par-là soulignée (Arendt, 1963). A côté de l'indicible horreur il y a cette normalité, horrible elle aussi. Pourtant, seul l'a-normal est qualifié d'inhumain, appellation erronée, qui évince la violence du côté de l'autre étranger. Or dans le mal, qui se rencontre dans l'indicible horreur ou dans la normalité, il est toujours question d'une part de l'humain, un humain dénué de pensée, aux prises avec une idéologie totalisante, qui se retrouve dans la commune humanité. C'est cette part d'humain que l'homme postmoderne tend à occulter, car en faisant l'économie du sujet, il exclut tout ce qui n'est pas de l'ordre du même. La folie, la maladie, sont pour lui de l'ordre de l'inhumain. Là, il n'y a plus cette part d'humain dérangeante, seulement une anormale horreur qu'il faut faire taire.

Dans sa lettre à Sholem en 1963, Hannah Arendt dit *« à l'heure actuelle mon avis est que le mal n'est jamais « radical », qu'il est seulement extrême et qu'il ne possède ni profondeur, ni dimension démoniaque. Il peut tout envahir et ravagé le monde entier, précisément parce qu'il se propage comme un champignon. Il défie la pensée comme je l'ai dit, parce que la pensée essaie d'atteindre la profondeur de toucher aux racines, et*

du moment qu'elle s'occupe du mal, elle est frustrée parce qu'elle ne trouve rien ». Jusqu'où laisserons-nous ce champignon se propager ?

Arendt, H. (1951). *Les origines du totalitarisme*. Paris : Gallimard, 2002.

Arendt, H. (1963). *Eichmann à Jérusalem. Rapport sur la banalité du mal.* Paris : Gallimard, 2002.

Arssac, J. (1993). *La science et le sens de la vie*. Paris : Fayard.

Canguilhem G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF, 1979.

De Tocqueville A. (1840). *De la démocratie en Amérique Œuvres II*. Paris : Gallimard, 1991.

Dufour D.-R. (2005). *L'art de réduire les têtes*. Paris : Gallimard.

Dufour D.-R. (2007). Dix lignes d'effondrement du sujet moderne. Relevés sismographiques. *Cliniques méditerranéennes, 75*, 91-107.

Ebtinger P. (2007). Portrait de l'individu en marchandise. *Cliniques méditerranéennes, 75*, 47-53.

Foucault M. (1976). *Histoire de la sexualité I, La volonté de savoir.* Paris : Gallimard.

Gazengel, J. (2002). *Vivre en réanimation, Lazare ou « le prix à payer ».* Paris : L'Harmattan.

Gazengel, J. (2006). La parole en réanimation, médiation nécessaire d'un corps à l'autre. *Champ Psychosomatique*, *41*, 101-109.

Lacan, J. (1966). *Ecrits I*. Paris : Le Seuil, 1999.

Le Boulengé, C. (1987). Quelques remarques sur le savoir. *Quarto, 27/06*.

Lesourd, S. (2007). La mélancolisation du sujet postmoderne ou la disparition de l'autre. *Cliniques méditerranéennes, 75*, 13-26.

Lipovetsky, G. (1983). *L'Ère du vide : essais sur l'individualisme contemporain.* Paris : Gallimard, 1989.

Melman, C. (2007). *L'Homme sans gravité*. Paris : Denoël.

Orwell, G. (1949). *1984*, Paris : Gallimard, 1972.

Ortega y Gasset, J. (1937). *La révolte des masses*. Paris : Les Belles Lettres, 2010.

Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF, 2010.

Terestchenko, M. (2005). *Un si fragile vernie d'humanité : banalité du mal, banalité du bien.* Paris : La découverte.

Valery, P. (1948). *Vues*. Paris : Table ronde, 1993.