

La psychanalyse mise à l'épreuve dans les institutions publiques de santé mentale: clinique et politique

Fátima Oliveira

Doris Rinaldi

Manoel Ferreira

(Délégués de l'Intersection Psychanalytique du Brésil)

“Gouverner, éduquer, psychanalyser sont gageures en effet, mais qu'à dire impossibles, on ne tient là que de les assurer prématurément d'être réelles. Le moins qu'on puisse leur imposer, c'est d'en faire la preuve.”

Lacan, *Radiophonie* (1970)

La clinique psychanalytique est la mise en acte de son éthique. Dans cet acte, il y a un enlacement entre *intension* et *extension* de la psychanalyse. La transmission de la psychanalyse dans le monde est le défi que relève le psychanalyste quand il met à l'épreuve le désir de l'analyste et sa rencontre avec les impossibles. L'impossible de gouverner, d'éduquer, de guérir et, enfin, l'impossible du désir.

La particularité des politiques de santé mentale au Brésil et leurs propositions institutionnelles de soigner un sujet nous permettent d'en dégager certains éléments en tension dans la présence de la psychanalyse dans le monde. Par le désir de l'analyste mis à l'épreuve, c'est la clinique psychanalytique qui est en jeu dans le monde.

Nous partons de la question suivante: quelle est la relation entre le désir de l'analyste et la psychanalyse mise à l'épreuve quand on essaie de la penser dans le domaine de la clinique institutionnelle publique?

I. Le désir de l'analyste

Tout d'abord, quelques mots à propos du désir de l'analyste.

Un désir ne se nomme pas, on ne peut que tenter de le cerner à partir de ce point fondamental où s'articule la relation du désir avec le désir. Ce n'est qu'à partir de cette articulation initiale que l'on peut supposer que le désir de l'analyste se situerait dans le registre de l'Autre, comme tout autre désir, ce qui suggérerait une réciprocité de désirs ou bien une symétrie entre deux désirs qui réduirait le traitement à une dimension d'intersubjectivité. Lacan, pourtant, met en relief la *disparité* des positions dans la situation analytique en montrant que l'analyste, dans la mesure où il détient l'énigme de son désir, permet que la fonction du désir, originaire de la place de l'Autre, puisse se manifester. Dans une analyse, le désir qui est en cause est un seul et se place du côté de l'analysant. L'analyste soutient le désir, mais ce n'est pas son désir singulier qui est en cause. Il opère de façon à faciliter le passage dans le transfert de l'horreur au Savoir à l'amour au Savoir Supposé. C'est le parcours même d'une analyse qui fait apparaître cet amour. Averti de sa position, l'analyste soutient l'équivoque et le leurre de cet amour et procède à une torsion qui montre le désir de l'analysant lui-même.

Le désir de l'analyste est donc une fonction qui opère, une fonction cruciale, logiquement articulable à partir de l'expérience même de l'analyse. À la fin d'une analyse, condition nécessaire mais non pas suffisante, on peut voir apparaître ce que Lacan nomme le "désir inédit", qui fait un analyste. Le désir de l'analyste présente ainsi ce caractère énigmatique. On peut le situer dans un ordre de découverte radicalement distinct du désir de savoir. Voilà pourquoi Lacan l'écrit avec un X , qu'on prononce en français [*iks*], inconscient. Il n'opère que s'il vient en position de X , de ce X qui pose la question de l'analysant. Et pour éviter de tomber dans les idéalizations, il faudrait aussi rappeler qu'il ne s'agit pas d'un désir pur; et, plutôt que de définir ce qu'il peut être, il faudrait dire ce qu'il ne

peut pas être: “Il ne peut pas désirer l'impossible” (Lacan, 1959-60/1988, p. 360).

Si ce qui fait un analyste c'est le désir de l'analyste, c'est bien son acte qui soutient le transfert et sa chute. C'est à partir des quatre discours, celui du maître, de l'hystérique, de l'universitaire et de l'analyste, que l'on peut penser la position de l'analyste comme celle qui doit chercher à faire que soit produit un nouveau S1 comme marque singulière du sujet.

La rotation de ces discours ouvre, à partir de l'acte de l'analyste, les portes au désir de l'analysant en faisant apparaître un trait qui le représente. L'analyste est prédestiné à tomber à un certain moment, à être réduit à un simple déchet. Si cette affirmation est valable dans le cas de la névrose, comment penser la place de l'analyste face à la psychose? La clinique est réinventée pour chaque structure, au cas par cas, par l'acte de l'analyste et le soutien de son désir.

La question qui s'impose alors dans ce que nous prétendons discuter ici est comment soutenir le désir de l'analyste dans une institution de santé mentale traversée par divers discours, spécialement le discours du maître, qui fonde l'institution et le discours universitaire, qui règle son fonctionnement?

La distinction entre “psychanalyse en intension” et “psychanalyse en extension”, telle qu'elle a été présentée par Lacan dans la “Proposition du 9 octobre 1967 sur le Psychanalyste de l'École” nous semble fertile pour penser la place de la psychanalyse dans la *polis*, en particulier dans les institutions de santé mentale. Bien qu'elle ait à l'origine été formulée à propos de deux moments – l'expérience de l'analyse de chaque sujet, prise comme didactique, et la fonction de l'École de Psychanalyse pour “présentifier la psychanalyse au monde” (Lacan, 1967/2003:251) –, nous supposons que cette distinction peut nous aider à penser la pratique de la psychanalyse dans les institutions publiques de

santé où le psychanalyste, en raison des multiples liens sociaux, se voit confronté à d'autres discours orientant d'autres pratiques. Sans faire opposition, cette distinction de ces deux moments montre le lien indissociable qui existe entre elles en mettant en évidence la logique du discours analytique où, mœbiennement, interne et externe s'entrecroisent. Selon Lacan "*...c'est à l'horizon même de la psychanalyse en extension que se noue le cercle intérieur que nous traçons comme béance de la psychanalyse en intension*" (Idem: 261).

Dans la clinique institutionnelle publique, en tant que psychanalystes, nous sommes souvent aux prises avec la clinique singulière de chaque sujet (intension); or cette expérience se produit en même temps à l'intérieur de l'espace institutionnel, lequel a ses normes et ses règles, et dans le collectif des usagers et des professionnels de différentes formations, lesquels professionnels comparaissent aux réunions d'équipe et de contrôle (extension). Si la "psychanalyse en extension" se trouve dans la stricte dépendance de ce qui se passe dans la "psychanalyse en intension", soutenue par le désir de l'analyste dans le traitement proposé à chaque sujet, notre hypothèse est que, dans cette jonction – intension et extension –, notre responsabilité éthique en tant qu'analystes est convoquée à répondre tout d'abord aux problèmes posés par les questions du sujet et de son désir, mais aussi aux problèmes qui se posent à l'intérieur de l'institution, dans la mesure où celle-ci est nécessaire à l'exercice de la clinique. Étendre la pratique de la psychanalyse aux couches les plus pauvres de la population, par le travail du psychanalyste à l'intérieur des institutions, avait déjà été proposé par Freud en 1919, avec évidemment certaines adaptations, mais qui gardait la rigueur éthique de la psychanalyse. Telle est la proposition que nous soutenons et que nous avons choisie pour discuter ici.

II. Le défi relevé par le psychanalyste dans les institutions: la rencontre avec les impossibles

Le psychanalyste doit tout d'abord faire face aux défis de la clinique proprement dite, c'est-à-dire son caractère imprévisible où le réel de la psychose, de la névrose grave et de la perversion traque tous, avec des cas assez graves de détresse psychique auxquels s'ajoute la détresse socioéconomique. Mais il est confronté aussi aux difficultés du travail même à l'institution, habitué qu'il est à la solitude de son cabinet. Dans les institutions, il se retrouve en compagnie de plusieurs "techniciens" et son travail, tout en ayant sa spécificité, n'existe pas sans celui des autres, et ce n'est qu'avec l'équipe et ses multiples interventions qu'il peut se faire. Impossible donc de travailler seul, même si l'expérience est toujours celle de chacun, qui doit être responsable de son acte.

Mais si le transfert est le dispositif fondamental permettant à l'analyste d'opérer à la clinique, comme s'en servir dans cet espace? Autrement dit, comme soutenir le transfert non seulement dans la clinique singulière de chaque sujet, mais aussi dans les espaces collectifs des activités et dans les réunions et contrôles d'équipe? Il ne faut pas oublier qu'il n'est pas de transfert sans résistance: la résistance de l'analysant dans le processus analytique, la résistance de l'analyste et la résistance des équipes face au réel de la clinique qui met en question les savoirs institués – autrement dit, qui fait trou dans le savoir. À l'opposé, quand la psychanalyse est prise comme un savoir idéalisé sur la clinique, ce qui uniformise le discours, ce trou est recouvert et la résistance va fort probablement se renforcer. En dernier ressort, la résistance est du côté de l'analyste, comme l'a souligné Lacan, ce qui est une indication assez opportune pour penser le travail institutionnel d'analystes et non analystes dans les institutions.

D'autre part, entre l'universel de l'institution, avec ses normes et ses règles, le multiple de l'équipe, issue de diverses formations disciplinaires, et le singulier de chaque sujet qui cherche le service, comment soutenir le désir de l'analyste qui fait place à la parole du sujet, si on la considère non pas dans le registre de la maladie, mais plutôt comme un indice de sa condition subjective? Comment articuler ces diverses instances sans reculer face à l'obligation qu'a l'institution, de par son rôle social, d'accueillir des patients graves, susceptibles parfois de passer à l'acte, *en soutenant un travail clinique qui tienne compte de la singularité de chaque sujet en traitement sans succomber par là aux routines bureaucratisées, voire aux pratiques tutélaires qui se présentent sous de nouveaux habits?_

III. La politique de santé mentale est la nôtre: le malaise – “*je ne suis pas venu apporter la Paix, mais l'Épée.*”¹

Si le malaise conduit l'action de la politique de santé mentale et celle de la psychanalyse, la première a pour but un bien-être bio-psycho-social et son éthique se fonde sur préceptes et savoirs. La tension entre les deux champs se présente dans le choc entre l'universalité des politiques et leur filiation à une vision de monde qui oriente sa position par rapport au sujet, ici avant tout un citoyen, et l'éthique qui fonde la psychanalyse, qui ne se présente pas comme une contingence, mais qui est structurée sur un impossible, l'impossible de la relation sexuelle. Bien qu'elle s'adresse à un sujet avec son malaise, en pariant qu'il sera responsable de ses actes et de son dire, cette tension se dédouble dans la tension entre les structures cliniques et l'impossible de la transmission du savoir d'un cas clinique à un

1 Blake, William (2006). Le mariage du ciel et de l'enfer. Dans *Quatre visions mémorables*. Antígona: Lisbonne [Publié originairement en 1790] – Chez Matthieu 10:34: Jésus a dit: “*Ne croyez pas que je sois venu apporter la paix sur la terre; je ne suis pas venu apporter la paix, mais l'épée.*”

autre. Autrement dit, dans le travail de la clinique à l'institution, avec ses défis et ses impasses.

C'est dans ce contexte qu'il faut souligner l'importance des cas difficiles, considérés comme non soignables, habituels dans les institutions, qui mènent à des impasses dans le travail clinico-institutionnel. Et c'est justement à ce moment que se produit un trou dans le savoir. Du doute diagnostic jusqu'aux différentes propositions de direction du traitement, c'est là que se mettent en évidence les moments de résistance. Ce qu'ils nous enseignent, c'est que dans la clinique institutionnelle (mais pas uniquement) les savoirs de l'équipe sont constamment troués par ce qui vient du réel, apporté par la clinique elle-même, où quelque chose d'insupportable se présente. Les cas appelés difficiles, ceux qui angoissent tout le monde, servent à faire travailler l'équipe dans la mesure où ils mettent en question son savoir, pris assez souvent dans l'ordre de la "compétence". La répétition des protocoles déjà institués, par lesquels on cherche à apaiser l'angoisse, ne fonctionne plus. C'est dans ces impasses, dans les difficultés d'orienter le travail avec certains sujets qu'une ouverture s'instaure, ce qui est spécialement important pour empêcher l'immobilisme assez fréquent dans les institutions. Un vide de savoir s'ouvre, et c'est par cette brèche que peut s'insérer la nouveauté apportée par la psychanalyse: qu'il y a un savoir inconscient, autrement dit un savoir non-su, qui est du côté du sujet et non pas du côté des techniciens. Et c'est en tenant cela en compte que peuvent se produire des déplacements discursifs permettant l'élaboration, à l'intérieur de l'équipe, de nouveaux savoirs, toujours pas-tous.

Pour le psychanalyste, cette pratique est avant tout formatrice, parce que c'est devant le réel et le vide de savoir qu'il doit soutenir sa fonction, en y inventant un savoir-faire dont les effets ne seront recueillis

qu'*a posteriori*, ou bien directement dans la clinique avec chaque sujet, ou bien dans le travail en équipe.

Dans *Radiophonie*, Lacan affirme que c'est l'inconscient, avec sa dynamique, qui précipite le passage brusque d'un discours à l'autre. Dans la clinique institutionnelle publique, cette indication est particulièrement précieuse, car il ne s'agit pas de défendre la prévalence d'un discours sur les autres, même pas le discours de l'analyste, mais de souligner la présence des quatre discours: le discours du maître, qui fonde l'institution, le discours universitaire, qui oriente son fonctionnement et la bureaucratie, le discours de l'hystérique, qui met en question le savoir constitué, et le discours de l'analyste, qui fait place à la parole du sujet. C'est l'exercice même de la clinique dans ses impasses qui fait venir à la surface les trous de ces discours, autrement dit son réel, et qui permet une circulation discursive là où le savoir se montre dans son impuissance.

Dans cette pratique, où se retrouvent la clinique singulière de chaque sujet dans la psychanalyse en intension, et le travail avec l'équipe, dans la psychanalyse en extension, le psychanalyste opère à partir d'une éthique qui place le sujet et son désir comme axe du travail. Mais c'est surtout dans le travail en équipe que cette éthique peut être soutenue comme une *politique*, dans la mesure où elle incide justement sur ce qui ne va pas, sur ce qui fait obstacle, sur l'impossible du réel, afin de soutenir ce trou dans le savoir qui favorise le revirement discursif, qui met l'institution en mouvement et fait place à la clinique qui est toujours de chaque sujet. (Rinaldi, 2015).

Si la politique de santé mentale est orientée vers un bien commun et constitue une vision de monde, dans l'éthique de la psychanalyse l'impossible oriente une conception de sujet sans former une vision de monde. Enfin, parier sur la rencontre de ces champs c'est parier sur la possibilité d'ouverture, c'est décompléter le savoir et permettre le passage

du discours ordonnée par le principe politique esphérique du bien, d'un "droit de tous", comme le dit la Constitution brésilienne, à un autre discours permettant au sujet de se mettre devant la question: avez-vous agir selon votre désir?

Références bibliographiques

BLAKE, W. "O casamento do céu e do inferno", In: *Quatro visões memoráveis*, Lisboa: Antígona. 2006. [Publié originairement en 1790]

FREUD, S. "Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica" (1919[1918]), *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 2006.

LACAN, J. *O Seminário, livro 7 A ética da psicanálise*, 1959-60, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1988.

_____. "Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o Psicanalista da Escola", In: *Outros Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

_____. "Radiofonia" (1970), In: *Outros Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

RINALDI, D. "Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental", *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 20, nº 2. fev. 2015.