

Une histoire de la psychanalyse à la Maison Jacques-Ferron : le dur désir de durer¹

François Picotte

En l'an de grâce 2000, après divers aléas ayant fortement marqué ses dix années d'existence, la Maison Jacques-Ferron, ressource alternative en santé mentale sise à Longueuil, continue d'accueillir neuf personnes présentant des troubles sévères de santé mentale, dans un contexte d'hébergement et de traitement. Elle en soigne également une douzaine en externe qui présentent grosso modo les mêmes caractéristiques, mais arrivent davantage à se maintenir dans un lieu de vie autonome. Par troubles sévères, nous renvoyons à ce qui est habituellement désigné comme l'une ou l'autre des psychoses, ou comme une organisation-limite, auxquelles s'ajoute la particularité d'entraîner du bruit social, c'est-à-dire que des manifestations soient remarquées par les divers entourages : agressions physiques, désorganisations marquées du quotidien, tentatives de suicide, délires manifestes, toxicomanies et leurs conséquences visibles, délits, etc.

En passant, une vingtaine de personnes par année, et qui restent les mêmes souvent pendant plusieurs années, c'est bien petit comme impact, malgré les efforts consentis. Cela nous enseigne, ou plutôt nous rappelle que la patience et la modestie seront ici des maîtres-mots, beaucoup plus que le répertoire habituel des concepts divers.

Où l'auteur cherche, avec maladresse mais entêtement, dans l'histoire de la Maison Jacques-Ferron, quelques indices et repères utiles pour l'hypothétique lecteur.

En 1989, des ressources alternatives en santé mentale existaient au Québec depuis une dizaine d'années. Essentiellement, il s'agissait de ressources offrant, c'était selon, gîte, défense des droits, lieu de vie et d'entraide, ou thérapie, intervention de crise, ou encore accompagnements divers dans le quotidien, à des personnes ayant été l'objet d'interventions psychiatriques, et qui continuaient à (en) souffrir. Lorsqu'un peu d'argent frais devenait disponible dans le système des services sociaux pour la santé mentale, une partie (petite) de celui-ci était dirigée vers les organismes sans but lucratif du domaine; les raisons en étaient de plusieurs ordres, et, probablement, selon l'importance : la possibilité de contourner les conventions collectives des employés de l'État et d'offrir à un moindre coût les mêmes services, une reconnaissance de l'existence du syndrome psychiatrique de la porte tournante, la présence d'acteurs progressistes (fonctionnaires oeuvrant dans les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) d'alors, et

au Ministère, intervenants divers dans l'ensemble du réseau, Regroupement provincial des ressources alternatives) exerçant un lobby parfois efficace ou prenant les décisions.

Or donc, en 1989 existaient une cinquantaine de ressources alternatives en santé mentale, et la psychanalyse y était très peu présente, ce qui n'en était probablement pas plus mal. Un département de psychiatrie d'un hôpital de la Rive-Sud entassait depuis plusieurs années, pour des raisons assez fortement différentes selon les analyses, des patients désormais dits « long terme » dans des unités court terme, ce qui posait plusieurs problèmes (qui sont d'ailleurs assez différents, on l'aura compris, selon que dans cette situation, l'on soit patient ou administrateur). Des représentations nombreuses du dit département de psychiatrie auprès du CRSSS avaient alors mené à l'identification d'un petit budget annuel récurrent pour la mise sur pied d'un « foyer de groupe » où relocaliser certains de ces patients psychotiques assez sévèrement institutionnalisés. Nous soulignons « petit budget » car, d'une part, dans ce type de choses, les moyens financiers y sont pour beaucoup dans le destin de l'entreprise et, d'autre part, pour souligner l'empirisme et l'à peu près du système de financement public, car dans les officines gouvernementales de gestion, le critère principal de mise en place des nouveaux projets est de trouver un point de rencontre entre le grappillage des fonds de tiroirs, et la disponibilité de ce qu'on appelle un promoteur.

Le fonctionnaire du CRSSS en charge du dépistage d'un promoteur adéquat avait travaillé pendant quelques années à titre d'intervenant, principalement du côté de la déficience intellectuelle. Il en avait gardé une hiérarchie des préoccupations où le respect des besoins dits essentiels d'un individu (nutrition, abri, hygiène etc.) occupait la première place, suivie immédiatement d'objectifs de normalisation (mener une vie normale, être traité de façon normale). Il se méfiait tant des discours peu opérationnalisables (la psychanalyse) que des tendances corporatistes de la psychiatrie et de son peu de résultats. Il cherchait donc un promoteur qui lui ressemblât sur ces plans, ce qui excluait dès lors le département de psychiatrie lui-même, malgré que ce dernier considérât que les fonds lui revinssent, et le faisait savoir de façon musclée.

L'argent étant dans les coffres du CRSSS et n'en sortant cependant pas, le département de psychiatrie dut faire contre mauvaise fortune bon cœur, et accepter de tester le promoteur recruté par le fonctionnaire probablement naïf ou ignorant (selon les perceptions des représentants du département ...).

Peut-être le lecteur se demande-t-il pourquoi autant d'attention est ici portée sur la menue histoire de la mise en place de ce qui allait devenir la Maison Jacques-Ferron? Si l'on souhaite que le principal des idées psychanalytiques trouve l'extension qui permettrait qu'une part digne de mention des êtres humains souffrants y trouve une occasion d'évolution de leur destin, il faudra qu'on séminarise un peu moins sur l'objet petit « a », et qu'on se débrouille un peu plus dans les jeux et les rets de la politique et du financement public.

Premier test des promoteurs, composés de Claudine Laurin (philosophe de formation, directrice d'une ressource alternative depuis une dizaine d'années, d'une habileté politique indéniable), de Robert Letendre (psychanalyste,

professeur de psychologie à l'Université du Québec à Montréal, fondateur de Solidarité-Psychiatrie), et de l'auteur (psychologue d'orientation analytique, alternatif de conviction et de surcroît), premier test donc, cette question fondamentale, lorsqu'il s'agit de négocier avec des psychiatres traitant des personnes psychotiques: quelle est votre opinion quant aux neuroleptiques? Cette question nous fut posée lors de la première et principale rencontre officielle de discussion du projet où furent réunis les promoteurs, les deux fonctionnaires du CRSSS, de même que les principaux chefs de la psychiatrie (chef de la psychiatrie, chef de la psychiatrie infantile, chef du service social, chef des soins infirmiers). Dans ce qui fut la seule et unique question du test réside, en rétrospective, une manifestation parmi une multitude d'autres de ce qui constitue le principal problème que pose au psychotique l'orientation actuelle des services publics en santé mentale : que ces services soient axés d'abord et avant tout sur la prise de neuroleptiques (et sur la vérification et le contrôle de celle-ci), et aussi peu sur l'entreprise psychothérapique (à prendre ici dans son sens large, non-réduit à un quelconque arrangement spécifique du mobilier...) et sur l'accompagnement dans les détours de la vie et du quotidien. Quiconque a un peu fréquenté la psychiatrie québécoise sait à quel point la prévalence de la prescription (et de la présomption) médicamenteuse est appuyée. Devant cet état de fait, poser la question de la place de la psychanalyse dans l'intervention auprès des psychotiques, question à la source de cet article, est presque amusant.

Une réponse jugée acceptable par les représentants de la psychiatrie à la dite question fut donnée, et le projet mis sur ses rails (on se demandera peut-être pourquoi une réponse jugée satisfaisante par la psychiatrie était nécessaire : simplement du fait que la clientèle psychotique, très rapidement, devient prisonnière de la psychiatrie quant à l'orientation des soins qui lui seront offerts).

En réalité, trois projets existaient et, encore ici, un peu de politique québécoise du domaine de la santé mentale présentera une certaine pertinence.

La quasi-totalité des fonds publics pour l'intervention auprès des citoyens présentant des problèmes de santé mentale importants est sous le contrôle psychiatrique dans les hôpitaux spécialisés, les départements ou dans les divers lieux de placement reliés (pavillons, foyers psychiatriques, familles d'accueil, familles d'accueil spécialisées, etc.). La psychanalyse y est à peu près totalement absente; on la considère au mieux comme une théorie essentiellement utile pour des névrotiques peu pressés, dans un contexte de consultation privée, et au pire comme un ensemble d'idées archaïques et dépassées, entraînant toutes sortes de pratiques dangereuses auprès des psychotiques; dans certains de ces endroits persistent de vieilles traditions de colloques psychanalytiques annuels où se concentrent des vellétés n'ayant que bien peu de résonance dans la vie des personnes dites psychotiques. D'autre part, une petite partie de ce financement public est attribuée aux ressources communautaires (organismes autonomes sans but lucratif), à l'intérieur desquelles se retrouvent quelques lieux d'intervention s'inspirant de la psychanalyse, et ceux-ci se comptent sur les doigts d'une main (une main et demie?).

Trois projets virtuels existaient donc : celui des promoteurs, celui espéré par le fonctionnaire responsable, ainsi que celui souhaité par les représentants du

département de psychiatrie. Le premier s'inspirait largement de la psychanalyse : il incluait la perspective ambitieuse d'utiliser les repères analytiques dans le cadre d'une intervention à visée thérapeutique, au sein d'un milieu de vie ouvert. Le deuxième fournissait un contexte d'hébergement sécuritaire et normalisant à des personnes incapables de le faire par et pour elles-mêmes. Le troisième reprenait l'objectif du second, en mettant l'accent sur la prise serrée et permanente de la médication adéquate, ainsi que sur un contrôle comportemental assidu de malades mentaux à long terme, décompensant facilement, et pour lesquels l'identification éventuelle d'une molécule appropriée assurerait enfin, pour la plus grande joie de tous, des concentrations plus normales de neurotransmetteurs. Dans ce dernier cas, il faudrait un concierge, une cuisinière, des serrures sur les portes, et un mélange fonctionnel d'éducateurs et de préposés costauds, sans oublier l'infirmière, pour les injections sur place, ce qui est plus pratique. On aura compris que cette existence de trois projets différents contenait le germe (ainsi que l'engrais) de beaucoup de difficultés à venir. On ne réussit pas à coincer trois personnes en une tous les jours. Par ailleurs, la question des « patients long terme » ayant suffisamment causé d'ennuis administratifs (essentiellement quant au faible rendement du département, quant à son impact sur une sur-utilisation de l'Urgence, et quant au voisinage forcé entre les patients psychiatriques et non-psychiatriques qui y avait lieu), le CRSSS ayant suffisamment montré d'obstination, le département de psychiatrie se résigna.

Les premiers résidants nous furent référés dans des conditions témoignant du degré de renoncement à comprendre quelque chose de la vie des psychotiques auquel en étaient arrivés les intervenants psychiatriques : presque aucune donnée d'histoire personnelle passée, rapide description de la symptomatologie psychiatrique actuelle, préparation quasi-absente face à la sortie de l'hôpital après de longs séjours. En fait, était-ce du renoncement ou la conséquence simili-logique des modèles d'étiologie biochimique des psychoses, qui font disparaître quasi toute possibilité d'autorégulation hors-médication de leurs conduites par les psychotiques, chez les tenants de ces modèles?

Cette situation de conflit larvé (puis agi), de mépris latent et d'insécurité face à des institutions dont notre existence dépendait directement (CRSSS) ou indirectement (département de psychiatrie), était évidemment susceptible d'entraîner un durcissement de nos convictions théoriques. Ce durcissement, à fonction défensive, aurait pu nous amener dans bien des errances cliniques, ce qui est par ailleurs toujours un risque avec les psychotiques (puisque leurs intensités relationnelles et réactionnelles ont tendance à susciter des intensités défensives agies chez l'intervenant). Heureusement, en même temps, la réalité relationnelle avec les personnes récemment hébergées, qu'on avait arrachées à ce qui avait été longtemps leur quotidien (l'hôpital), marquée par divers événements pouvant être assez problématiques, eût tôt fait de nous indiquer les limites de notre compréhension (ce qui est l'autre face de cette médaille), ce qui nous permit de commencer à travailler.

Quel travail fimes-nous? Essentiellement, celui qu'entraîne et permet la prise de contact continue et durable avec les humains dits psychotiques, lorsqu'on renonce aux explications écrites d'avance sur ce qui se passe. Ce travail est celui que doivent effectuer tous les cliniciens aux prises régulièrement avec des

situations limites, complexes, chargées affectivement, risquées, celles face auxquelles l'à peu près conceptuel ne pourra suffire et qui en est un d'appropriation réelle des concepts théoriques, ancrés dans l'expérience, liés aux conséquences qu'ils impliquent quant à la nature des interventions et du traitement et, surtout, circonscrits dans leurs limites fonctionnelles et explicatives, sortis de leur gangue imaginaire.

Dans un lieu comme la Maison Jacques-Ferron, on ne peut juger des « victoires » de la psychanalyse, en ce qui nous concerne, que dans son efficacité thérapeutique pour les personnes accueillies. A cet égard, les divers discours sur l'effet thérapeutique comme venant « de surcroît », tel une sorte d'excroissance hasardeuse et non-cherchée dans le cadre des interventions d'orientation analytique, nous apparaissent constituer des rationalisations problématiques d'échecs thérapeutiques (y compris de sa propre analyse), ou comme la volonté récurrente de certains analystes de séparer la psychanalyse des autres démarches psychothérapeutiques et d'en faire une autre méthode, radicalement différente (et tellement différente que la question de sa supériorité ne se pose même pas ...). Par ailleurs, il est probablement à peine utile de souligner que ce que nous qualifions d'effet thérapeutique ne réside pas dans une adaptation conformiste et superficielle aux diverses normes sociales en vigueur. La question donc, est celle-ci, et elle est simple : un résident, quittant la Maison Jacques-Ferron, en repartait-il plus apte à se faire une vie à son goût, de façon davantage auto-régulée (à cet égard, on ne peut répéter assez à quel point cette expérience d'autorégulation suffisamment continue est une des assises du narcissisme individuel; tous les passages d'un stade psychique à l'autre s'organisent autour d'un accroissement de l'autorégulation), en ayant un peu mieux repéré quelles sont ses vulnérabilités et se débrouillant mieux à cet égard, et en étant moins susceptible de voir ce processus continu d'autorégulation interrompu de façon lourde par une institution ou une autre, et ce, tout en ayant augmenté son bonheur de vivre, ou tout au moins en ayant augmenté « sa capacité à disposer de l'écart qui à un moment donné sépare ses attentes de son expérience. » (Zannotti *et al.*, 1994)

Sur ce plan, la place centrale de la psychanalyse à la Maison Jacques-Ferron a survécu avec assez de facilité; cependant, la psychanalyse, ici, c'est d'abord, voire essentiellement :

- une préoccupation assidue pour une éthique relationnelle, dont la spécificité découle des principales observations sur le fonctionnement psychique psychotique, soit une fragilité importante des frontières psychiques, des quantités substantielles d'énergie (libidinale, agressive) non-liée, la présence régulière de ressentis infantiles archaïques face aux enjeux humains fondamentaux (ainsi que des tentatives élaboratives ou défensives que ces ressentis ont entraînées), de même qu'une forte probabilité de débordements intrapsychiques ou comportementaux;
- des repères explicatifs, au moins en partie, sur ce qui nous était donné à voir (et dont le caractère de vérité n'a pas à être toujours très serré, quoi qu'on en dise) et qui permettaient à la fois d'inscrire dans la continuité de l'expérience humaine ce qui au départ avait une allure brute et irréductible de folie et de nous maintenir avec les résidents

dans une relation vivante durable où le travail de pensée pouvait continuer.

Évidemment, des hauts et des bas assez marqués agrémentèrent les premières années de fonctionnement clinique. Plusieurs facteurs y contribuèrent, et ils ne touchent pas tous à la question qui nous intéresse ici. Parmi ceux-ci soulignons, d'une part, le *dumping* psychiatrique de personnes peu préparées à un changement aussi important d'existence, et le sous-financement de l'organisme, qui entraînaient la présence d'un nombre insuffisant d'employés. D'autre part, et voilà qui est plus directement pertinent, tous ceux qui ont fréquenté des personnes dites psychotiques vivant dans un milieu ouvert, sur une longue période, savent à quelles alternances de vide relationnel et de débordements envahissants, toujours en rupture avec l'harmonie narcissique névrotique moyenne, les rapports avec elles nous exposent, ainsi qu'à quelles inadéquations réciproques elles se retrouvent occasionnellement dans leurs contacts avec les divers lieux sociaux et institutions. Il est certain que la partie psychotique de leur vivance psychologique et les manifestations que cette partie entraîne, du fait de leur difficulté à assumer des éléments psychiques, par ailleurs, constitutifs chez un sujet d'organisation névrotique (reconnaissance et acceptation de l'existence des autres dont ils sont séparés, capacité d'intégration des pulsions d'amour et de haine à l'intérieur d'une même relation, intégration des interdits [d'agression sur les personnes, les psychismes et les biens] découlant du processus d'individuation, etc.), entraînera effectivement de façon inévitable que les intervenants se verront poussés dans leurs retranchements personnels, retranchements qui furent un peu détaillés ailleurs (Picotte, 1999). Néanmoins, la psychanalyse fut toujours notre principal lieu de repère.

Sur le plan clinique, les principales difficultés pour les membres de l'équipe résidèrent donc dans le fait de devoir travailler en groupe avec les mêmes clients. Cela requiert le partage de gratifications intimes (narcissiques et objectales) et le fait de devoir supporter des pertes ou des risques (souvent majeurs) attribués, voire attribuables, à l'autre. Cela implique de devoir négocier avec les éléments psychotiques des personnes accueillies, ce qui peut induire différentes réactions sur les plans affectif, relationnel, et du fonctionnement de la pensée. Les difficultés se trouvent également dans la nécessité de dépasser la relative passivité comportementale (qui apparaît constituer une sorte d'idéal existentiel pour le psychanalyste) pour intervenir de façon active et appropriée tant dans la mise de limites aux agirs que dans l'assistance maternante visant à assurer de remplir les besoins de base liés à la survie, et visant à favoriser une harmonie narcissique primaire suffisante pour penser; d'arriver à se repérer quant aux enjeux psychiques à l'œuvre à partir des diverses manifestations comportementales et langagières dans le quotidien.

Il est sûr que ces difficultés ne sont pas toujours surmontées par les membres de l'équipe, tant du côté des nouveaux arrivants qui ont à trouver leurs marques, que du côté des anciens, qui peuvent se chroniciser dans des rituels répétitifs et économiques sur le plan affectif (ce qu'on appellerait une régression, pour quelqu'un assis dans l'autre chaise ...). Les effets sur le cheminement des résidents peuvent alors être notables et aller de l'impasse relationnelle passagère à

l'échec thérapeutique. Notre préoccupation est, d'une part, de maintenir suffisamment de lieux de transmission de l'expérience acquise et des éléments de méthode identifiés, tout en laissant, d'autre part, une place aux nouvelles idées et initiatives, à la candeur relationnelle. L'attention à installer du tiers reste constante là où les tentations duelles sont souvent fortes et bien dissimulées, derrière l'une ou l'autre rationalisation ou intellectualisation.

Par ailleurs, pour en revenir à notre histoire politique, la psychiatrie n'allait pas s'en tenir là. Le *dumping* fut suivi de l'embargo, le trop vide succéda au trop plein, illustrant là, sur une autre scène, un des principaux effets que les modalités psychotiques induisent chez le névrotique. Il fallait probablement comprendre que le département de psychiatrie veillait à nous former, ce que nous ne comprîmes malheureusement pas alors. L'embargo dura plusieurs années. La psychiatrie tenta de façon répétitive de l'utiliser pour prouver notre inutilité dans les divers lieux décisionnels et consultatifs, quant à l'organisation des services sociaux en Montérégie. Des pénibles représentations furent nécessaires, devant des inconnus multiples (se reproduisaient-ils entre eux?), qui tous, semblait-il, possédaient une bribe de pouvoir sur la vie et la mort de notre petit projet psychanalytique. Une médiation fut jugée pertinente par ce qui était devenu entre temps une Régie régionale et les mois s'écoulaient entre le temps arrêté d'une personne qu'on disait schizophrène, retirée à l'abri des autres dans ses rituels, et le temps arrêté d'une négociation sur le choix d'un médiateur entre un organisme alternatif qui cherche à survivre et un département de psychiatrie qui veut exactement le contraire. La dite médiation commença finalement pour se terminer (rapidement) par le retrait du département, juste avant le dépôt par le médiateur de son rapport qui prenait acte du refus du département de négocier un accord sur la base des propositions déposées par le médiateur lui-même. Le département continuait de prétendre que la Maison Jacques-Ferron, du fait de son orientation psychothérapique et de son inspiration analytique, ne pourrait - au mieux - remplir son mandat, et, au pire, serait dommageable pour les personnes qui lui étaient confiées. La biologisation de la psychose, si problématique dans les services publics actuels en santé mentale, continuait son impérialiste parcours.

Ce rapport nous paraissait faire suffisamment la preuve du fait que l'impasse originait des positions et de l'attitude des représentants du département. À cette époque, nous ne savions pas que cette pensée était le symptôme d'un beau cas de naïveté politique. C'est ainsi que le rapport du médiateur tomba progressivement dans l'oubli, et au gré des permutations de fonctionnaires de la Régie chargés du dossier, de l'évolution des priorités politiques, des nominations de directeur de cette Régie, le lobbying et l'embargo psychiatriques finirent par porter leurs fruits à nouveau. Un directeur de la Régie régionale, énergique mais récemment nommé, prit l'initiative de régler la question une fois pour toutes (!), et jugea approprié de se lancer dans une évaluation de la Maison Jacques-Ferron. Nous nous retrouvions donc à suivre un cours accéléré et intensif de Politique en santé mentale, dont le premier chapitre traitait du fait que le sens commun, l'utilisation rationnelle des fonds publics, ou les préoccupations pour la qualité clinique des services ne constituaient pas des éléments organisateurs primordiaux du système, et du fait, aussi, que l'état des rapports de force étaient de loin plus importants, l'objectif étant le contrôle de l'argent et des clientèles à desservir.

Après de longues et ambiguës transactions qui nous éloignèrent singulièrement de nos préoccupations habituelles pour la clinique d'inspiration analytique, la Maison Jacques-Ferron accepta cette évaluation, en échange d'une confirmation officielle que des résultats positifs, lors de celle-ci, régulariseraient de façon définitive la situation. L'évaluation fut effectuée, les résultats espérés obtenus et, de fait, à notre quasi-surprise, avec une augmentation budgétaire récurrente à la clé. Entre le début des grandes manœuvres psychiatriques (dont l'auteur a charitablement épargné le lecteur des trois quarts, car il faudrait aussi rendre compte de la plainte à la Commission médicale de la Régie, des attaques auprès du conseil d'administration de la Régie, ainsi qu'au comité tripartite en santé mentale, etc.) et la fin du dossier, huit années s'étaient écoulées.

Dans lequel les effets de l'alternance entre l'effroyable et le vide seront peut-être laissés de côté, en faveur de leur remplacement par quelques idées éparses et bien disséminées et de notre confort à tous.

L'histoire de la psychanalyse à la Maison Jacques-Ferron, marquée par la continuité des attaques de la part de la psychiatrie et par la méfiance des organismes subventionnels gouvernementaux face à ce qui faisait sa spécificité, constitue un épisode parmi d'autres soulignant l'effritement de la place et de l'influence d'un corpus théorique et clinique qui, aujourd'hui, dans l'ensemble du réseau public de soins en santé mentale, occupe un espace quasi-négligeable. Dans le domaine de l'intervention auprès des personnes psychotiques, en effet, la disparition des références à la psychanalyse est spectaculaire, et ce ne sont pas quelques colloques annuels ni quelques ressources communautaires ni non plus quelques survivants de la belle époque qui y changent quelque chose. Pour un clinicien d'orientation analytique, la chose est décevante bien sûr, puisque douze années de fréquentation des psychotiques n'ont pas réussi à modifier substantiellement cette idée que la psychanalyse, dans les aménagements cliniques qu'elle repère ou permet, et qui l'éloignent avec régularité du divan, peut leur être substantiellement utile. Par ailleurs, nous devons à la vérité la reconnaissance du fait que cette déception est accompagnée d'une joie ironique, celle que la psychanalyse et beaucoup de ceux qui s'en réclamaient ont reçu là leur salaire, celui des prétentions injustifiées et souvent mégalomanes, du goût pour les sectes et la fermeture sur soi, de la fragilité de l'autocritique, et de l'absence d'implication là où se définissent les politiques publiques de soins.

A quoi nous sert donc, tout de même, la psychanalyse, dans ce projet? D'abord, la psychanalyse, au-delà de ses querelles d'écoles, demeure un des rares ensembles cliniques proposant à la fois une étiologie des psychoses, une description exhaustive de leurs manifestations, un repérage des enjeux qu'elles posent, et des indications quant aux avenues de traitement (ainsi qu'une histoire un peu substantielle de ses tentatives sur ce plan). Le roi n'est donc pas nu, il porte les oripeaux de son rôle. Évidemment, tout cela peut devenir une vaste intellectualisation face aux rencontres avec les psychotiques et ce qu'elles génèrent, et le devient de fait souvent, mais les processus défensifs, là comme ailleurs, sont nécessaires et utiles, en fonction de leur relative souplesse, afin de permettre au psychisme d'intégrer progressivement, et dans la mesure du possible,

les effets de ces rencontres et ce qu'ils indiquent de l'organisation affective de l'autre. De fait, la principale difficulté avec les personnes psychotiques est d'arriver à persister suffisamment longtemps dans une relation vivante avec eux, où la continuité élaborative des scénarios aura pu porter ses fruits, grâce – entre autres – à la contenance des débordements comportementaux inévitables entraînés par les difficultés de mentalisation spécifiques à la psychose. D'ailleurs, l'art de la contenance appropriée est un long et nécessaire apprentissage pour qui veut intervenir auprès des personnes psychotiques, apprentissage se situant à la croisée du psychanalytique, de l'éthique et du juridique, et qu'on ne peut éluder, la neutralité bienveillante, peut-être pertinente ailleurs ne pouvant suffire ici ...

Par ailleurs, rappelons-le, la psychanalyse est une réduction de la réalité. Si on l'oublie, ce qui a beaucoup tendance à se produire chez les analystes, la déception, voire la dépression professionnelle, peuvent être importantes (par ailleurs, si on ne l'oublie pas, la dépression peut également être importante ...). Elle est une réduction de la réalité, c'est-à-dire que l'appréhension du fonctionnement humain qu'on y fait ne peut être que très partielle. L'ensemble du processus de construction du savoir humain sur le fonctionnement psychique, affectif et relationnel, incluant les diverses sciences humaines, la philosophie et l'art, dépasse, et de façon marquée, ce qui se circonscrit dans le champ qu'on appelle la psychanalyse. Il n'y a rien de bien nouveau là-dedans, on en conviendra. Ce qui, à mon sens, mérite par ailleurs quelques secondes d'attention, car moins souvent abordées, ce sont les conséquences concrètes de ce simple fait pour un clinicien dans sa pratique.

À notre avis, pour être optimalement fonctionnel, celui-ci doit donc intégrer un peu de savoir quant à son non-savoir; sinon, les risques sont sévères, tant pour le clinicien que pour le psychotique, qui a dès lors le malheur (ou le rien-du-tout) de faire l'expérience des méconnaissances de l'autre, ce qui essentiellement se caractérisera par l'échec clinique (et ses répétitions). Il y a deux façons pour un psychanalyste, de décevoir les psychotiques. D'abord en ne les accompagnant simplement pas, en étant absent, réfugié dans des bureaux pour des consultations à prix prohibitifs, offertes à des personnes chez qui la probabilité de « passage à l'acte », d'« acting (in ou out) », est singulièrement optimisée. Ensuite, pour ceux qui de fait tentent de les accompagner, -et c'est ici que cette question du non-savoir trouve son importance-, en les lâchant pour la Psychose, fantasmant sur l'explication totale, définitive et circulaire, à laquelle les psychotiques n'ont qu'à se conformer, ou en les lâchant pour la Psychanalyse et ses rituels, ses prêtres et ses idiomes. L'intégration du non-savoir contribue à permettre le maintien d'un peu de quant-à-soi chez le clinicien, face à des personnes à l'égard desquelles la tentation d'entrer dans des situations duelles de prise en charge et de contrôle peut devenir importante. Cela rendra plus probable l'assouplissement du rôle (la sacro-sainte analyse) du clinicien auprès d'un psychotique, la défétichisation des éléments des cadres conceptuel et concret de sa rencontre avec lui et l'ouverture à une réelle utilisation (dans le sens de « rendre utile » et non de « faire usage ») de l'attention psychanalytique dans la relation avec l'autre.

La psychanalyse, c'est donc également l'attention prioritaire accordée au contre-transfert, le fait qu'il y soit situé dans le naturel et le nécessaire de son humanité. Cela entraîne des pratiques régulières d'accompagnement et

d'installation d'espaces de parole pour ceux qui sont au front. D'autres, qui restent à l'arrière, souvent fatigués par leur propre passage au front, comprennent la fatigue de ceux qui continuent. À la Maison Jacques-Ferron, Jean-Jacques Couvrette assumait cette tâche pendant plusieurs années. Contribuer à ce que, chez des cliniciens, des vivances, des ressentis, des émotions ou des impulsions désorganisant, que ce soit sur le plan intime ou quant au projet clinique, trouvent leur sens et s'humanisent, demeure probablement la priorité. D'autres discours et d'autres pratiques, d'inspiration biochimique, sociale, ou exclusivement axée sur les théories psychologiques de l'apprentissage, ont effectivement montré leurs limites sur ce plan.

Au niveau des résultats, la psychanalyse a contribué à permettre que des personnes présentant depuis très longtemps des problèmes sévères de santé mentale et qui ne trouvaient à être hébergées de façon stable et sécuritaire pour elles ou pour les autres qu'en psychiatrie, puissent s'installer dans un milieu de vie ouvert, entre une école primaire, une petite résidence pour religieuses retraitées et diverses maisons unifamiliales. Elle a contribué à permettre que, pendant plus de deux ans, une réduction de la régularité et de l'intensité des symptômes psychotiques ait lieu chez plusieurs, voire chez la totalité des personnes accueillies en interne ou en externe. Elle a également contribué à permettre que, pour certains de ces clients, une vie libre, chez soi, puisse avoir lieu après leur départ de la Maison Jacques-Ferron, en accord suffisant avec l'entourage, à essayer de trouver un aménagement personnel de leur existence.

Ce n'est pas le lieu ici de préciser longuement et beaucoup plus avant de quelle(s) façon(s) spécifique(s) le recours à la psychanalyse a pu favoriser ces effets, dans le détail actuel de nos méthodes. Soulignons cependant que l'expérience de l'analyse personnelle et de la formation analytique est importante, dans ce qu'elle induit d'une ouverture affective et intellectuelle à l'infantile, à l'archaïque et au mouvement dynamique de l'expérience psychique pouvant mener, à partir des souffrances initiales, au délire, aux hallucinations ainsi qu'aux modalités relationnelles psychotiques. (Néanmoins, n'importe quelle combinaison d'éléments menant aux mêmes capacités chez l'intervenant feront aussi bien l'affaire). Le repérage relationnel sur la question des frontières psychiques dans l'actuel des relations contribue à éviter maints dérapages hasardeux dans le rapport intervenant-client (l'interface névrotique-psychotique poussant le névrotique vers une alternance intrusion-abandon envers le psychotique), de même qu'à soutenir une possibilité d'attention du sujet psychotique à lui-même (en évitant que la relation ne devienne de façon trop appuyée un ensemble confus et duel marqué par la présence de projections, de fusions, et d'identification projective). Cette possibilité d'attention est une condition nécessaire pour que les liaisons histoire passée – réactions psychiques – comportements actuels puissent être élaborées par les sujets concernés, pour que les boucles circulaires inconscientes soient remarquées, et qu'un peu d'espace à l'égard de ce qui les déterminait soit obtenu. En fait, et peut-être plus que tout, la psychanalyse permet une analyse des dispositifs et des cadres d'intervention, et rend identifiable ceux d'entre eux qui sont les plus susceptibles d'être fonctionnels selon les spécificités des clientèles, à partir de ce qu'elle nous enseigne de leur organisation psychique, des enjeux qui l'établissent, et de leurs conséquences sur les dynamiques relationnelles observables.

Par ailleurs, les limites de ce que peut produire la psychanalyse avec les psychotiques constituent, au moins autant que les réussites, le pain quotidien de notre expérience. Une potentialité ou une latence de nature psychotique, ça ne disparaît pas, et la psychanalyse n'y peut rien (non plus que la médication neuroleptique qui, au mieux, réduit l'intensité du bruit intérieur lors de l'actualisation de cette potentialité). Les disparitions, ou quasi-disparitions, des symptômes sont toujours passagères (même si durables), et les vulnérabilités affectives des personnes dites psychotiques sont telles que pour plusieurs d'entre elles, des modalités de support institutionnel demeureront nécessaires de façon permanente. L'irruption de désorganisations reste probable, et ce du fait de contextes internes ou externes dont il sera toujours difficile, pour un névrotique, de prévoir exactement le potentiel fragilisant.

De plus, la psychanalyse ne peut remplacer l'action politique qui seule est à même de faire en sorte, peut-être, que des budgets publics suffisants soient disponibles pour ces citoyens, que des lois et des règlements permettent ce qui est nécessaire eu égard au logement, à la sécurité du revenu, à la défense des droits, à l'accès au traitement et aux services de santé diversifiés. D'ailleurs, c'est bien le thème de ce numéro qui a attiré avec autant de persistance l'attention du lecteur sur cette question de la place de la psychanalyse auprès des psychotiques; or, à cet égard, il faudrait certainement accorder une place égale à la politique, du fait de ses impacts inévitables et déterminants sur la qualité de vie des personnes psychotiques. Les persécuteurs, il est généralement beaucoup plus utile d'en faire disparaître certains que de les analyser.

En ce qui concerne donc l'avenir de la psychanalyse à la Maison Jacques-Ferron, l'ensemble des aléas racontés dans la partie précédente ont trouvé une accalmie, dont nous souhaitons qu'elle soit durable, notre masochisme trouvant ici sa limite. Les attaques de la part du département de psychiatrie, affirmant que la psychanalyse était une théorie dépassée, inadéquate, et potentiellement dangereuse pour les psychotiques, ont cessé, l'évaluation de la ressource effectuée ayant souligné la qualité du travail d'intervention qui était accompli (ce qui n'a rien changé à l'opinion de la majorité des membres du dit département; simplement, ils n'ont plus l'oreille de personne à cet égard à la Régie). La Régie régionale de la santé et des services sociaux, principale source de nos revenus, continue à afficher une belle indifférence pour notre orientation théorique, dans la mesure de l'existence de résultats observables, de l'inexistence de comportements qui lui apparaîtraient douteux de la part des membres du personnel, d'une acceptation optimale de la ressource par la communauté environnante, et de la présence d'indicateurs de satisfaction de la part des personnes accueillies. La place de la psychanalyse à la Maison Jacques-Ferron n'est donc plus menacée de l'extérieur (mais elle n'est certainement pas soutenue ni valorisée); de l'intérieur, la continuité des engagements des cliniciens d'orientation analytique qui y oeuvrent à un titre ou un autre se maintient; les résultats cliniques atteints nous évitent suffisamment la culpabilité, la dénarcissisation, ou la honte, pour que nous n'ayons pas à chercher réconfort ailleurs; les universités continuent de former de nombreux intervenants en sciences humaines, ouverts et intéressés aux phénomènes psychotiques, que nous parvenons à intégrer et à accompagner dans l'établissement de leurs repères personnels et quant à la méthode d'intervention. Cependant, il est tout à fait clair que les points de vue prévalant actuellement

quant à l'intervention non-biologisante auprès des personnes psychotiques sont issus des courants de la réadaptation, qui valorisent la normalisation et les apprentissages d'habiletés dites concrètes, et que des modifications du leadership de l'organisme pourraient entraîner un glissement des orientations théoriques vers ce courant d'idées. Ceci constituerait certainement une perte pour ce qui est de la fécondité clinique de la ressource : en effet, si la psychanalyse, dans l'intervention auprès des personnes psychotiques chronicisées et institutionnalisées, gagne à être soutenue par l'action politique, les préoccupations sociales, et l'attention au point de vue des usagers des services psychiatriques, l'inverse est également vrai. Cependant, à cet égard, le psychanalyste doit se décentrer, parler pour être compris, et écouter, pour être utile, ce qui semble souvent être beaucoup demander.

De façon plus large, l'avenir de la psychanalyse dans le mouvement alternatif et communautaire en santé mentale apparaît relativement favorable, en autant que de plus en plus de cliniciens d'orientation psychodynamique s'intéresseront de façon durable aux psychotiques, accepteront de sortir du cadre douillet et rassurant symbolisé par le racamier, iront s'impliquer là où se définissent les modalités d'utilisation des fonds publics, et construiront des liens de collaboration avec les autres alternatifs en santé mentale (qui sont spontanément tout à fait disposés à voir en eux d'autres professionnels professionnalisant aussi inutiles et carriéristes que les autres). Il apparaît en effet probable que l'envoi de nouveaux fonds publics en santé mentale se poursuivra de façon régulière, l'hospitalisation psychiatrique à moyen et long terme produisant les fruits empoisonnés que l'on sait, et pouvant être avantageusement (c'est-à-dire à moindre coût, la pertinence clinique constituant un critère qui frôle l'idéalisme) remplacée par l'hospitalité dans la communauté. Cependant, l'avenir de la psychanalyse auprès des psychotiques n'est pas la question la plus importante, qui réside bien plus dans l'avenir, suffisamment bien financé par l'État, de toutes les entreprises relationnelles durables auprès d'eux, qu'elles soient inspirées de la philosophie, de la révolte politique, des préoccupations sociales, d'intérêts artistiques, et qui viseront à les accompagner sur un mode ou un autre vers davantage de qualité de vie, davantage d'autorégulation dans l'organisation de leur existence, et davantage de bonheur. Voilà bien un mot agréable sur lequel interrompre cet article, bonheur.

François Picotte
Maison Jacques-Ferron
2250, rue Cartier
Longueuil
Qc J4K 4E9

Références

Picotte, F., 1999, Éléments d'intervention auprès des personnes dites psychotiques à la Maison Jacques-Ferron, *Revue québécoise de psychologie*, vol. 20, no 3.

Zannotti, M., Pringuey, D., Darcourt, G., 1994, Construction d'une échelle de qualité de vie : la SQUALA, et application à la schizophrénie, in *Qualité de vie subjective et santé mentale*, Éditions Ellipses, Paris, 213-225.

Note

1. Paul Éluard, poète surréaliste français, auteur d'une œuvre considérable, a intitulé ainsi un de ses recueils; nous lui devons cette précision, et l'en remercions pour la beauté.