

Clinique psychosociale, objectivité et désobjectivation en psychiatrie

Benjamin Weil,
*Psychiatre,
praticien hospitalier
Responsable du Centre
Psychiatrique d'Accueil
et d'Admission
EPSM de
l'agglomération lilloise,
Lille*

**Les psychiatres de ma
génération partagent, pour
beaucoup, ce constat. Nous
n'avons pas de maître en
psychiatrie.**

Transmettre quelque chose de la psychiatrie, c'est d'abord lui reconnaître une unité, une question qui l'unifie et c'est peut être quand cela n'a plus été possible que la clinique psychosociale a rencontré des difficultés à passer. La clinique psychosociale est sans nul doute indissociable de la question de la subjectivité, elle se nourrit de ce que les gens nous disent de leur souffrance, des choses que nous ne pouvons pas inventer. Née de l'observation du sujet dans son temps, de ses relations avec les autres, avec les institutions, elle nous a été amenée, racontée par nos patients. Le mouvement qui tend à l'envisager comme un savoir de plus en plus objectivable la déracine.

La transmission de ce savoir dans le champ de la psychiatrie a rencontré un obstacle.

Alors que cette ambition de compréhension des interactions des souffrances imposées par le contexte social et des souffrances psychiques s'est fondée largement sur la notion de subjectivité, la psychiatrie a connu de son côté une évolution vers plus de standard, plus de protocoles et se veut évaluable.

Ceux dont on attendait qu'ils soient nos maîtres ont schématiquement eu à choisir entre deux positions. Toutes deux, selon moi, acceptant une discrétisation¹ des signes, des symptômes, des histoires. Toutes deux procédant à une transformation du signal complet que représente l'expression symptomatique en données intégrables à une démarche de soin objectivante. Toutes deux faisant courir le risque d'une désobjectivation.

Certains, dont une grande partie de nos universitaires, ont choisi d'assumer la technicisation de leur discipline et d'œuvrer

pour la rendre toute médicale, à l'instar des spécialités de soins généraux. Développant des outils d'évaluation (des échelles en particulier), ils poursuivent le fantasme de l'objectivation des troubles psychiques. Ils tentent d'asseoir la pratique de la psychiatrie sur des preuves qu'ils recherchent dans un savoir neurobiologique, pharmacologique et d'observation comportementale. Dans ces conditions, la question sociale n'a pu que rester extérieure à la question du soin : aucun outil théorique n'a été par eux développé pour la penser en lien avec les symptômes psychiatriques.

Les autres ont pris la voie de la psychiatrie communautaire. Le sujet y est envisagé comme un individu d'une société, défini entièrement par son fonctionnement social, entièrement réduit à ses comportements, à sa capacité à rester un citoyen. La fusion des souffrances psychiques et sociales dans une clinique normative, dans une nosographie psychosociale, a souvent donné lieu à des efforts d'évaluation objective. Les rôles sont rendus flous par un travail partagé par tous d'aiguillage vers un comportement social acceptable : éducateurs, infirmiers psychiatriques, intervenants vacataires, tous font l'effort d'une normalisation du fonctionnement social de l'usager. Contrairement à ce qui est habituellement entendu, c'est dans ces services, où la pathologie mentale se veut destigmatisée, que les traitements neuroleptiques sont souvent donnés aux doses les plus fortes et que l'on fait le plus grand usage des formes de retard des neuroleptiques, dont il est difficile de penser qu'elles ne sont pas prescrites dans une volonté de contrôle des symptômes à long terme. Le soin est envisagé comme la possibilité d'une réintégration imaginaire à la société des individus, plus que comme une prise en compte d'une souffrance ayant à voir avec les difficultés sociales.

A défaut de pouvoir accepter toute la complexité du symptôme, il est néanmoins possible d'en

restituer une partie. En sortant d'une logique de compréhension aliénante, en reconnaissant au discours du patient une absolue particularité et en s'appuyant sur la richesse des secteurs pour proposer la plus grande modularité dans l'organisation des soins psycho-sociaux, nous essayons de retrouver ce qui a souvent été perdu dans l'effort, de systématiquement médicaliser le symptôme.

L'organisation entrepreneuriale des soins dans un souci exprimé de productivité, y compris sur la question des difficultés envisagées comme psychosociales, laisse à ces dernières la place de produits inévitables d'une société néolibérale dont il convient juste de maîtriser la quantité.

Est-ce qu'on ne dit pas là quelque chose de la clinique psychosociale lorsque l'on fait état de la difficulté de la transmettre dans une société obsédée par l'évaluation, prise dans un mouvement de désobjectivation ?

Comment se pencher sur ceux qui n'ont pas pu suivre avec des outils fabriqués sur le modèle de ce qui les a exclus ?

Comment faire vivre un mouvement de solidarité que l'on voudrait structurel quand l'organisation publique et privée des soins reprend, à son échelle, la structure libérale de la société qui la pense ? ■

1. Il s'agit de la manière dont on passe de valeurs infinies à des valeurs numérisées. Par exemple, Toutes les informations ne sont pas transmises, seulement une partie : on perd quelque chose. Le psychiatre avec sa nosographie, transforme le "signal" qu'est le discours du patient en éléments standardisés, "numérisés" et ignore une partie importante de la clinique

