

Textes fondateurs

Le récent livre publié par les élèves de Jacques Azoulay réunit quelques-uns de ses articles et acquiert une unité de pensée diachronique grâce à leurs contributions. L'on y trouve le parcours d'Azoulay pour mieux saisir l'ambiance sociale et scientifique de la naissance de ses idées. Chaque acteur, chaque penseur est déterminé par son époque, mais certains condensent de manière plus claire l'expression de l'esprit du temps. En effet, les combats politiques et scientifiques ont fait naître une dimension de militantisme dans l'action des acteurs de la psychiatrie du secteur.

Jacques Azoulay est un des rares penseurs à essayer de s'atteler à la lancinante interrogation sur le fait psychiatrique sans se perdre dans des jolis habillages métapsychologiques. Il essaie de décortiquer l'acte psychiatrique et le cadre de son action avec sa formation de psychanalyste et son intelligence d'acteur du terrain.

Il s'efforce à décondenser les effets de l'acte et du cadre et trouver ce qu'il y a de spécifique et de précis dans les réponses aux mouvements psychiques des patients que nous traitons et plus particulièrement les patients psychotiques hospitalisés. Sa démarche, sa lecture des situations cliniques et son implication apparaissent clairement lorsqu'il analyse avec modestie les situations cliniques et institutionnelles au-delà des idéologies ambiantes toute origine confondue.

Psychanalyste était-il, mais il n'essayait pas de faire entrer le fait psychiatrique dans le moule de la cure analytique. Homme de gauche certes fut-il, mais sans céder aux tentations de nos voisins anglais ou italiens qui oubliaient la psychopathologie dans leurs démarches antipsychiatriques ou de « fermeture de l'asile », démarches fortes mais guidées par une idéologie politique où la dimension sociale faisait oublier les nécessités de la psycho-pathologie. De même, s'est-il inspiré de la psychothérapie institutionnelle, le courant dominant en France sans adhérer aux aspects idéologiques de ce mouvement important telle la lecture structuraliste ou marxiste des situations cliniques. Modestement, au détour d'une parenthèse ou d'une remarque, il signale ce qu'il considère comme une erreur de la démarche idéologique en clinique : l'idée d'une seule et bonne solution face aux situations complexes de notre champ.

Essayons d'extraire les idées qui sont autant d'outils de travail pour notre bricolage psychiatrique quotidien, manière de rendre hommage à une pensée vivante. Plusieurs aspects du livre sont propices à des associations également induites par la force de réflexion qui y est contenue. Épinglons cependant quelques axes spécifiques et parlants de cette pensée clinique.

La clinique psychiatrique à l'opposé de la clinique psychanalytique, clinique de l'écoute, est une clinique de l'acte. Cependant c'est la théorie issue de la pratique de la cure analytique qui nous en donnera des outils de réflexion. Azoulay s'appelait volontiers psychiatre-analyste. Psychiatre dans son action, analyste dans sa réflexion. Je ne sais pas si cette manière originale de se définir ne mettait pas l'accent sur l'action d'analyse, de recherche, libérant la théorie de la pratique psychiatrique d'une éventuelle domination d'une pensée hétérogène à son champ. C'est en tout cas une hypothèse de travail, un transfert de lecture sur Azoulay lorsqu'il analyse en profondeur l'acte.

L'acte psychiatrique est pour Azoulay une limitation de la destructivité en œuvre dans les mouvements psychiques de nos patients. Si nous devons mettre une limite à la destructivité encore faut-il la comprendre. Qu'est-ce que cette destructivité à l'œuvre, comment sort-elle du registre du fantasme pour passer dans le réel, comment devient-elle recours à l'acte, trouble du comportement ? Comment prend corps cette transgression du pacte social sous la forme des passages à l'acte ? Qui met-elle en danger ? Comment comprendre la dynamique régressive face à nous, comment y répondre de manière spécifique, différenciée ?

Si en s'opposant à la destructivité, on se pose en tant que limite protectrice, que faisons-nous ? Quelle figure d'autorité incarnons-nous en assumant la responsabilité de notre acte (prescription, hospitalisation, certificat d'internement, sortie etc.) ? Dans quel champ d'investissement nous situons-nous ? Quel mouvement d'investissement transférentiel ouvrons-nous (premiers objets, mouvement anti-narcissique, comme dirait Francis Pasche, parental, grand parental) ? Au regard de l'histoire méconnue du sujet souffrant lui-même, dans quelle dimension de relation nous mettons-nous au moment où nous essayons de ramener le patient dans le champ de la parole échangée ? En assumant cette place de figure d'autorité (Sujet supposé savoir dirait Lacan), quel champ transférentiel ouvrons-nous ? Celui d'un rapport de protection que le sujet pourrait comprendre ? Ou à défaut de celle-ci ouvrons-nous le champ de la relation de persécution (toute en se voulant cependant bienveillants) ? Ou encore tombons-nous dans les rets d'une relation d'emprise narcissique, d'engrènement (Racamier) ?

Ce n'est pas parce que nous essayons de limiter les conséquences de la destructivité à l'instant T, celle de la prise d'une décision encore, que nous les limitons dans la diachronie. Expression de la pulsion de mort, la destructivité restera plus forte que nous si nous ne la sortons pas de son silence. Si nous ne la captions pas dans toutes ses dimensions. Certes avons-nous affaire à la destructivité mais celle-ci témoigne de l'échec d'autres mouvements psychiques : la tentative échouée de création, de sublimation, de naissance du nouveau sur les ruines de l'ancien. Tentatives d'une personne qui a une trajectoire qui n'est pas vraiment une histoire narrée, assumée au nom propre du narrateur. Le récit et le comportement du patient reviennent au fond à une quête inconsciente, donc méconnue du sujet souffrant. Quête d'un interlocuteur qui saura par la limitation de la violence capter ses mouvements informés pour leur donner une forme, faire d'un récit parfois chaotique, morcelé, elliptique, une histoire « narrable » entendable. Une forme à trouver et non à imposer par nos fantasmes omnipotents de « sauveur », d'homme de bien, de médecin aliéniste d'avant la psychanalyse ou même de psychanalyste d'une institution totalitaire. C'est de cette façon que commence une histoire partagée (une notion particulièrement précieuse proposée par Azoulay), qui facilitera la possibilité du patient à investir puis assumer son histoire personnelle.

La mise en parole constante de ce qui se passe dans l'exercice psychiatrique est la manière primordiale d'éviter le piège de la tentation d'emprise sous forme de prise en charge qui aliène le sujet de son autonomie de penser et d'agir. Le psychiatre essaie de ne pas se laisser prendre dans les phénomènes de la séduction narcissique ou des réactions en miroir, en étant conscient des mouvements difficiles parfois haineux du contre-transfert. C'est la seule manière d'éviter la fabrique d'une clientèle de patients chroniques, dépendants, en un mot asilaires.

Azoulay aborde également la notion de crise et propose de l'envisager comme un mouvement inévitable à l'intérieur de ces parcours humains accidentés.

À côté de la différenciation des mouvements de régression, il développe sa manière d'accepter les mouvements de la crise et sa valeur. La crise est certes un signe de ratage de la relation d'objet et un déséquilibre d'une économie psychique. L'évolution des patients les plus fragiles n'est pas linéaire et prévisible. Le patient passe en effet par des mouvements saccadés de déstabilisation qu'il faut savoir identifier et accueillir, détoxifier pour les rendre apprivoisés et élaborables, faisant de la crise une occasion de réflexion, un carrefour potentiel ouvert à un enrichissement, un avancement dans une dynamique psychique qui sinon arrivait à une impasse.

Nous pourrions nous satisfaire de la mise en évidence de ces quelques notions avec un aspect un peu interrogatif utilisé dans cette recension. Somme toute c'est un rappel tout médical que la première mission du psychiatre est de ne pas nuire (*primum non nocere*) rappelle le serment d'Hippocrate) que nous lisons entre les lignes de la pensée clinique d'Azoulay. Mais s'il pose de bonnes questions aux fins de constater les difficultés et de les prévenir, il essaie aussi de répondre

aux problèmes cliniques qu'il affronte par des réponses spécifiques et différenciées.

Ainsi faut-il pour lui toujours garder la notion de travail en équipe. Le psychiatre hospitalier ne travaille pas seul. Il n'est pas un homme-orchestre, il est chef d'équipe ou chef d'orchestre, si l'on veut. Il reconnaît des rôles différenciés et sait aussi les réunir pour retrouver à travers les investissements diffractés des patients les morceaux de leur histoire. Il doit constamment créer du lien, une relation, puis créer du tiers, reconnaître et différencier les mouvements et y apporter les réponses appropriées. Le tiers a plusieurs configurations en psychiatrie. Ainsi les transitions d'une institution à une autre, les réunions de synthèse ou les réflexions institutionnelles et encore la place du psychanalyste dans l'institution.

Conscient de la dimension du travail au long cours, il souligne l'importance du travail de séparation qu'il élabore. Certes il s'inspire de la réflexion d'Evelyne Kestemberg « se séparer quand le patient n'a plus besoin de nous », mais il reste attentif à l'avertissement en boutade de René Diatkine (si on donne la main au psychotique on en prend pour vingt ans). Il traite ainsi les aspects les plus difficiles, voire inacceptables de notre travail, la notion des « patients insortables ». Se séparer donc mais en prenant le temps qui respecte des rythmes de travail psychique que nous méconnaissons. Son contact avec Benno Rosenberg et la notion de travail de mélancolie y trouvent un écho. Aussi les hospitalisations longues deviennent-elles séquentielles répondant à la notion d'évolution obéissant à un rythme long. L'équipe psychiatrique entoure, encadre sans étouffer. Le temps informe de l'asile redécouvre ainsi la notion de rythme, de différenciation d'espaces et des temps. Le psychiatre hospitalier conduit une réflexion permanente, une mise sous tension des moyens d'une alliance thérapeutique pour accompagner les trajectoires humaines qu'il rencontre.

Fort de cette conviction, Azoulay n'hésite pas à procéder à des renouveaux du travail institutionnel à long terme comme son travail à l'Hôpital de Jour ou le travail en pavillon fermé. Il en étudie les nécessités mais aussi les écueils dont la chronicité, la chronicisation, l'aliénation. La prise en charge sans réflexion constante risque de devenir une forme totalitaire de la relation (« l'institution fabrique les malades qui la justifie », nous rappelle-t-il, p. 109). Dans sa pensée, nous rencontrons sans cesse le souci de différencier, de spécifier nos réponses aux situations humaines. J'ai tenté de résumer sommairement un canevas de discussion avec les futurs lecteurs de cet ouvrage.