

# PRATIQUES & RECHERCHES

*en santé  
mentale*



*Association Croix-Marine  
de Basse-Normandie*

*Pontorson • 11 octobre 2005*

*"Le Dire et l'Écrire"*

**N° 40**

Avril 2006

5 €

Fédération d'aide à la  
Santé Mentale  
CROIX-MARINE



# SOMMAIRE

## **1** **Éditorial**

Dr Patrick Alary  
Psychiatre, Médecin Chef - Bon Sauveur Saint-Lô

## **L'ÉCRITURE INFIRMIÈRE**

Elise BOULMER, Cadre de Santé - CH Pontorson

## **2**

## **5** **DU CRAYON AU CLAVIER**

Jérôme Trécan, Infirmier - CH Pontorson  
Jean-Claude Legendre, Aide-soignant - CH Pontorson

## **7** **LE SECRÉTAIRE DE L'ALIÉNÉ**

Marie-Thérèse Gournel, Psychologue - CH Pontorson

## **11** **ATELIER ÉCRITURE**

Véronique Gazengel, Aide médico-psychologique  
Annick Lefrançois, Aide-soignante  
Claudine Beaudouin, Infirmière diplômée d'Etat  
Véronique Roisain, Psychologue  
CH Pontorson

## **LE POÈME : ESPACE DU VIVANT AU SINGULIER**

Pascal Fauvel, Infirmier - CH Saint-Malo

## **14**



**Dr Patrick ALARY**  
Psychiatre, Médecin-Chef  
au Bon Sauveur de Saint-Lô

*« Celui qui a rendu un service doit se taire... C'est à celui qui l'a reçu de parler »...*  
Sénèque

Voilà, une page se tourne...

Après des années de bons et loyaux services pour la Fédération nationale et l'Association bas-normande, Jean-François Golse quitte la présidence de cette association mais reste impliqué dans son Conseil d'Administration.

Comment ne pas saluer ce militant, discret mais pugnace, qui a beaucoup œuvré pour promouvoir nos idéaux communs y compris dans un temps où certains les croient passés de mode. La vie militante de la région lui doit tant et, de Paris, on mesure mieux encore l'ampleur de la tâche accomplie même si ce fût sans tapage aucun. Son humour et ses réflexions sensibles et pertinentes manquent déjà au siège national mais qu'il ne se fasse pas d'illusion, on n'est pas prêt de s'en passer en Basse-Normandie !

C'est enfin un ami et beaucoup savent qu'en ce qui le concerne, c'est dans le sens le plus plein du terme. Et un grand professionnel au service des autres professionnels et, ici réellement, des patients.

Merci encore à toi Jean-François...

« Ce qu'on ne peut pas dire, il ne faut surtout pas le taire mais l'écrire » disait Jacques Derrida.

Longtemps, notre culture de soignants a reposé sur la parole, mise à toutes les sauces, pas toutes heureuses et goûteuses. Que de fois avons-nous parlé pour ne rien dire... Les palabres étaient notre culture, partagée, professionnels et patients réunis, mis en scène dans les entretiens duels ou familiaux, les réunions de toutes sortes -et Dieu sait qu'il y en eût !- et les rencontres soignants-soignés.

De cette richesse, de ce verbe, sont nées une histoire, une passion pour la folie et les fous que la raison, et leur juste demande de reconnaissance, ont transformé en usagers désormais partenaires à part entière de la relation de soin.

Mais, économie et qualité obligent, crainte du juge probablement, est venu le temps de la preuve, de la traçabilité, de la transparence, faut-il dire de la précaution voire de la suspicion, et ce temps s'est associé au "retour" de l'écrit. Il est pourtant présent dès l'origine, il n'est que de relire les grands anciens, aux descriptions ciselées et d'une écriture parfois si romanesque. Où sont ces observations historiques si fines ? On relira aussi avec profit les écrits soignants dans les dossiers des années 70-80. Il s'en dégage un véritable discours soignant, autonome du savoir médical.

Mais aujourd'hui, avec la Loi du 4 mars 2002, l'écrit est trop souvent vécu comme potentiel persécuteur, bureaucratique, alors qu'il devrait signer le retour de la clinique, vivante et en perpétuelle élaboration, trace d'une parole qui, dans un dossier, témoigne de la vie même du patient tout d'abord, mais aussi de l'attention des professionnels à son égard et du caractère scrupuleux et éthique de cette attention.

Vous avez dit clinique ? C'est là l'enjeu de l'écrit. S'il est clinique, il sera vivant et utile, outil de mémoire et de transmission d'un savoir élaboré en commun.

« Ce qu'on ne peut pas dire... » Mélancoliques, psychotiques, névrosés, enfants en souffrance ou parents en dérive, vieillards qui se déshabitent... Tous ont eu besoin de la parole du soignant pour soutenir la leur, pour laisser s'exprimer cette indicible souffrance d'un monde intérieur si douloureux que l'écrit, parce qu'il est clinique, trace et élabore, accès possible à une parole plus libre.

Alors écrivons, sans crainte et pour mieux écouter la parole de celui qui souffre...

## PRATIQUES ET RECHERCHES EN SANTÉ MENTALE

REVUE DE L'ASSOCIATION  
CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation Bon-Sauveur  
50360 PICAUVILLE  
Tél. 02.33.21.84.00 (poste 8466)  
Fax 02 33 21 85 14

Directeur de publication :  
Dr Patrick ALARY  
Responsable de la rédaction :  
Maryse CORBET  
Comité de rédaction :  
Jean-Claude ANDERSON,  
Jeanne BERTAUX,  
Jean FILMONT,  
Jean-Noël LETELLIER,  
Serge LOQUET,  
Marie-Line LAMARE-HAMELIN,  
Bernard NOUHAUD,  
Michel PITON.

Mise en page et impression :  
Imprimerie Artistique LECAUX  
Tourlaville • 02.33.88.52.52

Crédit photos : Léon Faligot  
Dessins : Dr Si Ahmed,  
alias MUHUC

Secrétariat : 02.33.21.84.66

ISSN 1157-5135  
Dépôt légal : 2<sup>ème</sup> trimestre 2006



# L'ÉCRITURE INFIRMIÈRE



**Elise Boulmer**

Cadre de santé  
CHS Pontorson

*Au cours de mes quelques trente ans d'exercice professionnel, j'ai souvent entendu cette phrase : "les infirmiers psychiatriques écrivent au crayon à papier". En effet, je me souviens en 1974 des plannings au crayon, des notes au crayon pour le sacro-saint rapport que seuls deux surveillants de l'unité pouvaient écrire au stylo, rapport qui était destiné au "docteur".*

*J'ai entendu cela aussi des infirmières IDE qui se définissaient, "elles" comme des "techniciennes du soin" par rapport à nous qui cherchions à nous dépêtrer d'un vague sentiment d'infériorité en cherchant à nous positionner comme "techniciens de la relation", sans trop savoir définir ni la technicité, ni la relation.*

*Avons-nous beaucoup avancé dans cette définition et dans cette transmission des savoirs qui passent par l'écriture ? Ne traversons-nous pas une crise où l'on s'interroge sur ce qu'est la psychiatrie - sur la difficulté où nous sommes en face de la souffrance mentale ?*

*Avons-nous assez écrit, transmis, défini nos savoirs ? Beaucoup nous reconnaissent un savoir faire, mais avons-nous, nous, assez fait savoir ?*

Au moment où se prépare cette journée, j'entends de nouveau cette phrase, "les infirmiers psychiatriques écrivent au crayon à papier !" Cette affirmation me renvoie à ma propre difficulté d'écrire et j'ai plusieurs fois écarté de mon métier l'ouvrage. Je sais également qu'au jour le jour, dans mes équipes, nous avons du mal à tenir nos dossiers à jour, à préparer nos synthèses.

**Alors quid de la transmission de nos soins** envahis que nous sommes, par une foule de choses à faire ? Certains disent d'actes à fournir dans une offre de soins auprès de ces patients, ces personnes soignées que l'on a voulu nous faire appeler **clients, usagers**, alors que nous savons, nous, qu'il s'agit de sujets que nous rencontrons tous les jours dans une permanence de soins que nous voulons garder et avec qui, nous tissons des liens de relations soignantes, des liens qui donnent de la vie aux soins et qui sont si difficiles à mettre par écrit [cf. Article Soins Infirmiers WO 239 juillet-août 2005 Marc Prévif]

Aussi, je ne sais par quel inconscient individuel ou collectif je retrouve sur l'affiche de la journée **ce crayon à papier** qui semble être devenu l'emblème de la profession. Le voilà juxtaposé à l'ordinateur, cet objet qui doit pouvoir nous aider à inscrire une autre écriture plus formelle moins effaçable. Au moment de ce passage **du crayon à papier** à l'ordinateur, j'ai envie de retourner l'affirmation en question. Pourquoi les infirmiers psy ont écrit au crayon à papier de cette écriture fragile, si facilement effacée et qui ne laisse pas de trace, qui ne s'est pas publiée ou si rarement ? Certainement, les raisons sont multiples mais dans le temps qui m'est imparti, je tenterai de développer trois hypothèses qui pourraient servir de remueménings à nos débats.

- 1- Les infirmiers psy écrivent au crayon à papier parce qu'ils sont lourdement influencés par l'histoire de leur profession.
- 2- Les infirmiers psy ont du mal à élaborer leur propre culture du fait de leur dépendance au médical.
- 3- Les infirmiers psy se sont fait piéger par les modèles inspirés de l'ANADI et de la NANDA. La clinique infirmière ne peut se traduire, se mettre par écrit, par le biais d'actes visant à intervenir sur un malade.

## Les infirmiers psy et leur histoire

Au 18<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> siècle les gardiens de fous et les gardiens d'asile d'aliénés, personnels laïcs secondaires des communautés religieuses, sont illettrés et majoritairement incapables de lire et d'écrire. Ce personnel suscitait méfiance et rejet. Cette donnée contribuera à l'image négative de la psychiatrie.

Il faut pourtant citer J.B. PUSSIN (1746-1811) qui est le père symbolique de notre profession (Gladys SWAIN dans le sujet de la folie fait une lecture attentive des écrits de Philippe PINEL, qui exprime clairement sa reconnaissance à PUSSIN). **PUSSIN est le premier surveillant à écrire des observations sur les personnes qu'il avait en charge.**

A la fin du 19<sup>ème</sup> et début du 20<sup>ème</sup> siècle, l'instruction primaire pénètre les classes populaires. C'est à cette période qu'on voit se dessiner l'infirmier psychiatrique, gardant un rôle de surveillance primordial. On peut dire qu'il va acquérir, dans la douleur, un rôle thérapeutique.

En 1836, Scipion PINEL propose d'établir des écoles spécialisées pour les infirmiers. Pourtant, l'inspection générale qui ne s'en préoccupe guère, propose en 1874 de "former un corps spécial de surveillants d'asile tout comme on a formé un corps de gardiens de prisons".

Pendant trente années, de 1878 à 1907, malgré l'influence de Désiré Magloire BOURNEVILLE qui veut étendre la formation donnée aux infirmiers(ères) des hôpitaux, aux personnels des asiles, la création d'école d'infirmiers(ères) d'asile stagne et les formations restent embryonnaires sans harmonie, voire inexistantes.

En 1882, cependant une première école d'infirmiers(ères) est ouverte à SAINT-ANNE sur le modèle des écoles de la Salpêtrière et de Bicêtre en 1877 et 1878. BOURNEVILLE

souhaite que le personnel ait quelques connaissances relatives aux maladies mentales.

La circulaire du 28 octobre 1902 rend obligatoire la création des écoles dans les asiles. Des écoles s'ouvrent en province, à Bassins en 1903 et Pau en 1904. La formation est peu suivie. Le nombre des illettrés est encore important et en 1906, le conseil général de la Seine est obligé d'adjoindre aux écoles d'infirmiers (ères) d'autres écoles pour donner une instruction générale préliminaire aux illettrés. Le décret du 15 mai 1930 reconnaît la particularité du personnel infirmier d'asile et régleme les modalités par le diplôme d'Etat. Le niveau du CEP seulement est requis, alors que le décret du 1<sup>er</sup> octobre 1936 fixant le programme des examens d'Etat, exige une instruction équivalente au Brevet élémentaire. C'est là qu'intervient la séparation entre les deux formations infirmières, une "noble", avec le Brevet élémentaire pour la médecine et la chirurgie, et une moins noble, où seulement le CEP est exigé pour la psychiatrie. Le statut des personnels secondaires, en 1936, des asiles départementaux d'aliénés constitue une date clé dans la progression de la profession. Ils sont reconnus comme des salariés, ils sont dotés d'une carrière mais ils restent un personnel d'exécution et surtout, à l'égard du savoir, ils sont maintenus dans un cadre fermé qui, par rapport aux infirmiers des hôpitaux généraux, crée un climat de ségrégation. Exclue du D. E., le niveau requis est celui du CEP. Après la guerre, les infirmiers luttent pour accéder à un diplôme d'Etat. Le programme des études élaboré par Paul BERNARD est rendu obligatoire par la circulaire du 30 novembre 1949. Deux années d'étude sont sanctionnées par un diplôme de formation professionnelle.

Le processus de professionnalisation se met en place en 1955 avec le premier diplôme national des hôpitaux psychiatriques. Appelés en 1969 infirmiers de secteur psychiatrique, ceux-ci accèdent à des formations plus importantes en 73 et en 79. Depuis 1992 le diplôme de secteur psychiatrique a disparu. Reste désormais un seul diplôme unique d'infirmier, il s'agit du diplôme d'infirmier d'Etat.

Ainsi, il semble que notre profession n'a pas eu le temps de devenir adulte avant qu'on lui demande de se fondre dans une culture différente. On peut dire que la profession était encore dans un processus d'élaboration, en conséquence peu sûre d'elle. Les infirmiers psychiatriques écrivaient au crayon à papier.



## La profession infirmière s'est construite dans une grande dépendance à l'égard de la profession médicale.

L'expérience de collaboration entre PINEL et PUSSIN n'avait été qu'une parenthèse de l'histoire des gardiens. Même si PINEL était reconnaissant des capacités de PUSSIN, "c'est un des hommes les plus expérimentés dans l'art de diriger les aliénés". Il écrira au conseil général des Hospices au moment de demander son remplacement "les devoirs du surveillant se sont si souvent confondus avec ceux du médecin qu'il en est résulté souvent des entraves pour le traitement médical et des difficultés toujours renaissantes."

Les héritiers de PINEL refuseront l'héritage et à la mort de PUSSIN en 1811, nommeront un des leurs, ESQUIROL, à sa place. C'est un médecin qui prend la place du surveillant. Les gardiens sont alors exclus de la relation, malades- médecins et sont relégués pour longtemps à leur statut de serviteurs. ESQUIROL précise alors que: "tous les domestiques doivent obéir sans répliquer devant leurs malades. Ils doivent céder aveuglément, cette obéissance inspire un esprit de docilité qui tourne à l'avantage du malade".

L'asile devient alors un lieu où l'autorité et le pouvoir médical seront toujours rappelés. ESQUIROL écrit "le médecin est la loi vivante de l'asile. Il doit être investi d'une autorité à laquelle personne ne puisse se soustraire." ESQUIROL n'est pas seul à tenir ces positions. Ainsi, un texte du Dr BERCHET, médecin chef de l'asile des aliénés de Nantes, précise: "le surveillant ne soigne pas directement. Il n'agit pas de lui-même, il est le dépositaire immédiat de la pensée du médecin dans son application aux soins des aliénés."

En 1901, au congrès des aliénistes, BOURNEVILLE, qui demandait l'ouverture des écoles pour les infirmiers rencontrait quelques résistances. Ainsi le Dr TAGUET s'exprime-t-il: "je ne parlerai pas du diplôme dont l'usage ne peut être généralisé et dont l'utilité m'a paru toujours plus que contestable."

Je pense que ces considérations ont lourdement entravé la construction d'un savoir infirmier et je citerai Olivier DUCHEMIN dans son mémoire de Cadre de santé: "les héritiers de PINEL ont contribué à faire qu'aujourd'hui encore, les équipes d'infirmiers (ères) se contentent d'incarner et de valoriser la seule pensée médicale et de vivre trop souvent dans une dépendance préjudiciable à l'émergence d'une identité professionnelle et à l'action thérapeutique d'une équipe soignante." Bien sûr les choses ont évolué, les courants de la psychothérapie institutionnelle ont favorisé l'expression des infirmiers. Les formations de 73 et 79



ont imposé dans la formation la rédaction d'un mémoire de fin d'études. L'écriture fait partie intégrante de la profession infirmière : dossiers de soins, synthèse, démarche de soins.

Des infirmiers psy ont osé écrire des livres. Citons : Claudie BEAUVUE-FOUGUEROLLAS, Jean-Louis GERARD, Jean-Jacques DURANT... Des revues de soins infirmiers paraissent aujourd'hui : "Santé Mentale" et "Soin en psychiatrie". Mais je voudrais dire la fragilité de notre écriture et, pour qu'elle ne puisse s'effacer d'un coup de gomme, elle devra construire et témoigner d'une élaboration clinique construite, non plus dans la dépendance, mais dans la complémentarité entre les différents professionnels de la santé mentale.

J'ai voulu démontrer dans les deux premières parties de mon exposé que la profession n'avait pas eu le temps ni la maturité nécessaire, depuis 1955, pour développer, écrire, faire connaître sa propre culture. Mais voilà qu'avec la réforme des études de 1992, alors que les fondements théoriques d'une démarche de soins en santé mentale n'étaient pas encore élaborés, qu'il nous a fallu nous fondre dans une autre culture.

Nous étions habitués à noter nos observations et à rendre compte de nos interactions auprès du patient d'une façon narrative. Nous préparions des synthèses écrites. L'infirmier référent du patient avait retracé l'histoire du patient, ses difficultés actuelles, et les projets qui étaient travaillés. Ces constructions écrites du travail de synthèse étaient la base du travail en équipe pluridisciplinaire et nous avions acquis une certaine reconnaissance. On nous a fait comprendre qu'il s'agirait maintenant d'établir nos propres diagnostics infirmiers et de rendre compte de nos actes. Nous devenions responsables.

Habitués par notre histoire à nous soumettre, nous nous sommes pliés, dociles, à ces injonctions. Les 14 besoins de VIRGINIA HENDERSON allaient nous donner des repères spécifiques, nous permettant de développer nos capacités d'observation et d'analyse.

Nous avons planché, nous sommes partis en formation, nous avons fait le maximum pour nous adapter même si nous osions de temps en temps écrire que les 14 besoins de VIRGINIA (HENDERSON) ne pouvaient nous suffire pour théoriser nos pratiques. Ainsi Olivier DUCHEMIN écrit dans son mémoire, sur un ton ironique qui m'avait échappé à la première lecture :  
"Leur souplesse [celle des 14 besoins de VIRGINIA] permet de les enrichir par d'autres concepts et de les compléter par une recherche de compréhension de l'appareil psychique. C'est-à-dire d'y introduire des

éléments qui permettent une approche la plus pertinente et la plus fine possible des situations relationnelles que les soignants sont amenés à voir, à entendre et à ressentir".

En effet, je doute aujourd'hui que des diagnostics écrits par la NANDA inspirés du DSM IV, oserais-je dire cognitivo-comportementalistes, puissent nous aider à théoriser le soin infirmier en santé mentale. Il va certainement nous falloir enrichir et compléter des concepts tel que : deuil anticipé, deuil dysfonctionnel, perte d'espoir, perturbation dans l'exercice du rôle, perturbation dans les relations sociales, stratégies d'adaptation individuelles inefficaces et celui dont tous ceux qui me connaissent savent qu'il est mon préféré, "altérations des opérations de la pensée", parce qu'il nous fait nous démarquer des diagnostics médicaux. Je traduis, AOP veut dire délire. Ainsi nous agissons sur les altérations des opérations de la pensée quand le médecin soigne un malade délirant !!! On comprendra que le délire est une chose bien partagée !!!

Nous aurions pu prendre une pose pour adapter ces concepts mais il nous a fallu maintenant intégrer les transmissions ciblées issues de ces diagnostics et décrire nos processus de soins suivant la logique : **données, actions, résultats.**

Là, je reprendrai le cri de révolte de Véronique MICHEL dans la revue Santé Mentale de septembre 2004. "Les transmissions ciblées, une insulte à l'intelligence, (illustré par MUHUC ici présent !)  
"Il ne s'agit pas de transcrire des soins personnalisés prodigués dans une relation particulière. La transcription doit être objective, purifiée de toute subjectivité. Les soignants doivent devenir interchangeables. La signature est un repère pour l'erreur éventuelle ; la responsabilité juridique prend le pas sur la responsabilité morale, l'engagement relationnel. Est évacuée la clinique du sujet de l'inattendu de la rencontre".

En effet:

- comment rendre compte, écrire, la trame quotidienne de notre engagement thérapeutique avec ce qui nous apparaît d'important, de signifiant chez chaque personne soignée ?
- Comment traiter de ses sentiments de ses désirs dans ce modèle ? Il n'y a pas de case pour ce que l'on a à raconter, à écrire, à témoigner du sujet.
- Comment pouvons-nous rester le "secrétaire de l'aliéné ?"

Il faudra cependant nous adapter. On nous demande de structurer la transcription de nos interventions en lien avec l'informatisation du dossier de soins. C'est une exigence institutionnelle inscrite dans la démarche qualité.

Nous ne pourrions négocier ce nouveau tournant de la psychiatrie que si nous affirmons la particularité d'une clinique du sujet et pas seulement des troubles qu'il présente. Nous avons à mettre en valeur des pratiques de soins que nous avons peu théorisés : l'accueil, l'accompagnement au quotidien, la visite à domicile, le repas thérapeutique, les activités à médiation thérapeutique, l'entretien...

D'accord, prenons le défi que s'élabore une science infirmière au moment où le plan de Santé Mentale encourage la transmission des savoirs, mais faisons en sorte que ce soit vraiment une pensée soignante qui se transmette. Témoignons d'autres pratiques qui ne soient pas une juxtaposition d'actes posés sur la personne mais bien des soins qui visent à contenir la

folie, à suppléer à la personne quand elle ne peut pas agir et à inciter aussitôt que cela est possible.

## CONCLUSION

J'ai beaucoup d'admiration pour les jeunes infirmiers qui se sont colletés à ces modèles de diagnostics, des cibles et des actes professionnels, pour que du crayon à papier, nous passions à l'écriture dans l'ordinateur. J'ai eu beaucoup de plaisir à travailler avec eux chaque fois que l'opportunité m'en a été donnée. J'espère qu'ensemble nous négocierons le virage de la construction d'une clinique et de pratiques infirmières en Santé Mentale. Ainsi nous pourrions nous reconnaître en tant que profession et être enfin reconnus.



## DU CRAYON AU CLAVIER



**Jérôme Trécan**  
Infirmier  
CH Pontorson

*Dans la continuité de l'exposé de Mme Boulmer, et en compagnie de M. Jean-Claude Legendre, Aide Soignant dans un service d'admission du Centre Hospitalier de Pontorson, je vais tenter d'expliquer la transition qui s'opère aujourd'hui, avec les nouvelles technologies, entre le crayon et le clavier. Principalement légiféré en 2002, le dossier patient informatisé s'est développé progressivement, et prend, désormais, place dans bon nombre d'établissements de soins français.*

*Il me serait possible de vous parler de l'informatisation, mais l'objectif qui m'a été fixé pour cette rencontre est de vous faire connaître la façon dont le Centre Hospitalier de Pontorson a mis en œuvre cet outil.*



**Jean-Claude Legendre**  
Aide-soignant  
CH Pontorson

### La réflexion sur la mise en place de l'informatique

Comme l'a justement dit Mme Boulmer, la profession dans les années 50, n'avait pas le temps pour développer ses écrits, ni la maturité. A ce jour, le temps infirmier est toujours compté, et il nous fallait donc trouver un moyen, ou plutôt un logiciel, qui permette une saisie rapide des informations et, surtout, qu'elle soit unique. Et qui plus est, les infirmiers ne sont pas des informaticiens, ni des dactylos !! Alors il faut que cet outil soit simple d'utilisation.

C'est de là que les recherches se sont axées en y ajoutant un critère fondamental dans nos pratiques et surtout dans nos écrits : le partage de l'information sur le patient entre tous les acteurs qui gravitent dans la prise en charge. C'est à dire de l'admission du patient jusqu'à la facturation.

Trop longtemps, nos dossiers de soins étaient nos dossiers infirmiers. On n'autorisait pas ou peu, nos

collègues Aide Soignants à écrire leurs informations, ceux-ci se contentant de les transmettre.

On peut dire aujourd'hui sans se tromper, que le dossier patient informatisé est un vecteur incontournable de qualité dans la prise en charge des patients.

### Les avantages de l'informatisation du Dossier Patient

Je commencerai par la saisie unique de l'information en tout point de l'établissement

L'accès en temps réel à l'information saisie par les professionnels. A l'heure où la psychiatrie tend vers une extériorisation des soins, il est important que chaque professionnel, qui va recevoir le patient, puisse connaître l'ensemble des ses prises en charges précédentes.

Le logiciel doit pouvoir s'adapter aux besoins de chaque utilisateur. Aussi, il faut que cet outil soit entièrement paramétrable.

Il doit également être une aide immédiate pour les



soignants. C'est ainsi qu'une base de données pharmacologiques, régulièrement réactualisée, est accessible à l'ensemble des acteurs.

### Le fonctionnement du Dossier Patient informatisé au Centre Hospitalier de Pontorson

Le logiciel retenu par notre établissement est un outil divisé en plusieurs modules, accessibles selon des droits paramétrés et définis en CME.

Le déploiement a débuté sur le CH en 2002. Il a fallu former un peu plus de 600 agents (infirmiers, psychologues, médecins, assistantes sociales, aide soignants...) à l'exploitation et à la saisie. On peut dire aujourd'hui que pour les :

- Admissions
- Mouvements
- Jours de venues en hospitalisations partielles
- Consultations internes et externes
- Les Prescriptions

la majorité des données est saisie par des infirmiers.

Il est donc possible, maintenant, de dire que les écrits infirmiers commencent à devenir des saisies infirmières, et, il est encourageant de voir que les aides soignants se mettent à l'écriture.

Mais, beaucoup de gens le savent, un logiciel n'est qu'un fond de page transparent, il faut insérer sans cesse des informations. Mais comme le dit Madame Boulmer, nous avons acquis une certaine reconnaissance de nos écrits, et il est capital pour les soignants de se retrouver dans ce dossier qui, faut-il le rappeler, est la copie du papier. Ainsi, le contenu des " tiroirs " est la photographie du travail réalisé par les acteurs pluridisciplinaires et il faut adapter sans cesse l'outil aux intervenants.

### Le déploiement

Pour mettre en place ce système, et surtout qu'il puisse fonctionner, il nous a fallu mettre en adéquation la formation et les besoins des unités. Il fallait absolument que chaque professionnel trouve ses repères dans le classeur "virtuel". Le choix fut de former l'ensemble des acteurs sur les mêmes bases, le BÉABa du dossier.

Nous étions conscients de la nécessité d'accéder rapidement à l'outil, une fois cette première approche faite. Il faut reconnaître que la profession décrite par Mme Boulmer a tout de même changé ! En effet, si les

infirmiers avaient pour seul outil un crayon à papier, et n'osaient pas transmettre, les nouvelles technologies ont eu pour effet d'inverser cette tendance. Il est vrai que l'informatique fait peur lorsqu'on s'assied devant pour la première fois, mais il faut reconnaître et saluer la motivation des agents qui se sont "pris au jeu" de cette boîte. Le début initié, il nous fallait poursuivre l'avancée en réalisant des formations spécifiques aux unités de soins et, en fonction de leur besoin, un réajustement.

### L'évolution en cours

Après 3 ans de recul et d'utilisation, le DPI (Dossier Patient informatisé) est en perpétuelle évolution. Que ce soit au niveau technologique, mais également dans sa prise en main. Ainsi, nous sommes en mesure de prévoir que l'ensemble des unités de soins vont pouvoir maintenant accéder à la validation de leurs actes, aux commandes pharmaceutiques. La facturation est en phase de test et nous allons vers la suppression du "papier".

### Des infirmiers techniciens de l'information médicale au service des infirmiers

Le Centre Hospitalier a fait le choix, lors de la mise en œuvre du DPI, de constituer un service de coordination du Dossier Patient. En relation permanente avec le service informatique, son rôle principal est bien entendu la mise en place du dossier sur l'ensemble des structures du CH.

Le personnel du DPI assure donc, la formation à l'ensemble des professionnels susceptibles d'utiliser le logiciel, mais assure également le suivi des patients, l'assistance permanente des soignants. Il réalise également l'ensemble des contrôles qui vont permettre la réalisation du PMSI (recueil statistique) et du relevé d'activité.

Notre but est de faire vivre le logiciel de manière à le faire "coller" au maximum à la réalité du terrain.

Ainsi, depuis 2002, nous avons travaillé en collaboration avec quelques cadres à la création des transmissions ciblées et de la démarche de soins informatisée.

Je pense que la rédaction des transmissions est possible, même pour nous soignants de psychiatrie. Contrairement à ce que dit Mme Boulmer, il me semble tout à fait possible de structurer nos écrits de façon à aller directement sur les points clef et d'y apposer notre histoire. Il ne faut pas voir en cette forme d'écriture un coté réducteur, mais une organisation chapitrée qui met en lumière les problèmes du patient.



Il est vrai que je suis "jeune" dans la profession et que j'ai été "formaté" lors de ma formation.

Nous en sommes à la phase de validation au niveau du logiciel, et il ne me semble pas prétentieux de dire qu'il va s'adapter à la psychiatrie, à condition que, tous ensemble, nous prenions le temps de mettre dans les "cases" ce que nous voulons vraiment y faire figurer.

### Les difficultés de mise en place

- Un tel bouleversement dans nos pratiques ne se fait pas du jour au lendemain, et il faudra encore du temps pour arriver à mettre en place l'ensemble des

possibilités qu'offrent un outil tel que nous en disposons.

- La disponibilité du personnel.
- La saisie informatique.

### Conclusion

L'informatisation du dossier patient ne changera pas notre pratique infirmière dans le monde de la santé mentale. Elle sera ce que nous voulons en faire et malgré le fait que le crayon est maintenant remplacé par le clavier, nous resterons les gardiens des secrets et le secrétaire de l'aliéné.



## LE SECRÉTAIRE DE L'ALIÉNÉ



**Marie-Thérèse Gournel**

Psychologue  
CH Pontorson

*Le texte princeps de Freud, concernant la paranoïa s'appuie sur les écrits du président Schreber, intitulés "Les mémoires d'un névropathe". Freud va s'attacher à l'analyse du délire, rompant avec les conceptions psychiatriques de l'époque qui situaient la psychose du côté du déficit : il considère le délire comme une tentative de guérison.*

Je rappelle que le président Schreber est un éminent juriste qui, après sa nomination à la présidence de la cour d'appel, sombre dans un état délirant. Schreber a 42 ans, il est marié depuis 6 ans et espère en vain devenir père, mais sa femme a fait 6 fausses couches. Il est hospitalisé une première fois pour hypocondrie grave, dû au surmenage professionnel. Puis, 8 ans plus tard, on lui notifie sa prochaine nomination de président de chambre à la cour d'appel de Dresde. Il est jeune, il n'a que 51 ans, pour une nomination à des fonctions aussi importante. Tout d'abord il réussit à écarter quelques rêves où sa maladie revient, mais il ne peut traiter une idée qui lui vint un matin entre rêve et sommeil et qui l'envahit. L'idée qu'il serait "très beau d'être une femme subissant l'accouplement." Ce fantasme est en contradiction totale avec l'homme austère et honorable promu à de hautes fonctions.

Cette pensée va prendre une place pivot dans le délire qui va se constituer petit à petit, jusqu'à l'effondrement et l'hospitalisation de Schreber. Pendant son hospitalisation de 1896 à 1902, il va rédiger des notes sur des petits bouts de papier, qu'il va rassembler ensuite sous forme de mémoires. Il souhaitait faire part de son expérience divine, lui dont la mission serait, après sa transformation en femme, d'engendrer un nouveau monde.

En 1955, Lacan commence un séminaire sur les psychoses. Il va relire attentivement "les mémoires d'un névropathe." Il veut reprendre ce sur quoi a buté Freud, en mettant sur le même plan la névrose et la psychose. Lacan relit les mémoires suivant au plus près le discours du sujet dans le témoignage écrit que nous avons à notre disposition, pour dit-il, "approcher les mécanismes constituants de la psychose." Car "c'est indubitablement dans le discours commun que celui-ci s'est exprimé pour nous expliquer ce qui lui est arrivé", d'où toute l'importance de la structuration de la parole que ce soit dans les symptômes névrotiques ou le délire.

Tout au long de son séminaire, Lacan multiplie les recommandations à son auditoire. L'une d'entre elle est celle-ci : "Nous allons apparemment nous contenter de nous faire les secrétaires de l'aliéné. On emploie d'habitude cette expression pour en faire grief à l'impuissance des aliénistes. Eh bien non seulement nous nous ferons ses secrétaires, mais nous prendrons ce qu'il nous raconte au pied de la lettre, ce qui jusqu'ici a toujours été la chose à éviter."<sup>1</sup> Cette référence au secrétaire de l'aliéné renvoie aux aliénistes des 18<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> siècles, notamment Jean-



## LE SECRÉTAIRE DE L'ALIÉNÉ

Pierre Falret, élève d'Esquirol qui, en 1851, critique vivement la technique et l'observation de ses prédécesseurs. Pour lui, ils avaient des méthodes nosographiques trop "littéraires" qui conduisaient à multiplier les entités de délires partiels. "Si vous voulez arriver à découvrir les états généraux sur lesquels germent et se développent les idées délirantes : si vous voulez connaître les tendances, les directions d'esprit et les dispositions de sentiments, qui sont la source de toutes les manifestations, ne réduisez pas votre devoir d'observateur au rôle passif de secrétaire de malade, de sténographe de leur parole, ou de narrateur de leurs actions, soyez convaincus que si vous n'intervenez pas activement, si vous prenez en quelque sorte vos observations sous la dictées des aliénés, tout l'état intérieur de ces malades se trouve défiguré, en passant par le prisme de leurs illusions et de leur délire."<sup>2</sup>

Falret croit comme c'est parfois encore d'actualité, que la folie doit se traiter sur le principe selon lequel : la raison doit venir du dehors vers le dedans. Concrètement, il faut ramener le malade à la raison en l'interrompant et en lui faisant comprendre combien il déraisonne, nous qui sommes les détenteurs de la vérité de son être.

Lacan dénonce le travers de cette position qui conduit à se fermer à entendre quelque chose du sujet. Pour autant il n'est pas question de délirer avec le patient, mais plutôt de voir dans ce qui nous apparaît comme un chaos, un désordre, l'articulation qui permet de comprendre ce qu'il en est de "l'ordre du sujet". C'est ce qu'il appelle prendre les choses au pied de la lettre. Ainsi nous pourrions tenter de saisir comment s'articulent les phénomènes d'hallucinations, de langage, et atteindre le noyau du délire. Cela ne veut pas dire le comprendre. Il n'y a rien de compréhensible dans ce qui constitue ce noyau, mais néanmoins une logique est à l'œuvre et nous pouvons en saisir l'articulation.

"Commencez par ne pas croire que vous comprenez nous dit Lacan. Partez de l'idée du malentendu fondamental. C'est là une disposition première, faute de quoi il n'y a véritablement aucune raison pour que vous ne compreniez pas tout et n'importe quoi." Ceci d'autant plus que le paranoïaque se situe sur le plan de la compréhension. "C'est qu'il y a de la signification. Laquelle, il ne sait pas mais elle vient au premier plan, elle s'impose, et pour lui elle est parfaitement compréhensible." Et Lacan ajoute quelques lignes plus loin : "puisque il y a compréhension, nous comprenons. Et bien justement, non !"<sup>3</sup> L'important, et Lacan insiste là-dessus : c'est ce que le sujet dit, et non pas ce que l'on peut croire de ce qu'il a voulu dire.

Ceci pour mettre l'accent sur la structure du langage même si le psychotique, ignore la langue qu'il parle.

Avec son retour à Schreber, Lacan soulève l'intérêt et l'importance de la mise en lumière des phénomènes de langage repérés dans le discours tels que les néologismes, les ritournelles et les formes allusives. Au début de son délire, le sujet ne peut rendre compte de ce qui lui arrive, quelque chose de vacillant demeure en suspens, c'est un moment de perplexité. On peut percevoir que la dimension que nous ouvre la structure de l'allusion est centrale pour élucider ce qu'il en est de la fonction du sujet. Pour le sujet impuissant à comprendre ce qui se passe pour lui, et qui lui vient obligatoirement de l'Autre, c'est l'injure qui vient le nommer comme être au monde. Et comme cela le concerne, il ne peut le donner que sous une forme allusive.



Lacan nous fait remarquer que si "on écoute simplement le sujet, ce que l'on obtient est plus vivant." Et il insiste sur la valeur de témoignage que ce soit au sujet des écrits de Schreber, mais aussi au travers de l'écoute, "car seul le patient peut témoigner... de ce rapport du sujet au système du langage"<sup>4</sup> que nous devons recueillir comme tel.

Ainsi si la technique analytique propose un cadre particulier au sujet névrosé, elle est incompatible avec la position du sujet psychotique, car pour lui l'inconscient ne fonctionne pas, il n'est pas barré par le refoulement, le sujet ne se présente pas en supposant chez l'autre un savoir que ce travail analytique lui ouvrira. Il sait, et pour lui il n'y pas de savoir à élaborer, il est déjà là constitué. Au contraire il est détenteur d'un savoir sur la jouissance qui parfois se manifeste sur le mode de l'horreur devant la certitude que l'Autre jouit de lui. Néanmoins le sujet psychotique investit les lieux où il peut rencontrer un analyste ou une personne qui accepte de l'écouter. Par cette parole qui se déploie le sujet vise l'élaboration d'une loi nouvelle, un ordre de l'univers qui pourrait le soutenir. Ainsi l'analyste devient le témoin, celui qui peut prêter caution à cet ordre nouveau pour le sujet. La place qui lui incombe est de permettre au sujet de réorganiser une chaîne signifiante propice à une pacification de la jouissance.

### Catherine s'écrit une histoire.

Catherine comme Schreber n'a eu personne pour l'empêcher de parler. Malgré l'envahissement de ses symptômes, elle n'a quasiment pas été hospitalisée, si ce n'est à deux reprises, et cela deux ans après son déclenchement. Comme Schreber, elle a utilisé l'écriture pour construire une métaphore délirante.

Elle va jeter sur des feuilles volantes, en général non datées, les profusions immaîtrisables de l'univers de signes qui s'imposent à elle, et les hypothèses qu'elle élabore pour leur donner du sens. En évoquant en séance l'existence de ces écrits, elle me propose de les lire, comme elle l'a déjà fait pour son entourage familial. Elle les présente comme le témoignage de sa souffrance. Elle m'apporte un dossier plein de feuilles volantes, et 3 cahiers dont l'un doit être écrit au début de son délire, le second est adressé à la psychologue qui la recevait en 96, le troisième relate l'histoire de BIBROB, le personnage central qui la représente. Les dernières notes datées sont de 99, peu de temps avant qu'elle s'adresse à moi. Ainsi depuis 99, je la reçois régulièrement et nos séances semblent avoir pris le relais de ces feuillets.

Catherine est une belle femme très soignée, qui aime les toilettes et les bijoux. Elle a le verbe un peu haut, un ton revendicateur, elle est régulièrement insatisfaite du monde dans lequel nous vivons. Elle en veut aux médecins, à la société parce qu'elle n'a pu retrouver un travail à la hauteur de sa qualification après sa maladie.

Lors de notre première rencontre, elle a 34 ans, elle vit avec sa mère, elle a un petit travail de correspondante de presse pour un journal local. C'est un travail qui met aussi en jeu l'écriture, et qui concerne les petits autres avec lesquels elle a bien du mal à composer. A cette époque, seul le médecin généraliste la suit et lui prescrit son traitement neuroleptique.

### Sa maladie.

Elle me raconte "sa maladie", lorsqu'elle est "tombée en dépression". Elle venait de passer avec succès son DESS de Marketing, avait fait un séjour en Hongrie chez une correspondante, et recherchait un emploi. Pour cela, elle s'installe chez son frère à Paris, elle obtient un premier entretien dans une grande entreprise alimentaire qui est intéressée par sa candidature. Elle se présente à l'entretien qui laisse augurer d'une suite. Elle rentre par le RER et, dit-elle, croise un prêtre qui lui dit : "vous n'allez pas bien !" A partir de là, tout commence à lui faire signe, la télévision s'adresse à elle, les journaux parlent d'elle, elle reconnaît sa photo dans le journal "Le Monde", ou sur les pièces de monnaie (ce qui n'est pas sans lien avec son prénom). Nous sommes fin décembre, elle rentre chez ses parents. Elle est très mal, va consulter un psychiatre, mais ne sera hospitalisée qu'en 91, près de Tours.



### Situation familiale.

Elle est la dernière enfant d'une famille de cinq. Ses parents sont agriculteurs, son père a été hospitalisé lorsqu'elle avait 8 ans pour une forte dépression. En 96, j'avais reçu ce couple qui allait mal, en proie à une jalousie excessive du père. Son père semble être une personnalité paranoïaque qui a décompensé après le début de la maladie de sa fille. Il a eu des moments d'errance, puis un délire de jalousie, qui s'est pacifié avec la séparation du couple.

**Avant le déclenchement**, elle se décrit sous les traits d'une jeune femme dynamique, entreprenante qui voyageait facilement (stage de 6 mois à Dublin.) Elle dit : "je fonçais dans le brouillard. Il y avait quelque chose qui me poussait sans y penser." Elle était travailleuse, sérieuse, et très attachée au maintien de la cohésion familiale. L'année de son DESS, elle a déjà éprouvé des moments de vacillement, elle ne se sentait pas bien pendant son stage, et s'est présentée à la soutenance de son mémoire avec beaucoup de difficultés, elle n'y a d'ailleurs pas obtenu la moyenne. Est-ce que le déclenchement a été inauguré par l'intérêt porté à sa candidature par cette entreprise très connue ? Se retrouver sur le marché du travail, assumer la perte de l'ambiance étudiante : amis, cadre universitaire, fut très difficile. On peut entendre que le savoir universitaire, et les études de marketing qu'elle suivait, permettaient de recouvrir le trou dans le symbolique, qui avec la fin des études se découvre comme une béance qui l'engloutit. Elle dit : "C'est arrivé à un moment où je n'avais plus d'études, plus rien pour me tenir."

Néanmoins des événements antérieurs dans sa vie l'ont confrontée à des moments énigmatiques. Le premier date des ses 17 ans, lors de sa première rencontre sexuelle. Un jeune garçon, après l'avoir côtoyée, l'invite dans son appartement. Il souhaite avoir une relation sexuelle avec elle. Elle décrit ce moment comme quelque chose qui lui est complètement extérieur, déshabité d'affect : "il m'allonge sur le lit, et essaye de me pénétrer et impossible. Il m'a fait une fellation" puis elle ajoute : "pendant ma maladie, j'ai eu l'idée qu'il m'avait violée." Elle est en position d'objet de l'autre, ce qui se passe ne la concerne pas. La seule façon qu'elle trouve pour se réapproprier ce



qui s'est passé pour elle, de donner une signification au désir si énigmatique du jeune homme fut de ramasser cette expérience hors sens, sous le viol. Elle est livrée à la jouissance de l'autre. Le viol tient une place importante dans les premières années de son délire, où elle se dit violée toutes les nuits.

On peut se demander si cette rencontre sexuelle à 17 ans n'est pas l'élément déclencheur de sa psychose. Cependant malgré le trouble que cet événement produit, elle n'indique pas être envahie par des phénomènes élémentaires, elle dit seulement que cette question l'a poursuivie tout au long de ses études. Ce premier temps est plutôt proche de ce que Lacan décrit pour Schreber comme "la pré-psychose", un temps où des symptômes apparaissent sans pour autant bousculer complètement l'ordre symbolique. Elle bute sur une question fondamentale de l'être humain, qui reste plus énigmatique pour un sujet non soumis à la fonction phallique. C'est une question centrale pour Catherine qui l'interroge continuellement dans son délire.

### Le noyau du délire

La question du noyau du délire, sur laquelle Lacan nous demande de nous attarder, semble se structurer pour Catherine dans la réponse qu'elle élabore face à l'énigme qu'elle rencontre : **qui est-elle et que lui veut l'autre ?** Elle va construire deux hypothèses qui seront les deux pans d'une logique récurrente. Les voici telles que j'ai pu les extraire de ses notes écrites, donc au début de son délire.

- **1<sup>ère</sup> hypothèse** : "Des scientifiques se sont présentés chez mes parents qui étaient d'origine modeste, ayant élevé quatre enfants, ayant plus ou moins de problèmes d'argent... Les scientifiques ont influencé les morpions et mes parents à faire un bébé sans amour, sans le père. On a inséré des graines dans le ventre de la mère avec un laser." (on peut noter comment elle évacue la fonction paternelle.)

- **2<sup>ème</sup> hypothèse** : "je suis née normalement et à l'âge d'un ou deux ans, on m'a opérée pour m'insérer un laser dans le vagin pour faire un robot."

L'élément de certitude va se focaliser sur ce concept de robot. Elle est un robot, ni homme, ni femme, qui produit de l'argent par l'entremise du sexe. Elle est "violée la nuit pour faire des films pornos qu'on commercialise, et ça aide au budget de l'Etat." Observons comment ses études de marketing avec la circulation de l'argent font collusion avec la question du rapport sexuel.

Ces deux hypothèses sont reconstruites maintes fois pour évoluer progressivement. Pour elle, ça ne cesse pas de s'écrire. Le psychotique, qui n'a pas de pré-histoire, repense rétroactivement son passé. Face à cette réalité qui a subitement chuté, le délire permet

de reposer progressivement les pierres d'une nouvelle réalité, et cela par élaborations successives.

### La transparence

Le robot ne peut rendre compte de toute cette jouissance qui l'envahit, elle va donc y conjoindre la transparence. Cette idée lui est apparue un jour où elle sortait d'une consultation chez son psychiatre. Elle a entendu des personnes inconnues rire. Pour elle ces rires la concernent. Parce qu'elle est un robot transparent, tout le monde lit ses pensées et, en miroir, elle lit dans les paroles des autres, dans leurs faits et gestes, des signes qui sont des messages, en réponse à ce que les autres ont lu dans ses pensées. Tout lui fait signe, même les objets les plus insignifiants. Les plaques d'immatriculation ont une signification, les couleurs d'un vêtement d'une personne rencontrée, les chiffres évoqués banalement dans une conversation. Un exemple : le chiffre 25, pour elle, veut dire "pute". Elle explique qu'elle fait sa "traduction simultanée". Nous voyons que son être de jouissance est impliqué dans ce processus de "traductions injures". Comme le dit Lacan dans le séminaire les psychoses, "ce qui concerne le sujet est dit réellement par le petit autre."<sup>5</sup>

Pour Catherine, toute la difficulté est de faire face à cette jouissance qui l'envahit quotidiennement. Elle est une martyre de l'inconscient, elle dit combien c'est fatigant d'avoir une pensée qui ne s'arrête pas de penser.

Elle a construit l'histoire de ce robot qui la représente, elle l'a appelé BIBROB. Il est à l'origine du monde, c'est lui qui fait tout, qui crée l'argent qui circule dans la société. Malgré tout, elle échoue à trouver une explication claire et logique pour justifier l'existence de ce robot et la façon dont il produit cet argent. Dès lors, elle peut quelque part garder un sens critique qui n'entrave pourtant en rien sa certitude d'être transparente et de tenir une place d'exception.

Elle parle en séance librement de cette transparence, mais pendant un temps assez long qui commence à s'estomper, elle revendiquait qu'on lui dise la vérité. "Je suis transparente et personne ne me dit la vérité!" Nul ne venant corroborer son hypothèse, elle peut énoncer une contre-proposition : "c'est ma maladie qui a fait que j'ai développé toutes ces idées", très vite balayée par la certitude première plus plausible pour elle. Elle repose sans cesse cette question en séance, et me l'adresse car personne d'autre ne peut la recevoir. Néanmoins elle reste déçue par les psychologues qu'elle a rencontrés qui n'ont jamais pu lui dire la vérité. L'essentiel reste dans le fait qu'elle trouve dans nos rencontres un lieu où elle puisse déposer l'insupportable de cette jouissance qui l'envahit. Elle vient hurler au scandale de sa situation,

puis elle se résigne, car dit-elle, il faut qu'elle accepte de vivre avec cette transparence, qu'elle fasse le sacrifice de sa vie pour les autres, en acceptant de ne rien avoir en contre partie. Les revendications tournent autour des paradoxes de sa construction. En effet si elle est transparente, si c'est elle qui crée ce monde, pourquoi donc les gens lui envoient-ils "des piques sans cesse" ? De même si elle est si importante pour ce monde, pourquoi est-elle née dans une famille modeste ? Elle aurait du être la fille de Chirac ou de Bush.

Elle reprend en séance ses hypothèses, elle les réélabore sans l'écriture. Elle cherche à voir si ça tient debout. "Ça me tient debout mais ça ne tient pas debout !" dit-elle avec lucidité. C'est justement parce qu'elle sait que ça ne tient pas debout pour la plupart des gens, qu'elle a compris qu'elle ne peut pas en parler ailleurs. Pendant un temps, elle dit qu'elle vient pour "trouver les arcanes de l'énigme." Car, dit-elle, son "vrai objectif de vie, c'est de savoir la vérité, tout ce qui est à côté, c'est des histoires ! -" Elle reformule ses constructions qui donc subissent un remaniement continu. Elle voudrait résoudre l'énigme de cette histoire du robot aux pensées transparentes. Elle cherche avec moi des parades pour faire face aux attaques des autres. Elle tente de répondre avec l'humour, mais cela lui est difficile. Dans certaines situations, elle préfère fuir. (Itélé, émission comique pleine de rires). Je la soutiens dans ses observations et les positions qu'elle prend lors de ces passages critiques.

Elle a, ces dernières années, surmonté sans trop de difficultés des périodes difficiles. Elle avait rencontré un homme avec qui elle avait entretenu une relation affective et mené une vie commune. Mais elle n'a pu supporter le fils de celui-ci, c'était devenu "le trio infernal". Elle a pu prendre ses distances pour ne pas croiser le jeune homme, puis son ami a préféré leur séparation. Cette relation stable était une victoire pour elle. Elle a souvent repensé les choses en séance, elle est encore parfois poursuivie par des questions mais, néanmoins, elle ne vit pas cette séparation comme une persécution. Elle comprend que son ami avait du mal à supporter ses symptômes.

**Le transfert ou pourquoi est-ce que je ne la persécute pas ?** Une question importante quand on sait que tout signe lu chez l'autre peut être une insulte à sa personne. Elle m'a dit que le dernier psychologue lui renvoyait des choses dramatiques mais pour moi, elle ajoute "vous au moins vous souriez !" Ce sourire qui au contraire aurait pu être interprété comme une attaque, est lu de façon positive. Cependant tout est à inventer et à réaménager. J'ai parfois vécu des moments un peu pittoresques, où elle amenait sa mère en séance et criait devant elle son incompréhension face à ce monde hostile. Une autre fois, c'est à son ami qu'elle souhaitait que j'explique "sa

maladie". Mais je reste pour elle un repère face aux situations difficiles, elle peut à ces occasions demander à me rencontrer plus souvent. Par contre, elle supporte mal que je la fasse attendre, et je ne peux changer les rendez vous sans précaution. Je crois comprendre que je me situe pour elle dans la liste des personnes qui peuvent en connaître un petit bout sur le monde, comme celles dont elle retient les citations. Elle se souvient ainsi de formules toutes faites, réponses à tout qui stoppent un temps la rumination continue de sa pensée. "On ne peut pas refaire le monde" aurait dit Jack Lang. "Il y a toujours une part de mystère dans la vie", ponctuation de son père qu'elle reprend à son compte. Ces formules qui ne renvoient rien, lui permettent un semblant de capitonnage qui a pour elle un effet pacifiant.

Elle vient, maintenant, surtout pour "se protéger de ces idées", "trouver un moyen de ne plus avoir ces idées" dit-elle. Elle a emprunté à un ouvrage sur mon bureau un signifiant pour cerner ce qu'elle vit. Elle a "les pensées à ciel ouvert." Ces pensées parasites l'embarrassent. Sans le Nom du père pour capitonner la chaîne signifiante, sa pensée est sans limite. Ne penser à rien, c'est pouvoir souffler, pouvoir agir sans être embarrassé en permanence par une "traduction simultanée". Mon travail est de chercher comment peuvent tenir ensemble le signifiant et la jouissance et cela dans des variantes non standard que représentent les différentes psychoses. Pour cela, il faut souligner, revenir, sur les signifiants, les isoler, les séparer de la chaîne. Ce n'est pas se laisser entraîner par une parole folle au nom du fait que le délire est une "tentative de guérison."

Nous devons apprendre du sujet psychotique : comment il réussit à ne penser à rien, comment il réussit à introduire du silence pour pouvoir nous-même savoir comment nous pouvons l'aider à introduire de la coupure.

Catherine reste à l'initiative du travail, ma place de secrétaire est de transcrire et enregistrer la chronique de ce qui peut tenir pour elle, en interrogeant la logique de sa construction, ce qui lui permet de l'affiner, voire d'en abandonner certains pans. Il me semble qu'en étant témoin, secrétaire de l'aliéné, je permets à Catherine d'en passer par une adresse à une autre pour construire une hypothèse sur le monde qui l'entoure, qu'il puisse "tenir debout pour qu'elle puisse tenir elle-même debout."

<sup>1</sup> LACAN J., séminaire III, p. 14.

<sup>2</sup> FAMRET J.P., Symptomatologie générale des maladies mentales (leçons à la Salpêtrière, 1850, 1852) in "des maladies mentales et des asiles d'aliénés" (1864) Tome 1, Editions Sciences en situation, 1994.

<sup>3</sup> LACAN J., séminaire III, p. 30

<sup>4</sup> LACAN J., séminaire III, p. 234

<sup>5</sup> LACAN J., séminaire III, p. 65



# ATELIER ÉCRITURE

## Historique et évolution de l'atelier

L'atelier écriture a été envisagé par Mme Eliane PAMART (psychologue de l'unité à l'époque) suite à la demande d'écrire d'un patient hospitalisé à plusieurs reprises en gériatrie-psychiatrie. Mme PAMART nous a alors proposé, au cours d'une réunion sur l'analyse des pratiques, de réfléchir sur la mise en place d'un atelier écriture : circonstances, lieu, planification dans le planning des activités. La 1<sup>ère</sup> approche a eu lieu il y a environ 2 ans. Elle fut interrompue du fait du déménagement du service et d'un mouvement du personnel encadrant. La 2<sup>ème</sup> approche a eu lieu il y a environ 1 an suite au retour du patient intéressé par l'écrit et l'informatique. Certains membres de l'équipe se positionnèrent comme référents et inscrivirent l'atelier dans le planning des activités hebdomadaires. Le jour retenu fut le lundi après-midi tous les 15 jours. Nous avons pu constater que les patients étaient dans l'ensemble intéressés. La fréquence de l'atelier a été augmentée pour qu'il ait lieu toutes les semaines et plus si les patients le demandent en individuel.

## Déroulement d'une séance

Un tableau d'inscription avait été mis en place pour que les patients prennent l'initiative de s'inscrire à l'avance et s'impliquer. Ce projet n'a pas fonctionné. Suite à cet échec, nous avons repris le fonctionnement précédent. La possibilité de repère est assurée car les ateliers et le jour de leur déroulement sont affichés dans l'unité. Le lundi après-midi, le soignant éveille l'intérêt des patients en proposant l'atelier écriture.

Le soignant veille à adapter le déroulement de l'atelier en fonction du choix et du désir du patient mais aussi en fonction de ses dispositions et de son humeur. Si certains patients choisissent le thème de l'écriture, d'autres attendront une proposition du soignant. Le sujet sera alors proposé en fonction des événements de l'actualité et/ou du calendrier (saisons, fêtes, religions...). Un poème ou un texte peuvent aussi être proposés.

L'atelier a lieu soit en groupe soit en individuel. La durée est d'environ 45 minutes. Passage de l'écrit au dire (discussion, échange entre les patients et le professionnel), ceci permet la verbalisation. Matériel : porte-plumes pour le travail de calligraphie et le rappel de leur vie à l'école, bic, crayons, buvards, cahier avec lignes, table ronde qui facilite l'échange et le regard, tableau.

A la fin le soignant laisse la possibilité au patient de conserver son écrit, l'intégrer dans le dossier ou s'il s'agit d'un courrier de l'envoyer. Il est parfois arrivé



que le patient ait affiché son écrit dans le service. De plus, nous transcrivons le thème et le déroulement dans le classeur des activités afin qu'il soit, oui ou non, reconduit.

## L'importance de l'écrit chez la personne âgée

Nous allons aborder les différentes formes que peut prendre un atelier écriture et de tout l'intérêt qu'elles apportent.

L'écriture est un moment privilégié avec le soignant. Il donne de l'attention ce qui peut permettre au patient d'être valorisé. C'est aussi créer une convivialité au sein du groupe.

La valorisation de l'écriture peut déboucher sur la valorisation de l'estime de soi. Par l'utilisation du porte-plume, certains patients retrouvent le souvenir et le plaisir d'une belle écriture.

L'écrit a aussi un versant exutoire : écrire ses mémoires, parler du passé, écrire ou inscrire ses souvenirs heureux ou malheureux (les thèmes récurrents sont souvent le travail, les souvenirs d'école, le mariage). L'écriture maintient le lien social. Soit par l'élaboration d'un courrier envoyé à leur famille ou par l'évocation d'un souvenir témoignant de leur identité sociale. Exemple : leur place et le lieu dans leur commune, dans leur travail.

Le support écrit laisse une trace qui témoigne de leur existence ce qui est rassurant pour certaines personnes âgées qui ont peur d'être oubliées. Lorsque nous proposons l'élaboration d'un arbre généalogique, il s'agit pour eux de s'inscrire dans leur histoire familiale et de rappeler leur place au sein de leurs ascendants et descendants. Ils peuvent alors voir qu'ils sont acteurs dans la continuité.

En gériatrie-psychiatrie, la population accueillie peut présenter des troubles mnésiques. L'atelier écriture sert alors à stimuler la mémoire de la personne âgée.



## Cas concret

L'activité se déroule l'après-midi après le goûter. Je propose l'atelier écriture au groupe de patients. Une personne répond spontanément. Je dois solliciter les autres qui me paraissent tout à fait capables d'écrire. C'est le cas de Mme A. qui dit mal écrire. Je me permets d'insister, la connaissant un peu. Elle se révélera par la suite la plus motivée et la plus confirmée dans le style.

Quatre personnes se retrouvent alors autour de la table où sont disposés encriers, porte-plumes, buvards et feuilles rayées.

La conversation s'anime autour du matériel qu'elles ont utilisé autrefois. Certaines sont inquiètes (il y a si longtemps qu'elles n'ont pas utilisé le porte-plume) mais l'envie et la curiosité l'emporteront.

Je propose la lecture d'une méditation souriante pour ceux qui se croient toujours jeunes. Plusieurs paragraphes de réflexions sur l'inconfort de la vieillesse et les constats d'incapacité physique qu'elle engendre seront écoutés avec sourire et interventions verbales.

Une seconde lecture est faite. Je leur demande de choisir 3 paragraphes qu'elles ont particulièrement aimés. Nous les écrivons ensemble : les patients sur une feuille rayée et moi-même sur le tableau afin de ne pas les mettre en difficulté d'orthographe et de respecter le rythme de chacune.



**Véronique Gazengel**, Aide médico-psychologique  
CH Pontorson

**Annick Lefrançois**, Aide-soignante  
CH Pontorson

Je me rappelle que le porte-plume permet une meilleure application et qu'elles peuvent se référer à l'écriture d'autrefois qui était plus stylée qu'aujourd'hui.

Chaque paragraphe amène naturellement réflexions et échanges. Chacune y va de ses réflexions et se reconnaît dans le teneur du texte. Comme : "le coin de ma rue est deux fois plus éloigné qu'avant et ils ont ajouté une montée que je n'avais jamais remarquée".

La bonne humeur s'installe et permet une pause. L'ambiance est ludique. Toutes iront jusqu'au bout de l'écriture sans se rendre compte du temps écoulé.

La séance aura duré 45 minutes.

Un des textes sera exposé dans la salle pendant quelques jours. Les autres seront classés dans le dossier d'activité.



**Dr Jean-Claude Anderson**  
Psychiatre hospitalier  
CHS Caen



**Dr Marguerite Colin**  
Praticien Hospitalier  
CH Pontorson



**Claudine Lemarié**  
Infirmière  
CH Pontorson



# LE POÈME : ESPACE DU VIVANT AU SINGULIER



**Pascal Fauvel**

Infirmier  
CH Saint-Malo

*Je commencerai par exprimer ce qui m'a conduit à créer un atelier d'écriture dans le cadre de la sociothérapie en 1994.*

*Les données du savoir mêlées au lieu de l'expérience m'ont permis d'ouvrir le chemin d'une éthique. Mon exercice près de la souffrance psychique m'a conduit à adopter une position d'humilité afin de ne pas blesser davantage des êtres meurtris dans leur histoire.*

*L'atelier d'écriture est arrivé ainsi tel un outil qui prolongeait ce pas de côté dans lequel j'avais souhaité me tenir. Ce pas de côté me sert à ne pas me précipiter dans mon acte mais plutôt à accueillir, à observer lentement pour laisser apparaître chez le patient une parole moins mortifère. Mon désir, ma curiosité de la Poésie, peu intéressés par les discours convenus, s'orientent plutôt vers les singularités des rythmes, des styles, des formes diverses que prend la langue chez les sujets.*

*Quel est l'intérêt de l'écriture et plus particulièrement de l'écriture poétique puisque celle-ci s'est imposée d'elle-même ?*

*A l'ouverture de cet atelier, je me suis bardé d'un tas d'outils techniques pour bien baliser les deux heures de l'activité. Un programme élaboré et composé de séquences de jeux, de charades et autres exercices créatifs, allait me servir à limiter mon angoisse. J'ai utilisé les livres de Jacques Charpentreau, poète et grand érudit de techniques et d'ateliers d'écriture. C'est ainsi que je me constituais une sorte d'écran afin d'éviter l'inconfort du vide, du silence, de l'apragmatisme que l'on connaît bien.*

*Je pense que cette phase était inévitable. C'était une expérience nouvelle dans un cadre inconnu. C'était une tentative de médiation assez délicate utilisant les mots, la parole, la langue et tous les effets de symbolisation implicitement induits.*

*Il aura fallu quelques mois d'une activité lourde, éprouvante pour moi, probablement aussi pour les participants, pour déconstruire cette programmation et voir arriver, peu à peu, une parole plus vivante.*

*Je profite d'évoquer ici l'aide régulière de Nicole Auffret qui me permet de creuser la question des impasses nombreuses dans la conduite d'un atelier thérapeutique.*

## Les objectifs thérapeutiques

A partir de l'élaboration théorique, il s'agit de proposer à tout sujet un espace pour une évolution psychique par ces deux versants :

- le versant de l'inscription par sa prise de position dans l'espace ; la lettre, la trace, la forme...
- le versant de son articulation à l'autre par le tiers de la médiation.

## Les différentes séquences de l'atelier et la simplification de la position

### ■ L'accueil

L'accueil des participants, pas plus de six, est le moment d'une conversation qui a l'intérêt d'une mise en atmosphère afin de « désolenniser » l'acte de l'écriture. C'est le temps d'une décrispation dans le but que chacun s'installe ainsi qu'une circulation, parfois, de livres, de poèmes rapportés de la maison.

### ■ L'introduction à l'écriture

Mon support est l'Anthologie de Poésie du XX<sup>ème</sup> siècle en II tomes, publiée chez Gallimard. Chaque semaine, je suis les pages du livre en prenant un auteur qui succède à un autre et ainsi de suite. Je fais une brève présentation biographique puis je fais la lecture de un à plusieurs poèmes. J'extrait de ces

poèmes quelques vers que j'inscris sur un tableau Velleda. Ces vers sont saisis dans leur énonciation simple et défaits de la chronologie de l'ensemble du texte où ils se trouvent. Ils existent pour eux-mêmes. Je les propose alors comme un nouveau support afin que chacun y trouve des éléments pour lui-même dans la rédaction qui va suivre. On peut voir que cette succession de glissements : moi-même ⇒ le poète du jour ⇒ les vers désarticulés de leur texte du poète du jour, introduit le plus d'ouverture possible. S'il y a focalisation sur ma personne (par mon désir et le transfert), je ne fonde aucun sens orienté ni d'énoncé ordonné si bien qu'il ne reste que des mots quasi-« inoffensifs », gardés avec le dernier éclat de leur énergie esthétique. J'ai l'impression d'avoir utilisé l'un après l'autre plusieurs tamis afin de ne laisser à voir que le plus léger dans la beauté des mots (dans leur unité active ?), substance peut-être alors plus facilement saisissable pour les participants. Cet effet est peut-être renforcé en me pliant moi-même, comme tout le monde, à la rédaction d'un texte. Ainsi, l'image aperçue ou entr'aperçue, puis saisie à la volée, va être le fil utile pour convertir en mots une sensation, un sentiment qui a l'espace devant lui pour venir prendre une forme. Il y a donc construction d'objet pour chacun, à la dimension de celui qui en a fait le bref projet de quelques minutes. La mise en espace et la visualisation d'une forme de soi, par actions répétées, tracent une route de soi-dehors, met au bout de l'acte de la présence un peu

moins hostile ou ravageuse. Le mot crée l'espace. Il précise un champ et un lieu. Il est proposé comme une articulation avec sa signalisation entre plusieurs mondes psychiques. Dans l'atelier, il devient un outil au même titre qu'une couleur ou un son dans tout endroit d'expression et de création. Nous y prenons appui afin de faire circuler l'humain qui s'y tient tant bien que mal.

La route du dehors ou l'exposé de la forme doit permettre à chacun d'édifier une nouvelle rencontre avec lui-même dans le sens où il découvre une valeur dans son expression. Cette expression qui a trouvé racine dans l'être puis qui va à la rencontre de l'autre dans la phase de lecture ou du dire revient à son auteur enrichi de l'expérience du dehors.

### La phase de lecture ou du dire

Cette séquence permet à chacun, sans obligation bien sûr, de donner à entendre, ou à voir comme le proposait Eluard, l'objet rapporté de soi. Cette parole va vivre dans ce qu'on appelle le partage, cet espace énigmatique où le singulier tente une rencontre avec l'autre. C'est aussi le moment clef d'une interpellation pour moi-même. Si chaque participant s'adresse aux autres, et je ne sais pas vraiment dans quelle mesure, il est évident qu'il se préoccupe de ce que je vais pouvoir dire de son objet. L'équilibre est difficile car je dois éviter le piège d'une réponse uniforme tout en donnant à chacun un signe de valeur pour lui-même. Mon écoute de chaque texte doit accueillir le particulier qui s'y tient en suivant attentivement le fil d'une évolution d'une séance à une autre.

### Le poème face à la souffrance psychique et l'idée de l'esthétique

Le poème lui-même agit par le principe d'ouverture. Il n'est pas un objet de fixation du sens. Il ouvre un espace pour chacun. Contrairement au verrou, il propose des clefs. Il n'interprète ni ne persécute. Mieux encore, il ne juge pas. Tout sujet peut trouver une place parmi ces mots qui ne sont pas ordonnés par un discours ou une idéologie. L'avantage me paraît essentiel pour ne pas dire déterminant. L'assiduité des participants montre bien qu'il y a quelque chose qui ne cherche pas à les maîtriser. Ils ne sont soumis à aucun contrat ni obligation. Ce groupe est fondamentalement ouvert.

L'esthétique apparaît comme un axe thérapeutique essentiel, ou en tout cas comme un outil utile dans le processus de soin. Devant la pathologie récurrente, n'est-il pas important de sortir la parole de la

plainte ? Bien souvent, les premiers écrits partent des sphères psychiques en souffrance aussi il y a réellement à penser qu'ils ne peuvent en rester là, et qu'il faille trouver une articulation vers autre chose. Cette autre chose connue par l'expérience est la tentative de hisser la parole. « Faire du beau » pour sortir, autant que faire se peut, de la morbidité du pathos.

Il s'agit de stimuler une échelle nouvelle dans le lieu de l'expression de manière graduée, non brutale, pour ne pas laisser la parole dans l'isolement des stéréotypies ou d'autres impasses psychiques. Cela concerne la part mobile qui peut être plus active pour chaque inscrit dans l'atelier.

Il ne s'agit pas de rechercher une esthétique normalisatrice, au risque surmoïque incontestable, mais d'appeler le vivant chez tout sujet qui pourrait tendre vers une esthétique de lui-même. Ce vivant, propre à chacun, venu de lui, peut donner, dans la rencontre autour de la Poésie, des effets de plaisir par l'esthétique qu'il contient.

### Repérage par un exemple de la place du singulier dans l'atelier

Depuis le lundi 25 septembre 2000, M. vient à l'atelier. Elle vit en institution. C'est une schizophrène plaintive et logorrhéique. Au début, elle écrit au sujet de son père mort des textes cohérents, compréhensibles, très affectifs, on pourrait même dire affectueux, et elle pleure. Après quelques cinq six fois de présence à l'atelier, son écriture change. Cela se « déstructure », les mots arrivent pêle-mêle, jetés à la volée avec des effets d'esthétique indéniables par plusieurs endroits dans les textes, ces fragments, séquences d'elle-même produits toujours par le rythme de trois pages. Elle me dit : « je ne sais pas ce que je fais. Je ne comprends rien. Cela n'a pas de sens... » La question directe, impitoyable, la question la plus intelligente qui soit est là posée.

Je réponds que cela n'est pas grave, qu'il n'y a pas besoin de comprendre, qu'il s'agit de sensations, d'images, un peu comme la musique, la peinture, que tout cela est vivant, qu'il est intéressant de se laisser faire ainsi par les mots, par ces mots qui viennent d'elle-même. Je ne lui dis pas, bien sûr, qu'il me paraissait important qu'elle ait pris une distance, un temps soit peu, avec la mort de son père. Le glissement qui s'opère vers le vivant et l'acceptation pour elle d'une énergie différente me semble une



**Dr Si Ahmed**

Praticien hospitalier  
Psychiatre  
CH Saint-Malo



## LE POÈME : ESPACE DU VIVANT AU SINGULIER

évolution moins mortifère. Elle se dégage de quelque chose qui l'enfermait, me semble-t-il.

Extrait :

*« Le soleil brille et les oiseaux chantent  
Une agréable passion de rêve d'enfant  
J'oubliais ma plume pour t'inscrire dans ma  
mémoire.  
Le regard de ma plus belle voix c'est une plume de  
crayon qui ne s'arrête jamais  
Aimer pour aimer  
Vous êtes inscrits dans ma mémoire pour une belle  
vie qui me rappelle mon enfance. »*

Ce texte est important. M. l'a inscrit d'elle-même au tableau Velleda au cours d'une séance d'un autre atelier d'expression : poterie, peinture, confection d'objets divers... Un autre patient / participant me rapporte que M. avait mal supporté ma remarque de la semaine passée. Effectivement, le texte qu'elle avait produit était bien en deçà de ce qu'elle faisait habituellement, et puis elle réapparaissait d'une longue absence de l'atelier. Revenons sur cet épisode. Après son écrit achevé, dans la séquence de lecture, elle lit et m'adresse sa demande rituelle : « Est-ce que c'est bien ? ». Je réponds, après un temps de silence craignant la mauvaise formule qui casserait ce verre fin du lien que l'on manipule souvent avec le psychotique ; manipuler ou manier, correspondent bien à ces échanges quand les mots effleurent, semblent aussi se saisir de l'autre comme pour le tenir, le soutenir d'une main en passant l'obstacle... Je répondis alors : « Vous avez fait mieux... Ça commençait bien et puis, c'est moins intense que d'habitude... Mais tout cela n'est pas très important. Chaque texte a sa couleur (je dirai sa propre histoire) comme la vie chaque jour est diverse, inattendue ». Elle est visiblement affectée. Ce n'est pas la première

fois que j'aborde avec elle ces notions d'inégalité dans le geste et du résultat de l'objet écrit, qu'il ne fallait pas penser qu'il serait toujours bon et identique dans sa valeur. Cette réaction de M. montre son rapport à l'objet dans la satisfaction qu'elle en reçoit par mon intermédiaire, notamment sa difficulté d'en accepter les nuances, ou les fléchissements, comme une perte d'amour. Ainsi, elle est au bord des larmes puis se rassérène un peu. Ceci pour vous confier que le texte cité plus haut est une réponse de sa part. Elle me montre un effort produit pour être vraisemblablement à la hauteur de quelque chose, se hisse-t-elle vers une « exigence » dans le désir de me plaire ? De me satisfaire et par-là conserver sa place près de moi ? Ces questions tentent d'élucider l'effet produit par mon acte.

Tout à la préparation de ce travail, j'ai appris deux choses nouvelles que je voulais vous confier. Le dernier texte de M. est particulièrement intéressant. Il est plus homogène traitant du même thème, le bois, du début à la fin. Elle maintient son geste dans la même « image » et évite la chute habituelle chez elle de la plainte ou de la clameur de l'amour immense et universel. La fin reste, si je puis dire, dans le corps du sujet.

**Deuxième chose.** Il a été observé dans son travail en psychothérapie une diminution de la plainte et une recherche plus esthétique dans le choix de ses mots. La posture de l'écrit, la constance de la fabrication de cet objet-là, introduisent-elles des effets de bordure dans le dire du morbide ? Est-ce à dire que la parole pourrait-elle être mieux tenue, davantage hors de la plainte ? Quelle serait la nature de cette transmission ou de cette diffusion de l'écriture vers le dire d'un sujet ? Je vais conclure là avec des mots de M. : « la forêt laisse à la feuille le désir d'être l'étincelle des grands feux ».



## LA LANGUE DU FOU

**Introduction par une réponse à la logorrhée d'une jeune patiente psychotique dans l'atelier d'écriture.**

Mot jaillissement morceaux en villégiature espace en peau dedans dehors cri indistinctement coupable en plusieurs bouts la syllabe est une entrevue de l'écho de vides solidement juxtaposés des paumes étrangères se penchent se mettent en plume et laissent couler la chair liquide de toute chose le départ est on ne sait où l'histoire n'est pas un livre qui a été mangé l'histoire est un gouffre sans signalisation

sans marquage étoffe étouffée du sujet qui se promène dans son sang égaré sans visage masque impossible à employer dans la rencontre celle de bonne foi de premier plan même s'il est oblique la lutte est certaine presque par effraction dans le monde passage dans le miroir flaque à coupures à flou filant dans le mur un sujet porteur de vide a l'avantage de le posséder ce n'est pas une ruine avec de l'air dedans et tout autour le vide bouge cogne au bord de la peau peut frapper l'œil et pousser sa rumeur éperdument



*La Poésie ne tient pas de discours. Elle fait ce qu'elle peut avec l'infini de la langue jusqu'aux mots et au-delà qu'elle invente. Elle tente un chemin de signes, organise une forme au chaos. Elle a quelque chose à faire avec la langue de la psychose. Dans le non-conformisme d'une parole qui ne juge pas, ouverte aux savoirs sans discriminer, elle peut accueillir la langue particulière du sujet psychotique. Car langue il y a : trouée, éparpillée, renversée certes et, en même temps, souvent mobile et vivante. Vivante parce qu'elle atteste de ce combat à la survie d'un corps jeté dans une étrangeté du réel, mis en pâture aux coups de trique du réel qui sont principalement : naître, rencontrer, aimer, apprendre, grandir, se sexuer, travailler, épouser, paterniser, materniser, éduquer, gérer, mourir...*

### Dr Verlingue

Psychiatre  
Médecin Chef de  
l'unité d'alcoologie  
Hôpital Saint-Jean  
de Dieu à Léhon  
(Côtes d'Armor)

Le déclenchement est une sortie de route qui évoque un "je ne peux pas" sans équivoque. La structure psychique se fracasse alors et le sujet est emporté par ses gouffres.

Le sujet nous apprend à lui fabriquer une aide. Par une présence autour de chaque détail, et il n'y a nullement de petit détail, se façonne l'accueil du lieu thérapeutique.

L'argument de la Sociothérapie, à l'œuvre dans la Psychiatrie aujourd'hui, permet aux sujets souffrants d'établir des rencontres moins formelles que celles stricto sensu du soin : observance du traitement psychotrope, des consultations, observation soignante de l'évolution des troubles, autrement dit le suivi et la surveillance du symptôme.

On ne peut concevoir en Psychiatrie ce monolithisme du soin du regard arc-bouté sur le symptôme. La

proposition soignante doit aller au-delà. Le symptôme est un argument clinique de surface. Le sujet ne fait part que de la partie qui dépasse de lui-même, que bien souvent il ne comprend pas et qui finit par le jeter dans un **asocial** vertigineux.

Le symptôme a un rôle, me semble-t-il, celui de dire : "Je suis malade". Un soignant ordinaire pourrait répondre : "On va s'occuper de cela mais on va, ensemble, regarder et prendre soin de tout ce qu'il y a autour."

Aussi la Sociothérapie a l'avantage de lever la pression du symptôme pour le sujet / patient / participant qui devient un acteur dans un atelier. On va parler d'autre chose, on va faire autre chose, on va s'occuper de l'expression de chacun, en laissant en filigrane les mots habituels de la maladie. Appelons d'une autre manière l'humain capable de nous donner des objets de l'expression de lui-même.

