

**JOURNEES NATIONALES ARTAAS**  
**14 ET 15 OCTOBRE 2010 TOULOUSE**

**Du souci de l'autre et de la thérapie du patient : Prendre soin et prendre en soin.**

**Introduction : l'heure d'un constat ?**

Comment peut-on parler aujourd'hui du « prendre soin » et /ou « prendre en soin » quand on est, quand on travaille dans une institution (*ensemble d'acteurs regroupés autour d'une fonction sociale reconnue, légitime, et dont le comportement est prévisible et attendu*) (établissement : *lieu physique et géographique où se déroulent un certain nombre d'activités articulées autour d'une fonction sociale*) qui nous semble faire tout sauf, prendre en soin.

Au risque de décevoir, je ne vous parlerais pas pour l'instant de ce qu'est « prendre soin ou prendre en soin », parce que je ne sais plus trop ce qu'est prendre en soin. Par contre, j'observe tous les jours un certain nombre de choses qui me paraissent pour le moins en décalage, voire en contradiction avec la représentation que j'ai d'un établissement de soins, d'une institution soignante.

Il me semble déjà entendre votre question ; quelles sont ces représentations ? Autrement dit, qu'est-ce qu'un établissement de soins ? Qu'est ce qu'une institution soignante ?

Et forcément, qu'est-ce qu'un soin ?

Voilà les questions que je vais tenter de traiter au cours de ma présentation.

Je disais donc un décalage, voire une contradiction. En effet, pour l'instant, « prendre en soin », je ne crois pas que se soit :

- des hospitalisations à tour de bras sans raison médicale qui ne sont finalement que des enfermements
- des contraintes, des obligations, des injonctions paradoxales mais dites de soins
- des dysfonctionnements, conflits, des confusions à profusion

Bref, beaucoup de contradictions et de paradoxes

Alors peut-être que nos institutions sont aujourd'hui trop absorbées par leur gestion pour prendre soin de leur usagers, peut-être que ça n'est plus ce qui gouverne. Peut-être qu'aujourd'hui la priorité des établissements de soins s'est tournée vers la gestion économique et financière, la bureaucratie, le management, et que c'est devenue une fin en soi, en oubliant que cette gestion ne devait être qu'au service du soin, voire de celui qu'on soigne. Peut-être y a t-il aussi une raison à tout ça ?

Vous me direz, la crise identitaire des professionnels dits du soin n'est certainement pas chose nouvelle, mais vous verrez qu'il y a un peu de ça dans mon propos, cette idée de perte de repères, de perte de sens.

Mais bon, une fois qu'on a dit cela, que faire ? Peut-être peut-on néanmoins avoir un discours constructif. Pour l'instant, permettez moi de poursuivre un petit peu dans les constats...

« Du souci de l'autre et de la thérapie du patient ; prendre soin et prendre en soin ? » (Merci Philippe pour cette idée de titre qui mérite au moins une vie de recherche).

La difficulté, c'est que non seulement je ne sais plus ce que signifie « prendre soin ou en soin » mais en plus, (comme on est **quand même** aux journées nationales de l'ARTAAS) je ne sais plus trop ce que veut dire « agresseur sexuel » pour la simple et bonne raison que je ne vois plus ces patients. Les « voir » pourrait être entendu ici de plusieurs façons :

- soit que je ne rencontre plus ce « public » dans mon travail
- soit que je ne les vois plus comme tel

C'est sûrement un peu des 2 ?

## **I.1 :**

Quand j'ai commencé à réfléchir à cette intervention, je me suis posée une question toute simple, mais pour laquelle la réponse me semble loin d'être évidente : Qu'est-ce qu'on fait quand on prend un patient en thérapie ? Qu'est-ce qu'une thérapie ? Et pire encore, Qu'est-ce qu'une thérapie avec un patient auteur de violence sexuelle ?

Spontanément, comme ça, voici les réponses qui me sont venues à l'esprit, des réponses, qui vous le verrez, au regard de mes quelques expériences, sont déjà très orientées :

- entendre leur positionnement de victime « c'est pas moi c'est l'autre, c'est pas ma faute, j'avais pas le choix... »
- savoir se positionner habilement avec ces personnes qui sont si souvent particulièrement insécurisées et malhabiles dans la relation à l'autre. Savoir leur **renvoyer** tous ces éléments et leur incapacité à décoder l'autre (vous sentez la tentation du regard accusateur et normalisateur ?).
- Se défaire des rapports de force, tentative de séduction et de manipulation, des modes de relation dominant/ dominé.
- Entendre la souffrance qu'elle que soit la forme qu'elle prenne, le langage qu'elle utilise ou le mode d'expression qu'elle emploie. Entendre la souffrance, l'accueillir, la prendre en compte.
- Accepter et respecter les stratégies et les résistances de l'autre aussi bruyantes, déstabilisantes et pénibles soient-elles.
- Prendre le temps de travailler avec le patient (les fantasmes, les idées à l'origine de ses difficultés, les éléments de sa vie...) quand tout ça n'est pas conscient, il faut **pouvoir** les faire émerger pour les déconstruire jusqu'à ce qu'ils perdent leur **pouvoir**, leurs influences.

Ces quelques éléments de base, (qui résonnent comme du sens commun ?), ne répondent cependant pas à la question première : Qu'est-ce qu'une thérapie ? Qu'est ce que prendre en soins ? Qu'est-ce que prendre soin ? Deux questions en effet car ces deux formulations ne semblent pas avoir le même sens.

Sortons donc les rames, et faisons un petit détour étymologique.

Dans le dictionnaire historique, **prendre soin** signifie pourvoir aux besoins (matériels) de quelqu'un, s'occuper du bien-être de quelqu'un ou du bon état de quelque chose.

Au XV<sup>ième</sup> siècle, « **soin** » a le sens classique de souci, de chagrin, d'inquiétude, d'où « avoir soin de quelqu'un », c'est à dire, s'inquiéter pour quelqu'un. Dans le dictionnaire de Robert Estienne (1538), **soin** désigne l'occupation, la charge qu'à quelqu'un à veiller à quelque chose.

**Le soin**, c'est l'effort que l'on fait pour éviter ou obtenir quelque chose, c'est aussi la manière scrupuleuse et appliquée de faire quelque chose, que l'on retrouve dans l'expression « avoir soin des malades, donner des soins ». D'où également « **les soins** », qui regroupent de façon générale, les actes et les pratiques par lesquels on conserve ou on rétablit la santé.

La santé, bien-sûr, c'est celle du corps et de l'esprit, c'est la raison, le bon sens. La santé se dit aussi de l'équilibre et de l'harmonie de la vie psychique, religieuse (santé spirituelle), intellectuelle (santé de l'esprit) et morale.

**Soigner** signifie aujourd'hui s'occuper de rétablir la santé, l'équilibre de quelqu'un, s'occuper de guérir un mal. Dans ce sens, « **un soin** », c'est donc un acte par lequel on guérit un mal.

On remarquera que **par antiphrase**, soigner quelqu'un signifie le battre, le traiter avec rigueur, la personne qui est soignée, est celle qui reçoit une bonne correction (Soigner // Corriger // punie).

Voyons si « soin » a quelque chose à voir avec « thérapie »

« **Thérapie** » est un emprunt au grec *thérapeia*, soin, le mot n'est repris qu'au XIX<sup>ième</sup> siècle (1824) en synonyme de thérapeutique.

« **Thérapeutique** » est un emprunt savant au grec *therapeutikos*, « qui prend soin de » et « relatif au soin qu'on prend », aussi substantivé désignant l'art de prendre soin de quelqu'un.

Il est dérivé de *therapeuein* «prendre soin de », « servir (Dieu) » puis « prendre soin d'un malade » et d'abord être le serviteur, l'écuyer, ce dernier sens étant d'origine obscure (//*therapnê*, demeure). Le mot est introduit pour désigner la partie de la médecine qui étudie puis qui applique les moyens de soigner les maladies (qu'à partir du XVII<sup>ième</sup> et usuel qu'à partir du XIX<sup>ième</sup>). « **Thérapeutique** » s'emploie ensuite pour l'ensemble des moyens de traitement convenant à un cas particulier (synonyme de thérapie).

« **Thérapeute** » est un terme d'antiquité emprunt au grec avec le sens originel de serviteur, adorateur pour désigner des ascètes juifs qui vivaient près d'Alexandrie. Il est réemprunté tardivement au grec *therapeutes* spécialisé en médecine sous l'influence de thérapeutique et de thérapie. Dès ses premiers emplois pour « personne qui soigne les malades », il semble spécialisé dans un contexte psychologique.

L'art de prendre soin d'un malade, « **la thérapeutique** » désigne aujourd'hui tous les moyens mis en œuvre (le traitement) pour lutter contre un mal, une maladie.

J'aimerais également attirer votre attention sur cette formulation très communément utilisée qui est « **prendre en thérapie** » ou « **prendre en soin** », **pourquoi « prendre »** ? Comment doit-on comprendre cette action ? Est-ce qu'il s'agit d'une appropriation ? Est-ce qu'il s'agit de s'approprier l'autre pour en faire quelque chose ? Eventuellement de plus conforme ?

Est-ce que le fait de raconter sa vie, n'exposerait pas les personnes à une prise de pouvoir, à une capture par le pouvoir ?

**Poursuivre l'analyse = ce qui est demandé et espéré dans une prise en charge des auteurs de violences sexuelles.**

Objectif thérapeutique : modifier le fonctionnement psychique du patient afin que l'acte criminel ne soit plus le seul recours face à la menace d'effondrement. Modifier leurs attirances sexuelles ou au moins faire en sorte qu'ils intériorisent l'interdit de l'inceste. Alléger leur souffrance pour protéger les autres (et ainsi atteindre l'objectif de prévention de la récidive).

Je lis dans un ouvrage très spécialisé que, en ambulatoire on risque facilement de privilégier une réponse d'assistance psychologique parce qu'elle nous est plus familière et ce d'autant plus facilement que les symptômes anxio-dépressifs sont manifestes, et l'auteur de poursuivre, que même si cette mission ne doit pas être négligée, « ce n'est pas là, la mission qui nous est confiée dans le cadre de la loi » (Ciavaldini)

Mais justement qu'elle est la mission qui nous est confiée ???? **Trouver la phrase exacte présente dans l'ordonnance du juge** (*Justement à part « traitement » et « dans le cadre de la prévention de la récidive », c'est resté assez flou*).

Proposer des soins spécialisés pour diminuer la récidive, amender le délinquant sexuel, prouver que la loi n'est pas exclusivement répressive mais qu'elle se préoccupe de l'évolution du condamné ?

J'ai cherché une définition simple de ce que pouvait être une thérapie avec un agresseur sexuel et je n'ai pas trouvé, de la même façon que peut-être je n'aurai pas trouver de définition simple de ce que peut être une thérapie.

Mais si, ça me vient : thérapie = disparition du symptôme qui pose problème. En général symptôme qui pose problème à la personne elle-même (j'ai des migraines terribles docteur faites quelque chose) mais aussi à la personne qui subit les conséquences de ce symptôme (docteur faite quelque chose pour ma femme qui a de terribles migraines tous les soirs).

Finalement c'est de ça dont il s'agit : faire disparaître le symptôme, faire en sorte qu'ils ne commettent plus ces actes, ces délits, ces crimes. Et donc clairement éviter la récidive, la rechute vu que le symptôme implique une maladie. De toute façon, pour commettre ces actes, il faut bien être malade, ces actes sont forcément le signe d'une maladie et s'ils sont malades, il faut les guérir, le but de la guérison étant de faire disparaître le mal dont il souffre.

Tout un programme....

Bon et concrètement, ça donne quoi tout ça ?

Je travaille dans un secteur de psychiatrie adulte et uniquement en cmp, je n'interviens pas du tout en prison. Le plus difficile pour moi dans ma pratique au quotidien, c'est d'instaurer une accroche avec des personnes qui ne sont pas en demande, qui ne veulent pas venir, qui ne veulent pas rencontrer de psy(cho ?).

Dans la très grande majorité des cas, ces personnes ont été incarcérées, elles ont eu un suivi psycho en prison puis elles sortent de prison et doivent « poursuivre » ce suivi avec un autre

psycho qu'ils n'ont jamais vu (je dis « ils » parce que c'est là aussi la très grande majorité des cas). Autrement dit donc, ils doivent recommencer : j'ai rencontré quelqu'un très récemment qui m'a dit, je cite « j'en marre de me mettre à poil à chaque fois » : aïe, ça commence mal...

Vous me direz que c'est une stratégie bien rôdée et qu'il existe des façons de contourner cette résistance à dire. Il n'empêche que cela reste un obstacle majeur et que malgré tous les efforts que l'on peut faire, j'ai maintenant tendance à penser que c'est bien souvent mission impossible ou peine perdue !

Finalement cette intervention aurait pu s'intituler le soin e(s)t la peine ?

Le désarroi (thérapeutique) ou la tristesse du soin(gnant) ?

La tristesse de celui qui se dispose à recevoir des personnes, contraintes par la justice à se présenter à ce rendez-vous mais qui ne souhaitent rien de plus. D'habitude, je vois des gens qui sont en peine, là on me demande de voir des gens qui doivent faire leur peine.

Ils doivent faire leur peine et cela passe en partie par nous.

Pour bien comprendre cette implication, il paraît essentiel de faire un détour sur l'histoire de la peine en partant de l'époque des supplices. Vous me direz pourquoi faire ce détour par ces pratiques d'un autre âge ? C'est parce que l'histoire de la psychiatrie est intimement liée à l'histoire de la justice, qu'il nous faut obligatoirement faire ce détour. Pour comprendre le présent, c'est-à-dire les soins aux auteurs de violences sexuelles, il faut reprendre l'histoire de la psychiatrie, elle-même liée à l'histoire de la justice et de la pénalité. C'est une entreprise ambitieuse que voilà, aussi je vais me focaliser sur quelques éléments qui me semblent utiles pour mon propos.

### **Généalogie :**

L'époque des supplices correspond à celle de la justice souveraine (le bras vengeur du roi), le supplice est la manifestation du pouvoir qui punit.

A cette époque, la peine est centrée sur le supplice comme technique de souffrance, voire même comme l'art de retenir la vie dans la souffrance. Le supplice c'est la souffrance infligée sur le corps à la fois comme acte d'instruction et comme élément de punition (en châtement de la faute, du péché et donnée en spectacle au peuple). Je me contenterai ici de mettre en évidence deux éléments :

- le supplice comme moment de vérité
- le supplice comme moment du repentir

Le vrai supplice a pour fonction de faire éclater la vérité et ce, durant toute la procédure judiciaire. D'abord durant l'enquête, l'aveu s'obtient par la torture et dans la hiérarchie des preuves, l'aveu constitue un des éléments les plus importants qui sera systématiquement recherché (toujours par la torture) et répété pour être soi-disant spontané. Les techniques de la preuve administrée par les magistrats se mêlent aux procédés des épreuves par lesquelles on défait l'accusé : on lui demande (au besoin par la plus violente des contraintes) de jouer dans la procédure le rôle de partenaire volontaire. Je ne peux m'empêcher de trouver des similitudes avec ce que l'on demande aujourd'hui aux AAS (ou aux autres) ; choisir volontairement le soin tout en étant contraint de le faire.

Entre le juge qui ordonne la question (= torture) et le suspect qu'on torture, il y a encore comme une sorte de joute ; le « patient », c'est le terme par lequel on désigne le supplicié, est soumis à une série d'épreuves, graduées en sévérité et auxquelles il réussit en « tenant » ou auxquelles il échoue en avouant. On appelait ça « soumettre à la question ».

Vous avez bien entendu « patient », je vais y revenir.

Je voulais mettre en évidence deux éléments présents dans cette pratique ; le supplice comme moment de vérité et le supplice comme moment du repentir. Nous venons de voir (très rapidement) la question de la vérité, voyons maintenant l'autre point : le supplice comme moment du repentir. Une fois la preuve faite et la sentence formulée, le corps du condamné est à nouveau une pièce essentielle dans le cérémonial du châtement public, il est promené, exposé dans la ville et fait amende honorable, moment pendant lequel le condamné reconnaît solennellement son crime. Enfin venait le moment de la procédure qui devait amener le supplicié à la mort. Dans cette agonie, les souffrances du supplicié avaient valeur de pénitence et devaient dans une ultime épreuve, lui permettre de sauver son âme. L'histoire montre comment le public, à cette époque, a pu être touché par « celui qui meurt dans des sentiments forts chrétiens et qui témoigne le repentir le plus sincère » ou par « celui qui avait donné les signes les plus vifs de contrition et les plus forts témoignages extérieurs de religion ».

Reprenons un peu ceci ;

Se repentir (=être un pénitent) signifie être mécontent de soi et regretter amèrement d'avoir pris une décision, d'avoir ou de ne pas avoir accompli un acte, c'est également manifester le vif regret d'avoir commis une faute et la promesse de la réparer

La pénitence, la repentance, c'est le regret douloureux de ses fautes et les signes visibles du repentir. Le pénitencier est bien le lieu où l'on fait pénitence.

Avant de poursuivre notre généalogie, revenons sur un point que j'avais laissé en suspend :

Dico historique : « patient » est emprunté au latin « patiens » qui signifie « endurent, qui supporte ». Il qualifie la personne qui supporte avec constance les défauts d'autrui et qui souffre sans murmurer les adversités, les contrariétés (après 1150). Au cours du XIV<sup>ème</sup> siècle, « patient » reçoit le sens de « qui subit » désignant également la personne qui subit par opposition à « agent ». Puis il désigne spécialement et couramment le malade par rapport au médecin (toujours au XIV<sup>ème</sup> siècle). Il se rapportait aussi à celui ou celle qui subissait un châtement (1617).

Malgré toute la prudence et l'éthique dont on peut faire preuve, comment ne pas penser que notre travail est emprunt de tout ça ? Nous savons tous comment « les patients » sont emprunts et influencés par leur histoire familiale, souvent sur plusieurs générations. Alors comment ne pas penser que nos pratiques et nos actes sont influencés par l'histoire et particulièrement l'histoire des mots (des mots qui renvoient à des situations bien précises, langage et inconscient) ? Si nous les utilisons aujourd'hui avec un autre sens (ça reste à voir), ne peut-on pas penser qu'un sens plus ancien reste malgré tout toujours présent et continue d'imprégner les situations ?

**Reprenons notre généalogie** : l'époque des supplices laisse la place ensuite à une justice plus humaine car il devient honteux de faire souffrir les corps de cette façon. La peine devient alors la privation d'un droit dans laquelle on ne fait plus souffrir les corps, on corrige les âmes. On crée alors des lieux d'enfermements (prisons) dans lesquels on place tous ceux qui dérangent la société ; les criminels, les fous, les vagabonds, les syphilitiques, etc...

Vient ensuite un autre humanisme, celui qui va prendre en compte la folie et intervenir contre la criminalisation des fous. C'est la naissance de la folie comme discipline médicale qui aura en charge la gestion des fous dans la cité. Et c'est ici que se noue l'articulation entre la justice et la psychiatrie, car c'est à partir de là que la psychiatrie se propose d'assumer une mission sécuritaire. Une mission sécuritaire qui consistait à gérer les fous et à en être responsables. On remet les fous dans la société mais ils sont sous tutelle médicale, « cette médecine noue le principe de l'assistance aux fous avec l'exigence de prévenir le danger qu'ils représentent pour la société ».

C'est l'ambiguïté constitutive de la psychiatrie, le point de départ de toutes nos contradictions passées et présentes. Une ambiguïté qui provient de ce premier managment politico médical de la société. Mais poursuivons encore notre généalogie. Après la vocation première de gestion des fous et la modification de l'approche préventive, la psychiatrie, la médecine aliéniste plus précisément évolue vers une médecine hygiéniste : on ne vise plus seulement le fou, on vise maintenant la population et on va corriger les petites anomalies, la psychiatrie devient une psychiatrie des normaux et des anormaux qui ne soigne plus seulement les fous mais qui corrigent toutes les âmes. « En répondant à la règle du « maximum possible » (aujourd'hui obligations de moyens mais non de résultats) qui enjoint de défendre la société de toutes les anomalies qui la menacent de l'intérieur, la psychiatrie s'affirme comme science biopolitique par excellence, en menant la chasse aux dégénérés (aujourd'hui déséquilibrés) » (P. Di Vittorio).

De cette contradiction entre fonction biopolitique et vocation thérapeutique, nous en sommes arrivés aujourd'hui entre « le thérapeutique et le politique à une instrumentalisation et une disqualification réciproque où l'on fonctionne toujours pour l'autre (ma pratique est au service de...) dans une servitude volontaire. La médecine sert d'alibi aux stratégies de gouvernement des populations, tandis que la politique, vécue comme une espèce de destin intangible, alimente le pessimisme des professionnels et peut justifier leur inertie éthique et politique » P. Di Vittorio.

(Pathologisation du crime)

Donc si on résume un peu, on peut dire que, à chaque fois (idée de réforme, de progrès) la médecine s'est proposée de traiter un problème, en disant qu'elle pouvait le faire, qu'elle savait le faire. A partir de ce pouvoir qui lui était confié, elle a, à chaque fois, développé un savoir spécifique sur un nouvel objet. Ce savoir venant ensuite légitimer son action et son pouvoir. Avec « l'agresseur sexuel », elle s'est saisie d'un nouvel objet de pouvoir et de savoir (// rapport de séduction permanent entre politique et santé).

## Et nous, dans tout ça... ? Quel est notre rôle ?

Après ces tours, ces détours et nécessairement ces raccourcis, rassemblons un peu tous les éléments. D'abord sur l'étymologie de soin et thérapie (et leurs dérivés), qu'est-ce qu'il en ressort ? Que leurs premiers sens ont été : être le serviteur, l'adorateur, servir Dieu, c'était aussi, corriger, punir, guérir un mal dans un sens très religieux, c'était aussi l'occupation scrupuleuse et la responsabilité d'une personne pour éviter ou obtenir quelque chose. Au fil du temps, ces mots ont pris le sens, la direction d'un savoir théorique, scientifique, c'est devenu l'ensemble des techniques et des moyens pour soigner les maladies, puis les malades, avec toujours plus de spécificités, en même temps, cela c'est aussi élargie au fait de rétablir l'équilibre en général.

Rappelons que le terme de « patient » implique une dissymétrie, un irréversible déséquilibre de force qui faisait partie du supplice, cette idée de déséquilibre ayant probablement influencé la reprise de ce terme dans le langage médical. L'exécuteur du supplice n'est pas simplement celui qui applique la loi, mais aussi celui qui déploie la force, il est l'AGENT (face au PATIENT) d'une violence qui s'applique à la violence du crime, pour la maîtriser. De ce crime, le bourreau (ou le psy) est matériellement et physiquement l'adversaire. (Foucault). Nous psy, nous appliquons la peine, nous faisons partie de cette application et même si nous nous présentons comme simple intermédiaire, comme instrument, il n'en reste pas moins que nous sommes partis prenante de l'exécution de cette peine en tant qu'exécuteur du soin. Exécuteur d'un soin face à un « patient », relation dissymétrique dans laquelle ce dernier subit un châtement et supporte notre action, notre traitement. Nous sommes bien l'AGENT (contractuel ou titulaire) d'une contrainte (donc d'une violence) qui s'applique pour maîtriser la violence du criminel et de son crime. Notre pratique aujourd'hui prend ses fondements sur ce déséquilibre de force où l'un agit une violence que l'autre subit.

La généalogie que je me suis permise de faire très succinctement nous a montré quoi ? Qu'on torture le patient pour obtenir l'aveu, la vérité sur l'acte (que nous avons fait évoluer vers la fameuse vérité du sujet ?). Qu'on le contraint aussi à être le partenaire volontaire de tout ça. Qu'on veut qu'il se repente, c'est à dire que tout ce qu'on lui inflige doit lui permettre de faire pénitence et de sauver son âme. Généalogie qui nous a montré également que nous sommes les héritiers d'une mission sécuritaire, que nous sommes chargés de..., que nous prenons soins de... Enfin, que nous développons des objets de savoirs qui sont avant tout des moyens de pouvoir.

Bien-sûr, tous ces éléments se retrouvent cristallisés dans les soins aux auteurs de violences sexuelles ; il y a les discours et les savoirs scientifiques de la vocation thérapeutique qui viennent recouvrir d'un voile tous les éléments sous-jacents dont on tente de se défaire comme on peut (pour certains en tout cas), les enjeux inavoués que l'on tente de refuser, le rôle qu'on essaye de nous faire tenir en séduisant nos narcissismes.

On les contraint à venir nous rencontrer encore et encore, et aussi en quelques sortes à nous parler, on développe tout un tas de savoir faire pour les amener à s'exposer, à se livrer, à raconter leur vie devant chaque nouveau psy. On essaye de modifier leur fonctionnement, corriger leurs attirances, faire disparaître le symptôme « agresseur sexuel », transformer ce qu'ils sont pour les rendre plus conformes mais aussi et surtout pour protéger la société. On

doit amender le délinquant sexuel, pour ça, on évalue et on essaye d'amener le patient à une reconnaissance de l'acte et un ressenti d'empathie pour la victime, on lui demande d'être acteur du soin auquel il est contraint.

On les fait sortir de prison, on les remet dans la société parce qu'ils ont une obligation de soins, donc une mise sous la tutelle des psy. On met en œuvre la règle du maximum possible, l'obligation de moyens et on répond au contrat de défense sociale contre ces anomalies. D'ailleurs quand il y a une récidive, on s'empresse de questionner les psy pour trouver le manquement. On crée des dispositifs, des centres, des établissements toujours plus spécialisés afin de permettre une meilleure prise en charge, une meilleure observation, pour mettre en place des recherches scientifiques. Ces dispositifs représentent un enjeu économique important, on se bat un peu, parfois beaucoup, pour être celui qui obtiendra LE budget parce que c'est aussi le signe d'une reconnaissance, un pouvoir encore.

Les soins sous contraintes : peut-on soigner sous contraintes ? Est-ce que l'on soigne quand on contraint l'autre ? La violence peut-elle soigner ? Qu'est-ce que l'on fait quand on soigne sous contraintes ? On sécurise ! On gère et on sécurise la population. Mais de la même façon que l'asile n'a jamais guérit les fous, peut-être que la prison et les soins sous contraintes n'ont jamais guérit les AAS. Mais de la même façon que l'on gère les fous, on gère les AAS en les mettant sous tutelle, sous surveillance. Une surveillance qui se veut de plus en plus longue. Peut-on se permettre de dire aujourd'hui que ça ne marche pas ?

Prison pour la sanction ? Soin pour la correction ? Voilà le contrat tacite entre les parties, dont je fais partie. Un contrat qui me met de plus en plus en peine.

Ma peine, c'est le mal que je me donne pour tout ça. Je dis parfois qu'elle est peine perdue c'est-à-dire inutile. Mais quelle utilité peut-elle avoir ? Et d'abord quel but je lui donne ? Ma peine est-elle le prix de la répression que je dois opérer sur ma tentation d'un idéal, d'un but ? Ma peine est-elle la douleur que l'autre m'inflige à ne pas réaliser ce but ? Ma peine est-elle le résultat, la conséquence à vouloir à la place de l'autre ? Ma peine est-elle le résultat d'un idéal de transformation des êtres qui échoue à se réaliser ?

Je suis forcée de constater que quelque chose ne marche pas, que je suis face à une ou des contradictions invalidantes. Une lucidité qui m'amène au désespoir. Le désespoir c'est toujours en quelque sorte l'expérience de la limite et une résignation dans l'abandon de tout espoir, c'est-à-dire de toutes attentes vis-à-vis de quelqu'un ou de quelque chose.

Entendez ici le désespoir dans un sens éminemment positif celui-là même du philosophe André Comte-Sponville dans « le traité du désespoir et de la béatitude ». « Pour Comte-Sponville en effet, sous quelque forme qu'il soit accommodé à l'usage du bon peuple, l'espoir qui selon la prétendue sagesse « fait vivre » n'est en réalité qu'une maladie et une drogue voire un opium, quand ce n'est pas une forme de suicide de la pensée, comme le qualifie Albert Camus dans le mythe de Sisyphe. De fait, l'espoir constitue bien souvent une véritable politique de l'autruche ». (Pierre Michel). Entendez donc le désespoir pour sortir des contradictions, de la confusion et du découragement.

Rien à craindre, rien à espérer, c'est cela le désespoir. Le désespoir, pas la tristesse. Et même le désespoir contre la tristesse. Car la tristesse n'est jamais que la déception d'un espoir préalable. Et nul espoir qui ne soit déçu, qui n'ai son lot de tristesse et d'inquiétude. Si la tristesse est un état négatif, le désespoir au sens philosophique, selon Comte-Sponville est un état neutre. Il est le degré zéro de l'espérance, rien de plus, rien de moins. C'est une espèce d'état sans avenir (totalement contradictoire avec la prévention de la récurrence !) puisqu'il n'est pas d'avenir qui ne soit d'espérance. Le désespoir c'est le présent lui-même.

Le mot de désespoir pourrait vous gêner quelque peu pour ce qu'il évoque d'apparemment négatif ou triste, pour sa connotation mélancolique. On pourrait aussi utiliser le néologisme « d'inespoir » (E. Mounier) : « non pas le deuil de l'espoir mais son constat de défaut ». Mais le désespoir même le plus neutre, n'est jamais un état originel ; il suppose toujours la force préalable d'un refus. L'espoir est premier, donc il faut le perdre. Le terme de « des-espoir » indique cette perte, qui n'est pas d'abord un état mais une action. Le désespoir vient toujours après.

Si la première étape semble consister à se dés-espérer, se dés-illusionner, se démystifier, quelle pourrait être l'étape suivante ? Je constate qu'il y a quelque chose pour moi qui ne marche pas, avec tout ce que je viens d'évoquer, on peut penser que cette panne (l'idée de la panne étant déjà une contre performance ?) semble liée à cette contradiction ancienne mais toujours d'actualité entre la fonction sociopolitique et la vocation thérapeutique. Aujourd'hui, je me confronte clairement à cette contradiction et je me demande « qu'est ce que je fou là ?! ». La critique Foucauldienne pourrait nous enjoindre de repenser, ou au moins d'essayer, d'abord le rapport entre médecin, psy de tous poils et le patient (trouver aussi un autre terme !) et repenser également le rapport entre thérapeutique et politique.

Même si c'est ce qu'on nous demande, « Il faut renoncer à transformer l'espèce humaine » (A. Comte-Sponville). Une autre voie propose une « éthique de la transformation de soi », Foucault parle du « souci de soi ». Tient, on est passé *du souci de l'autre* (dans le titre) *au souci de soi*.

**Pour conclure**, je suis partie d'un constat d'échec dans ma pratique, d'un mal être dans l'institution pour laquelle je nourrissais tout un tas de représentations erronées. Mon souci a été d'essayer, avec ce travail, de comprendre et pour ça, je me suis recentrée sur les mots, ceux que j'utilise tous les jours, puis je suis allée voir un peu dans l'histoire en me disant que d'autres avaient déjà dû réfléchir à tout ça. Je voulais savoir un peu où me situer, moi, dans l'histoire, dans l'héritage qu'elle nous a laissé : l'histoire de la peine, l'histoire de la justice, l'histoire de la médecine, l'histoire de la psychiatrie. A la fin de toute cette déconstruction, ça ne peut être que la confusion, la mienne bien-sûr, la vôtre peut-être. On voit qu'au fil du temps, les choses n'ont fait que se répéter, se réactualiser et personnellement aujourd'hui, je ne sais plus trop où mettre les pieds. S'il faut choisir entre contrôle sociale et vocation thérapeutique tels que je les ai décrit, je serais tentée d'utiliser mon droit de retrait et c'est en ça, que le désespoir m'a paru une idée intéressante, pour marquer un temps d'arrêt : ne plus

croire, ne plus cautionner. Je vais commencer par voir ce que ça fait, en moi, dans ma pratique et chez les autres, non plus « les patients » mais les personnes qui viendront dans mon bureau.

« On aime à croire en effet que ce qui est encourageant peut seul être vrai » Paul Veyne à propos de Foucault et de son scepticisme.

.....