



## L'institution du tiers dans les pratiques cliniques

**Jean-Pierre Martin**, Psychiatre, Chef de service, Hôpital Esquirol, Saint Maurice (94)

**La demande d'un tiers dans l'accès aux soins psychiatriques est souvent la demande initiale. Elle exprime l'inquiétude de proches ou de professionnels à propos d'un sujet en crise, enjeu d'un désordre qui envahit l'entourage. La dramatisation est à la hauteur du sentiment d'impuissance à le faire cesser. Cette demande interroge le sens à lui attribuer et la pratique d'écoute du soignant, mais également sa place institutionnelle. Quelle place va-t-elle tenir dans l'approche thérapeutique ?**

**Historiquement, la politique de secteur psychiatrique** pose cette question comme demande sociale et politique. Elle ouvre la psychiatrie sur la communauté et ses « organisateurs » et les liens à construire avec eux, ce que Lucien Bonnafé nomme « implantation préalable », c'est-à-dire la connaissance d'une cartographie des ressources possibles. Dans ce contexte, les tiers sociaux et familiaux sont des partenaires à part entière, avec leurs compétences, leurs engagements, leurs limites et leurs motivations subjectives en rapport avec le patient.

Dans les faits, l'expérience montre que la reconnaissance du rôle de tiers dans la situation contextuelle de la crise est souvent restée déniée, et les négociations entre partenaires essentiellement utilitaires (à l'exception, sans doute, de nombre de pratiques plus militantes). La situation a cependant évolué, ces dernières années, avec la prise de conscience par les politiques et les partenaires sociaux du « besoin de psychiatrie » face au délitement des liens sociaux et leurs conséquences psychologiques. Elle pose pratiquement la question de la réciprocité entre des institutions aux finalités différentes ou contradictoires, dont une approche possible apparaît dans l'élaboration de politiques de santé mentale locales, par exemple avec les conseils de santé mentale.

### Pratiques de négociations dans le travail clinique.

Nous avons souvent exposé l'expérience d'ouverture d'un centre d'accueil et de crise ouvert 24h sur 24 en

plein centre de Paris, avec un travail d'accueil qui nous a confronté à la construction de réseaux autour des besoins du patient et de l'élaboration d'approches cliniques psychosociales auprès des précaires exclus ou désaffiliés. Le tiers n'y est pas « l'empêcheur » d'une approche du patient, mais un élément dynamique, avec ses réticences et ses résistances, dans cette approche de ce qui fait relation en crise avec le sujet et son symptôme : le patient nommé ou pas comme tel. Dans cette prise en compte nous reconnaissons que le tiers s'institue comme partie prenante du symptôme et de son traitement. Il permet en effet d'inscrire le symptôme dans une cartographie des entrées multiples de la situation de crise.

Tous les scénarios sont a priori possibles dans cette dramaturgie de ce qui fait urgence. Prendre le temps de cette démarche d'écoute multiple permet non seulement de différer (prendre le temps nécessaire) les certitudes diagnostiques et les propositions de traitement, mais aussi d'expérimenter pour le patient et son environnement l'importance d'un cadre clinique qui structure le soin. Dans cette optique, il permet la recherche du consentement aux soins.

Cette interface clinique crée un espace d'accueil privilégié de la psychose et de pathologies traumatiques dans le sens où il est protecteur, où l'écoute et la présence soignante ne sont pas intrusives mais attentives à ce qui fait expérience positive et lien possible. Le tiers est, ici, également un élément interne au fonctionnement de l'équipe d'accueil, qui mobilise les pratiques issues de la psychothérapie institutionnelle pour travailler collectivement ce cadre d'accès aux soins. Le lieu d'accueil est la scène d'échanges partagés autour des repas, des soirées, ou simplement de « se poser » autour d'un café, autant de moments de découverte de l'autre.

La formulation qui rend le mieux compte de cette approche intersubjective et sociale est celle de négociation, et la notion d'interface est le terme qui rend compte de ce travail de négociation entre les patients, les tiers et les soignants.

## La reconnaissance du tiers est une dimension clinique psychosociale

Les pratiques de travail d'accueil et de crise ont trouvé un prolongement naturel dans le déplacement de l'interface - demande sociale/soins - vers les lieux associatifs où accèdent les personnes en situations de précarité. La notion d'interface s'est créée après le constat que l'accompagnement des errants présentant des troubles psychiques vers les lieux d'accès aux soins était mis en échec, la nécessité du soin étant récusée ou vécue comme une stigmatisation de plus. Elle s'est développée sous la forme de groupes de paroles, temps de construction d'une adresse possible aux soignants, dépassant la récusation.

Cette récusation a pour objet/cause l'impossibilité de nommer une affiliation, que ce soit du côté du soin comme du côté du travail social. La reconnaissance du soignant potentiel par le sujet en errance passe par la capacité de ce soignant à reconnaître la souffrance sociale et ses cadres d'accueil, prélude à la reconnaissance de ce qui fait souffrance psychique. La marginalisation des fonctions normatives du temps social d'un rendez-vous, d'un espace d'organisation de la survie, de mise en mots de l'indicible des traumas répétés, de l'écoute de la parole et des actes de l'errant comme porteurs de sens partageables, trouvent ici une fonction tierce d'humanisation réciproque, hors de toute obligation de réussite dans les programmes d'insertion.

Ce mouvement « aller vers » passe souvent, préalablement, par la reconnaissance de l'équipe de psychiatrie de la nécessité de l'aide aux aidants qui accompagnent les errants et précaires en souffrance sociale. S'institue ainsi un étayage de pratiques communes et de reconnaissance de compétences réciproques.

Cette démarche s'est avérée un acte politique manifeste, donc un tiers symbolique essentiel, quand il a engagé les différents intervenants à des actions de revendications de lieux ouverts aux errants, l'été, avec le refus de rafles et d'éloignement par la police au nom de l'ordre public, la constitution d'un collectif rue rassemblant tous les partenaires. La charte de ce collectif pose l'affirmation éthique que le sujet précaire est un sujet citoyen, qu'il appartient à la société humaine et a droit au territoire de la cité.

## Le tiers est fondamentalement l'enjeu d'un discours éthique

L'expérience de la pratique clinique hors des cadres de l'institution hospitalière fait apparaître la notion de réciprocité dans l'échange et s'est affirmée comme une pratique éthique fondée sur une reconnaissance et une réhabilitation du sujet, avec une place déterminante du travail de négociation entre tiers sociaux et tiers

thérapeutiques.

Elle est une façon de faire de la clinique qui s'oppose aux processus d'objectivation (et leurs traitements) du sujet par le comportemental, dans lequel le regard technique décrit une action de stricte réparation symptomatique. Ce mouvement vers une clinique du sujet dans son contexte culturel et social est un acte politique de respect du sujet humain et une action politique alternative à la stigmatisation et à ses effets de dénégaration des droits citoyens.

C'est dans cette rencontre entre pratiques et conception du sujet social réhabilité que se définit, pour nous, une politique de santé mentale. Elle signifie le dégagement d'idéaux normatifs nouveaux dans lesquels le clinicien aide le patient à être sujet de ses propres normes. Le symptôme devient, dans ce cadre, une défense ou une résistance à l'enfermement sur lui-même, on pourrait dire à sa stricte objectivation.

La force des propos de Foucault, dans *L'histoire de la folie à l'âge classique*, est qu'aucune position soignante n'est possible s'il n'y a pas rupture avec le discours de pouvoir institutionnel et ses organisations.

Observe-t-on une telle rupture avec les changements des idéaux normatifs qui valorisent la technicité et la fonction de régulation d'une économie de santé, le statut d' « assuré ayant droit » prolongé avec le RMI pour ceux qui sont marginalisés dans le marché du travail ? Rien n'est moins sûr, car dans la pratique institutionnelle, l'évolution vers un contrat social partagé ne modifie pas fondamentalement le statut d'objet de soins de l'assuré. En outre, ce contrat tend à se déplacer du droit général, collectif, vers des droits de protection de la personne. La qualité de l'organisation et des contenus du soin est surdéterminée par la maîtrise de son coût social et la réduction du droit social vers celui de consommateur.

Elle fait apparaître, dans les rapports partenariaux avec le social, des exigences de résultats dans l'insertion et de nouveaux discours de minorisation de groupes sociaux entiers avec l'émergence de termes comme « traitement de l'exclusion sociale » et de « victime ». Le contrat d'insertion tend à devenir assistance et une atteinte à la position de sujet dans l'échange.

L'actualité de Foucault s'exprime alors dans une critique des discours de pouvoir centrés sur l'organisation technique, administrative et la scène d'une objectivation négative du symptôme tant individuel que social, dans lesquels le sujet de « mineur aliéné » devient « incapable de réussite », un facteur de risque avant d'être un sujet social et citoyen. L'apogée de cette aliénation se retrouve, aujourd'hui, dans la loi de prévention de la délinquance où tous les déviants deviendraient potentiellement des délinquants à contrôler.

L'institution des tiers dans les pratiques cliniques et sociales s'ouvre, par conséquent, sur la nécessité d'organisations qui portent sur le champ politique le primat de l'écoute, celle-ci s'effectuant comme une interface paradoxale qui précède, en la construisant, l'institutionnalisation du soin. La prise en compte de la parole de l'autre est sa caractéristique : l'interface est ce moment où les choses ne sont pas encore nommées du côté de l'affirmation du soin, où la route à suivre n'est pas encore tracée. Elle valorise la négociation aux dépens des conduites à tenir, opératoires, de l'urgence.

L'institut... ▾



**ORSPERE SAMDARRA**

CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER BP 30039 - 95  
BD PINEL 69678 BRON CEDEX