



La clinique de LA BORDE et la psychothérapie institutionnelle

Extraits de 2 documents du site de la clinique : <http://cliniquedelaborde.pagesperso-orange.fr/browser.htm>

La psychothérapie institutionnelle de Saint-Alban à La Borde

Jean OURY. Conférence à Poitiers, 1970

Jean Oury est né en mars 1924. Interne à l'hôpital de Saint-Alban en Lozère en septembre 1947, il arrive en 1949 dans le Loir et Cher et fonde la clinique de Laborde en 1953. Il est rapidement rejoint par Félix Guattari. Ensemble, ils vont, dans le sillage de François Tosquelles, tenir le cap de l'affirmation de la différence et de la singularité.

« Je suis assez embarrassé pour présenter la " psychothérapie institutionnelle " ; depuis sa naissance, en France, elle a subi de nombreuses variations, à tel point que, maintenant, on a l'impression, suivant les régions, suivant les établissements, d'une hétérogénéité pleine de contradictions.

Je ferai un bref historique, tout à fait incomplet, surtout à partir de mon expérience personnelle. Chacun développe à sa manière, suivant la pratique dans laquelle il est engagé, des conceptions qui deviennent plus ou moins théoriques au bout d'un certain nombre d'années.

Je suis arrivé en 1947, dans le domaine de la psychiatrie (parce qu'il s'agit essentiellement de psychiatrie quand on parle de psychothérapie institutionnelle, bien que son champ se soit étendu à d'autres disciplines telles que la pédagogie ou l'éducation). 1947, c'était encore la période d'après-guerre c'est très important de le souligner, la psychothérapie institutionnelle a, en effet, de profondes racines dans tout ce qui s'est passé pendant l'occupation.

J'étais à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban un hôpital en Lozère, perdu, isolé. Peut-être à cause de cet isolement, une expérience était en cours depuis plusieurs années la structure de cet hôpital s'était modifiée de façon assez extraordinaire, pour l'époque.

Comment définir, provisoirement, la psychothérapie institutionnelle ? On utilisait souvent le terme de thérapeutique institutionnelle. Cela voulait dire : profiter au maximum des structures existantes afin d'essayer d'exploiter tout ce qui peut servir à soigner les malades qui y vivent. Soigner ? La conception même du soin psychiatrique sera remise en question dans le développement de la psychiatrie institutionnelle.

Ce mouvement s'est développé autour de médecins et d'Infirmiers. Les hôpitaux gardaient, en général, une structure carcérale, concentrationnaire. Des infirmiers, pendant la guerre, avaient été prisonniers certains avaient été dans des camps de concentration. Quand ils sont rentrés, ils avaient une vision du monde différente : leur milieu de travail, le même qu'avant-guerre, leur rappelait l'expérience qu'ils venaient de traverser dans les camps de concentration.

C'est un événement dans la vie de quelqu'un de reprendre sa profession d'avant-guerre et de se retrouver à peu près dans la même atmosphère que dans les camps de concentration. Vous savez que pendant l'occupation, il y a eu en France une telle misère dans les hôpitaux psychiatriques que 40 % des malades y sont morts de faim.

Cela créait un terrain assez favorable pour une prise de conscience, non seulement individuelle mais collective, impliquant la nécessité de changer quelque chose. J'aime bien rappeler cette origine de la psychothérapie institutionnelle. On a souvent, en effet, trop tendance à se diluer dans des choses assez abstraites, soi-disant théoriques, et de perdre en fin de compte l'essence de la question.

On pourrait donc définir la psychothérapie institutionnelle, là où elle se développe, comme un ensemble de méthodes destinées à résister à tout ce qui est concentrationnaire. "Concentrationnaire",

c'est peut-être un mot déjà vieilli on parlerait actuellement bien plus de "ségrégation". Or, ces structures de ségrégation existent partout, de façon plus ou moins voilée. Tout entassement de gens, que ce soit des malades ou des enfants, dans n'importe quel lieu, développe, si on n'y prend pas garde, des structures oppressives. Simplement le fait d'être dans un collectif, avec une armature architecturale et conceptuelle vieux jeu. La psychothérapie institutionnelle, c'est peut-être la mise en place de moyens de toute espèce pour lutter, chaque jour, contre tout ce qui peut faire reverser l'ensemble du collectif vers une structure concentrationnaire ou ségrégative.

Le problème des malades mentaux, malgré les progrès de l'hygiène mentale qui essaie de présenter le malade mental d'une façon plus humaine, est encore alourdi d'une somme de préjugés. Il suffit d'ouvrir un journal pour voir de quelle façon sont présentés les malades mentaux gens extrêmement dangereux qu'il faut maintenir enfermés. Pourtant ils sont statistiquement moins dangereux que les gens soi-disant normaux. Il y a, statistiquement, bien plus de crimes dans la société dite normale. Pourtant les manchettes de journaux proclament : le fou qui s'est échappé de tel asile a tué sa belle-mère, il a fallu appeler les gendarmes, etc.

Même dans les structures les plus modernes des organismes de soins, il faut déceler tout ce qui peut faire pression sur l'épanouissement des personnes qui s'y trouvent. C'est à partir de ceci que se développèrent les différents éléments qui, par la suite, devaient être théorisés afin de garder une vigilance dans la structure de l'ensemble.

Je suis donc arrivé à l'hôpital de Saint-Alban en 1947, j'étais interne. L'hôpital s'était humanisé : suppression des cellules, conquête d'espaces de vie. Dans certains hôpitaux, les lits se touchent : pour aller se coucher il faut passer sur les lits des autres malades. Il y a juste le couloir du dortoir comme espace vital pas de salle de séjour. Les gens restent là des années entières, ils se réunissent au pied d'un escalier ou bien dans la cour. La première chose à faire est de donner un petit peu d'espace, c'est-à-dire un lieu où les gens puissent circuler un peu plus librement.

Mais il ne s'agit pas uniquement de les laisser circuler "librement", parce qu'on s'aperçoit rapidement que si aucune structure n'a été pensée, les gens se mettent à tourner en rond et ça ne mène à rien. Il faut donc créer un lieu, mais en même temps imaginer des occupations, même les plus rudimentaires. Le premier effort de ce qui allait être la psychothérapie institutionnelle a été de s'attaquer, dans les structures asilaires, aux endroits les plus déshérités. En particulier à ce qu'on appelle encore les quartiers d'agités il y a aussi les quartiers des gâteux.

On sait maintenant qu'une grande partie du gâtisme et de l'agitation ne sont en réalité que des artefacts, des produits de la vie concentrationnaire. Il faut l'avoir vécu pour s'apercevoir que les gens agités ou les gens gâteux guérissent par la modification du lieu dans lequel ils se trouvent et par l'occupation qu'on leur donne. Le premier grand succès de la psychothérapie institutionnelle a été de modifier les quartiers d'agités et, pratiquement, de les supprimer.

Quand je suis arrivé dans cet hôpital, il n'y avait plus de quartiers d'agités. Il fallait essayer d'imaginer des activités. C'était l'époque de l'essor des méthodes actives, surtout dans l'éducation. Les maisons de correction se modifiaient. On parlait beaucoup de mouvements tels que les CEMEA (Centres d'entraînement par les méthodes d'éducation actives).

La psychothérapie institutionnelle est toujours restée très articulée avec ces mouvements d'éducation active. Cela sortait le fait psychiatrique des murs de l'asile, l'articulant à d'autres domaines, par exemple colonies de vacances, les Instituts médico-pédagogiques etc. Tous les médecins qui, par la suite, se sont intégrés à ce mouvement de psychothérapie institutionnelle l'ont fait toujours avec les infirmiers pour modifier la conscience et le savoir-faire des infirmiers qui avant n'étaient que des gardiens. Des stages furent organisés dans le cadre des CEMEA, à partir de 1949.

Ces stages avaient lieu plusieurs fois dans l'année et regroupaient de 50 à 100 infirmiers de toute la France. A la longue, cela entraîna une modification, une prise de conscience critique de ceux-ci. Les stages CEMEA étaient quelque chose d'extraordinaire. Le fait de grouper pendant dix jours des gens appartenant à une quinzaine d'hôpitaux différents, le fait d'échanger dans des conversations, les expériences de chacun, de s'apercevoir qu'il y avait des problèmes similaires dans d'autres hôpitaux que le sien, rien que cela suffisait déjà à faire bouger les habitudes. Certains y ont vécu quelque chose de l'ordre d'une révélation, d'une prise de conscience capitale qui allait modifier leur vie. Mais cela ne veut pas dire qu'ils pouvaient appliquer ce qu'ils avaient appris ! Quand ils revenaient dans leurs hôpitaux, ils se retrouvaient une petite minorité noyée dans les structures traditionnelles et quelquefois cela créait découragement, dépression.

Dans les stages, il y avait des conférences, des discussions, et un apprentissage de techniques, d'activités, aussi bien de techniques de groupe que de techniques d'ergothérapie.

Pourquoi je rappelle tout ceci ? Cela peut paraître un petit peu en dehors de la question. Il me semble cependant que c'est important d'y penser quand on parle de psychothérapie institutionnelle, parce qu'on ne peut absolument rien faire dans un hôpital si on ne modifie pas quelque chose, non pas dans le matériau brut de l'architecture ou des activités, mais dans la conscience des gens qui y travaillent.

Or, ceci ne se fait pas en huit jours, ni en un an, ni en dix ans. C'est très long pour arriver à ce que des infirmiers et les médecins puissent prendre conscience, et que cette prise de conscience soit efficace. Il ne faut pas se presser. C'est un petit peu comme la psychanalyse, on ne peut pas faire une psychanalyse en huit jours, il faut des années ça marche ou ça ne marche pas. Or, les stages, beaucoup ont marché. Mais cela a développé une sorte de résistance collective intra hospitalière vis-à-vis des collègues qui allaient à ces stages (encore maintenant, dans certains hôpitaux, on entend des réflexions telles que tu es parti en vacances, tu vas te balader, t'es un feignant, etc.).

La psychothérapie institutionnelle ne peut se développer que s'il y a cette prise de conscience progressive, difficile, avec des avatars de toutes sortes, au niveau même des infirmiers. Cela a apporté beaucoup. On a demandé aussi que participent à ces stages : les surveillants, les chefs de quartier, les économistes, tous les gens qui sont pris dans le statut actuel des établissements tels qu'ils sont, dont la structure rigide empêche la création de lieux au niveau desquels les gens puissent se rencontrer, parler, travailler.

Cette petite introduction ne devrait pas être oubliée afin de donner un poids suffisant à ce qu'on peut dire au sujet de la psychothérapie institutionnelle. Il y a dix ans, je n'aurais certainement pas pensé à rappeler tout ça je n'aurais peut-être pas parlé des CEMEA., ni des camps de concentration, ni du niveau de travail des infirmiers. Mais cela devient une nécessité étant donné tout ce qui se fait et se dit sous ce vocable. Afin de mieux situer la question, je vais vous évoquer une expérience plus localisée, celle de la Clinique de La Borde à Cour-Cheverny, en Loir-et-Cher.

J'ai créé cette clinique psychiatrique en 1953. À cette époque, dans le Loir-et-Cher, il n'y avait pas d'hôpital psychiatrique, et pratiquement pas d'autres cliniques. Il fallait drainer tout ce qu'il y avait de psychiatrique dans le département et une clinique d'une centaine de lits c'était absolument insuffisant. Position difficile, très défavorable mais, en même temps très privilégiée. Comme les hôpitaux des départements limitrophes, comme le Loiret, l'Eure-et-Loir, l'Indre-et-Loire, etc., surchargés, refusaient la plupart des malades du Loir-et-Cher, cela nous obligeait à nous débrouiller comme nous pouvions en essayant d'hospitaliser le moins possible.

C'est intéressant de ne pas avoir de places ! On est obligé d'en inventer des trucs ! D'essayer de soigner les malades sans les hospitaliser ou, si on les hospitalise, d'inventer des techniques de séjours très courts ou très différenciés. Poussé par les événements, on est obligé de le faire, tout simplement. Bien sûr, on avait une certaine liberté du fait que c'était moi-même qui avait, avec quelques camarades, créé cette

Clinique. On n'était pas pris dans ce qu'on appelle le carcan administratif, bien que certaines difficultés, peut-être plus camouflées, réapparaissent, ne serait-ce que le problème, dont on pourra parler tout l'heure, de la hiérarchie, des spécialisations de chacun, etc.

Les malades qui venaient là, on vivait avec eux, ça faisait une espèce de groupe commun. Ceci me semble très important, parce que, sans y penser, on levait un des obstacles majeurs celui de la ségrégation. Dans un hôpital il y a toujours une ségrégation. Pensez au problème de l'admission. L'admission, ça n'a rien à voir avec l'accueil, c'est souvent même un anti-accueil. Dans certains hôpitaux, l'admission se bornait à enregistrer le nom, le curriculum vitae du malade puis on le déshabillait et on lui passait des vêtements uniformes : technique de dépersonnalisation. Cette admission-là, n'existait pas du fait que d'emblée on était dans un groupe plus ou moins familial. Alors se posaient des problèmes, tels que : qu'est-ce qu'on va faire avec 50 ou 100 malades, des infirmiers et des médecins ? Bien sûr, il faut les soigner, on est là pour ça, et il ne faut pas qu'ils restent longtemps. Critères tout à fait ordinaires !

Mais qu'est-ce que cela veut dire soigner ? C'était en 1953, avant l'ère des neuroleptiques. Vous vous rappelez que celle-ci a débutée, officiellement, en France, avec le Largactil vers 1955. La psychothérapie institutionnelle existait bien avant l'ère des neuroleptiques. Ouvrons une parenthèse pour reparler les quartiers d'agités. Actuellement, quand on parle de traiter un quartier d'agités, la plupart des médecins pensent neuroleptiques et c'est un fait que, dans beaucoup d'hôpitaux, il y a du calme, il y a même du silence quelquefois. Mais il faut voir les doses ! Comme si le traitement des agités c'est de les arroser de neuroleptiques de toutes sortes. Cela ne veut pas dire que la psychothérapie institutionnelle soit contre les neuroleptiques, bien au contraire. On prétend même élaborer des modes de prescriptions aussi bien qualitatifs que quantitatifs, assez originaux, mais soigner les gens, ce n'est pas simplement leur donner des médicaments. Il n'y a pas besoin de faire de la psychiatrie pour constater que même dans la médecine ordinaire pour soigner une pneumonie, un minimum de contact est nécessaire. Les traitements les plus physiques marchent plus ou moins bien suivant le contact qu'on a avec la famille et le malade. Il faut être assez sympathique avec les gens que l'on soigne.

Nous nous posons donc ce problème qu'est-ce qu'on peut faire avec ces gens-là en dehors de leur donner des médicaments, de leur faire des traitements tels que l'insulinothérapie, les électrochocs, etc. ? Il faut leur fiche la paix, C'est souvent une bonne intention. Mais si on se borne à dire "faut pas les embêter", rapidement ils vous embêtent ! Parce que quand un malade est délirant, ou schizophrène, ou confus, ou mélancolique... il ne faut pas simplement se dire " faut pas l'embêter ", sinon il se passe des drames et on est bien obligé d'intervenir ; si on ne pense pas plus loin, en quelques mois ou quelques semaines, on en revient aux structures les plus oppressives (pour éviter que quelqu'un se suicide par exemple).

Alors, un des axiomes que nous avons trouvé c'est que, dans un lieu où l'on vit pendant un certain temps, il est nécessaire de créer une possibilité de circulation maximum. Cet axiome est encore méconnu dans beaucoup de conceptions architecturales modernes. En psychiatrie, les gens ne restent pas dans leur lit. Quand quelqu'un reste dans son lit, on commence à s'inquiéter, car rester dans son lit, cela crée un isolement extraordinaire.

Il faudrait donc insister sur la nécessité d'espaces sociaux. C'est ce qu'on essaie d'introduire dans les normes architecturales avec des équipes d'architectes qui sont maintenant au courant de la psychothérapie institutionnelle. Il faut calculer les mètres carrés de surface nécessaire et prévoir des variétés de lieux nécessaires. Mais ceci n'a de sens que si les malades peuvent y aller. On sait bien qu'il y a des hôpitaux très bien, très propres, avec des belles pelouses, mais où la circulation vivante n'existe pas. Il y a des bibliothèques, mais on n'a pas le droit d'y aller. Il faut donc créer des endroits où les malades puissent aller.

C'est cela le sens de l'axiome de la liberté de circulation. Mais qu'est-ce que ça veut dire ? Il y a des structures de base : cuisine, bureaux administratifs, pharmacie, bibliothèque, salle de spectacle, etc. Si l'on

dit : " liberté de circuler", on voit se lever des boucliers, des résistances. Je prends souvent l'exemple le plus caricatural de ce qui se passe au niveau de la cuisine : liberté de circuler, cela veut dire que les malades peuvent aller à la cuisine, s'occuper de la cuisine, parler au chef cuisinier. Mais il y a eu des drames, plusieurs cuisiniers n'ont pas résisté. Quand le chef cuisinier n'est pas préparé, qu'il n'a pas fait de stage aux CEMEA, qu'il arrive là simplement pour faire son travail de cuisinier et qu'on lui envoie des fous pour... eh bien, il va crier : "Ils vont toucher les manettes, le gaz, ils vont me renverser la soupe..." La première tendance, c'est de se barricader. C'est normal se barricader : fermer la porte, mettre un guichet pour passer les plats et puis, "fichez moi la paix je ne peux pas travailler" etc. Ça, c'est pour le cuisinier.

Les malades vont aussi au bureau administratif voir le type qui est en train de faire ses comptes ou bien à la pharmacie, interpellé le type qui est en train de compter ses pilules. Ça peut créer, et ça a créé, en effet, des quantités de conflits. Or, ce qui est intéressant c'est justement dans ce milieu de libre circulation, la possibilité de créer des conflits, non pas pour embêter les gens, mais pour créer de la vie car s'il n'y a pas de conflits, il n'y a pas de vie. Il ne s'agit pas d'agir de façon perverse, mais dès qu'il y a un conflit il faut saisir cette occasion pour essayer d'en parler pour mieux ajuster les relations. C'était donc parti d'une façon très simple. On dit : il faut les laisser circuler, et on s'aperçoit tout de suite qu'il y a des résistances. Si l'on cède, le cuisinier se barricadera dans sa cuisine. Cela fera boule de neige et on en reviendra très vite au système concentrationnaire et il faudra que les malades soient bouclés dans leur chambre. On n'aura plus besoin de parler de mètres carrés sociaux et, en fin de compte, ce sera une régression.

Donc, une fois engagé, on ne peut pas reculer. Je me souviens d'une époque plus ou moins héroïque on avait créé ce qu'on appelait des pièges, des pièges pour... le cuisinier par exemple.

Pour le cuisinier ou pour les gens qui toléraient très mal l'intrusion des malades dans leur territoire, on avait créé, ce qui semble essentiel pour donner un petit peu de vie dans une collectivité, une espèce de bar, de comptoir où l'on vend, sous la responsabilité d'un petit groupe de malades, des boissons, des bonbons, des gâteaux, et du tabac. On savait que le cuisinier allait au bistrot du village voisin jouer au billard ou acheter du tabac et on s'est dit : il faut qu'il aille acheter son tabac au bar de la clinique, ça l'obligerait à connaître les malades et à ne pas en avoir peur. Puis on l'invitait aux veillées, aux séances de théâtre, de danse, etc. Apprivoisement, disparition de la peur, ce préjugé partagé par le profane, afin d'entrer en contact avec les malades et accepter ce principe de base : liberté de circulation. Peu à peu, ça, ça s'est fait et maintenant ça marche très bien, mais plusieurs cuisiniers sont partis !

Il en résulte que les gens qui travaillent là, mais qui n'ont pas de statut officiel de moniteur ou d'infirmier, se trouvent pris, qu'ils le veuillent ou non, dans une relation avec le malade et la façon dont ils vont réagir peut avoir une importance d'ordre thérapeutique. On avait précisé cette constatation en déclarant que n'importe quelle fonction de n'importe quelle personne qui travaille dans un Centre Psychiatrique est toujours indexée d'un certain coefficient thérapeutique.

Ce qu'on appelait coefficient thérapeutique, ou plutôt coefficient psychothérapeutique au sens large du terme, prend un sens plus clair quand on sait que la façon dont on va dire bonjour à tel paranoïaque, peut modifier complètement l'ambiance de la journée. Si le cuisinier, ou la secrétaire parle au malade d'une façon normale, cela peut modifier de fond en comble celui qui est persécuté, qui cherche des histoires à tout le monde... c'est le cuisinier, qui justement n'est ni médecin, ni moniteur, ni éducateur, ni infirmier, qui lui parle... C'est quelquefois un facteur décisif sur le plan psychothérapeutique, d'une importance infiniment plus grande que tous les entretiens que le malade pourra avoir dans le bureau du médecin. Mais c'est difficile à admettre.

Si le cuisinier suit un stage CEMEA., ça ne suffit pas car ces stages se font à l'extérieur de l'établissement. Il faut aussi travailler le milieu, sur place, espèce de réseau mal fichu qu'il faut toujours reprendre parce qu'il se casse toujours. Ce que je dis pour le cuisinier, naturellement, a la même valeur

pour tout le reste du personnel. Je pense, par exemple, aux femmes de ménage. On m'a souvent critiqué parce que, d'une façon un petit peu provocante, quand on me demandait : qu'est-ce qui fait de la psychothérapie dans votre établissement ? Je répondais : "les femmes de ménage" ! Ça ne plaisait pas trop aux psychothérapeutes en titre !

Mais c'est un bienfait aussi qu'il n'y ait plus ou presque de femmes de ménage, tout le monde devant faire le ménage. Le ménage, c'est une activité noble. Pour faire le ménage d'une chambre à plusieurs lits, il faudrait être hautement psychothérapeute pour pouvoir discuter avec les gens qui sont là, qui restent couchés. Dire à tel ou tel malade ; "voilà, on vient faire ton lit", il ne s'agit pas de le fiche hors du lit ! Il faut pouvoir lui parler en disant : "Est-ce que tu as bien dormi ? Qu'est-ce que tu vas faire aujourd'hui ? Est-ce qu'il faut recoller du papier, là ?". Ou bien, "On devrait aller à la ville acheter des lampes de chevet !"

Faire le ménage, c'est créer une ambiance de tous les jours cela ne va pas dans les normes habituelles de la psychothérapie, mais il faut travailler avec ce qu'il y a. Or, il y a ça, et pour pouvoir travailler ça, il y a les gens qui sont là, qui ne sont pas formés, qui n'ont pas passé de diplômes mais qui sont quand même là, et qui ont, qu'ils le veuillent ou non, une importance positive ou négative sur tel ou tel malade.

Si on avait le temps de faire une monographie très fouillée d'un malade depuis le jour de son entrée jusqu'après sa sortie, on se poserait la question de ce qui a joué dans son évolution : est-ce parce que le médecin l'a vu tant de fois par semaine, ou bien que tel médicament... ? Bien sûr tout cela est important, mais il peut se faire que ce soit une conversation, un certain jour, à un certain moment d'angoisse, que cette personne a eue avec sa voisine de chambre ou avec la femme de ménage, ou avec n'importe qui. Ce sont des éléments comme ça, qui ne sont peut-être pas retenus, qui dans la pratique comptent énormément. Comment pouvoir exploiter ça ?

C'est à partir de là que je me suis aperçu qu'il fallait faire un minimum, et ce minimum est souvent très lourd : un minimum de réunions d'information, en même temps que de formation tout court, avec du personnel très hétéroclite : aussi bien avec des médecins que des femmes de ménage, des cuisiniers, des éducateurs, des infirmiers, des psychologues. Ces réunions n'ont de sens que si elles se répètent, s'il y a un certain rituel qui fasse partie du travail. Or, vous savez très bien que dans tous les établissements quand on dit : "On va faire une réunion", beaucoup de personnes disent : "Encore une perte de temps... On n'a déjà pas le temps de faire le ménage, ou de travailler, ou de faire des piqûres !" C'est vrai, c'est souvent une perte de temps extraordinaire... Parce que c'est mal fait ! Mais on s'aperçoit qu'en faisant des réunions, à ras de terre, en disant "Qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui ? Tu as vu tel malade, qu'est-ce qu'il a dit ? Comment il était ? Ça t'a fait penser à quoi ?" Exploiter ainsi tout ce qui peut se passer d'échanges dans une réunion, à condition qu'il n'y ait pas de barrières hiérarchiques.

Il est nécessaire de faire sauter les barrières hiérarchiques pour que ça puisse s'exprimer on s'aperçoit alors qu'on gagne un temps extraordinaire parce que des malades qui jusque-là restaient complètement passifs disent : "On est là pour se soigner, pas pour travailler, on est là pour qu'on nous serve notre petit déjeuner au lit..." Tous ces arguments disparaissent de la scène, si bien que l'on s'aperçoit que, à partir de discussions dans les réunions, on peut créer des groupes d'activité où les malades eux-mêmes vont prendre tout en main. On s'aperçoit alors que parmi tous ces gens qui sont malades, il y a des gens qui sont bien plus qualifiés que les psychologues, les infirmiers, etc., des gens qui sont là simplement endormis et qu'il faut simplement réveiller.

Ce sont ces gens qu'on écrase en restant dans des structures habituelles. Ils vont se réveiller et, à ce moment-là, le personnel, ce qu'on appelle le personnel, c'est-à-dire ce qui n'a pas le statut de malade, va pouvoir avoir une fonction un peu différente au lieu de s'activer à la tâche, au lieu d'être un personnel musculaire, ça va devenir un personnel qui pourra penser un petit peu, il aura le temps de penser,

d'organiser des choses. Il ne s'agit pas non plus, que ça glisse à l'extrême, du genre : "Ah ! Je ne travaille plus, je regarde car je suis psychosociologue !" C'est un risque... Les malades font le ménage et on vient voir de temps en temps, une fois dans la matinée, si tout passe bien...

Ce n'est pas du tout ce dont il s'agit : il faut rester dans le coup, parce que, autrement, il valait mieux ne rien faire. C'est un danger, extrêmement fréquent, du glissement de ce genre de technique. Parce que, sans s'en apercevoir, on en revient à ce qui se passe dans les asiles habituels, il y a les bons travailleurs. "Les Bons Travailleurs" vous savez ce que c'est que les bons travailleurs... Il y a le quartier des agités, le quartier des gâteux, le quartier de je ne sais pas quoi, et puis y a les bons travailleurs. Il y en a beaucoup dans un asile important de bons travailleurs, ils font un drôle de travail, à tel point que si on supprimait les bons travailleurs, les finances de l'hôpital s'en ressentiraient énormément ! Parce que c'est du travail très important : travail agricole, maçonnerie, confection de meubles, ça ne coûte pas cher... Il ne s'agit donc pas de tomber dans ce travers.

C'est délicat, c'est difficile. Il est certain que si les gens qui sont là font le travail, même avec les moniteurs, ce sera du travail efficace. Il faut honnêtement se poser ce problème. Ils sont hospitalisés ces gens-là, il n'y a pas de contrat de travail avec eux, et les voilà qui travaillent, les voilà qui font la cuisine avec les cuisiniers. Ils peuvent très bien dire : "C'est de l'exploitation !" C'est vrai c'est de l'exploitation, si on garde cette visée-là. Et Si on veut les payer, on ne pourra pas les payer, on ne peut pas donner un salaire à quelqu'un qui est hospitalisé. Si on les paye à bas prix, on dira c'est honteux ! Un type un peu fier dira : "Gardez votre argent, je ne veux pas être payé à bas prix pour un travail aussi qualifié que celui de votre moniteur, sinon plus".

C'est donc encore une source de conflits mais ce sont des conflits qui semblent très intéressants, parce que ça met en question, là, quelque chose de bien plus profond : le statut même des gens qui sont là, mais aussi le statut des gens qui sont à l'extérieur, quand ils n'étaient pas malades. Qu'est-ce que vous faisiez avant vous étiez cuisinier, ou chauffeur, ou vous travailliez en usine ? Alors tout ça va être remis en question et on sera obligé de dire on ne peut pas vous payer mais, quand même, il y a quelque chose à faire. Il ne faut pas tomber dans cette hypocrisie : "Ah, mais vous faites de l'ergothérapie, hein ! Ça vous soigne ! Vous devriez même nous payer pour faire ce travail de cuisine ou de ménage..." On ne peut pas aller jusque-là. Evidemment, dans la Société comme elle est, il y a des contradictions, ce n'est pas facile. Il vaut mieux s'occuper que de ne rien faire. C'est vrai, c'est vrai qu'à force de ne rien faire, on tombe malade il faut s'occuper mais ce n'est pas obligatoire.

Alors, c'est là qu'on s'aperçoit qu'on ne peut pas faire tout ce truc-là si, conjointement, on ne crée pas une véritable société intérieure, une véritable société composée essentiellement par les malades eux-mêmes, une société qui va se gérer elle-même. C'est à mon avis, un deuxième axiome : dans une vie collective, c'est toujours très néfaste de vivre en tas, on ne peut pas dire que ce n'est pas humain, parce que c'est aussi humain que n'importe quoi, mais de vivre en tas, ça crée des toxines, des conflits parfois tout à fait négatifs. Il faut donc trouver un moyen de résister contre ça. Comment résoudre, par exemple, ce petit problème du salaire, du pécule, comme ça se dit ailleurs ?

Créer une société, une société de malades, intérieure à l'hôpital, et que cette société se gère elle-même, qu'elle soit autonome, ce n'est pas facile, parce que ce ne sont pas les malades eux-mêmes qui vont la créer, il faut que cela vienne d'un certain encadrement, de l'équipe qui est là, du médecin. Mais si on le fait directement, en réunissant un beau jour l'ensemble des malades qui veulent bien venir écouter et en disant : " Mes amis, on va créer une société, et c'est vous qui la dirigerez, vous ferez des fêtes, des ateliers, etc." Si on en reste là, il vaut mieux ne rien faire parce que très rapidement cela crée une ambiance extraordinairement dépravante.

On va créer, en effet, un système de relations de l'encadrement vis-à-vis de l'ensemble des malades du style de ce qu'on a appelé, à juste titre, relations paternalistes. Or vous savez que c'est quelque chose de très dangereux que la relation paternaliste, c'est la relation : "On va faire plaisir à papa", à peu de choses près. Le médecin directeur, ça lui fait plaisir qu'on se réunisse, et puis qu'on ait un bar, et qu'on fasse la fête tous les huit jours, et puis ceci et cela, et puis qu'on ait une bibliothèque, etc. Il faut donc trouver une autre chose. Alors, il semble que ce qui a été trouvé jusqu'ici de plus astucieux, c'est la création à l'intérieur des établissements, de ce qu'on a appelé le Club, le club thérapeutique.

Le club thérapeutique n'a de sens que s'il n'est pas branché directement dans la demande ou dans le désir du médecin, il doit avoir une existence autonome, indépendante de tout système d'exploitation.

En effet, clinique ou hôpital, il s'agit d'une entreprise commerciale : budget, rendement sont nécessaires. Comment échapper à cette pression de l'exploitation ? C'est pour essayer de résoudre ce problème que l'on a créé des sociétés qui s'inscrivent à l'intérieur d'un établissement mais qui dépendent d'un autre organisme. Les plus courantes actuellement, les plus répandues, sont les sociétés de Croix Marine. C'est une fédération d'hygiène mentale qui a débuté à Saint-Alban, en 1947, et dont le centre a été établi à Clermont-Ferrand.

Ces sociétés avaient pour but initialement de prendre le relais des bonnes œuvres, ça faisait partie des bonnes œuvres, mais c'était pour mieux les structurer. C'est-à-dire : qu'est-ce qu'on va faire du pauvre malade qui sort de l'hôpital ? Il faut lui trouver du travail, un placement familial... Mais rapidement, on a dit : c'est bien beau de s'occuper des gens quand ils sortent, quand ça arrive qu'ils sortent, mais faudrait-il encore qu'on puisse les faire sortir, il faudrait donc faire de l'hygiène mentale non seulement à l'extérieur des asiles, mais aussi à l'intérieur.

Il y avait, en effet, un paradoxe : on faisait de l'hygiène mentale à l'extérieur des asiles mais on gardait des structures concentrationnaires à l'intérieur, il fallait donc essayer de faire l'hygiène mentale à l'intérieur. Il y a eu beaucoup de difficultés, de résistances, c'est en particulier le médecin qui était à Saint-Alban, à cette époque, quand j'y suis arrivé, un médecin d'origine espagnole, Tosquelles, qui, lors d'une assemblée générale des sociétés de Croix-Marine, en 1953, a pu faire admettre officiellement qu'on puisse créer à l'intérieur des hôpitaux ce qu'il a appelé des "Comités Hospitaliers".

Un comité hospitalier, du fait qu'il est rattaché à la Fédération de Croix-Marine, ne dépend pas du tout de l'hôpital, sa gestion est prise en charge par les malades eux-mêmes suivant un système démocratique d'élection : président, secrétariat, etc. Les infirmiers, le personnel de l'hôpital, participent également, c'est recommandé car ils peuvent aider mais ils ne doivent pas avoir la majorité.

Le Comité doit passer un contrat avec l'établissement hospitalier. Ce contrat peut prévoir, par exemple, que l'établissement cède ou prête (ce sont des associations loi 1901, donc on peut faire des dons), à l'association des locaux, un terrain... Ce qui est important aussi, c'est que le comité hospitalier prenne en charge toute l'ergothérapie, mais c'est loin d'être toujours respecté !

En prenant en charge toute l'ergothérapie, tous les ateliers non-productifs et productifs de l'hôpital (menuiserie, raphia etc.), on rencontre les zones de conflits, ce qui amène un certain ferment à l'intérieur de l'hôpital. En quelques années, le Comité hospitalier, au lieu du petit pécule, c'est-à-dire le paquet de cigarettes qu'on verse aux bons travailleurs chaque mois, en est arrivé à gérer des sommes considérables. Il faut donc que les choses soient claires entre le comité et l'administration de l'hôpital, d'où le contrat. Par exemple, de savoir que dans le plan comptable, est introduit que les dons et recettes versés aux hôpitaux pour l'ergothérapie, pouvaient être pris en charge par le comité hospitalier. Ainsi, le comité pouvait gérer officiellement les ateliers, sous contrôle de l'administration.

C'est peut-être un peu fastidieux de rappeler tout ça, mais c'est tellement important que je le fais quand même. De ne pas tenir compte de cette articulation risque de faire dégénérer l'entreprise malgré les

bonnes intentions des promoteurs. On assiste par exemple, dans certains hôpitaux modernes, à des essais d'application de la psychothérapie institutionnelle en construisant ce qu'on a appelé les Centres Sociaux dans les hôpitaux. J'aime mieux ne pas en parler... je pense à un hôpital qui a un centre social qui a coûté très très cher, c'est extraordinaire, c'est très beau ! Mais les malades n'y vont pas ! Ce sont les gens de la ville qui viennent, les notables et autres, pour des colloques ou autres, ça fait un brassage de population ! C'est une sorte de dégénérescence de l'esprit du comité hospitalier.

Et souvent, quand on parle à des médecins, à des internes, de la nécessité impérieuse de créer des comités hospitaliers de type Croix-Marine, tout le monde rigole... "Croix-Marine, qu'est-ce que c'est, Croix-Marine ?". Alors, on n'ose plus en parler. Mais il faut quand même essayer de sauver ça.

Mais, j'en étais aux conflits de toutes sortes qui naissent du fait du remaniement institutionnel. Ces conflits ne peuvent se régler que si on met en place une structure intérieure à l'établissement qui soit constituée d'une toute autre manière que la structure de l'établissement. La plupart du temps la structure de l'établissement est verticale, disons en pyramide, le directeur, l'économiste, le surveillant, etc., le médecin, et puis au bas de l'échelle les bons travailleurs !

C'est très difficile de s'attaquer directement à une structure pareille, mais, s'il est admis qu'on peut créer une autre structure, qui ne sera pas verticale mais horizontale, qui n'aura pas une espèce d'axe rigide, mais qui aura plein de petits axes, ce que j'appelle une structure polycentrique, afin que les gens puissent prendre des responsabilités et que ça soit recentré par un secrétariat, une assemblée générale, des ateliers, etc., on se trouvera devant la nécessité d'inventer des ateliers de toutes sortes, qui restent longtemps ou qui disparaissent, d'inventer quelque chose de très mouvant, qui puisse s'adapter à la demande des malades qui sont là.

On ne peut rien prévoir, quand on est pris dans des structures pyramidales, même avec la meilleure volonté. Par contre, la structure polycentrique est un instrument de mise en place d'un ensemble où on va multiplier les occasions d'échanges, de rencontres, et où l'on va pouvoir régler les systèmes de conflits. Par exemple, à un moment donné, comment répondre à cette demande de paiement, qui semblait légitime, de certains malades qui accomplissaient un travail ? "On ne peut pas, parce que ça serait de l'hypocrisie, on ne peut pas vous verser un salaire". Payer quelqu'un et que ça ne soit pas un salaire, ça prête toujours à interprétation. Par contre, on peut estimer, malgré des complications de comptabilité, la somme de travail que l'ensemble des malades effectue.

On peut l'estimer rapidement par substitution, en disant : "il faudrait embaucher tant de personnel pour faire ça, on peut, en défalquant les frais de Sécurité sociale, de déclaration, etc., verser cette somme globalement au Comité hospitalier, ce sera son "trésor" alimenté par un travail collectif". La répartition de l'argent se fera alors d'une toute autre façon que le versement individuel d'une rémunération.

Il faut bien penser que les gens sont là pour se soigner, pour essayer de trouver une solution à leurs problèmes. On essaie donc de créer une commission composée par exemple d'infirmiers, de médecins et de malades, pour envisager chaque cas. Par exemple un type doit sortir, mais il n'a pas de famille, pas de travail, pas de logement, c'est très fréquent. On peut s'appuyer sur des structures Croix-Marine, services sociaux qui se trouvent dans la ville, ateliers protégés, etc. Mais ce ne sont que des mesures provisoires et c'est vite saturé. Il peut se faire que quelqu'un ait besoin de vivre quinze jours à l'extérieur pour tenter sa chance, le comité hospitalier peut alors décider d'allouer une somme permettant de se loger, de se nourrir, et de chercher du travail pendant ces deux semaines, puis le type vient rendre compte.... Souvent ça marche, d'autres fois, non...

Tout le monde l'admet : il s'agit d'une sorte de fonds de solidarité mais l'intérêt majeur c'est que ce fonds de solidarité est géré par l'ensemble même des gens qui sont là, qui se connaissent ; ceci élimine cette espèce de charité un peu louche qui réapparaît à chaque fois que l'on dit : "On va t'aider...". Le type

sort d'une façon bien plus reconfortée, il sait que ce sont des copains qui lui donnent cet argent ils peuvent aussi lui dire : "Tu nous rembourseras quand tu auras de l'argent". Ça dépend des cas. Mais quelqu'un se trouve bien plus lié quand c'est fait avec ses semblables que si c'est fait par l'administration. C'est un des avantages des comités hospitaliers. Mais ce trésor de Comité Hospitalier peut être aussi utilisé pour un ciné-club, ou bien encore pour acheter un appareil pour améliorer le mode de vie à l'intérieur de l'hôpital sans que cela vienne directement de la direction de l'établissement...

Pourquoi ai-je insisté sur ces quelques exemples ? C'est pour essayer d'introduire une question difficile, sous-jacente à cette formulation : la psychothérapie institutionnelle c'est la mise en place de techniques de médiation. C'est un mot pas très heureux, ce mot médiation mais on l'emploie.

Il semble que le Comité Hospitalier est un exemple massif de la mise en place d'une médiation entre les rapports qui peuvent se développer de personne à personne ou d'un collectif à une personne. Ce sont des rapports directs qui, souvent, qu'on le veuille ou non, sont assez oppressifs, infiltrés de préjugés. L'intervention du médecin, ne serait-ce que par son rôle, son statut, sa place dans la société, sera toujours affectée d'une certaine distorsion. On voit bien alors qu'il faut essayer d'introduire quelque chose d'autres, une autre structure, c'est ce qu'on appelle une structure de médiation. Il ne faut pas oublier que dans la vie courante, de tous les jours, nous avons besoin de structures de médiation. On rencontre quelqu'un, on ne sait pas trop quoi dire, on lui offre une cigarette. On peut dire que la cigarette, c'est une médiation qui va permettre d'engager un dialogue.

Quand on dit : pour pouvoir travailler dans un collectif et créer un milieu de libre circulation où les gens puissent mieux parler entre eux, il faut qu'il y ait un bar, où on puisse vendre des journaux, du tabac, parce que c'est là qu'il va y avoir l'occasion d'un achat quelconque, donc d'un échange. Même les gens qui ne s'y attendent pas, vont se trouver pris dans un certain "piège" de la relation, du fait qu'ils viennent acheter quelque chose, un minimum de dialogue s'engage et il peut parfois être d'une importance extraordinaire. C'est à cette occasion que des gens vont peut-être se reconnaître, engager une conversation, ils vont aller se promener ensemble... On voit bien qu'il y a là création d'un système de médiation. C'est aussi la même chose dans les activités de théâtre, de cinéma, de journal, etc. »

Entretien avec Félix Guattari, « Le lien social » N°181, sept. 1992

Proche de Jean OURY et de son frère Fernand, Félix GUATTARI (1930-1992) a travaillé longtemps à la clinique de La Borde. Philosophe, à l'origine du mouvement de la pensée intellectuelle anticonformiste, il a révolutionné, puis stimulé avec son complice Gilles Deleuze, une bonne part de l'élaboration actuelle des concepts tant philosophiques que psychanalytiques. Ils apparaissaient déjà, dans les années 1970, comme les précurseurs d'une philosophie nouvelle, hors-tradition.

Les "machines désirantes" annonçaient les fondements de territoires existentiels futurs et les univers de valeurs qu'ils développent pour nous tous dans leur dernier ouvrage récemment paru "Qu'est-ce que la philosophie ?". Félix Guattari n'affectionnait pas particulièrement les interviews. C'est probablement la dernière qu'il ait accordée en acceptant de nous recevoir peu avant sa soudaine disparition.

G.B : Comment expliquez-vous que notre société moderne génère une population d'exclus de plus en plus importante ?

F.G : Il me semble qu'il y a aujourd'hui une décomposition des stratifications traditionnelles. Le phénomène d'exclusion crée une misère incroyable, équivalente aux situations les plus lamentables du tiers-monde, mais qui coexiste avec ou à côté du luxe. C'est comme si le système de l'économie capitaliste

libérale ne pouvait subsister qu'en créant une dynamique artificielle entre des mondes riches et des mondes paupérisés. Pour se maintenir actuellement dans le rythme urbain et assurer un niveau de vie satisfaisant, l'individu doit "sur-travailler" et sacrifier une grande partie de ses relations sociales (les exemples du Japon ou de New-York sont particulièrement parlants). S'il n'arrive pas à s'assumer et à s'insérer dans ce codage social, il se paupérise très rapidement.

On a souvent vécu avec l'idée que les progrès technologiques et les conquêtes sociales effaceraient les différences (Illusion du New-Deal, du Kennédysme, du Mendèsisme...). En réalité, que ce soit à l'échelle planétaire ou d'une ville, on observe qu'il n'y a pas d'amoindrissement des rapports d'exclusion, mais au contraire une exacerbation des différences sociales. Cela fait partie du rouage même des systèmes de valorisation. En fait, on ne peut mettre les individus au travail, les inciter à se positionner dans le champ social qu'à travers cette tension entre un monde oligarchique (basé sur des valeurs de consommation), et ce monde de paupérisation absolue du "homeless", relayé maintenant par le sida. Auparavant, et à un certain tournant du christianisme, existait cette polarité entre le diable et le bon dieu. Aujourd'hui, on a ce relais entre les riches et les pauvres.

G.B : Cette désaffiliation sociale d'une frange de la population serait selon vous un repère et une dynamique pour les sociétés actuelles ?

F. G : C'est exactement cela. Ces exclus servent de système de polarité. On a tendance à considérer cette population pauvre comme résiduelle, une marge. Or cela fait partie intrinsèquement du système de valorisation dominant. C'est la fonction de la peur, de l'angoisse, du vertige existentiel, de la décomposition qu'engendre notre système.

G.B : Comment expliquez-vous la maintenance de cette peur de la décomposition sociale ?

F.G : Tout d'abord parce qu'on évite d'en parler trop. Cela s'inscrit dans la subjectivité collective ou la "capitalistique" (capitalisation subjective dans le système) qui est fondamentalement infantilisante. Elle a pour but d'exclure tout ce qui est singularité, mort, douleur; souffrance, "hors-norme". Ça gêne, on ne présente que des images ou des récits redondants et rassurants. Les événements dérangeants sont eux-mêmes présentés avec des systèmes de "rassurance". Ce que développe le monde mass-médiatique est un univers où les choses vont de soi. C'est un comportement global d'évitement qui est la condition pour que les gens aillent au métro, boulot, dodo... On les transforme en somnambules qui suivent leur plan de carrière pour les uns, et leur marche vers la retraite pour les autres.

G.B : Face à cette aliénation, les idéologies porteuses comme peut l'être le marxisme, semblent aussi s'inscrire dans cette décomposition ?

F.G : Marx nous a fait un apport considérable en complexifiant les schémas sociaux, en introduisant la notion de conflit social au cœur des rapports de production. Il me semble qu'aujourd'hui on a tendance à schématiser; à réifier la pensée marxiste plutôt que de la suivre dans son mouvement. Il faudrait conserver à l'esprit qu'il n'y a, pas qu'un marxisme, mais un phylum marxiste, une pensée marxiste qui s'est enrichi, s'est différenciée, et par la suite a été figée, dogmatisée.

En outre, ce mouvement de complexification n'a pas été compris par les théoriciens, en particulier sur le fait que les contradictions ne sont pas uniquement des contradictions de classes mais qu'elles sont également agitées par des problématiques relatives à d'autres systèmes antagonistes : Nord/Sud, Hommes/Femmes, entre des temporalités multiples au sein de la machine capitalistique. Il est nécessaire d'aller vers une pensée de l'objet complexe, de l'objet écosophique qui prend en compte les flux économiques d'exploitation, d'expropriation des moyens de productions, mais également les territoires

existentiels, la façon dont les gens vont se recroqueviller sur une identité personnelle, ethnique, religieuse, tous ces phénomènes qui ont échappé à la pensée marxiste et qui explosent aujourd'hui avec la montée du racisme, de l'intégrisme, et de la xénophobie.

Une autre dimension repose sur les systèmes de valorisations marxistes qui ne reprennent pas suffisamment à leur compte des imaginaires libertaires de valorisations, et des systèmes utopiques. L'utopie dans l'histoire du mouvement ouvrier a été de plus en plus restreinte. Actuellement la complexité de l'existence humaine dans le contexte des nouvelles technologies et des nouvelles relations internationales ne trouve pas de moyen d'expression dans les systèmes idéologiques dominants.

G.B : Dans les grandes grèves ouvrières des années 1930, et dans la révolte de mai 68, on retrouvait justement ce paradigme de l'utopie, de l'avenir de l'homme, de l'existentiel. Aujourd'hui, les contestations sociales semblent se focaliser simplement sur les salaires. Comment analysez-vous cette perte de valeurs ?

F.G : C'est effectivement la constatation d'un affaissement des univers de valeurs. Comme s'il n'y avait qu'une seule référence, à savoir; l'univers de la communication et de l'échangisme généralisé, s'incarnant très bien dans le mythe du marché. La Vérité prend place sur le marché mondial. Dans l'imaginaire des grandes grèves de 1936, il y avait aussi des dimensions corporatistes mais associées avec tout une symbolique de la libération d'un autre monde nouveau, libre, etc. et donc des univers de valeurs qui coexistaient. Actuellement, c'est vrai, ces univers ont moins de consistance et moins de possibilités de trouver leurs statuts.

En outre, les socialistes actuels sont les gestionnaires de la subjectivité capitaliste. Ceci dit, il y a tout de même des transferts subjectifs très significatifs qui échappent à la normalité. Il y a celle du Front national, du fascisme, qui représente des univers de valeurs d'une motivation subjective dans le conservatisme néofasciste très prégnants, et, à l'autre pôle, les valeurs écologiques qui cherchent de façon confuse et approximative une autre voie de rapport au monde, à l'environnement, au travail.

G.B : Comment dénoncer la tromperie des univers de valeurs que représente le Front national ?

F. G : C'est justement ce caractère trompeur et absurde qui leur donne une énergie. C'est un paradoxe qu'on trouve dans l'histoire des religions :

- a) le Christ est mort, c'est absurde.
- b) Il est ressuscité, c'est encore plus absurde.

Mais c'est justement parce que "c'est encore plus absurde" que cela devient vrai. Il y a une forme de jouissance de la mauvaise foi, une complicité de la désagrégation des schémas mentaux rationnels. Ce n'est pas en donnant des explications pédagogiques qu'on luttera contre ce phénomène, mais c'est en cherchant à aller au cœur de cette décomposition subjective que cela représente, et, aussi, en trouvant d'autres possibilités de promotions d'univers de valeurs.

G.B : Ces univers potentiels de valeurs peuvent-ils s'organiser sur des bases contre-culturelles, telles qu'on les a vécues dans les années 60 et 70, aux Etats-Unis et en Europe ?

F.G : C'est ma conviction. Mais cette perspective est corrélative de ce que j'appelle la "chaosmose" de l'humanité (Yougoslavie, Afrique, URSS...), une sorte de tourbillon, de système catastrophique, où manifestement les systèmes de régulation sociaux, de relations internationales sont carencés. Actuellement, il y a une désertification sociale vertigineuse. La "chao-cosmos", cette plongée chaotique peut nous fournir la capacité de recharger la complexité de nouveaux schèmes, de nouveaux agencements pragmatiques ; faute de tels dispositifs de production de subjectivités, la "chao-smose" continuera de tourner sur elle-même et aboutira à des systèmes où le fascisme hitlérien et mussolinien nous apparaîtra comme une douce plaisanterie par comparaison à des systèmes de sauvagerie tout à fait ahurissants.

C'est la catégorie de l'être lui-même qui est en danger. La philosophie a toujours vécu dans une sorte de passivité par rapport à l'être. Aujourd'hui, on produit une homogénéité de l'être, une catégorie détachée, dénaturée. C'est un rétrécissement de l'altérité, le rétrécissement du rapport à l'être.

G.B : Peut-on se déterminer positivement en fonction de cette altérité de l'être, de ce négatif ?

F.G : Le négatif est toujours corrélatif d'une promotion de références transcendantes, de droits (Droits de l'Homme, etc.). Il est sûr que l'opposition manichéiste entre le bien et le mal, le riche et le pauvre est quelque chose qui fait manquer un rouage essentiel : celui de l'affirmation existentielle. Celle-ci devrait avoir droit d'expression dans les rapports de pouvoir politiques, mais doit avoir aussi une affirmation dans l'ordre de l'économie du désir.

A ce moment-là, ce n'est plus le bien, mais les catégories immanentes de Spinoza, de la joie, de la créativité, du rêve qui deviennent des relais. Actuellement, la carence fondamentale est celle des pratiques. La question que l'on se pose est : y-a-t-il une pratique de la vie, une inventivité possible dans le domaine de la vie sociale immédiate, de la vie collective, esthétique, etc. ? Le concept de "pratique" se trouve affaibli. Si l'on ne réinvente pas des pratiques de solidarité, des praxis de la construction de l'existence, on risque de s'engager dans une épreuve de dépression catastrophique.

G.B : On en reviendrait à une forme de pragmatisme comme source de changement ?

F.G : Oui, absolument ! La praxis précède l'être. Dans les faits, il y a des résidus de tentatives de rénovation pédagogique. Plus généralement, il y a aussi des mouvements progressistes dans le champ social. Les pratiques psychanalytiques telles que les thérapies familiales sont, par ailleurs, des instances de production de subjectivité, d'invention de subjectivité, là où il n'y avait que des réponses de ségrégations, de marginalisations et d'évitement des problèmes. Cependant, cela reste dans un état de décomposition, de démoralisation, et ne trouve pas d'expression sociale à plus large échelle. Il y a tout de même une énorme potentialité de refus de ce système de valorisation dominant. Toutes ces pratiques microscopiques conjuguées les unes aux autres vont aboutir à des mutations d'univers de valeurs.

G.B : Est-il encore possible, selon vous, d'associer ces univers de valeurs au triangle majeur des instances lacaniennes ou dans la dualité sartrienne ?

F.G : L'alternative duelle (de l'être et du néant) ou le triangle Lacanien (Réel / Symbolique / Imaginaire) sont en opposition avec ce que j'appelle l'homogénéité de l'être. Il y a des dimensions hétérogénéités de l'être. Il y a des univers incorporels différenciés qui sont porteurs de complexité. Cette complexité qui n'est pas seulement l'imbrication d'éléments les uns par rapport aux autres, mais qui est une production de la complexité (c'est-à-dire de foyers de subjectivation). Il n'y a donc pas les trois instances Réel / Symbolique / Imaginaire, mais des niveaux de réalité stratifiés les uns par rapport aux autres (des Imaginaires, des Territoires existentiels...). Il n'y a pas de mathèmes universels, mais des modes de sémiotisation, des codages qui s'articulent les uns avec les autres, des cartographies... Quant au néant, c'est un horizon de la subjectivité capitaliste. Beaucoup de sociétés n'ont pas vécu avec le néant. Et même chez Sartre, l'expérience du néant reste très littéraire...

Propos recueillis par Guy BENLOUBU