



L'insoutenable étrangeté de la musicothérapie dans l'être institutionnel

Charlotte Guy

Musicothérapeute exerçant au sein de différentes unités de l'EPS de Ville Evrard (Seine-Saint-Denis) - Pôles Infanto-Juveniles 93I03 et 93I05. E-mail : charlotte.guy75@gmail.com.

Résumé

Clinique et aspects institutionnels sont toujours en résonance interactive, et la pratique singulière de la musicothérapie pas toujours bien identifiée. De plus les exigences économiques reflètent le fonctionnement d'une institution et ont une incidence non négligeable sur la qualité des prises en charge, toutes approches théoriques et pratiques confondues. En cela la musicothérapie n'est pas à dissocier des autres pratiques de soin. Cette communication est le témoignage d'une musicothérapeute en institution privée de soins de suite et rééducation dans le cadre d'accueil de patients adultes présentant des conduites addictives majoritairement avec produit.

Mots clefs

Institution - musicothérapie - addiction - contenance

Abstract

Clinical and institutionalized aspects of therapy are always in interactive resonance, and the unique practice of music therapy, specifically, is not always well identified. In addition, economic restraints dictate how an institution can function, and have a significant impact on the quality of healthcare, theoretical approaches, and all practices including music therapy which, in this writer's opinion should not be dissociated from these other healthcare practices. This paper gives the testimony of a music-therapist in a private rehab-institution for adults with substance abuse, and other behavioral disorders.

Keywords

Institution - music therapy - addiction - containing

Introduction

Article en lien avec la communication présentée à Saint-Malo le 13 octobre 2018, lors de la 24ème journée scientifique de l'AFM.

Entre oscillations, mouvements d'ambivalence, motivation et affirmation de soi, mon travail d'inscription de la musicothérapie dans l'institution a été mené tambour battant au carrefour des pratiques médicales, somatiques et psychothérapeutiques et des différentes comorbidités rencontrées (troubles anxieux, troubles de l'humeur, addictions, pathologies psychiatriques chroniques parfois).

Les prises en charges y évoluent entre théories cognitivo-comportementales, psychanalyse, neuropsychologie, biologie, le tout dans un rythme effréné entre *masse sonore* et *martèlement* institutionnels, sortes de défenses contre l'inscription dans le temps, pour reprendre les termes d'Edith Lecourt (Lecourt, 2003).

J'ai passé un peu plus de deux années à tâcher à la fois de créer des liens, stimuler les échanges entre patients, et favoriser une certaine dynamique sociale dans une « in-quiétude » permanente (Reyre et al., 2010).

Je fais le choix délibéré de m'attacher, au sein de cet écrit, à l'observation et l'analyse du cadre institutionnel en lien avec mes cadres thérapeutiques mis en place au sein de cet établissement singulier, et ses incidences et résonances sur mon positionnement de musicothérapeute.

Quelques définitions choisies :

Insoutenable : qu'on ne peut défendre telle quelle dans un contexte particulier.

Etrangeté : différence, bizarrerie mais aussi singularité. C'est la singularité de l'approche thérapeutique qui m'intéresse ici et notamment la spécificité de la médiation à caractère sonore.

L'être institutionnel : entité, principe de réalité, être au sens philosophique du terme comme une existence en mouvement.

Entre légèreté et pesanteur : état des lieux de l'institution

Je suis intervenue dans cette institution de soins privée (spécialisée dans la prise en charge des conduites addictives avec ou sans produit, hors troubles du comportement alimentaire) aux prises avec l'exigence d'une certaine rentabilité économique, qui me sera clairement annoncée au cours de mes premiers entretiens ainsi qu'à la signature de mon contrat. Cet aspect non négligeable sera significatif dès mon entrée en fonction. D'un point de vue statutaire, je me trouve confrontée à un deuxième écueil : je suis engagée malgré moi dans l'institution en tant qu'*éducatrice spécialisée* alors que je n'en ai ni la formation, ni les compétences. « La musicothérapie n'existe pas dans les grilles du groupe » me précise alors la Direction. Pourtant une art-thérapeute est déjà présente au sein de la structure. Je prends néanmoins le risque d'accepter les conditions qui me sont proposées en connaissance de cause. C'est en revanche un CDI, à mi-temps, et je fais partie intégrante de l'équipe: mon implication « est attendue » me dit-on dans le travail institutionnel, ce dont je me réjouis.

J'entame alors, en parallèle de mon activité hebdomadaire en pédopsychiatrie périnatale, ma *carrière* de professionnelle au sein d'un nouvel univers pour moi : j'estime avoir la chance de pouvoir vivre cette expérience de travail qui m'est proposée, qui plus est en tant que *jeune* professionnelle.

Dès les premiers jours de mon arrivée dans le groupe, je suis aux prises avec nombre de dysfonctionnements de tous ordres, des injonctions incessantes voire contradictoires de la part de la direction de l'établissement et l'organisation des soins qui en découle. L'équipe

avec laquelle je fais connaissance montre globalement un engagement et une réflexivité indéniables. D'un point de vue historique, le rachat du groupe précédent qui a eu lieu deux années et demi avant mon arrivée sur la structure, a bouleversé les pratiques de soins et été agrémenté par des remaniements de personnel, créant en cela une sorte de clivage entre « les anciens » et « les nouveaux ». Chacun(e) des professionnel(le)s s'adapte bon an mal an aux mouvements institutionnels dans la mesure de ses capacités et disponibilités psychiques.

« L'une des modalités d'emprise et de destruction opérée par le management « gestionnaire » consiste à mettre en acte un mouvement incessant d'exigences nouvelles, réglementations, procédures, etc. Les professionnels n'ont pas terminé de s'ajuster aux réaménagements requis par une première injonction, que déjà ils sont conviés à mettre en place un « nouveau train des réformes ». Ils s'épuisent ainsi à répondre aux exigences des directions – elles-mêmes pressurisées par les exigences d'intégration des nouvelles lois, et autres mises aux normes. Ce flux constant d'excitation contraint à l'immédiateté, inhibant tout mouvement d'appropriation subjective. » (Gaillard & Pinel, 2011, p. 89).

Malgré les difficultés qu'ils semblent traverser, la plupart des professionnels m'accueillent de façon relativement bienveillante et je choisis donc, dans le contexte institutionnel qui m'est proposé et que j'accepte *a priori*, d'investir l'écoute, le présent, et de privilégier la question des liens, avec pour objectifs « simples » au travers de ma pratique de :

- mobiliser psychiquement les patients
- les responsabiliser dans leur parcours de soin après avoir pris soin de les *envelopper* dans un premier temps de la rencontre.
- leur apporter des notions de plaisir dans le cadre global de leur prise en charge.
- répondre enfin à la demande initiale médicale de « créer du lien » et de faire preuve de *pédagogie* à l'attention des collègues si

nécessaire : je suis la première musicothérapeute à intégrer cette institution.

Il y a, d'entrée de jeu, par la force du principe de réalité et le rythme auquel nous sommes amenés à travailler, ce qui m'apparaît comme une *légèreté* de la prise en charge du fait des mouvements incessants (admissions et sorties) des patients, propres à la prise en charge des conduites addictives :

- L'inscription dans les groupes de musicothérapie suivant les hospitalisations complètes de chacun, ne dépasse en moyenne pas cinq semaines. La continuité et la *sécurité* des groupes (excepté dans les cas fréquents de rechute où l'alliance thérapeutique instaurée lors d'une première hospitalisation peut alors faciliter les échanges) peuvent parfois être mises à mal, et l'organisation du travail dans ces conditions particulières demande une grande souplesse psychique ainsi qu'une rigueur paradoxalement quasi-obsessionnelle.

- Cela me demande également de faire très rapidement le deuil de toute tentative de *bilan psychomusical* (réadapté pour la clinique en question) qui aurait permis d'évaluer peu ou prou les patients accueillis d'un point de vue de leur rapport à l'objet sonore et de la place de celui-ci dans leur parcours de vie. Je dois apprendre à travailler *vite*. J'en prends acte. J'adapte ma pratique aux contraintes inhérentes à l'accueil de ce public, de façon créative et réfléchie, autant que faire se peut. J'enchaîne également les groupes (et séances individuelles) dans la journée de façon continue afin de répondre à la demande institutionnelle. Je précise que j'anime seule ces groupes : il ne m'est pas possible au sein de cette institution de mettre en place une *cothérapie* au sens propre du terme : cela mobiliserait trop de soignants pour un seul groupe, ce n'est pas « rentable ». La présence d'une stagiaire musicothérapeute de qualité m'aura permis des échanges fructueux le seul temps de son inscription dans la structure, à savoir sur trois mois, quinze mois après mon arrivée. Trois

uniques séances de cothérapie avec des psychologues de la clinique improvisées à la quasi dernière-minute (au cours de ces deux années), m'auront également permis d'avoir des retours d'autres professionnels sur ma pratique. J'accueille enfin à la demande de l'institution quelques étudiants en soins infirmiers de façon discontinue, avec peu (voire pas du tout) d'espaces de reprise du travail : dans l'ensemble je suis donc très isolée dans ma pratique.

- Outre cette singulière temporalité, rythmicité et organisation des soins, je fais également face à des attaques de cadre omniprésentes au sein de l'institution (intrusions de collègues, appels téléphoniques par erreur dans les espaces de travail, intrusion de patients égarés dans l'établissement, etc.). Ces événements ne seront pas sans incidence sur l'altération de mon désir de soignante et l'attention particulière portée à mon positionnement éthique. J'en donnerai ci-dessous deux exemples succincts mais déterminants.

Mise en place des différents cadres de prise en charge en musicothérapie

Lors de la mise en place de mes différents cadres de prise en charge dès les premières semaines qui ont suivi mon arrivée dans l'institution (musicothérapie active, réceptive, mixte, groupes, individuel, en ambulatoire ou hospitalisation complète), et après une courte période d'observation de quelques jours, je prends la décision, eu égard à l'organisation de mon emploi du temps et à ma connaissance des patients, de ne pas accueillir la plupart d'entre eux la première semaine de leur arrivée sur l'établissement. Certains sont en plein sevrage, souvent sujets à des difficultés intrinsèques à cette période sur les plans à la fois somatique et psychique (intimement et cruellement liés). Je propose ceci en toute clairvoyance, et ceci malgré la brève durée d'inscription dans les soins, notamment en hospitalisation complète : impulsivité et agressivité accrues, angoisses omniprésentes et défaut d'*insight* et d'*altérité* ne permettent pas (ou si peu) selon moi, dans ces

conditions si particulières de l'état du patient, qu'il soit dans les meilleures dispositions pour faire un travail d'écoute et de communication en toute *sécurité* (au sens de D.W. Winnicott). Je pense bien entendu à la fois au groupe et au *sujet* dans le groupe.

Tout *médium malléable* que je puisse être et que puisse être la médiation proposée, sous quelque forme et quelque dispositif que ce soit, cela me semble *a priori* une évidence. Déjà, cette condition *sine qua non* inhérente à mes différents cadres a, dans un premier temps, interrogé institution (question de la rentabilité) et certains collègues « ignorants » de la pratique de la musicothérapie et de la spécificité du sonore dans son aspect insaisissable et potentiellement intrusif.

C'est dès lors un premier signe d'étrangeté concernant ma pratique : pourquoi ne fait-elle pas comme les autres ?

Les bons et les mauvais objets

Dans un article sur la cothérapie, Alain Rakoniewski évoque la question des projections du patient et celle du « bon » et « mauvais » thérapeute : « Le patient, de par la complexité de son psychisme, dispose d'une capacité transférentielle de diviser et de cliver l'équipe des cothérapeutes, entre « bon thérapeute » et « mauvais thérapeute ». Ces processus permettent des expériences d'*acting out* intéressantes, mais le risque repose sur les résistances des thérapeutes à prendre conscience de la situation. » (Rakoniewski, 2006, p. 6).

Une collègue art-thérapeute utilise dans sa pratique la médiation théâtrale (pratique particulièrement exigeante pour les patients) qui fait une place non négligeable à la question du regard sur soi et du regard d'autrui sur soi avec son aspect pour certains persécutant. Cette dernière a pu pour certains patients être un mauvais objet, spécialement pour ceux présentant des difficultés d'élaboration, d'introspection, et une mésestime d'eux-mêmes voire de grandes failles narcissiques.

Les ateliers de musicothérapie (lors d'une première hospitalisation par exemple) devenaient alors complémentaires afin de tenter de restaurer dans un premier temps pour certains, les enveloppes psychiques effractées, le plus souvent depuis la petite (voire la toute petite) enfance et l'adolescence. Il m'a semblé opérant de proposer ces accueils différenciés de fait, permettant ainsi aux patients *invités* à y participer d'y trouver, à leur rythme, étayage et vecteur de changement en conformité avec l'évolution globale de leur prise en charge. Le tout étant de pouvoir idéalement communiquer entre collègues au sein de l'institution en question, où les échanges informels sont légion et où la cadence du travail *visible* enfin, est particulièrement soutenue.

D'un autre point de vue, l'apparente *étrangeté* de la musicothérapie a pu déranger certains collègues: la thérapeute que je suis n'aurait pas été suffisamment exigeante avec certains patients auxquels il aurait fallu d'emblée poser « plus de limites », et remettre en lien avec la Loi (dans tous les sens du terme). Alors qu'en est-il d'une *restauration* des enveloppes psychiques afin d'apporter des bases solides au travail thérapeutique et à une éventuelle dynamique de changement qui plus est dans les premiers temps de la rencontre ? Qu'en est-il de l'écoute de la souffrance, sans jugement *a priori* ? De la non-stigmatisation du patient *addict* ? D'après Albert Ciccone, reprenant en partie la pensée de Didier Houzel, « Ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue. » (Ciccone, 2001/2, p. 82). Les professionnels du soin en addictologie sont continuellement aux prises avec cette complexité du travail et particulièrement la difficulté de *contenance*, en lien avec la question des *limites*, et la richesse qui en découle aussi fort heureusement d'un point de vue de la créativité du thérapeute.

En effet, le patient *addict*, comme la psychanalyste et essayiste d'origine néo-zélandaise Joyce McDougall en fait l'hypothèse

dans son *Théâtres du Je*, outre la dépendance physiologique créée par la où les substances psycho-actives ingérées, n'a pu d'un point de vue psychanalytique *introjecter* la fonction maternelle : « Pensons ici à l'objet toxicomane des addictions. Un tel objet est « transitoire » dans le sens où il faut le remplacer continuellement, puisqu'il n'a ni la signification, ni le destin du véritable objet transitionnel à savoir un objet en voie d'*introjection*.(...) Ce sont des enfants pour qui le corps et la présence maternelle doivent pallier l'absence d'un objet transitionnel, doivent être cet objet.(...) L'espace transitionnel n'est plus, dès lors, lieu d'échange mais d'exploitation. » (McDougall, 1982, p. 16).

Etayée en grande partie par la pensée de W. R. Bion (1979) en écho à la clinique des tout premiers liens, et notamment la *fonction alpha* (attribuable également au thérapeute), il m'a donc semblé nécessaire d'adopter une position plutôt *contenante* dans ma relation aux patients. La contenance étant surtout ici à prendre en compte dans sa dimension d'activité de transformation (Perrouault, 2010, pp. 33-36).

Addictions et atemporalité

Le postulat psychanalytique est donc celui-ci : le sujet *addict* se remplit voire s'injecte, avale, *sniffe*, agit par compulsion, afin de trouver ce qu'il n'a jamais pu intégrer de sa rencontre avec l'objet maternel. Et plus le temps passe, plus les substances détériorent les fonctions cérébrales, plus l'environnement se délite et devient un ennemi plutôt qu'un allié, alors le patient se défend comme il peut de l'abîme dans lequel il se trouve, de ses angoisses massives, et donc d'un probable effondrement. Et cela peut durer une semaine, mais aussi des semaines, voire des mois et des années pour certains.

Certes ma pratique de musicothérapeute en pédopsychiatrie périnatale évoquée l'an passé à la journée scientifique de Sevrey (Guy, 2018) me donne un regard et une écoute singulière du patient adulte *dépendant*. Et la prise en charge en musicothérapie me semble être particulièrement

appropriée afin de participer à la restauration des *enveloppes psychiques* des patients accueillis, comme je le précisai plus haut, tout autant que dangereuse en l'absence de cadre et de dispositif rigoureux. Cela m'est apparu clairement dès ma période d'observation.

Hors, la politique institutionnelle fait ici de mon point de vue clairement écho à la pathologie: « Ainsi, nous nous retrouvons, de plus en plus souvent, en position d'une immédiateté conjoncturelle, paradoxe premier pour des professionnels qui mettent en avant la singularité et l'atemporalité de l'inconscient. » (Boyer, 2010/4, p. 83). Autrement dit, on remplit ! On (se) remplit pour ne plus penser, ne plus manquer, on répond aux plaintes et à la frustration des patients dans l'immédiateté, sans cette notion d'écart primordiale dans le soin, sans *tiers*, en somme. La particularité de la plupart des patients accueillis ici est qu'ils sont constamment en recherche de lien, d'identité, ou en proie à leur souffrance inhérente à la toxicité de leurs racines très souvent, en quête d'une place juste faisant écho à leur désir, leur voix et leur voie. Alors comment accueillir cela au mieux sans éviter les écueils propres à cette clinique si complexe ?

« Pour les sujets addicts, le temps chronologique est inopérant car ils évoluent au coeur d'une atemporalité semblable à un présent infini, un présent plus que passif teinté de morbidité car inscrit sous le sceau de la pulsion de mort. (...) Pourtant, dans son dire, le sujet addict affirme contrôler la situation, pris dans l'illusion de s'être approprié une forme de temporalité par la maîtrise temporelle (rythme) de la conduite addictive. » (Cloës, 2017/1, pp. 163-164).

Toutefois, le travail notamment groupal en musicothérapie, mené dans un souci de complémentarité avec les différentes approches paramédicales, ainsi qu'un suivi individuel en psychothérapie et des consultations médicales, aura permis à certains de ces patients, une fois passée l'ambivalence de l'inscription dans les soins qui leur est propre, de se mettre au travail

sans concession. « Parmi les différentes fonctions du groupe, ce sont avant tout ses capacités de contenance et de transformation des éléments psychiques non mentalisés (Fonction alpha de l'appareil psychique décrite par Bion puis étendue au groupe par Kaës) en représentations – dont nous avons vu qu'elles sont souvent défailtantes chez les patients ayant des addictions – qui retiennent toute notre attention. En effet, leur objectif psychothérapeutique princeps est de permettre au patient d'accéder aux processus d'élaboration et de symbolisation lorsque les interventions verbales à elles seules ne suffisent pas. » (Rouchon et al., 2010/3, pp. 93-94). Cette *médiation* prise en considération sur un mode relationnel « propose une technique qui permet aux thérapeutes de se lier au patient ni trop près, ni trop loin et aux patients d'être en relation sans se sentir en relation. Par ailleurs, l'objet médiateur, à la rencontre du monde interne et du monde externe, est un support qui doit se révéler adéquat à favoriser les processus de symbolisation. » (*Ibid*, p. 94).

Cadres malmenés et difficultés à penser

Un premier événement aura été traumatisant pour un patient et un groupe de patients, provoquant chez moi colère et sidération : pour des questions de règlement intérieur non respecté (tout à fait louables au demeurant), et après une première tentative infructueuse car j'y opposai, en plein travail au sein du groupe, les limites de mon cadre d'un regard désapprobateur, un médecin viendra finalement, en renfort de personnel, chercher un patient *manu-militari* en pleine séance, mais avec une absence totale de pensée de mon point de vue. Dans le cadre de ce groupe de musicothérapie dite *active* en hospitalisation complète, les patients auront vécu cette intrusion de façon extrêmement violente, la stagiaire alors présente, et la musicothérapeute que je suis également. Une fois passées la colère et la sidération, je reprendrai cela avec le médecin plus tard qui s'excusera, n'ayant pas mesuré la portée de son acte : que ne pouvait-il en effet attendre la fin de la séance en cours avant d'intervenir et rappeler à l'ordre ce patient ? Un autre patient du

même groupe m'aura évoqué son ressenti d'avoir entendu, au deuxième passage du médecin cette fois-ci accompagné, je cite: « les bottes de la gestapo ». Notre temps de verbalisation à l'issue de la séance aura été fortement imprégné de cet événement, en l'absence douloureuse du patient « fautif » extirpé du groupe sans autre forme de procès. Aujourd'hui encore je regrette de n'avoir eu la présence d'esprit de stopper net ce collègue dans son mouvement irréfléchi et pulsionnel. J'étais alors moi-même impuissante psychiquement à mettre en place toute forme de réaction adaptée sur le moment, d'autant plus que je pensais avoir déjà signifié clairement dans un premier temps mon désaccord.

Un deuxième événement significatif aura finalement eu raison de mon désir : vers la fin de mon engagement dans cette institution, alors que ma fatigue psychique était à son comble, l'accueil d'une patiente fortement alcoolisée au sein d'une des nombreuses séances de « sensibilisation à la musicothérapie réceptive » que je proposai alors aux patients d'hospitalisation complète, aura provoqué, outre une incompréhension totale du groupe, une souffrance non négligeable pour ce dernier. Là, je me suis retrouvée face à ma propre incapacité à mettre des limites à l'institution (qui n'aurait dans un premier temps pas dû admettre cette patiente dans l'état où elle arrivait d'après le règlement intérieur) et surtout, à préserver celles de mon propre cadre : ce jour-là, j'accueille ladite patiente au sein d'un (déjà trop grand) groupe qui se retrouvera par voie de conséquence particulièrement malmené, et ce sont les patients les plus fragiles qui en seront le plus affectés.

Ces deux événements majeurs auront été pour moi le déclencheur de mon questionnement éthique et de ma propre capacité à travailler dans un environnement institutionnel tel que celui-ci. En effet, mon activité aura été jalonnée par ces attaques récurrentes auxquelles il ne m'a visiblement pas toujours été évident de faire face, aux prises avec l'intensité rythmique du travail. J'aurai fait tout ce qui était dans la mesure de mes moyens psychiques, théoriques, physiques et

matériels à l'époque pour protéger au mieux les patients accueillis dans le cadre de mes accompagnements différenciés, jusqu'au terme de mon engagement.

Dans un rapprochement entre autisme et addictions, Chantal L'Heureux Davidse déclare : « Pourquoi la question de la conscience des sensations corporelles est-elle si essentielle pour se sentir exister ? Lors de clivages entre la psyché et le soma, la perte de la conscience des sensations éprouvées par le corps empêche la personne de se sentir concernée par elle-même et bloque toute communication interpersonnelle. Le phénomène entraîne un mode de pensée essentiellement associatif qui s'éloigne peu à peu de toute pensée logique de cause à effet. C'est-à-dire que la pensée fonctionne alors par effet de résonance, hors contexte de toute temporalité historique. » (L'Heureux Davidse, 2005/1, p. 32).

Je revois au travers de cette citation les patients diffluent passant d'une pensée à une autre sans jamais pouvoir se poser pour lesquels la *musicothérapie active* sous une forme co-créée avec eux me permettait effectivement de les accompagner au mieux au sein de leur processus thérapeutique. Hélas, au printemps 2018, quelques mois avant mon départ de l'institution, je cessai de la pratiquer car les injonctions institutionnelles ne me permettaient plus de faire de la *musicothérapie* au sens propre du terme (dans un cadre sécurisant s'entend). Je prenai alors parallèlement la décision à cette époque de renommer les groupes de musicothérapie réceptive en groupes de « sensibilisation à la musicothérapie réceptive » afin de pouvoir être en accord avec notre code de déontologie¹, article 4.4 : « Le musicothérapeute refuse de prendre en charge des patients dont les besoins spécifiques ne relèvent pas de ses compétences. Ceci inclut les cas qui nécessitent des techniques spécifiques qu'il n'a pas apprises ou n'est pas en mesure d'utiliser. Le musicothérapeute est responsable de la sécurité de

¹<https://www.afm-musicotherapie.org/code-de-deontologie>

son patient pendant les séances de thérapie. (...) ».

Ma pratique professionnelle n'était effectivement plus du tout en accord avec la demande institutionnelle d'accueillir toujours plus de patients, dans un rythme toujours aussi effréné, sans avoir pris le temps d'évaluer à minima les problématiques et surtout les demandes de ceux-ci. L'aspect régressif (et pourtant incontournable dans ses aspects archaïques) du processus thérapeutique mis en jeu lors des séances de musicothérapie (quelle qu'en soit la forme) devenait de mon point de vue un danger non négligeable pour des patients reçus dans ces conditions, sans parler des *intrusions* récurrentes. L'espace-temps disponible des soins ne me permettait plus de répondre à une certaine exigence de sécurité ni de favoriser chez les patients *le sentiment continu d'exister*.

Habiter son corps et se positionner

La question d'habiter son corps a été récurrente dans ma pratique en addictologie couvrant ces deux années, aussi bien me concernant que concernant les patients eux-mêmes. Insidieusement, je me suis laissée peu à peu décentrer de mon propre *habitat* par l'institution et ses rouages, laissant place à un éternel tourbillon de pensées, de modifications intempestives de cadres sous injonction de ma hiérarchie, qui ont fait, comme le temps dérailler pour ces patients, dérailler mon propre enracinement de professionnelle, tout en me laissant le témoin désœuvré de cette chute infinie... Je me suis retrouvée à *tenir*, plus fort que tout, contre vents et marées, à la fois dans le sérieux, la colère, l'agrippement, mais surtout dans l'incapacité d'assouplir cette demande. Je n'étais alors, au sein de cette institution, plus en capacité d'activer ma *fonction alpha*, malgré les espaces tiers à ma disposition (analyse et supervision personnelles), et donc plus en capacité de faire preuve d'une quelconque *contenance* à l'égard des patients.

De plus, mon contre-transfert à l'égard de certains d'entre eux particulièrement difficiles, devenait agacement, fatigue intense, manque de

tolérance, et pour d'autres, un sentiment d'impuissance : « Toute prise en charge se révèle être une véritable gageure car les sujets addicts évoluent au cœur d'un univers temporel particulier qui contraint à renoncer aux repères temporels traditionnels. Aussi, pour nombre de soignants, les multiples hospitalisations sous les mêmes modalités suscitent, un vif sentiment d'échec et d'épuisement, parfois d'agacement. Il devient alors bien compliqué de percevoir la répétition du même autrement que comme une pure figure de la négativité et de la destructivité. » (Cloës, 2017/1, pp. 159-160).

Mais cela n'était pas suffisant d'avoir une conscience accrue des difficultés inhérentes aux prises en charge de ce champ clinique: mon vécu corporel de la *trans-subjectivité* au travail, et de la place de l'*affect* existant dans tout *groupe* (Kaës, 2006/1, pp. 61-62), m'ont permis de comprendre les enjeux de ma propre subjectivité et de mettre un terme à ma propre souffrance de professionnelle afin de toujours pouvoir être en mesure d'accueillir celle d'autrui dans les meilleures conditions possibles pour les deux parties. Je me suis ainsi soustraite à la *brutalité* d'une institution, n'ayons pas peur des mots. J'ai en effet préféré m'affranchir du *Réel* et me remettre à penser. Je n'ai d'ailleurs pu remettre de la pensée et commencer à écrire ce texte qu'à partir du moment où j'avais clairement fait le choix de mon départ. En effet, vers la fin de mon inscription dans cette structure (notamment les six derniers mois), les injonctions médicales (assujetties me semble-t-il aux injonctions institutionnelles) m'ont rendu compte à l'évidence de mon impossibilité d'inscrire plus avant ma pratique dans ce cadre au risque de mettre et les patients et moi-même en danger ce qui ne manqua hélas pas d'arriver comme je le relate ci-dessus. Le cadre institutionnel brillait alors par une absence totale d'écoute et une pensée expédiée, malgré la mise en place de *supervisions d'équipe* dont le cadre m'a également maintes fois questionnée. Mais c'est un autre sujet.

J'ai tout au long de ce riche travail toujours mesuré les limites entre ce que m'imposait mon éthique et la déontologie propres à ma pratique, et la demande institutionnelle très claire : recevoir toujours plus de patients dans un espace-temps toujours plus réduit et limiter les espaces de pensée. Qui plus est, outre ces contraintes quantitatives, mon temps partiel ne me permettait pas d'accéder à tous les espaces de pensée (*staffs* en lien avec certains cadres de ma pratique, etc.) auxquels il eût pourtant été nécessaire que je participe pour une meilleure connaissance des patients sur le plan psychopathologique et donc une meilleure prise en charge de ceux-ci ainsi qu'une meilleure complémentarité soignante (transversalité et regards croisés).

Magie du paradoxe

La pesanteur et la brutalité institutionnelles m'ont paradoxalement permis de penser plus avant ma pratique et de l'ajuster bon an mal an, quasi quotidiennement aux exigences, voire aux injonctions du *groupe institutionnel* et de ses objectifs que j'avais clairement identifiés dès mon arrivée dans la structure, où le soin, même si l'on prétend officiellement le contraire, devient toujours plus accessoire : « Si depuis bien des années l'évolution de la psychiatrie était avant tout due à la volonté, aux savoirs et aux connaissances des soignants, actuellement, et pour un temps certain, elle est intimée par la primauté de l'économique sur l'humain et par les règles du fonctionnement d'entreprise. Dans cette nouvelle conception de « production de soins », il est possible que s'évanouissent nombre de nos repères, de nos positions éthiques et théoriques. » (Boyer, 2010/4, p. 85).

Comment répondre alors à une injonction paradoxale qui pourrait se résumer à ceci : « Prends soin des patients, mais ne te donne pas les moyens de bien les accueillir ou débrouille-toi à tes dépendants » ? : C'est ce que j'ai fait jusqu'à ce que mon corps m'arrête littéralement. Dans ce cadre, j'ai pris la mesure de l'importance de mon travail analytique et de l'indispensable espace tiers

de travail qu'est le cadre privilégié de la supervision dans laquelle je suis engagée depuis la dernière année de ma formation en musicothérapie. Cela dit, et malgré tout ce travail personnel, je suis passée par des phases de colère et d'épuisement professionnel qui m'ont fait réfléchir à mes propres limites et ce que j'étais en mesure d'accepter ou non dans un environnement professionnel donné.

Je tiens à préciser, si besoin était, et pour corroborer le propos de mon résumé présentant l'article, que je suis loin d'être la seule professionnelle à m'être posé cette question du départ : il faut préciser que le *turnover* des soignants était remarquable dans cette institution (un départ par mois en moyenne la dernière année de ma présence). Et de ce point de vue, la musicothérapeute que je suis n'était donc absolument pas différenciée des autres professionnels. D'où une certaine *cohésion* de l'équipe malgré les zones et tentatives de clivage (inconscientes ou non) de la part de l'institution. Le poids des départs incessants, les deuils successifs autour de ma pratique, le manque d'écoute, les tentatives de dialogue amenées par les un(e)s et les autres, mais pour nombre d'entre nous restées infructueuses, voire le silence pathologique de l'équipe, auront finalement eu raison de mon désir et de mon engagement au sein de cet établissement.

Epilogue

En parlant de deuil justement, quitter ce poste et cette équipe et surtout le travail avec les patients n'a pas été sans difficultés sur un plan émotionnel pour moi. Heureusement relire Christophe Dejours (2014) m'a permis de traverser ce moment de rupture dans les meilleures conditions qui me furent possibles et comprendre ce qui m'arrivait d'un point de vue plus large et sociétal.

Pédagogie, engagement, investissement personnel important en dehors des heures de travail, inscription initiale de la pratique au sein de l'institution, patience, travail du lien et diplomatie

n'auront pas suffi à défendre la place de cette pratique dans ses aspects notamment qualitatifs, et j'insiste bien aujourd'hui sur ce terme.

Et pourtant... les questionnaires de satisfaction des patients semble-t-il plébiscitaient entre autres cette approche singulière, objet non encore identifié si ce n'est par eux, ou en ces termes par un collègue médecin pris lui aussi par le temps, qui, entre deux portes battantes, s'adressait à moi en ces termes, sans que nous puissions échanger un seul regard : « C'est sympa ! Tu leur fais quoi aux patients ? Ils sont extatiques quand ils sortent de tes groupes ! ». Sans le savoir, mon collègue faisait allusion au groupe de musicothérapie active que j'avais mené pendant plus de 18 mois et auquel j'ai fini par mettre un terme à grand regret car les conditions de travail imposées par un nouveau projet médical mis en place depuis lors, ne me permettaient plus de limiter le nombre des patients accueillis, ni de préserver une relative continuité, voire la sécurité des groupes constitués. Et c'est sans compter les deux événements traumatisants précités.

Finalement, je reste convaincue que la musicothérapie, ce sont les patients qui en parlent le mieux. Les témoignages d'élaboration et de symbolisation de certains d'entre eux m'ont confortée dans la richesse et l'utilité de ce travail. J'ose enfin espérer que la *tiércéité* amenée par nombre des séances proposées malgré tout, aura permis ou permettra ultérieurement à certains autres d'être aujourd'hui en mesure de mieux s'écouter et d'atteindre une partie de leurs objectifs.

En ce qui me concerne désormais, être dans cette question du *manque* et du *désir*, continuer à faire exister pour moi le *rêve* et le *fantasme*, et être en mesure de pouvoir accueillir de façon qualitative les jeunes patients qui me sont confiés par ailleurs en pédopsychiatrie, est la chose fondamentale à poursuivre tout en restant ainsi éthiquement dans un *souci de soi*. (Reyre et al., 2010).

Il est en effet primordial, pour la

professionnelle que je suis, de ne plus être dans l'effraction psychique ni la prostration voire la sidération, et de continuer à me bercer *d'illusions* pour pouvoir poursuivre mon travail sereinement et co-crée des aires transitionnelles afin que la pensée et l'intersubjectivité bénéficient d'un espace nécessaire et suffisant pour exister et permettent ainsi de laisser une certaine place à l'élaboration et au changement psychiques, pour les patients comme pour ma pratique.

L'insoutenable étrangeté de cette décision irrévocable *malgré moi* aura laissé nombre de mes collègues et ma hiérarchie coi. Il aura fallu attendre le jour officiel de mon départ pour m'entendre dire par cette dernière qu'elle était « très satisfaite » (je cite) de mon travail... À quel prix !

Je constate aujourd'hui, dans l'après-coup du temps de la mise à distance et de l'écriture, que je m'étonne (ou plutôt ne m'étonne plus) de n'être jamais passée par la phase d'*illusion groupale* institutionnelle, ni pu laisser de place à mes propres illusions de musicothérapeute en me projetant dans un futur créatif au sein de cette institution. Et ce n'est pas faute d'avoir fait preuve de créativité ou de désir dans mon travail, loin s'en faut.

J'ai donc finalement, en toute conscience, et grâce au travail mené en dehors, fui l'écrasement et la pensée binaire afin de continuer à mettre du *tiers* dans ma pratique.

Je suis repartie créer, apprendre, me former, chanter, donner du temps et de la qualité à mon travail, et insuffler de la pensée sur d'autres scènes thérapeutiques traversées.

J'ai volontairement conservé le titre original de ma communication afin de rester fidèle à mes premières interrogations et réflexions, mais dans l'après-coup, j'aurais aussi bien pu intituler cet écrit : « Addictions et atemporalité, le temps où nous rêvions... ».

Conclusion

Pour conclure je cite à nouveau Claude Cloës qui, sans donner de réponse à la question qu'elle pose, laisse le choix de celle-ci à chaque acteur du soin en addictologie notamment :

« (...) L'institution psychiatrique contemporaine peut-elle encore se faire objet de contenance et régulatrice de la jouissance pour des sujets addicts, infiltrée qu'elle est par la logique procédurale ? Envisagée par le politique comme étant désormais une entreprise « comme les autres » soumise à la rentabilité et à l'urgence, dans l'oubli de sa tâche primaire, l'institution soignante peut-elle encore œuvrer à la reconstruction ou à l'achèvement de la construction du symbolisable auprès de sujets addicts précarisés ? C'est aux acteurs du soin psychique d'en décider. » (Cloës, 2017, p. 168).

Bibliographie

- Bion, W.R. (1979). *Aux sources de l'expérience* (chapitre 3, traduction française de François Robert, de *Learning from experience*, Basic Books, NYC, 1962, première édition française 1979, 5^{ème} édition 2003, 6^{ème} tirage 2014, pp. 24-25). Paris : PUF.
- Boyer, H. (2010/4). Clinique, réflexion éthique et psychiatrie. *Vie sociale et traitements* (n° 108), pp. 83-88. DOI 10.3917/vst.108.0083
- Ciccone, A. (2001/2). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique* (n° 17), pp. 81-102. DOI 10.3917/cpc.017.0081
- Cloës, C. (2017/1). Fonction de la répétition dans la clinique des addictions. *Cliniques* (n° 13), pp. 158-169. DOI 10.3917/clini.013.0158
- Dejours, C. (2014). *Souffrance en France, La banalisation de l'injustice sociale*. Paris: Seuil.
- Gaillard, G. & Pinel, J.-P. (2011/1). L'analyse de la pratique en institution : un soutien à la professionnalité dans un contexte d'emprise gestionnaire. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 11, pp. 85-103.
- Guy, C. (2018). Musicothérapie et tiercéité en pédopsychiatrie périnatale : genèse d'un projet vers une « musique à trois ». *Revue Française de Musicothérapie*, Volume XXXVI, URL : <http://revel.unice.fr/rmusicotherapie/index.html?id=3867>
- Kaës, R. (2006/1). L'affect et les identifications affectives dans les groupes. *Champ psy* (no 41), p. 59-79. DOI 10.3917/cpsy.041.0059
- Lecourt, É. (2003/2). Pulsations de groupes et temporalité. Le groupe « fatigué ». *Champ psy*, no 30, pp. 101-114. DOI : 10.3917/cpsy.030.0101
- Lheureux-Davidse, C. (2005/1). Autisme et addictions. *Recherches en psychanalyse* (no 3), pp. 31-42. DOI 10.3917/rep.003.0031
- McDougall, J. (1982). *Théâtres du Je*. Paris : Gallimard, coll. Folio Essais.
- Perrouault, D. (2010). *La contenance tierce*. Paris: l'Harmattan.
- Rakoniewski, A. (2006). Structure et playing dans la cothérapie. *Communication de l'Institut de Musicothérapie de Nantes* (7 et 8 avril).
- Reyre, A. et al. (2010/1). In-quiétude et souci de soi comme éthique dans les relations thérapeutiques avec les patients addicts. *Psychotropes* (Vol.16), pp. 9-19. DOI 10.3917/psyt.161.0009
- Rouchon, Jeanne-Flore et al. (2010/3). Expériences de vie et de mort des groupes thérapeutiques dans un centre de soins pour patients toxicomanes. *Psychotropes* (Vol. 16), pp. 89-106. DOI 10.3917/psyt.163.0089