

# Mémoire sans pensée, violence sans signification.

## Réflexion personnelle à propos d'une expérience collective

**Lucia Scrimini**

Ce texte est une analyse institutionnelle, utilisant la grille freudo-marxiste, d'une expérience vécue par des psychanalystes dans un hôpital de Buenos Aires. L'auteure y fait la chronique d'une expérience de groupe (patients-professionnels) où des solutions de diverses natures ont été inventées pour soulager la souffrance psychique. Les protagonistes y ont appris, entre autres, comment un lieu social crée les conditions pour la possibilité de penser ce que l'on ne voit pas du lieu de son expérience singulière.

Si on frappait un enfant, spontanément je me porterais à sa défense.  
Si on frappait une femme, je le ferais aussi.  
Si on frappait un Noir, je me sentirais poussée à le défendre en invoquant les Droits raciaux instaurés au nom de l'opprimé.  
J'agirais selon le sens commun qui est au cœur de l'idéologie des Droits de l'Homme. On pourrait dire à ces victimes que leurs agresseurs étaient en « devoir » (devoirs de pères, d'époux, d'autodéfense, par exemple).  
Et, à mon grand désarroi, cette explication dissimulerait l'injustice des actes commis car la victime ne dénoncerait pas son agresseur.

**S**ouvent, dans les images les plus largement répandues, on trouve ce lieu commun : les victimes qui ont subi la violation de leurs droits, spécialement quand leur corps a été touché, traversent une période d'autodévalorisation avant d'en arriver à pouvoir porter plainte. De la sorte, on réussit à inculper publiquement le bourreau en ayant l'espoir qu'il soit puni. Mais ce dispositif ne suffit pas à lui seul — et il ne le cherche même pas — à changer le statut de la victime.

L'idéologie des droits de l'homme conserve le couple victime-bourreau, qui serait nécessaire à l'exercice d'une supposée justice. Cependant cette pratique de la justice se heurte à un problème : la réalité de l'impunité. Celle-ci rend le monde universellement sceptique. Les défenseurs des droits humains prétendent apporter une explication avec ce que j'appellerai l'idéologie de la *memoria esperanzada* ou mémoire pleine d'espoir. Cette idéologie, comme une porte blindée qui rassure contre le bourreau, s'emploie à arranger les détails de la dénonciation et institue une répétition mémorielle qui renforce l'espoir par sa propre répétition. Ainsi, émerge une idéologie des Droits humains, avec sa *mémoire espérante*, qui brandit la Violence comme une représentation du « mal absolu », représentation que seul peut contrecarrer le recours aux actions défensives faites pour éviter le pire.

Les tâches normalisatrices dans la Santé, l'Éducation, l'Assistance sociale, etc., s'inscrivent dans cette lignée. Leurs actions défensives envisagent seulement le *rapport*, confiant ou sceptique, avec l'État, c'est-à-dire avec le pouvoir.

L'objectif de cet article est de questionner, via une expérience dans le domaine de la Santé, une pratique institutionnelle, qui excède la représentation idéologique de la violence mentionnée ici, et qui a des conséquences au plan politique. Ma position sera celle d'une psychanalyste qui veut « penser » politiquement cette expérience.

## Chronique

...espérer qu'en racontant son histoire l'individu récupère le désir avec ses possibilités de réalisation dans les conditions réelles de sa vie, le délivrant des circuits répétitifs de la névrose.

Emiliano Galende, 1992

Je vais raconter à gros traits l'expérience d'un groupe de psychanalystes œuvrant dans un petit hôpital d'une zone périphérique du grand Buenos Aires, et inséré dans une communauté populeuse, en majorité désœuvrée et misérable. Cette communauté fut la protagoniste, en 1989, de soulèvements populaires avec pillage de supermarchés.

L'hôpital est « digne » de sa population. Petit, sans locaux ni matériel suffisants pour remplir ses fonctions. Le premier souvenir que je garde de mon entrée en ce lieu, alors que je me dirige vers le gardien, est celui d'une femme en train d'accoucher, sur un brancard, dans un passage public et d'un collègue médecin qui me dit : « Il n'y a pas de place, mais nous devons continuer de nous en occuper car il n'y a pas d'endroit où la transférer ».

Ce fait reste marquant dans ma mémoire, comme un souvenir éminemment douloureux. De la même façon, lorsque je regarde les images de Noirs agonisant au Zaïre, je hais « le coupable ». Si mon angoisse me devient intolérable, je peux toujours recourir à la dénonciation : nommer l'ennemi, pour... le liquider! Ah! quel soulagement!... Les Noirs continueront de mourir, les femmes de risquer leur vie en accouchant sans intimité ni tendresse, mais « j'ai fait ce que j'ai pu pour eux ».

En 1984, nous avons rassemblé des professionnels de la Santé mentale alors que nous poursuivions un travail périlleux et désordonné. Nous étions quinze personnes, ce qui n'est pas beaucoup pour une population de 800 000 habitants, mais assez pour un hôpital qui n'avait de place ni pour les paroles ni pour la souffrance psychique. Nous manquions également d'espace et de matériel pour réaliser nos tâches.

Nous pensions qu'il nous fallait travailler quand nous pouvions le faire, même sans permission. Nous nous disions que « la seule chose qui soit nécessaire est un bureau, un petit espace, et on ne te le donne pas ». Mais, les parturientes accouchaient « n'importe où », avec ou sans médecin, en santé ou pas, et bien sûr avec ou sans possibilité de traitement en cas d'hémorragie, ni sans savoir si on pourrait mettre un nouveau-né à risque en incubateur.

Nous nous demandions si les « pauvres » méritent qu'on s'occupe d'eux avec si peu de moyens. Notre responsabilité étant de préserver l'intimité, était-il possible de le faire dans ce contexte? Jusqu'alors, notre action avait, je crois, quelque chose de forcé<sup>1</sup> et nos réflexions ressemblaient à un pur délire moral.

D'où nous vint l'idée de « préserver l'intimité »? Ce concept est une version typique de « l'ethnocentrisme » bourgeois qui considère la séparation des pièces d'une maison comme une « condition » de la structuration psychique. De telle sorte que la privation de l'intimité serait reliée à la déstructuration psychique ou à la pathologie.

D'où l'idée de trouver malsain que les pauvres vivent entassés dans des chambres, sans espoir d'amélioration matérielle. Où il y a de la pauvreté, il y a de la psychopathologie, pensions-nous. La pauvreté renvoyait à une carence matérielle qui fonctionnait comme cause imaginaire d'une autre carence.

Voyons maintenant le concept d'« encadrement adéquat » du psychanalyste, si important dans la tâche visant à éviter une réaction iatrogène et surtout à réussir le travail analytique. Quand nous parlons de l'intimité en rapport avec le cadre analytique, nous pensons à l'espace qui rend possible la liberté d'associer les idées, les images, les pensées, les sentiments. Ici, la liberté signifie associer avec des mots, sans répression de la pensée et des affects. Comme tout espace, celui-ci a une limite et c'est l'*agir*. Enfin, le cadre ne se limite pas nécessairement aux murs d'un bureau.

Si l'*agir* fonctionne comme limite du cadre, il en est forcément exclu. Si l'*agir* fait irruption dans le cadre, nous sommes dans la répétition. Si les pauvres répètent leur condition de victimes, par suite de motivations propres ou étrangères, cet *agir* dissout le cadre.

Si l'institution érige « un cadre » pour aider les victimes, c'est aussi pour la même raison qu'elle le détruit. On voit ici le paradoxe. La conception normative de la maladie — caractéristique de « l'ethnocentrisme » bourgeois — rejoint certains éléments de la théorie psychanalytique en s'appuyant sur la signification — idéologique — de la propriété privée comme un « bien ». Ce « bien » est si essentiel que, s'il nous manque, on perd la santé. Cela se lit dans la définition même de la santé que donne l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : « Bien-être physique, psychique et social ».

Mais le problème des victimes de la pauvreté face à ceux qui voulaient les aider restait non résolu. Les détenteurs du pouvoir, responsables de la pauvreté des victimes, ne s'en préoccupaient pas; encore plus, ils empêchaient que nous nous en préoccupions.

Engagés de cette façon avec les victimes, nous finissions par devenir comme elles. Nous nous plaignions et nous travaillions dans le *vide*. Avec dévouement. Nous menions des débats à partir de nos différentes écoles de psychologie ou de santé mentale. Plus nous faisons uniquement valoir nos idéologies, plus nous demeurions incapables de penser.

Mais peut-être l'horreur est-elle impensable? Ne peut-on que la surmonter ou l'éviter? S'agirait-il de sortir de la répétition à force de se la représenter? Dans la névrose traumatique, le trauma hante-t-il les rêves et les fantasmes afin de pouvoir se résorber, ou ne peut-il que se répéter dans sa quête d'une traduction psychique?

Comme tout hôpital « organisé », celui de San Miguel a son guichet à l'entrée; parfois, on y a inclus un bureau de consultation pour les enfants et pour les adultes. Les thérapeutes qui acceptaient cette organisation devaient s'y relayer. Pendant que l'un travaillait, les autres « étudiaient ». Les patients faisaient la queue depuis l'aube pour obtenir un numéro de service mais ils ignoraient quand ils auraient leur tour.

Sans analyser suffisamment les causes probables des névroses, plusieurs personnes de notre groupe réclamèrent un psychanalyste. Le Dr. Ulloa nous aida à opérer les distinctions nécessaires et à structurer un groupe capable de penser. Ensuite, toutes les images qui traumatisaient le psychisme et les corps, chez les patients et les thérapeutes, passèrent d'objets d'observation à objets d'élaboration.

Notre première approche fut de proposer que les patients viennent nous demander de l'aide afin de permettre d'évaluer les besoins, de déceler les urgences, d'organiser les transferts, etc. Toute l'organisation fut débordée : un jour, je voulus faire entrer une maman avec son fils mais, dans l'embrasure de la porte, je me trouvais en face d'un grand nombre de mères et d'enfants. Ces derniers étaient sans doute les enfants, les élèves « malades » d'institutions « malades » (la famille et l'école). L'angoisse m'étreignit. Je me dis : « Ici, il se passe la même chose qu'à l'entrée. Je n'ai rien résolu ». Je me mêlai alors à la foule. J'avais besoin de comprendre. Je ne portais pas de sarrau (sans savoir pourquoi je ne voulais le faire), ce qui fit que je ne fus pas perçue comme une professionnelle (sans que ce fut mon intention). Je compris que l'absence d'uniforme institutionnel me permettait de regarder les choses d'un autre point de vue. Dans les bureaux, les gens ne parlaient pas aussi librement que dans un milieu naturel. Ici, je pouvais entendre ce qu'ils ne disaient pas ailleurs, dans les bureaux par exemple.

Dans ce contexte, nous parvenaient, approximativement, les événements de l'extérieur. Comme je l'ai dit, l'hôpital était « digne » de sa clientèle, ceux qui vivent dans ses murs. Je finis par m'intégrer à un « nous » et faire cause commune avec ceux qui venaient demander assistance. « L'hôpital est nôtre, le problème est nôtre, il ne faut pas que moi, je le résolve pour eux », me dis-je. J'avais horreur du pouvoir de l'institution de désobjectiver les personnes. Adoptant une attitude de soumission, travailleurs et patients n'exprimaient que des plaintes, qui pouvaient, par ailleurs, atteindre de hauts niveaux de violence. Le docteur Ulloa avait l'habitude de dire : « Il faut passer de la plainte à la protestation ».

Que voulait dire « protester » dans ce cas? C'était vouloir rompre avec la soumission. Celle-ci consistait à accepter de venir à l'hôpital et d'espérer essentiellement, peut-être inutilement, être reçu par un professionnel de la santé. Ainsi, la première rupture consista à ne pas espérer mais à identifier ce dont on avait besoin. Et peut-être n'avait-on pas toujours besoin d'un professionnel.

Quand je commençai à me poser ces questions, je constatai que je ne les aurais jamais formulées dans un bureau. Étais-je dans le rôle du médecin, du thérapeute ou du psychanalyste? Ou étais-je déjà une part de ce groupe, en marge d'une structure incapable de l'accueillir?

C'est ainsi que nous avons amené ces questions dans les assemblées, puis avons décidé d'occuper une salle de l'hôpital une fois par semaine. Lentement, la manière de faire des consultations changea. Il y eut des jours différents pour les enfants, les adultes et les adolescents. On évita les idées préconçues. On élaborait des procédures tant pour entrer à l'hôpital (« Admission ») que pour effectuer des transferts vers d'autres ressources, celles-ci n'étant pas nécessairement thérapeutiques. Tout fut conçu en fonction de la situation.

Par cette créativité, on réussit à obtenir que les gens, d'abord venus passivement chercher de l'aide, acceptent de s'inclure dans le processus et de réfléchir avec nous au problème de savoir comment obtenir une assistance en accord avec ses besoins.

Délimiter la demande revenait à situer le problème. Il ne relève pas toujours de la clinique. Souvent, c'est une question existentielle. Par exemple, avoir des conflits œdipiens qui influent sur une conduite agressive appartient au domaine de la clinique. Mais que dire de la « cohabitation », de la « coexistence », du partage du même espace avec plusieurs familles, quand on étudie dans une école qui n'a pas des programmes égalitaires, selon qu'on se prépare à aller à la Sorbonne ou à survivre dans les trains? Ce type de questions requéraient une réflexion par et dans le groupe. Nous y participions en tant qu'experts de modes d'accès au bonheur.

Je me rappelle avoir découvert comment un enfant trouvait protection et support, familiarité et amitié dans les trains. L'intimité des gares calmait son désarroi et sa solitude. En ceci et en bien d'autres choses, il m'a aidée à affronter la solitude existentielle, bien loin de la sécurité psychique et matérielle.

On organisa donc les structures suivantes :

- 1) *Admission en groupe* — C'était une réunion à laquelle s'intégraient les personnes venues demander un soutien psychiatrique, psychologique ou psychopédagogique. Quand je dis qu'ils s'intégraient, je veux donner l'idée de continuité. En général, on voyait là ceux qui venaient pour la première fois, mais aussi ceux qui restaient jusqu'à ce qu'on clarifie la décision à prendre. Nous commençons par implanter les règles qui nous « responsabilisaient » quant au savoir technique; cependant, nous ne faisons pas de même pour ce qui concerne la reconnaissance de la situation que nous occupions en commun. De cette structure, les autres découlèrent :
- 2) Analyses ou thérapies de groupes d'âges différents.
- 3) Analyse ou diverses thérapies individuelles.
- 4) Traitements pour les psychoses individuelles ou sociales.
- 5) Groupe communautaire — Ce groupe formait, avec l'Admission, une partie du travail d'exploration de ce que nous avons appelé « situation problème ». Cet espace surgit d'une surdétermination de demandes ou de situations face aux problèmes présentés. Tous n'avaient pas besoin d'un espace thérapeutique pour calmer leur souffrance.

Ce contexte - dont nous étions partie prenante - nous permit de comprendre comment un lien social crée les conditions de possibilité de penser ce que l'on ne voit pas du lieu de son expérience singulière. Je ne me réfère pas aux négociations névrotiques particulières mais au lien social qui permettait de voir la communauté comme telle. L'hôpital était un milieu parmi d'autres. Je dirais que l'hospitalité (*el « buen trato »* duquel dérive « *tratamiento* », disait Ulloa) lui appartenait aussi. Plutôt qu'une institution privée ou publique où l'on va demander la charité, c'était un lieu qui nous réunissait selon nos préoccupations communes. Nous pouvions penser à nous révolter sans pour autant exclure l'hôpital.

Ne me demandez pas comment nous avons réussi à obtenir ce lieu thérapeutique. Il ne le faut pas, car on doit préserver notre secret. Nous avons toujours su que les murs pouvaient avoir des oreilles. Mais enfin, nous étions libres de disposer de notre temps en fonction d'un travail qui nous passionnait.

À mesure qu'avance mon récit, je me rends compte que je confirme la différence entre un souvenir élaboré et une mémoire fidèle aux faits. La seule fidélité dont je peux répondre reste celle des résultats de l'expérience.

J'ai dit auparavant que nous espérions pouvoir « étudier » (je comprends maintenant pourquoi j'ai mis des guillemets). En fait, nous dérobois du temps pour étudier, discuter, penser. Le groupe d'Épistémologie, études que l'on voyait plutôt comme une « affaire »<sup>i2</sup>, se transforma en une tâche vivifiante et passionnante. D'où il résulta que celle-ci, au lieu d'apparaître comme une sorte de corruption (étudier là où on nous payait pour travailler), devint une tâche indispensable qui accompagnait la pensée.

Non seulement moi, mais aussi une grande partie du groupe, nous gardons — au sens d'en maintenir les effets — une grande reconnaissance à Ignatio Lewkowicz, historien, qui fut un maître jeune et lucide. Il nous invita à penser avec Nietzsche, Kierkegaard, Borges, Althusser et à l'intérieur de ses propres théorisations.

De même, nous continuons de nous étonner des résultats thérapeutiques du travail du docteur Fernando Ulloa, un vieux maître pour notre pays et un analyste institutionnel. Il a su nous accompagner aussi loin que nécessaire dans la radicalité du changement de notre position subjective.

Chacune des interventions de l'un d'entre nous avait une valeur. En effet, il y avait un *nous*, travailleurs de la Santé mentale, auxquels se joignirent souvent d'autres membres du personnel de l'hôpital, intéressés par la politique et réunis pour réfléchir. Et, un second *nous*, la communauté de San Miguel, dans laquelle nous incluons les précédents.

Il y avait les victimes de pillages et de soulèvements populaires, d'inondations, de désœuvrements, de tragédies (sociales ou psychiques). Il y avait ceux qui se sentaient essentiellement étrangers aux leurs quand ils retournaient dans leurs quartiers et dans leurs foyers, car ils ne savaient comment prendre en charge leur tristesse (pas seulement la subir), leurs plaintes et leur entourage, etc. D'eux, on entendit des échos. D'une part, dans la clinique spécialisée dans ces cas; d'autre part, dans la gratitude des groupes communautaires et dans les complicités que ces derniers générèrent. On apprit leur engagement dans les combats de rue.

Il y avait aussi des gens venus de communautés extérieures et qui avaient entendu parler de nous. Ils venaient sans savoir très bien pourquoi. Non pas pour chercher de l'attention mais parce que « là, on fait quelque chose ». À certains moments, de façon subtile, je réalisai que ces personnes n'étaient plus les mêmes que les patients précédents. Nous étions dans une autre position subjective.

À présent, je peux faire quelques appréciations politiques : nous ne voulions pas changer l'hôpital et réussir plus qu'il était possible, ni lutter contre la corruption de la municipalité même quand nous nous trouvions mêlés à ces combats. Nous ne voulions pas lutter non plus pour les biens dilapidés de la classe ouvrière ou le salut des sans-logis. Les luttes revendicatrices ne sont réactivées que parce qu'elles sont liées aux institutions bourgeoises agonisantes.

Il ne s'agissait pas de dénoncer mais de faire en sorte que ceux qui oublient les injustices qu'ils ont commises ou le contenu des lois et des constitutions (pleines de droits sans devoirs) réparent leur erreur. Il s'agit d'affronter le problème comme il est posé, sans croire que les corrompus respecteront les lois, et ensuite d'assumer nos responsabilités. C'est dire qu'il n'y a pas de responsabilité possible pour les représentants des victimes s'il n'y a pas d'abord des victimes responsables.

### Quelques conclusions

D'abord, nous avons été « naïfs » en réclamant notre droit au « Paradis ». Ensuite, nous nous sommes reconnus simplement comme les habitants du *monde des majorités* fortement « minoritaires » dans le « monde global de l'économie ». Finalement, nous avons voulu détruire les dispositifs qui empêchaient d'écouter, de voir et d'entendre la problématique produite par *L'Hôpital* comme institution protectrice. Rappelons que cette institution fut créée par la modernité en tant qu'espace voué à « l'hospitalité » grâce au bénévolat cher à la bourgeoisie et à sa conception du prolétariat.

Parmi les obstacles à l'écoute de l'autre, signalons : l'Uniforme (sarrau) qui nous érigeait en représentants de l'Institution; le Savoir comme principal instrument d'application; la place déterminée des Professionnels, des Patients; la Porte d'entrée; les manières de demander service. Disparurent aussi les représentations discursives qui fonctionnaient comme obstacle à la subjectivation : « L'interprétation de la VIOLENCE à l'intérieur de la VICTIME »; l'idéologie des Droits de l'Homme et de la *mémoire espérante*; l'image des Techniciens de la Santé, incluant les Psychanalystes (qui sait pourquoi?), comme escadron de normalisation.

Les effets d'une action ne se réduisent pas à la conquête d'un objectif. Les objectifs sont réalisés dans l'action elle-même. Notre groupe travailla durant douze ans jusqu'à ce qu'il soit dispersé par les autorités de l'hôpital et de la municipalité, en différents points de la province. On a entendu dire que l'administration gouvernementale a donné cet avertissement : « Ne pas se joindre à ce groupe parce qu'il est subversif ». Évidemment, on crut ainsi renforcer l'unité sociale. Mais notre expérience n'aurait pas eu d'effets si nous avions accepté de disparaître pour endosser cette croyance. Notre groupe continue donc de tourner son esprit inventif vers les nouveaux problèmes que pose aujourd'hui le lien social.

Lucia Scrimini  
araz 156, 50 b, buenos aires (1414)  
argentine

Traduit de l'espagnol par Louise Grenier

---

### **Bibliographie**

- Cerdeiras, R., 1995, « Contra la memoria », *Revista Acontecimiento, para pensar la politica*, N° 10, Buenos Aires, Ediciones portenas.
- Chejter, S., 1983, Editora responsable, « Enfoques feministas de las politicas antiviolencia », *Revista Travesias*, N° 1, Buenos Aires.
- Freud, S., 1923, *El Yo y el Ello. Las dos clases de pulsiones*. Buenos Aires, Paidos, 1995.
- Freud, S., 1920, *Mas alla del principio del placer*, Buenos Aires, Ediciones Amorrortu, Vol. XVIII, 1976.
- Galende, E., 1992, *Historia y repeticion. Temporalidad subjetiva y actual modernidad*, Buenos Aires, Paidos.<sup>ii</sup>

---

### **Notes**

1. À Buenos Aires, dans les institutions publiques, les thérapeutes, imitant le secteur des soins privés, en reproduisent les modalités. À cette différence qu'ils parvinrent à limiter tous les aspects de l'aide au patient. Par exemple, les traitements eurent des limites dans le temps, soit six mois; et la durée de la séance fut d'une demi-heure, sans tenir compte des besoins.
2. En français dans le texte original.