

Les **10** ans
du
Collectif
Psychiatrique
Abbevillois

Actes des Colloques



Collectif Psychiatrique Abbevillois

Secrétariat CMP Adulte
3 rue de l'Hôtel Dieu
80100 Abbeville

secretariat@collectifpsy.org

<http://www.collectifpsy.org/>

Directeur de la publication : Charlotte Bayat
Relecture : Sabine Dumeige

CHRISTOPHE CHAPEROT

Préface

Le Collectif Psychiatrique Abbeillois organise cette année son 10ème Colloque, c'est l'occasion pour nous d'en rappeler l'origine et l'esprit.

L'initiative est venue d'un petit groupe : Jean Luc Teixeira, Armel Rivallan, Jean Loup Saffer, Franck Bosetti, Didier Delgrange et d'autres dont le nom m'échappe... afin de faire fructifier une émulation déjà en place, et de rassembler les diverses orientations et pratiques abbeilloises d'alors : thérapie familiale systémique, psychanalyse, psychothérapie institutionnelle, théorie du secteur (autour de Georges Jovelet). D'emblée, le choix a été fait d'organiser un Colloque centré sur l'articulation théorico-pratique dans une démarche inspirée du « pragmatisme » de Peirce ou du « phénoméno-technique » de Bachelard : un concept ne vaut par son articulation à la clinique et la clinique que si elle est conceptualisée.

D'autre part, il nous a été évident que ce colloque ne devait pas s'adresser à une catégorie professionnelle définie, mais à l'ensemble des acteurs du soin ou de l'encadrement : corps infirmier, assistantes sociales, psychologues, psychiatres, ergothérapeutes, psychomotriciens, éducateurs, intervenants sociaux, etc.

Ce pari d'une réflexion commune permet de réformer, le temps d'une journée, l'ensemble des « constellations » qui compose les équipes éducatives, de soins, d'encadrement, et de réfléchir à nos actions et repères respectifs, de découvrir des modes d'abord inédits. Ainsi, les interventions apparaissent invariablement trop théoriques à certains ou trop descriptives à d'autres, mais ouvrent, quoi qu'il en soit, des espaces potentiels, des horizons possibles de découverte.

Le premier Colloque, intitulé « Psychose : de la rencontre au traitement », en 2002, a été présidé par Jean Delahousse.

Nous avons, à l'époque, lancé un appel à communications sans qu'aucune organisation préalable ne soit structurée : ni le lieu, ni le temps du repas, ni rien : juste le projet. Merci encore à Jean Delahousse, dont j'ai suivi l'enseignement toutes ces années, de sa confiance : il nous a mis le pied à l'étrier. Puis d'autres invités sont venus amicalement et solidairement : Christian Mille, Claude Nachin, Pierre Delion, Alvaro Escobar, Jean Oury, Richard Rechtman, Vassilis Kapsambelis, Jean Claude Maleval, Jean Garrabé (dans le désordre).

Après dix ans de présidence du Collectif, j'ai décidé de céder ma place, moins par fatigue que pour me livrer à d'autres activités, notamment au sein de la Société et de la revue *L'Évolution Psychiatrique*. Charlotte Bayat est désormais présidente et injecte au sein du collectif son énergie communicative, tout en ayant la gentillesse de me laisser continuer à y mettre mon grain de sel (ce dont je ne peux m'empêcher de toute façon).

Pour ce dixième Colloque, nous avons eu l'idée, soufflée par Viorica Celacu, de produire un recueil de quelques communications illustratives de notre travail. Leur sélection est injuste, certaines pourtant excellentes n'y figurent pas. Cela tient, outre notre désir d'illustrer un esprit d'ensemble, au fait que nombre d'intervenants se suffisaient de quelques notes éparses, d'autres improvisaient avec cet esprit magnifique qui aurait permis d'imprimer directement leurs paroles.

Ce petit recueil est là, le premier, en l'attente je l'espère du suivant, pour nos vingt ans printaniers.

SOMMAIRE

9ème Journée, 27 mai 2010, sous la présidence de Jean Garrabé

Psychiatrie de la personne

J. Garrabé, <i>La psychiatrie de la personne</i>	p. 9
J.-L. Feys, <i>L'anthropopsychiatrie de Jacques Schotte</i>	p. 16
Équipe de l'Hôpital de jour du CH Abbeville, <i>Y a personne. Est-ce qu'il y a quelqu'un ?</i>	p. 21
M. Loget, <i>La personne, entre liberté et déterminisme</i>	p. 27

8ème Journée, 11 juin 2009, sous la présidence de Richard Rechtman

Parlez-moi de vos traumatismes

J.-C. Boucherit, <i>L'impossible à figurer et l'acte photographique comme trauma même</i>	p. 33
C. Nachin, <i>Du trauma psychique : l'os qui ne veut pas s'éliminer</i>	p. 36
G. Cotté, C. Defernand, <i>Trois dimensions du trauma dans la cure analytique</i>	p. 40
Équipe de l'Hôpital de jour Adulte d'Abbeville, <i>Ce qui peut faire trauma dans la psychose</i>	p. 46

7ème Journée, 29 mai 2008, sous la présidence de Alvaro Escobar

Enfermement

C. Nachin, <i>De l'enfermement des aliénés à l'abandon des fous</i>	p. 55
F. Gilles, <i>À partir de Baudelaire, une réflexion sur l'écriture</i>	p. 59
J.-L. Saffer, <i>Enfermer pour soigner...</i>	p. 63
P. Gall, M. Koch, L. Rzezucha, M.-G. Pinguet, S. Marquant, <i>Comment soigner et enfermer?</i>	p. 67
M. Blajin, <i>L'Enfermement</i>	p. 71

6ème Journée, 7 juin 2007, sous la présidence de Jean Oury

Qu'est ce qu'on fout là !

R. Delacourt, E. Pouillaude, <i>Qu'est ce que ce « on » fout là ?</i>	p. 77
P. Gall, M. Koch, L. Rzezucha, <i>« Mais qu'est-ce qu'on fout là ? » Dissonances</i>	p. 82
F. Gilles, <i>Qu'est-ce qu'on fout là : actualité du petit discours aux psychiatres de J. Lacan</i>	p. 86
C. Jacquelin, <i>D'une ambiance à l'autre</i>	p. 92
Équipe Hôpital de jour d'Abbeville, <i>Ils n'fontent point grand chose</i>	p. 96

5ème Journée, 15 juin 2006, sous la présidence de Claude Nachin

Loi(s)

J. Couture, <i>Lois et générations</i>	p. 103
J.-L. Saffer, <i>L'Enfermement (contention & isolement)</i>	p. 106
G. Cotté, <i>Quand la justice décrédibilise les parents</i>	p. 110
S. Moukhles, <i>Pratique d'une psychologue clinicienne en Centre d'Education Renforcé pour adolescent</i>	p. 115
P. Delengaigne, <i>Loi et psychose</i>	p. 119

4ème Journée, 3 juin 2005, sous la présidence de Jean-Claude Maleval

Psychoses

M. Wilquin, <i>Dépendance, toxiques, et psychoses</i>	p. 127
J.-L. Saffer, <i>Le packing dans l'institution</i>	p. 132
A.-M. Wimart, <i>Visite à domicile infirmière chez le patient psychotique</i>	p. 139
F. Gilles, <i>Syd Barrett : de la montée en scène à la chute</i>	p. 148
F. Bosetti, F. Gastaud, <i>Une psychose non ordinaire</i>	p. 154
P. Wartelle, <i>Travail clinique en institution avec une adolescente psychotique</i>	p. 159

3ème Journée, 13 mai 2004, sous la présidence de Pierre Delion

Passages

P. Bourdige, <i>Réflexion autour d'une pratique de l'improvisation théâtrale en milieu psychiatrique</i>	p. 169
C. Jacquelin, <i>Passage à l'act-eur</i>	p. 173
P. Delion, <i>Pas sages du tout à la partie</i>	p. 177

2ème Journée, 29 mai 2003, sous la présidence de Vassilis Kapsambelis

Caractère, personnalité, tempérament, style, structure, et changement

C. Chaperot, <i>Il ne faut pas prendre la structure pour le bâtiment</i>	p. 181
L. Douchin, L. Prince, <i>Graines de psy</i>	p. 186
M.-C. Bousseylol, <i>Du style</i>	p. 189
G. Cotté, <i>Le symptôme entre demande des parents et parole de l'enfant. Changer : à quel prix</i>	p. 194
A. Bourgain, <i>Logique inconsciente du mot d'esprit et subversion de la langue</i>	p. 198

1ère Journée, 30 mai 2002, sous la présidence de Jean Delahousse

Psychoses : de la rencontre aux traitements

L. Petru, <i>Où est le vrai début de la psychose ?</i>	p. 205
G. Jovelet, <i>Actualités du secteur comme modalité de rencontre et de traitement des sujets psychotiques</i>	p. 211
E. Goullieux, <i>De l'indispensable rencontre clinique avec la chronicité</i>	p. 217
C. Pisani, <i>Idéal et psychose</i>	p. 223
J.-P. Verot, <i>30 gouttes d'Haldol</i>	p. 229
M. Guimelchain-Bonnet et al., <i>Hôpital de jour : mode d'emploi</i>	p. 235
J.-P. Parchliniack, <i>VAD : que peut-on apprendre au domicile des patients psychotiques</i>	p. 239

*10ème Journée du Collectif Psy Abbevillois
jeudi 9 juin 2011
sous la présidence de Yves Thoret*

On s'la raconte

« On peut partir de n'importe quels postulats de n'importe quels axiomes et l'ont peut édifier là-dessus. Il n'y a pas de réel. Il n'y a pas de faux, il n'y a pas de vrai, tout marche quand même, tout se vérifie, tout se bâtit ».
Ionesco, *Le solitaire* (Mercure de France, 1973)

Dans son unique roman Eugène Ionesco fait dire au personnage principal cette vérité : il n'y a pas de vérité. Mais ça marche quand même. Mensonge, mythomanie, attitudes de prestance, semblant, masque, vérité relative de nos paroles, simulacre, efficacité du vide. Et s'il existait une vérité, cela ne se pourrait que soutenue d'un théâtre.

Nous avons le bonheur d'accueillir Yves Thoret pour y réfléchir cette année, spécialiste de Shakespeare et entres autres Président de L'Evolution Psychiatrique. Qu'est-ce-que soigner, aider, soutenir sans cette part de tricherie, entre propos falsifiés porteurs de vérités et jeux de rôle, entre soigner le délirant convaincu et le manipulateur lui-même jouet de son inconscient : voilà nos questions de cette année pour le 10ème colloque d'Abbeville (10 ans déjà).

Actes à paraître :

C. DELENGAIGNE : Un autiste verbeux ?

P. BOURDUGE : L'ailleurs du théâtre

M. BON-GOUZON et P. BOURDELET : Ici on raconte

F. AGNERAY : Un vécu factice

J. ARVEILLER : Conférence: Mêmété ou subversion ? La fonction NPU

Y. THORET : Conférence: La théâtralité: entre jeu et clinique

I. BINARD : J'ai même une baleine dans mon aquarium ?

C. NACHIN : Vérité absolue, vérité relative

J.-M. HUET : Histoire de Franck

C. LEY et L. LEPICE : Le syndrome de Munchausen par procuration

*9ème Journée du Collectif Psy Abbeillois
jeudi 27 mai 2010
sous la présidence de Jean Garrabé*

Psychiatrie de la personne

Le concept de la personne en psychiatrie permettrait-il d'interroger la façon dont on a conçu à travers les âges une personne malade ?

Devenu usager en santé mentale, égaré dans une psychiatrie biopsychosociale qui peine à se donner une orientation, ne serait-ce que théorique, mais également éthique, anthropologique et politique, décalée du tout sécuritaire, le malade est-il encore une personne ? Ce signifiant de « malade » a vite fait de devenir une identité sociale, mais une personne qui vit une maladie, qui porte une maladie, voire qui est capable de maladie, ne saurait y être réduite. L'évolution des mentalités limiterait-elle les effets de ségrégation ?

Le Dr Jean Garrabé, auteur de nombreux ouvrages de référence, présidera notre journée et nous guidera dans ces réflexions grâce à son expérience, son érudition et son engagement aux côtés de l'Association Mondiale de Psychiatrie.

ÉQUIPE DE POLYGONE D'AMIENS :

La personne ? C'est juste à côté (*texte indisponible*)

C. JACQUELIN : Ni bonne ni conne, l'infirmière est une personne (*texte indisponible*)

P. SPOLJAR : Approches de la personne dans la psychologie de Nietzsche (*texte indisponible*)

A. BOURGAIN : Depuis Foucault : les loges de la folie (*texte indisponible*)

J. GARRABÉ : La psychiatrie de la personne

J.-L. FEYS : L'anthropopsychiatrie de Jacques Schotte

ÉQUIPE DE L'HÔPITAL DE JOUR DU CH ABBEVILLE :

Y a personne. Est-ce qu'il y a quelqu'un ?

P. GUEDJ : Persona de Bergman. La personne est-elle personne ? (*texte indisponible*)

M. LOGET : La personne, entre liberté et déterminisme



J. GARRABÉ

La psychiatrie de la personne

Je veux d'abord remercier le Collectif organisateur de ces journées consacrées à la psychiatrie de la personne de m'avoir invité à les présider et à les clore par un exposé sur ce courant de pensée. Je dois cet honneur au fait que, dans le cadre du Programme International de la Psychiatrie de la Personne (IPPP) développé par l'Association Mondiale de Psychiatrie à l'occasion de son XIIIème Congrès à Prague en 2008, il m'avait été demandé d'en faire l'historique. Le texte de mon exposé a été publié dans *L'Évolution Psychiatrique*¹ et une partie reprise dans un ouvrage collectif². Je reviendrai sur certains points car je ne me doutais pas alors, qu'à l'occasion de la réforme de la loi de 1990 et en particulier de la rédaction de son article 3211-2-1 sur « les soins sans consentement de personnes atteintes de troubles mentaux en dehors de l'hospitalisation complète », le sens de ce que l'on entend par personne, lorsqu'on parle d'un malade mental, allait être bouleversé. De manière encore plus inattendue, le débat provoqué par *Le crépuscule d'une idole* publié par le philosophe Michel Onfray pour « déboulonner » Freud a conduit un anthropologue du CNRS, Samuel Lézé, à poser la question « Qu'est ce qu'une personne ?... Cette question, dont l'enjeu est politique et moral, est au cœur des débats autour de la psychanalyse »³ et à lier ceux-ci aux difficultés que connaît actuellement la psychiatrie en France. Je ne vais pas m'engager dans ces débats que je considère comme avant tout médiatiques, mais je vais tenter de répondre à cette question judicieuse à partir de ce que nous apprend la psychopathologie, autrement dit, ce que nous disent les malades mentaux quand on sait les écouter.

Que signifie « personne » ?

Le nom féminin « personne » vient de l'étrusque, langue où il désignait le masque porté par les acteurs dans le théâtre antique qui à la fois cachait leur visage et amplifiait leur voix pour la rendre audible de tous. De cette signification dérive « personnage ». Si je portais un tel masque, je n'aurais pas à utiliser un micro dans ce théâtre pour parler.

Personne a ensuite pris depuis son premier sens, le plus courant d'« individu de l'espèce humaine », un grand nombre de significations dans des domaines extrêmement variés : le droit, la religion, la philosophie, la psychologie, sans oublier la grammaire, puisque nous parlons une langue qui dispose de trois personnes, ce qui organise notre discours et notre pensée. M. Spoljar nous a présenté la conception de la personne chez Nietzsche. Personne ne s'emploie classiquement que pour des êtres humains, et Cervantès s'amuse à mettre dans la bouche de Sancho Panza une comparaison comique entre la personne de Rossinante et la sienne propre envisagées toutes deux du point de vue de leur chasteté. La question de savoir si l'on peut qualifier de personnes des animaux d'autres espèces ne disposant pas, comme l'espèce humaine, de langage a déjà été posée ce matin. Mais il existe aussi en français un autre mot, le pronom indéfini neutre personne, qui, employé avec « ne », signifie au contraire l'absence d'être humain. L'équipe de l'hôpital de jour du CH d'Abbeville va nous dire tout de suite « Y'a personne. Est-ce qu'il y a quelqu'un ? ». Ce sens existe aussi en grec d'où la ruse d'Ulysse disant à Polyphème, dont il crève l'œil pour retrouver la liberté, « mon nom est Personne », de sorte que le cyclope répondra « personne » quand on lui demandera qui l'a rendu aveugle. M. Ducroquet, directeur de l'hôpital d'Abbeville, a cité à l'ouverture cet épisode de l'*Odyssee*, ce qui montre que bien qu'il ait affirmé que la psychiatrie est pour lui un domaine mystérieux, il en a bien saisi l'objet. Nous pouvons immédiatement faire un rapprochement entre ce sens négatif que peut prendre personne et les expériences vécues de dépersonnalisation qui ont une telle importance en

psychopathologie. On fait maintenant de la dépersonnalisation un des critères de schizophrénie, mais nous savons depuis le cas paradigmatique de la malade décrite par François Leuret (1797-1851) dans ses *Fragments psychologiques sur la folie*⁴ qui ne pouvait se désigner que comme « la personne de moi-même », que ce sentiment de perte de l'identité peut se produire dans d'autres états. Pierre-Henri Castel vient, dans *L'esprit malade*, de faire une lecture attentive de la remarquable observation clinique qu'avait faite Leuret de l'état, plus exacte que celle qu'en avait faite Michel Foucault.

Le prix Femina 2009 a été attribué à un livre de Gwenaëlle Aubry intitulé *Personne* qui, bien qu'il soit présenté comme un roman, est en fait le récit fait par l'auteur de la disparition progressive de la personne de son père, brillant haut fonctionnaire, au début de sa maladie, atteint d'une psychose maniaco-dépressive ; c'est un témoignage de la vision qu'ont de la folie d'un parent ses enfants et aussi de la dimension familiale de toute psychopathologie⁵.

Enfin, pour conclure ce rappel philologique, notons que de personne dérive personnalité. Nous pouvons nous demander pourquoi nous parlons de « Troubles de la personnalité » ou de « Personnalités pathologiques » plutôt que de « Troubles de la personne ». Je dois dire que mon maître Henri Ey, dont Masson vient de rééditer le Manuel qu'il avait écrit avec Paul Bernard et Charles Brisset, ne nous donne pas sur ce point un bon exemple : quand il parle, à propos du groupe des psychoses schizophréniques, de la modification de la personnalité, il parle en fait de la personne comme je vais le montrer. Vous pourrez le vérifier en lisant ce manuel que, m'a dit le Dr. Bayat, les jeunes ne lisent plus.

Les protecteurs des fous en tant que personnes

La question de ce qu'est une personne au sens philosophique du mot est au centre de la pensée des grands réformateurs des soins aux malades mentaux et à l'origine même de la psychiatrie. C'est presque toujours lors de périodes marquées par de grands bouleversements politiques, des guerres, qu'apparaissent des personnages qui se font les défenseurs des fous, toujours les premières victimes de la désorganisation sociale. J'évoquerai le nom de trois d'entre eux dont l'influence a été considérable en France au cours de trois de ces époques où notre pays vivait des secousses violentes. Le premier est Saint Norbert (1080-1134), fondateur de l'ordre des chanoines blancs dit des Prémontrés, puisque c'est dans ce lieu, où existe toujours comme vous le savez un hôpital psychiatrique, qu'il reçut l'inspiration de créer des lieux d'assistance pour les êtres qui n'avaient pas perdu, du fait de l'état de misère où ils se trouvaient, leur qualité de personne. La capitale du Ponthieu où nous nous trouvons était alors disputée entre français, anglais, et bourguignons. Guedj nous a fait remarquer que dans les communautés monacales, était respectée une règle. Si les prémontrés ne sont pas des moines mais des chanoines, notons que l'ordre des prémontrés observe la règle de Saint Augustin (354-430). Or, c'est cet évêque africain qui, après avoir vécu lui-même en des temps agités au début du christianisme, a, dans ses textes philosophiques notamment ses *Confessions*, que l'on considère comme une auto psychanalyse, fait la synthèse des visions de la personne issues du droit romain, du néo platonisme et du christianisme. Je ne sais pas si c'est le seul hasard qui a fait que le collectif nous réunisse aujourd'hui dans ce théâtre, le 27 mai étant le jour de la Saint Augustin. Le second est Juan Ciudad (1495-1550) qui, après avoir subi personnellement les traitements cruels que l'on infligeait aux fous à l'hôpital de Grenade, où il avait été admis à l'occasion d'une expérience mystique où il s'identifiait à la personne du Christ, obtint, non sans mal, la fondation de l'Ordre des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, nom sous lequel il a été canonisé. Cette expérience vécue était manifestement pathologique, même si les hagiographes en parlent comme si Juan Ciudad avait simulé la folie pour voir comment étaient traités les fous dans les hôpitaux de son temps. C'est en 1601, à la fin des guerres de religion, que Marie de Médicis (1573-1662) fit venir les frères de cette congrégation de Florence à Paris où ils fondèrent l'Hôpital de Saint Jean Baptiste de La Charité, là où se trouve l'actuelle Faculté de Médecine de la rue des Saints-Pères. Les frères ne s'occupaient pas des soins médicaux, à proprement

parler, qu'ils confiaient à des laïques, et se consacraient aux soins que nous disons infirmiers. Nous ne connaissons la vie de Saint Jean de Dieu que par des récits seconds, mais il est incontestable qu'il luttait pour le respect du fou en tant que personne, qualité qu'il ne perd pas même lorsqu'il vit une expérience psychotique.

Le troisième nom est celui de Philippe Pinel (1745-1826). Dans les innombrables textes qui lui ont été consacrés tantôt pour célébrer son geste, tantôt au contraire pour en faire un mythe, plusieurs soulignent qu'il a étudié la théologie avant la médecine. Pour moi, ceci a sans doute contribué à ce qu'il se fasse une conception de la personne de l'aliéné, proche de celle développée dans le christianisme à partir de Saint Augustin. Mais Pinel a aussi, avant la Révolution française, fréquenté le salon de Madame Helvétius où les philosophes des Lumières, Benjamin Franklin, Condorcet, Lavoisier, Cabanis, Vicq d'Azyr, essayaient de définir scientifiquement les Droits de l'Homme – Homme au sens d'être humain, autrement dit de personne. En tous cas, Pinel, ayant observé les résultats obtenus à Bicêtre par Jean-Baptiste Pussin (1748-1811) enlevant les chaînes aux aliénés de Bicêtre en Août 1798 (Prairial de l'An IV), finit par obtenir la mutation de ce surveillant et de sa femme Marguerite Jublin à la Salpêtrière pour enlever celles des aliénées femmes, ce qui ne fut fait qu'en 1801. Pinel rend hommage à Marguerite Jublin pour avoir réussi à diminuer parmi les aliénés la terrible mortalité de l'AN II. Je souligne que Pinel ne condamne pas comme attentatoires à la dignité de la personne que le seul usage des chaînes mais l'ensemble des documents physiques barbares encore utilisés à la fin du 18e siècle pour traiter les « fous » : saignées répétées, bastonnades, début de noyade, jeûne alimentaire prescrit, etc. Il écrit : « les aliénés, loin d'être des criminels qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante et dont on doit rechercher par les moyens les plus simples à rétablir la raison égarée »⁶. Le traitement moral qu'il préconise repose sur le recours à la part de raison conservée même chez le sujet le plus aliéné qui n'a pas perdu, malgré son égarement, sa qualité d'être humain, de personne. Si un hommage lui sera rendu sur ce point par Hegel (1770-1831), très tôt son œuvre sera critiquée au nom de la science et François Broussais (1772-1838) réussira au nom de sa « médecine physiologique » et sa théorie du rôle de l'irritation dans la folie, au rétablissement de la saignée comme traitement médical de la folie.

On a parlé ce matin de sémiologie et il faut rappeler que le créateur de la sémiologie moderne, de nos jours méconnu, est le premier élève et assistant de Pinel à La Salpêtrière, Augustin-Jacob Landré-Beauvais (1772-1840), auquel je viens de consacrer un texte dans les *Annales médico-psychologiques*.

Les Déclarations des Droits de l'Homme

Ces débats se déroulent au cours d'une période où le pouvoir politique déchiré par des luttes sanglantes en son sein même se désintéresse des fous ou des aliénés.

La libération des aliénés de leurs chaînes suit de peu la première Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen de 1789, qui sera d'ailleurs suivie de deux autres en 1793, et qui reconnaît comme droit premier la liberté⁷. Il faudra attendre 1838 pour que, sous la Monarchie constitutionnelle de Juillet, soit adoptée une loi tentant de concilier le respect de la liberté individuelle et les procédures d'internement des citoyens dans les asiles d'aliénés où ils ne peuvent être internés que pour des raisons médicales et sous le contrôle de l'autorité judiciaire, en l'occurrence le Procureur. Ce sont là des points en discussion dans la présente réforme de la loi de 1990 qui avait elle-même réformé celle de 1838. Je dois dire, qu'ayant exercé pendant la quasi-totalité de ma carrière dans le cadre de la loi de 1838 tout en étant partisan de sa réforme, je me demande si finalement ces réformes successives ne vont pas aboutir à une législation aussi confuse que difficilement applicable en pratique, et donc finalement néfaste aux droits des personnes atteintes de troubles mentaux. Ce n'est qu'en 1948 que fut adoptée la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme après la constitution de l'Organisation des Nations Unies à l'issue de la Seconde Guerre Mondiale. Je ne puis développer ici les points importants de cette déclaration, ni ce qu'est devenue son application dans de nombreux pays pourtant membres de l'ONU,

sujet qui a été l'objet de polémiques en 2008 lors des cérémonies commémoratives du soixantième anniversaire de son adoption. Polémiques toujours en cours même si nos dirigeants européens évitent soigneusement d'en parler lors de leurs voyages officiels dans des pays où elle n'est pas respectée.

Le 20e siècle

Le 20e siècle a été marqué par deux guerres mondiales – Abbeville garde encore les traces de la bataille de Juin 1940 – et par plusieurs révolutions qui ont entraîné un bouleversement des idées dans tous les domaines de l'esprit, scientifique, politique, social, économique, bouleversement qui a, bien entendu, touché la médecine et en particulier la psychiatrie.

Dans l'entre-deux-guerres, plusieurs philosophes, comme s'ils présentaient les catastrophes qui allaient s'abattre sur plusieurs catégories de personnes, notamment les malades mentaux, à qui allait être niée la qualité d'être humain, ont fait part de leurs réflexions à ce propos. J'en citerai trois en raison de l'impact de leurs travaux sur l'histoire de la psychiatrie au siècle dernier.

Le premier est Max Scheler (1875-1925) qui a proposé de définir la personne dans un ouvrage qui n'a été traduit en français que récemment⁸ comme le « centre à partir duquel l'être humain accomplit les actes par lesquels il objective le monde, son propre corps et son propre esprit ». Il introduit ainsi cette dimension d'un monde, d'un environnement propre à chaque être et qui correspond à la vision qu'il s'en fait, à sa « cosmovision » comme on dit en allemand. C'est sur cette définition que vont s'appuyer après-guerre deux psychiatres : l'un Jakob Wyrsh (1892-1980) dans son étude *La personne du schizophrène*, et l'autre Viktor Frankl (1905-1997) pour élaborer sa méthode de logothérapie. Je ne puis malheureusement parler de ce dernier faute de temps, mais je dois rappeler qu'il l'a élaborée après avoir été lui-même déporté à Auschwitz et avoir survécu à la déportation.

C'est peu après qu'Eugène Minkowski publie son essai *Vers une cosmologie*⁹.

Le second philosophe est Günther Anders (1902-1992), surtout connu de nos jours comme le premier mari d'Hannah Arendt (1906-1975) lors de leur exil commun pour fuir les persécutions raciales nazies à Paris. C'est dans cette ville qu'il a publié sous le pseudonyme de Günther Stern, en 1935 et 1937, deux essais : « Le problème de la liberté chez l'animal et chez l'homme » et « La pathologie de la liberté ; essai sur la non identification »¹⁰. C'est le second qu'Henri Ey cite dans le deuxième tome des *Études psychiatriques*¹¹ publié en 1950, l'année même où il organise à Paris le Premier Congrès Mondial de Psychiatrie pour rétablir les échanges internationaux interrompus pendant la guerre. L'essai de Günther Anders-Stern est à l'origine de la définition qu'a donnée Ey de la pathologie mentale comme pathologie de la liberté, définition qui est le fil rouge de toute son œuvre.

J'espère pouvoir développer ce point lors des prochaines journées de l'Information psychiatrique à Nancy.

Le troisième philosophe est un français : Emmanuel Mounier (1905-1950) qui a tenté avec son « personnalisme » de faire une synthèse entre christianisme et socialisme. Il a fondé la revue *Esprit* qui a consacré plusieurs de ses numéros à la psychiatrie. En Décembre 1952, l'un d'entre eux, intitulé « Misère de la psychiatrie »¹² dénonçait l'état des hôpitaux psychiatriques français à l'issue de la guerre. Il a été dirigé par notre collègue Philippe Paumelle, le futur animateur de l'Association de Santé Mentale du XIIIème, sous le pseudonyme de Philippe Langlade car il n'était alors qu'internaire et craignait les réactions des autorités. Ce numéro contenait des témoignages de psychiatres mais aussi de médecins.

Le sort des malades mentaux pendant la Seconde Guerre Mondiale

Georges Daumézon et notre ami Philippe Koechlin qui vient de mourir, dans leur article paru dans les *Anais portugaises de psiquiatria* d'avril 1952, où ils désignaient par « psychothérapie institutionnelle » le mouvement de reconstruction des hôpitaux psychiatriques qu'il était nécessaire

d'entreprendre, attiraient l'attention sur la mort de faim de 30 à 40 000 malades internés pendant l'Occupation. Ce chiffre a fait l'objet, depuis, de plusieurs réévaluations. Pour l'historienne Isabelle von Buelzingsloewen, c'était moins le résultat d'une volonté délibérée d'extermination que de l'oubli, tout aussi criminel, par les autorités de la qualité de personne de ces aliénés à qui les avatars de la guerre (bombardement d'hôpitaux, évacuations vers la zone dite libre, etc.) avait en fait perdu tout lien social. Je soulignerai que, parmi ces malades, ce furent les personnes souffrant de psychose schizophrénique qui moururent proportionnellement en plus grand nombre. Ceci se vérifiera lorsque, après la Libération, les hôpitaux psychiatriques furent décimés par la tuberculose. Les psychoses sont des maladies qui touchent autant le corps que l'esprit de la personne, comme nous le montre leur mort prématurée d'une dizaine d'années par rapport à la population générale des malades qui en souffrent et qui meurent des mêmes affections somatiques que celles-ci mais plus tôt même lorsqu'ils sont traités. Contrairement à une idée qui a longtemps circulé, la psychose ne protège pas du cancer.

Dès 1948, Alice Ricciari von Platen, élève de V. von Weizsäcker, avait décrit l'extermination des malades mentaux dans l'Allemagne nazie dans un ouvrage qui n'a été traduit en français qu'en 2001¹³. Les modalités du programme secret de l'Aktion T4 ordonné par Hitler en Octobre 1933 pour euthanasier les malades atteints de maladies héréditaires incurables, dont la schizophrénie, étaient connues lors du Premier Congrès Mondial de psychiatrie.

Un des responsables de la théorie « scientifique » sur laquelle s'appuyait ce programme, Carl Schneider (1891-1946), s'était d'ailleurs suicidé pour échapper au Tribunal de Nuremberg. Ce programme d'extermination avait été précédé en Allemagne, avant le nazisme, d'une législation eugénique analogue à celle adoptée dans plusieurs démocraties avec stérilisation de personnes atteintes de certaines maladies. Politique sanitaire qui a été menée jusqu'à il n'y a guère, et qui l'est sans doute encore aujourd'hui dans de nombreux pays.

C'est contre ces pratiques criminelles que prétendait lutter la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948. Celle-ci affirme dans son préambule que les peuples des Nations Unies ont proclamé à nouveau leur foi... dans la dignité de la personne humaine et l'article 25 stipule que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment ... pour les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ».

Le grand clinicien allemand, dont l'œuvre est relativement peu connue en France hormis l'ouvrage qu'Henri Ey a fait traduire par Michel Foucault, Viktor von Weizsäcker (1886-1957), un des premiers à dénoncer les crimes des médecins nazis, a publié des textes montrant que, sous couvert de science, ceux-ci avait fini par considérer les malades non comme des personnes mais comme des objets d'expérience. Sous son impulsion, se réunirent en Suisse des médecins de plusieurs pays européens et de diverses religions – je n'ai malheureusement pas trouvé d'informations précises sur les participants français à cette réunion- pour définir ce que devrait être la médecine de la personne car il n'y a pas que la psychiatrie qui soit concernée. Von Weizsäcker était d'ailleurs somaticien mais il ne faisait guère de différences dans la relation du médecin avec les malades en tant que personnes, l'un et l'autre, d'entre eux souffrant de maladies mentales et de maladies somatiques. Le Dr Feys vient de nous montrer l'importance de l'œuvre de von Weizsäcker sur Jacques Schotte (1928-2007) qui la connaissait en allemand.

La personne du schizophrène

C'est dans ce contexte qu'un psychiatre suisse Jakob Wyrsh (1892-1980) a publié un ouvrage, selon moi, fondamental : *La personne du schizophrène. Etude clinique, psychopathologique, anthropologique*¹⁴. Mon maître Henri Ey en a fait un éloge enthousiaste avant même qu'il ne soit traduit en français et il y fera référence dans son *Manuel*¹⁵. Wyrsh fait explicitement référence à la définition de la personne proposée par Max Scheler, mais s'oppose à celui-ci sur un point essentiel: la manière dont se révèle à nous en clinique la personne du schizophrène. En effet, alors que le

philosophe en écrivant : « On ne peut employer le mot de « personne » partout où nous reconnaissons un psychisme, un Moi ou la connaissance de l'existence et de la valeur du Moi propre... Le psychisme par exemple est aussi départi aux animaux... pourtant ce ne sont pas des personnes... l'essence de la personne se révèle à nous telle qu'on ne peut la chercher que dans un certain genre d'hommes et non pas dans l'être humain en général. Une première condition, par exemple, est le plein usage de la raison opposé à la folie ». Il semble déposséder le « fou » de sa personne même s'il nuance son propos en disant « ceci au sens phénoménologique du terme ». Wyrsh, lui, à propos de l'impression de dissociation psychique que donne Ida, une malade dont il analyse l'histoire dès le premier chapitre de son livre, écrit : « Si nous pouvions demander à Ida comment elle-même ressent cette dissociation de la personnalité, elle considérerait cette question comme absurde car pour elle, paranoïde chronique, cette dissociation n'existe pas. Nous seuls avons l'impression qu'une partie d'elle-même prend part au monde quotidien et se règle sur lui, qu'une autre partie évolue et se confine dans son délire, dans ses hallucinations, bref dans la maladie : tantôt la partie saine, tantôt la schizophrène, prend le pas l'une sur l'autre et ainsi elles s'altèrent l'une l'autre ». Cette remarque que, dans la dissociation schizophrénique, les deux parties de la personnalité s'altèrent l'une l'autre, me paraît essentielle. Wyrsh poursuit : « Cette séparation entre la vie quotidienne normale et la maladie ne se distingue pas dans son expérience vécue. Nous seul jugeons ainsi de l'extérieur... Ida se vit comme bien portante et globale, parce qu'un monde propre appartient à sa personne en tant que corrélatif objectif, monde que nous pouvons à la rigueur connaître, monde que nous pouvons très bien connaître, monde que nous pouvons très bien mettre en évidence par le contenu de ses hallucinations et de son délire mais que nous ne pouvons comprendre que de façon fragmentaire ».

Vous devez penser que je suis en train de vous entraîner par ces réflexions philosophiques sur la personne du schizophrène bien loin de la pratique quotidienne actuelle des soins. Mais elles permettent d'éclairer un problème très difficile qui se pose lors du traitement au long cours des psychoses chroniques. Un nombre élevé de malades, chez qui a été entrepris, souvent lors d'une hospitalisation à temps complet, un traitement pharmacologique entraînant une amélioration symptomatique ou comportementale justifiant leur sortie, interrompent ce traitement un certain temps après et ne se font plus suivre, quelles que soient les modalités prévues. Cette interruption entraîne une rechute parfois dramatique et une ré hospitalisation, voire une incarcération, si le malade a commis à l'occasion de cette « rechute » un acte délictueux ou criminel. On s'est beaucoup interrogé sur les raisons de cette interruption intempestive et les moyens d'améliorer l'observance thérapeutique par les personnes souffrant d'une psychose schizophrénique. À mon sens, ce n'est que dans la mesure où a été établie avec la personne du schizophrène une relation prenant en compte sa dissociation en deux de lui-même et de son monde avec l'environnement, que l'on peut obtenir une continuité des soins qui ne se limite pas au seul traitement pharmacologique, dont il aura fallu préciser la finalité. Les media ont rapporté récemment le crime immotivé commis par un malade vivant dans une caravane, dans un quartier de banlieue où il était plus ou moins toléré mais qui avait interrompu le traitement entrepris lors de l'hospitalisation dès sa sortie. On peut penser qu'il était revenu dans ce monde paranoïde où les deux parties dissociées de sa personne s'altèrent l'une l'autre.

Dans la rédaction de la réforme de la loi de 1990, c'est le terme de « personne » qui est constamment employé, comme d'ailleurs il y a vingt ans où cela marquait la reconnaissance des droits des malades mentaux. L'article 3211-2-1 qui, après avoir fait l'objet de critiques, semble maintenant accepté par les interlocuteurs du ministère, familles de malades ou professionnels, stipule : « Lorsque des personnes atteintes de troubles mentaux font l'objet d'une mesure de soins sans consentement sous forme d'hospitalisation complète, une mesure de soins sans consentement sous une autre forme peut être mise en œuvre pour assurer la continuité des soins ». Si la volonté d'assurer la continuité des soins est louable, c'est là l'objet même de la politique de secteur, beaucoup de points restent en suspens : quelles sont ces « autres formes de soins » autres que l'hospitalisation à temps complète ? Une hospitalisation à temps partiel ? Une admission en appartement thérapeutique, en foyer ? Le suivi par

un psychiatre privé ? Qui peut décider de la mise en œuvre de la mesure de soins sans consentement ? À quel magistrat sera confié le contrôle juridique ? Enfin cet article n'est-il pas en contradiction avec celui L.1111-4 sur le consentement du malade et R. 4127-47 sur le refus de soigner du médecin du Code de la Santé Publique ? L'article 3211-2-1 devrait constituer une exception par rapport à ces deux autres.

Voilà des questions qui seront peut-être en partie éclaircies lors de la discussion parlementaire, mais qui ne manqueront pas de se poser lorsque la loi entrera en application.

J'espère, qu'alors, personne n'oubliera que les malades mentaux sont des personnes.

1. Garrabé J., « Point de vue historique sur la psychiatrie de la personne ». *Evol psychiatr* 2008 ; 531-537.
2. Garrabé J., « Introduction historique à la psychiatrie de la personne ». In *Manifeste pour une psychiatrie de la personne*. S. Kipman dir. Paris : Doin ; 2009.
3. Entretien avec Samuel Lézé. « La psychanalyse a des ressources pour résister ». *Le Monde* 2-3 mai 2010.
4. Leuret F., *Fragments psychologiques sur la folie* (1854), Paris : Frison-Roche ; 2007.
5. Aubry G., *Personne*. Paris : Mercure de France ; 2009.
6. Pinel Ph., *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1809) Nouvelle édition présenté et annoté par Jean Garrabé et Dora B. Weiner. Paris : Le Seuil/Les Empêcheurs de penser en rond ; 2005.
7. Les déclarations des Droits de l'Homme. Anthologie présenté par Frédéric Rouvillois. Paris : Le Monde/Flammarion ; 2009.
8. Scheler M., *La Situation de l'homme dans le Monde* (Die Stellung des Menschen in Kosmos, 1928), trad. M. Dupuy, Paris : Aubier ; 1951.
9. Minkowski E., *Vers une cosmologie*. Paris : Aubier-Montaigne ; 1936.
10. Stern G. (Anders), « Le problème de la liberté chez l'animal et chez l'homme. Une interprétation de l'a posteriori et Pathologie de la liberté. Essai sur la non identification ». *Recherches philosophiques* (Volume VI) Paris : Boivin et Cie ; 1937.
11. Ey H., *Etudes psychiatriques*. Nouvelle édition. Perpignan : CREHEY ; 2006.
12. *Esprit*. « Misère de la psychiatrie ». Décembre 1952.
13. Ricciardi von Platen A., *Die Tötung Geisteskrank in Deutschland* (1948) Traduction française : *L'extermination des malades mentaux dans l'Allemagne nazie*. Ramonville Sainte Agne : Erès ; 2001.
14. Wyrsh J., *La personne du schizophrène. Etude clinique, psychologique et anthropophénoménologique*. Traduit de l'allemand par Jacqueline Verdeaux. Paris : P.U.F. ; 1956.
15. Ey H., Bernard P., Brisset Ch., *Manuel de psychiatrie*. 4ème édition. Paris : Masson ; 1974

J.-L. FEYS

Colloque Schotte

LA PLACE DE LA PSYCHANALYSE DANS L'ANTHROPOPSYCHIATRIE DE JACQUES SCHOTTE

Le projet de Schotte est de refonder la psychiatrie à partir de Freud. La psychanalyse est dès lors omniprésente dans la conception psychiatrique de Schotte. Il estimait que psychiatrie et psychanalyse étaient indissociables. Il ne concevait pas la psychanalyse en dehors de la psychiatrie, ni la psychiatrie détachée de la psychanalyse ; la philosophie étant le troisième élément de cette triade, de ce triptyque. Si psychiatrie et psychanalyse sont indissociables, il n'est cependant pas question de « neuropsychanalyse », d'un modèle qui cherche à les additionner ou les imbriquer l'un dans l'autre, mais de trouver un modèle dans lequel ils se confondent.

Il n'est pas possible ici de retracer tout le parcours de Schotte et de reprendre en détails sa conception de la psychiatrie et de la psychanalyse comme base de son anthropopsychiatrie, mais nous allons tâcher, à partir de trois phrases de Schotte, et en guise d'introduction à ce colloque, de tracer quelques pistes de réflexion.

Freud réhippocratise la psychiatrie

Voici un schéma qui, à mon avis, résume bien la pensée de Schotte et illustre la « réhippocratisation » de la psychiatrie par Freud. Schotte a toujours différencié son anthropopsychiatrie (A) d'une psychiatrie d'« espèces morbides » (EM). La ligne verte représente l'évolution de la médecine, la rouge celle de la psychiatrie.

Schotte rappelle l'approche anthropologique du système hippocratique. Hippocrate, l'iatros philosophos, le médecin philosophe avait développé un système quaternaire dans lequel, par le biais des humeurs, les différentes pathologies étaient rattachées aux traits de caractères, aux tempéraments, mais aussi à des éléments naturels tels que les saisons, les points cardinaux...

		NORTH WATER WINTER PHLEGM PHEGMATIC	MOIST	
	COLD	ELEMENT SEASON HUMOUR TEMPERAMENT	AIR SPRING BLOOD SANGUINE	EAST
WEST	EARTH AUTUMN BLACK BILE MELANCHOLIC	FIRE SUMMER YELLOW BILE CHOLERIC	WARM	
	DRY	SOUTH		

Un des intérêts de cette approche est qu'Hippocrate prend en considération de nombreux éléments extraits de l'existence du patient et de son inscription dans le cosmos, et qu'ainsi chaque patient présente un « tableau clinique » singulier. Il n'est pas possible d'établir une modélisation générale telle que l'exige un modèle de médecine scientifique et expérimental. Or, c'est précisément ce modèle qui

va s'imposer au fil des siècles pour aboutir à la médecine moderne telle que nous la connaissons. Chez Hippocrate et Aristote, la maladie n'est jamais localisée, elle est totalisante et liée au mode de vie du patient, à son alimentation, à son habitation, à ses passions... Schotte ne distinguait pas Hippocrate d'Aristote. Certains historiens insistent, par contre, sur ce qui les différencie et note le passage de la technè chez Hippocrate à l'épistémè chez Aristote, le passage d'un savoir pratique à un savoir détaché de son application. Aristote ne se limite pas à soigner mais tente de définir la santé. On passe déjà d'un savoir faire à un savoir, ce qui semble une première étape d'une mise en place d'un statut scientifique de la médecine. Et dans la suite de ce processus et dans celui de l'élaboration du modèle d'une médecine d'espèces morbides, Schotte a toujours pointé Thomas Sydenham et Carl Linné comme deux auteurs qui ont orienté la nosographie médicale vers une classification de type botanique, ce qui a été une des étapes éloignant la médecine de la philosophie et de la dimension anthropologique des maladies pour adopter un modèle expérimental. Ce modèle a sans doute permis de nombreux progrès en médecine et la médecine contemporaine semble plus ou moins s'en accommoder mais, en tous cas, ce modèle ne convient pas aux pathologies psychiatriques. C'est là, pour Schotte, un des principaux apports de Freud. Freud chamboule le schéma médical classique : étiologie/symptôme/traitement, refuse de considérer que les pathologies soient perçues comme des entités séparées les unes des autres et distinctes de la santé mentale, rappelle que les troubles psychiatriques sont le propre de l'homme et les rapproche des problématiques et des activités humaines. Il rapproche l'hystérie de l'art, la névrose obsessionnelle de la religion et la paranoïa de la philosophie. Freud remet donc la psychiatrie sur le chemin de l'anthropologie et, depuis lors, il existe une psychiatrie d'espèces morbides qui essaie de se calquer sur le modèle de la médecine en se rapprochant de la neurologie et une psychiatrie qui tente de prendre en considération l'œuvre de Freud.

Remarquons au passage, qu'à part Binswanger et Tellenbach, par son concept d'endogénéité, aucun psychiatre phénoménologue n'a vraiment été une référence importante pour Schotte. Ce qui n'est pas le cas bien sûr des philosophes phénoménologiques.

Tout cela devrait bien sûr être détaillé et nuancé, mais cela me semble quand même fidèle à la pensée de Schotte.

C'est la psychanalyse qui peut permettre à la psychiatrie de devenir scientifique et cela parce que la psychanalyse est grosse d'une teneur méthodique et scientifique bien plus importante que cette discipline « clinique » qu'est la psychiatrie

C'est d'abord Binswanger et son texte de 1920 « Psychanalyse et psychiatrie clinique » qui attirent l'attention de Schotte sur ce point. Si la psychiatrie veut être autre chose qu'un agrégat de différentes disciplines (neurologie, psychologie, sociologie...), elle se doit de définir son propre « logos ». Or Binswanger estime que la psychanalyse possède cette dimension de méthode scientifique et cela par le biais du concept de pulsion. La psychanalyse enseigne à la psychiatrie que, pour devenir scientifique et ne plus se limiter à la « clinique », il faut qu'elle passe par la construction d'une méthode scientifique. Or Binswanger, en tout cas en 1920, pense que la psychanalyse, par le biais du concept de pulsion, possède cette logique qui fait défaut à la psychiatrie et qui permet de dépasser le dualisme entre le corps et l'âme.

Le paradoxe dans le parcours de Schotte, c'est qu'il va pousser plus loin cette volonté de fonder scientifiquement la psychiatrie/psychanalyse et que cela va l'amener à se différencier de Freud.

Schotte reste très fidèle à Freud sur la question du rapprochement et de l'articulation entre les différentes pathologies et sur le refus de différencier radicalement pathologies et santé mentale. Mais ce qui va les séparer est la question des systèmes. Freud se méfie de tout système et sa prudence vis-à-vis de la philosophie est en partie liée à son refus de systématiser les théories psychanalytiques. Schotte estime que la psychiatrie refondée par la psychanalyse et inspirée par la philosophie, doit être scientifique; elle doit se constituer en système, ne fut-ce que pour limiter son champ d'action, pour limiter le nombre des pathologies ou problématiques dont elle doit s'occuper. Schotte ne veut pas

d'une « rhapsodie » de pathologie, d'une liste sans fin de pathologies psychiatriques telles qu'il apparaît dans les éditions successives du DSM qui, du DSM I au DSM IV, passe de 60 à 410 troubles psychiatriques. Il veut une psychiatrie scientifique. Pour cela, il est indispensable de passer par un système qui ait sa signification et sa logique propre et qui limite définitivement le nombre de pathologies. De là son intérêt pour Szondi ; Szondi crée un système à partir du concept de pulsion qui non seulement prend en compte les pathologies psychiatriques mais qui établit également le lien entre ces pathologies et des éléments anthropologiques tels que les professions ou des disciplines artistiques.

SEXUEL	PAROXYSMALITE	SCHIZOIDE	CONTACT					
H (homosexuel)	S (sadisme)	E (épilepsie)	H (hystérie)	C (catatonie)	P (paranoïdie)	M (manie)	D (dépression)	
+	+	+	+	+	+	+	+	+
-	-	-	-	-	-	-	-	-

Vecteurs pulsionnels	S	P	Sch	C
Manifestations pathologiques	Perversions.	Névroses, épilepsie.	Psychoses	Troubles de l'humeur, psychopathies
Manifestations socialisées	boucher, sculpteur, chirurgien,...	Politiciens, acteur,...	Poètes, écrivains, psychiatres, instituteur,...	Antiquaire, banquier, cuisinier, ...
Manifestations sublimées	Humanisme littéraire,...	religion, Morale, art dramatique,...	Philosophie, mathématiques,...	Economie politique,...

Derrière chaque pathologie psychiatrique, on retrouve un problème universel humain. Szondi se situe donc dans la lignée de Freud par le biais de ce que Schotte appelait la pathoanalyse : la psychiatrie et ses pathologies éclairent les phénomènes humains.

Par ailleurs, l'intérêt du système szondien est évidemment qu'il permet le passage des classes morbides aux catégories de problématiques humaines.

Il faut revenir sur la conjonction possible des apports de Lacan et de ceux d'une certaine phénoménologie structurale à une psychiatrie renée de l'esprit de la psychanalyse

Schotte a donc trouvé un système qui réunit psychiatrie et psychanalyse et qui se construit à partir du concept de pulsion, pulsion que Binswanger avait déjà pointé comme le concept freudien le plus important pour la psychiatrie. En outre, ce système lui permet d'y intégrer des éléments de psychopathologie phénoménologiques.

Mais ce qui est intéressant, c'est l'usage que Schotte va faire de ce système. C'est là qu'apparaît sans doute la contradiction qui fait la richesse de sa pensée : il veut un système scientifique, c'est-à-dire qui a sa logique propre et qui se veut totalisant et limité quant aux nombres de pathologies considérées, mais il veut, en même temps, éviter le naturalisme qu'il dénonce et faire en sorte que le système ne devienne celui des « catégories morbides ». Il sait bien que Szondi rêve d'être le « Linné des pulsions » et qu'il continue de penser que c'est, en fin de compte, les gènes qui déterminent les pulsions. Pour éviter tout cela, il est nécessaire de dynamiser ce que le schéma comporte de statique.

D'abord par les circuits pulsionnels. Il va pour chaque vecteur pulsionnel développer un circuit qui passe par les quatre vecteurs.

V E C T E U R S	CIRCUITS					
	C	S	P	Sch		
1	C	m+	d-	d+	m-	
2	S		h+	s-	s+	h-
3	P		e-	hy+	hy-	e+
4	Sch		p-	k+	k-	p+

Schotte crée ces circuits pulsionnels qui mettent du mouvement dans le tableau de Szondi et font aussi que le système pulsionnel ressemble au tableau périodique des éléments chimiques de Mendeleïev, ce qui plaisait beaucoup à Szondi et à Schotte. Les pathologies se définissent dès lors comme la fixation à une étape d'un circuit, tandis que la santé mentale correspond au mouvement le long des circuits ou, selon l'expression de Tosquelles, à une « danse pulsionnelle ».

Mais on perçoit également, dans cette nouvelle représentation du schéma pulsionnel, l'influence du structuralisme et de Lacan. C'est la raison pour laquelle, Schotte parle de phénoménologie structurale. Les pulsions se combinent entre elles d'une manière structurale. Il s'agit bien là d'un réseau autonome de dépendance interne. Chaque partie n'a d'effet que parce qu'elle est liée aux autres. Si le contenu psychopathologique de chaque pathologie ou problématique humaine est souvent d'inspiration phénoménologique, les fondements des circuits sont, eux, d'inspiration structuraliste.

Schotte va non seulement redynamiser le système de Szondi mais il va l'ouvrir tout en maintenant fixe le nombre de pathologies et problématiques humaines. L'autre influence majeure de Schotte qui va lui permettre d'« anthropologiser » le système szondien est August Deese. Schotte ne va cesser d'articuler le tableau pulsionnel aux triades de Deese.

Catégories de Schotte	Esthétique	Ethique/Technique	Dialogique
Vecteurs szondien	Contact	Paroxysmalité-Sexuel	Schizoïdie
Triades de Deese	Marcher	Jeter	Sauter
	Dire	Discourir	Dialoguer/parler
	Base	Fondement	Origine
	Force	Violence	Pouvoir
	Semblable	Pareil	Même
	Morceaux	Parties	Membres
	Quantité	Qualité	Mesure
	Situation	Place	Lieu
	Vue	Ouïe	Toucher

Termes de la phénoménologie husserlienne	Accentuation noématique. Dominance de l'espace	Accentuation noétique. Met au centre le sujet	Rapport entre les deux. Accentuation sur l'être au monde. L'intentionnalité au sens plein
	Rapport intentionnel à l'objet	Opposition objet-sujet	Remet en jeu les couples d'opposés
pathologies	Troubles de l'humeur- psychopathies	Névroses-perversions	Psychoses

Précisons quand même qu'il ne s'agit pas, pour dynamiser le schéma szondien, d'élaborer des circuits ou d'articuler les vecteurs aux triades de Deese. Schotte construit ces circuits à partir de Deese, il intègre la philosophie de Deese à ces circuits.

III
VECTEUR SCH
PSYCHOSES
TROUBLES DE L'ORIGINE

IIa
VECTEUR S
PERVERSIONS

*TROUBLES DU
FONDEMENT*

I
VECTEUR C
THYMOPSYCHOPATHIES
TROUBLES DE LA BASE

IIb
VECTEUR P
NEVROSES

Ainsi, le circuit fondamental part de C, le vecteur du contact qui correspond à l'humeur, à la disposition affective de l'être de s'inscrire dans le monde ambiant et dans les rythmes de ce monde ambiant. Le vecteur du Contact équivaut, dans la triade de Deese base / fondement / origines, à la base. Ce circuit passe par les vecteur S et P qui correspondent aux fondements, pour arriver au vecteur Sch, vecteur de l'origine. Ce circuit va de ce que Schotte considère comme le plus basal au plus complexe. Remarquons que le vecteur Sch dont le trouble est la psychose constitue donc le trouble ultime de l'anthropogénèse et non plus le plus archaïque.

De Binswanger à Szondi et de Lacan à Oury, Freud est clairement l'auteur sur lequel Schotte s'appuie pour réaliser son projet de reconstruction de la psychiatrie à partir de la psychanalyse. Nous avons vu que c'est surtout par la nosographie que Schotte aborde ce projet. La psychanalyse ramène cette nosographie vers l'anthropologie, lui donne une ambition scientifique, mais l'empêche également de retomber dans le piège naturaliste.

ÉQUIPE DE L'HÔPITAL DE JOUR DU CH ABBEVILLE

Y a personne. Est-ce qu'il y a quelqu'un ?

Introduction

Y'a personne, est-ce qu'il y a quelqu'un ?

C'est une phrase que notamment les infirmiers de secteur ont l'habitude de prononcer quand ils se rendent au domicile des patients, car rien n'est plus incertain que de trouver quelqu'un, même quand on est soucieux d'une psychiatrie de la personne.

C'est vrai aussi sur le plan plus général de la rencontre, faire en sorte que ce quelqu'un ne soit pas un quelconque, que la personne ne soit pas personne.

Déjà Ulysse s'est amusé de l'équivoque pour se faire passer pour personne auprès du cyclope Polyphème.

Mais voici une version plus contemporaine que l'*Odyssee* pour vous parler d'une personne, quand elle n'est pas quelqu'un.

Nous connaissons cette collection de livres pour enfants de Roger Hargreaves où tous les « Monsieur » et toutes les « Madame » sont déclinés à partir d'un qualificatif : il y a Mme Catastrophe, Mme Bonheur, Mme Coquette, Mr Rapide, Mr Heureux, Mr Étourdi. Il y aurait peut-être un intérêt d'ailleurs à examiner de plus près le répartitoire des signifiants qui sépare Madame et Monsieur. Ou ne serait-ce que le nombre, il y a 40 « Madame » pour 49 « Monsieur ». Même ici, la parité n'est pas respectée.

Toujours est-il que vient de paraître un nouveau personnage, le 49ème : Mr Personne.

Étonnant non ! L'auteur devait être au courant du colloque.

Voici l'histoire en deux mots :

Mr Heureux, revenant d'un rendez-vous (sûrement galant) avec Mme Bonheur, rencontre sur son chemin un monsieur qui pleure, triste de n'être personne. Avant il était quelqu'un, mais il ne se souvient plus.

Mr Heureux a l'idée de lui faire rencontrer le magicien. Le magicien les reçoit et leur offre du thé, mais Mr Personne ne peut rien boire : « quand on est personne, on ne boit pas ».

Le magicien (du verbe), dans un habile retournement sémantique, propose alors : « si quand on est personne, on ne boit rien, c'est qu'il faut boire quelque chose pour devenir quelqu'un ! » Et voilà le magicien de fabriquer un breuvage coloré qui fera cesser Mr Personne d'être transparent.

La maxime conclut que tout le monde peut être quelqu'un, et non pas que boire donne des couleurs, ce qui n'est pas faux. Le pharmakon a aussi son intérêt.

Nous avons, dans ce conte, les ingrédients d'une bonne rencontre. Il y a des sujets, de l'amour, un symptôme, des signifiants, un supposé-savoir qui semble savoir y faire.

Mais on peut faire l'hypothèse qu'il y a eu auparavant une mauvaise rencontre dont Mr Personne ne se souvient plus. Quelque chose qui a bouleversé son univers subjectif, à l'époque où il était quelqu'un, et le laisse comme mort, ici transparent, sans image.

C'est plutôt aux incidences de cette mauvaise rencontre que nous avons à faire dans notre clinique, c'est-à-dire quand une personne n'est plus personne.

Mme F

Bonjour, voici Mme Personne.

Ce drôle de nom lui va très bien car Mme Personne, est-elle une personne ou bien une image, l'image d'une jeune femme qu'elle nous donne à voir ?

L'histoire que nous allons vous raconter ne parle pas que d'elle, mais aussi de ces autres qui l'ont rencontrée.

La première fois pour notre équipe, c'était il y a cinq mois.

Nous avons vu quelqu'un qui était là ... mais qui n'y était pas ! Oui, les deux à la fois.

Un bonjour à peine audible.

Alors qu'elle est décrite comme une personne coquette quand elle va bien, nous rencontrons une jeune femme qui ne prend plus soin d'elle, figée, au visage inexpressif. La seule accroche se limite au regard ; regard d'où ne se dégagent que vide et angoisse, comme si elle n'était pas là. D'ailleurs, elle le dit : « *je suis là mais je ne suis pas là* ».

Vous êtes où quand vous n'êtes pas là ?

« Je ne sais pas, c'est comme si ce n'était pas moi. »

Elle a la conviction d'être anesthésiée, de ne plus rien ressentir :

« Je n'ai plus d'émotion ».

« Quand je touche ma main, je ne sens plus le toucher. C'est comme si je touchais quelqu'un d'autre ».

Avant elle était quelqu'un, mais elle ne se souvient pas :

« Je peux pas me souvenir, un souvenir ce serait quelque chose dont on doit se rappeler, j'ai plus la notion du temps, j'ai plus me rappeler de rien cinq minutes après ; j'ai plus regarder la télé, j'enregistre plus, comme si je voyais rien. Y'a dix ans ça m'a fait la même chose. J'ai fait une rechute comme je viens de la faire là ».

Effectivement, les symptômes sont les mêmes qu'avant, son discours est parfois identique, tel un copié-collé dix ans après, comme si l'histoire se répétait, comme si le temps s'était figé. Est-elle morte sur le plan subjectif, hors d'elle-même, hors du temps, hors du champ des affects.

Melle F semble s'être éteinte, nous sommes face à une morte vivante, quelqu'un qui n'a plus de sensations, qui ne ressent plus le toucher, le goût, qui n'a plus de souvenirs.

La mort, la vie ; Quelque temps plus tard, elle peut se souvenir : « *reparler de tout ça*, dit-elle, *ça ra-vive les souvenirs* », comme une trace qui fait preuve de son existence, comme une tentative de s'inscrire dans le temps.

Melle F est sans subjectivité assurée. Elle n'est même pas dans le semblant, elle fait comme. Elle s'appuie en permanence sur quelqu'un pour tenter d'exister, pour faire une avec l'autre. Elle copie, elle applique, elle donne parfois l'impression d'être un robot, un pantin que nous animons.

Rien ne vient vraiment d'elle, tout vient de l'autre, elle en est convaincue.

Un jour, un atelier cuisine, il reste des œufs :

« Qui veut faire un gâteau ? »

Sans répondre, Melle F se met à la tâche. Sans un mot, elle laisse la soignante comprendre qu'elle accepte, deviner ce qu'elle a choisi de faire.

Étonnée de la voir réaliser spontanément un marbré sans recette, qui plus est avec facilité, la soignante présente ne dit rien, la laisse faire à sa façon.

Dans le courant de l'atelier, ma collègue lui demande quand même si elle en a déjà fait, « *Oui, j'en faisais avant* ».

Le goûter venu, tous se régalaient avec son gâteau, elle sourit, attend nos commentaires, ou plutôt nos félicitations, elle semble fière du résultat.

Deux semaines plus tard, elle s'adresse à cette même soignante, lui demandant la recette de ce fameux gâteau car quelqu'un la lui a réclamée.

Surprise de ma collègue.

Qu'est-ce que cela veut dire ? Est-elle convaincue que rien ne vient d'elle ? C'est comme si c'était la soignante qui l'avait fait à sa place. Le savoir est détenu par l'autre. Elle ne peut s'attribuer aucun savoir-faire. Elle ne sait pas qu'elle sait (le jugement d'attribution et le jugement d'existence n'ont pas opéré).

Le mois suivant, elle persiste : « *C'est Carole qui m'a appris à faire le gâteau marbré, avant je faisais que des tartes* », comme si elle récrivait son histoire en fonction de l'autre. Melle F existe au travers du regard des autres, quand on se préoccupe d'elle.

Ce qui paraît lui donner un semblant de consistance, c'est « être » une femme, ou du moins comme une femme, en avoir l'apparence. C'est nous qui lui renvoyons qu'elle est quelqu'un au travers de cette image de femme qu'elle nous présente.

Mme Personne devient « Mme coquette », « Mme féminité », ou plus encore « Mme Madame ».

Mme Madame, une madame qui mime une dame, telle une femme qui tente et retente toujours d'être une quelqu'une, qui, à l'image d'une coquille vide, prend chez l'autre et s'approprie ce qui semble être pour elle des attributs féminins : elle copie, elle fait « du prêt à porter ».

Être une femme, déjà petite elle en rêvait. Elle collectionnait les barbies. Elle les choisissait selon leurs tenues. « *Je voulais leur ressembler, être une femme* ». Ce qui lui plaisait : « *les tenues. Je voulais leur ressembler, j'avais hâte de devenir grande* ».

Ce qui l'accroche le plus à l'Hôpital de jour, c'est la relation aux soignantes, ou peut-être à dire vrai, être avec des soignantes. Qu'en est-il de l'autre, sommes nous de simples images à copier ? Nous avons parfois la sensation d'être réduites à l'état d'objet, comme si nous étions dépersonnalisées.

Quand elle est arrivée, elle voulait redevenir « *comme avant* » disait-elle, avant la maladie, il y a 13 ans, au moment de la rencontre avec son ami. Dernièrement, comme par magie, elle nous dit « *avec mon ami, on s'est réconcilié, c'est comme si on venait de se rencontrer, comme il y a 13 ans, on est amoureux. Je me sens mieux, on va essayer de recommencer comme avant* ».

La vie de Melle F semble être une succession de phases d'extinction et de renaissance, mais dans laquelle elle reste absente à elle-même.

Mr L

Je vais vous parler de Mr L dont l'existence ne se fait qu'au travers de l'autre.

Avec lui, il y a toujours quelqu'un et il ne peut jamais n'y avoir personne.

L'autre, l'institution et les autres patients participent à la continuité de son être.

Une présence dont il a toujours besoin.

Il a peur de l'abandon et doit en permanence être rassuré, être accompagné.

Le moindre grain de sable dans son quotidien fait que, pour lui, le monde s'écroule, provoquant une angoisse majeure qui peut se traduire par des plaintes corporelles, voire un passage à l'acte.

Un exemple : tous les vendredis, Mr L quitte l'Hôpital de jour pour se rendre en unité d'hospitalisation temps plein, pour le week-end. En effet, il ne supporte pas de rester seul longtemps. Il ne rentre donc chez lui que le lundi après-midi, le matin un soignant l'accompagne faire ses courses au supermarché.

Or, ce vendredi-là, il a oublié son sac de courses. Et toute la journée, il nous dit : « ça va pas aller, j'ai pas de sac ».

L'équipe lui suggère d'en racheter un sur place lundi matin ou de repasser chez lui. Seulement, il est tellement mal à l'idée de ne pas avoir son sac que nous lui en donnons un afin de calmer son angoisse.

Une autre fois, c'est le résultat de son bilan sanguin qui est à l'origine de son mal-être.

Il voulait savoir dans l'immédiat la date et le résultat de sa lithémie effectuée il y a quelques mois. Mr L disait même : « si je l'ai pas avant de rentrer chez moi, j'vais me suicider ».

Et ne cesse de nous harceler verbalement...

Après communication des résultats, l'agressivité tombe.

Nous remarquons, à travers ces exemples, que chez Mr L, un évènement d'apparence anodine peut prendre de très grandes proportions suivies de répercussions majeures.

À l'Hôpital de jour, il observe et regarde beaucoup l'autre, le soignant ou le patient.

En atelier cuisine, il ne peut que copier les gestes qu'il voit faire par l'autre. Il doit toujours demander l'avis au soignant.

S'il n'y arrive pas, très vite il se sent persécuté et peut brutalement quitter l'atelier ou se dévaloriser.

Il ne supporte pas l'idée d'être différent des autres, il dit : « je suis pas fou ».

L'autre, ou même l'institution, doit être relié en permanence à sa personne. Sans l'autre, il est perdu. Il essaye de « faire comme », mais même « faire comme » est difficile.

Il a peur de tout et dit souvent « j'vais pas arriver ». Pour lui, tout est épreuve.

Les lettres mises bout à bout ne signifient rien.

Il est conscient de sa grande difficulté à lire et à écrire, même devoir écrire son nom propre relève d'un grand effort : il enlève des lettres à son patronyme lorsqu'il veut l'écrire. Cela est source chez lui d'une grande angoisse, surtout si d'autres patients lui font remarquer : « qu'est-ce que t'écris, j'comprends rien... ». Très vite, il peut se sentir persécuté.

De même, grande difficulté de repérage de l'équipe soignante. Il peut s'adresser à l'autre, mais ne se souvient pas de son nom. Pour certains d'entre nous, notre identité se décline en « la petite blonde », « la vacancière », etc.

La relation de confiance qui s'est instaurée avec Mr L passe par l'humour.

Lors des différentes activités qui lui sont proposées à l'Hôpital de jour, il est important de dédramatiser ses difficultés.

En effet, nous lui montrons que nous-mêmes avons nos limites. Cela lui permet de rire des soignants et alors de masquer ses failles.

Lors d'un atelier bricolage, il était incapable de réaliser le geste demandé, le soignant présent avec lui n'y arrivait pas non plus, et cela l'a beaucoup amusé.

Il prenait d'ailleurs un certain plaisir à venir dire aux autres membres de l'équipe qu'il n'était pas le seul à ne pas y arriver.

Nous remarquons à travers cette vignette clinique, que le travail du soignant est d'arriver à répondre aux demandes de ce patient sans être trop envahissant.

Notre façon de l'aborder est de le prendre au sérieux, sinon il l'interprète comme un rejet. Nous dédramatisons ses difficultés sur le mode de la plaisanterie, sans se moquer de lui, pour pouvoir en rire ensemble.

Il faut assurer une présence permanente réelle ou à distance, en évitant de devenir l'objet de sa persécution.

C'est à ce prix qu'il maintient un semblant d'autonomie. Une autonomie à deux, toujours étayée.

Mr R

Mr R porte le nom et le prénom de son père et de son grand-père.

Son nom, à tonalité royale. Pourquoi son sang est-il rouge d'ailleurs, il devrait être bleu !

Il est né en 1969.

Son histoire : « il y a plusieurs années, dit-il, on m'a appris la vérité sur ma vie, comme quoi je suis victime de guerre du Liban, en 1963, le 5 août. J'avais trois ans lorsque cela est arrivé. C'est mon grand-père, Silvio Berlusconi qui m'a sauvé la vie en me conduisant à la clinique de l'Emir Salah. On m'a sauvé de justesse car j'avais l'estomac éclaté, les yeux crevés. On me les a remplacés par des yeux, c'est le cas de le dire, bioniques. On m'a opéré du tube digestif avec trois tubes en platine jusqu'à la glande thyroïdale. Je sers de cobaye depuis l'âge de trois ans.

Mon grand-père, Silvio Berlusconi, et ma grand-mère, Grace Kelly, m'ont élevé. J'ai fait plusieurs familles d'accueil. Avec Andie MacDowell, j'ai eu 16 enfants. J'ai des enfants partout dans le monde. On s'est servi de moi en inséminant mon sperme, à distance, et je suis commandé par ordinateur, et l'Emir Salah me souffle des arrière-pensées sans m'en apercevoir, sans que j'y pense. Tout le monde lit dans mes pensées, mais moi je ne lis pas dans la tête des gens.

Tout le monde veut mon palais de Versailles, sous peine de me condamner pour des bêtises que j'ai faites lorsque j'étais enfant.

Je suis né en 1960 et non en 1969, c'est l'Emir Salah qui me l'a dit : on m'a effacé la mémoire et donné une identité.

Je suis allé à l'école en 1965 (le 15 septembre) et j'ai connu Bénédicte, comme première petite fille que j'ai joué avec elle.

Elle me disait souvent : quand on sera grand, tu me feras un bébé et on se mariera ».

Aussi extraordinaire que paraisse le contenu de sa pensée, il s'appuie sur des faits de la réalité, sur des accidents de parcours, des mauvaises rencontres, sans doute trop difficiles à accepter.

À son arrivée à l'Hôpital de jour, nous notons un discours déstructuré, de nombreuses associations d'idées dont on ne peut suivre le sens.

Depuis : trois ans sans réhospitalisation temps plein, passage progressif de cinq à trois jours par semaine à l'Hôpital de jour, le reste du temps dans sa famille (qu'il considère toujours comme famille d'accueil).

Cliniquement, alternance d'état délirant avec discours quasi-incompréhensible et d'élocution normale avec discours cohérent.

Il répond de façon adaptée aux questions d'ordre pratique.

Stable au niveau de l'humeur, agréable, dans l'humour, attentif aux autres, dans l'échange. Il s'adresse à l'autre.

Nouvelle rencontre, nouvelle prise en charge.

Avec la proposition de venir à l'Hôpital de jour, quelque chose est programmée pour lui. De nouveau, un rythme est établi dans la semaine (dit que pendant huit ans, il n'était pas sorti de chez lui).

Cela est déjà thérapeutique en soi. Être accueilli pendant des temps repérables.

Et ... des choses que nous respectons :

Les dates, les heures sont différentes des nôtres. D'accord.

Il mange rarement durant les repas, quoique prenant place à table avec nous. Il dit dans son histoire, avoir été drogué par la nourriture et la boisson. Un sérum de vérité serait introduit dans la nourriture de l'Hôpital de jour. Mais il demande à ramener chez lui ce qu'il a confectionné en atelier cuisine. Il vient chaque jour, chargé d'un sac à dos de trois ou quatre kg, rempli de bouteilles d'eau persos.

Nous acceptons.

Et nous dans l'équipe, qui sommes-nous ?

Le psychologue : « Canard », c'est le nom que Mr R lui a donné lorsqu'il était petit car il est son frère.

Telle étudiante : sa sœur.

L'ergo : c'est Bénédicte, connue en maternelle, avec qui il se mariera quand ils seront grands....

Il sait qu'on sait qu'on n'est pas celui qu'on dit qu'on est.

Je répète : il sait qu'on sait qu'on n'est pas celui qu'on dit qu'on est.

Son délire le tient, lui est indispensable, lui permet d'être quelqu'un : celui qu'il s'est inventé, entouré du monde peuplé de personnes dont il a distribué les rôles.

On le laisse croire à son délire, sans l'entretenir.

Minimiser sa souffrance psychique en évitant la persécution.

Nous acceptons ce montage, notre double identité.

On joue le jeu du double jeu (je ?).

En parallèle avec ce délire, Mr R nous informe régulièrement de ce qui se passe ou va se passer en ville. Souvent près de la porte d'entrée, il observe (ça se passerait de l'autre côté de la vitre ?) et nous renseigne sur les allées et venues de chacun.

Lui, qui participe peu aux ateliers, a sans doute trouvé là une place.

Il est aux aguets, il veille.

Il passe d'un monde à l'autre et nous le laissons passer...

Conclusion

Mme Madame, Mr Plus Jamais Seul, Mr du Palais Royal, autant de traits qui martèlent à nos oreilles de malentendants combien il est difficile pour ces personnes-là d'endosser un nom.

Et sans nom pourtant, pas d'existence.

Il nous faut donc respecter ces inventions, et trouver, tous les jours que Dieu fait, la force et le courage d'être quelqu'un, de donner de sa personne, d'aller travailler en son nom dans cet hôpital de jour, où contrairement à ce que l'on croit, ce ne sont pas les ateliers qui font le moine.

Personne n'est parfait.

Nous vous remercions.

M. LOGET

La personne, entre liberté et déterminisme

C'est une question abordée en philosophie, au programme de terminale, mais qui finalement, se repose régulièrement dans la vie et notamment dans nos parcours de soignant.

Je vais vous raconter une histoire, l'histoire d'une rencontre, celle avec Pierre.

Pierre est transféré une fin d'après-midi hivernale d'un service de médecine où il était hospitalisé pour altération de l'état général. Je me retrouve alors face à un homme aux cheveux gris ébouriffés, grand, malgré sa posture voûtée. Il est assez maigre, le compte rendu d'hospitalisation de médecine m'indique que Pierre souffre de multiples carences (vitaminique, ferrique...)

En entretien, j'ai beaucoup de difficulté à croiser son regard, qui m'apparaît froid et vide, ses grands yeux bleus ne faisant que renvoyer la couleur de son pyjama. Il ne s'exprime pas spontanément. Je lui pose alors quelques questions auxquelles il répond avec une grande latence, de façon lente et difficilement compréhensible.

Pierre a 48 ans, il est l'aîné de quatre sœurs. Ses parents sont divorcés, sa mère travaillait dans la vente, son père était cheminot. Il me dit avoir eu une enfance normale, ayant reçu un amour parental normal, le sentiment tout de même d'avoir dû avec ses sœurs s'autonomiser très tôt.

Pierre a d'abord été peintre en bâtiment à 17 ans, puis, commis de ferme. Il a vécu chez ses parents jusqu'au divorce en 1982, puis est allé vivre chez la grand-mère paternelle pendant une bonne dizaine d'années, jusqu'à ce que celle-ci tombe malade. Le père vient alors vivre avec cette grand-mère, Pierre prend la fuite. Il est difficile pour lui d'en dire plus, de détailler cette séquence. Dans les entretiens suivants, j'essaierai régulièrement de reprendre les choses, mais Pierre se referme, se replie systématiquement à l'évocation du père. On peut émettre l'hypothèse d'une forclusion du nom du père et d'un déclenchement de la psychose au moment où le père et le fils se trouvaient alors dans la même position. Sans doute a-t-il pris la fuite devant cette représentation intolérable qu'il ne pouvait que rejeter, repoussant Pierre dans un désinvestissement de la réalité. Il se réfugie donc dans un abri qu'il construit lui-même sur un terrain privé boisé. Pendant six ans, il vivra dans cet abri fait de bâches et de portières de voiture. Il se nourrit de pâtes et de conserves qu'il cuit à l'aide d'un réchaud. Il va faire ses courses au supermarché à vélo. Il m'explique se déplacer en vélo et courir. Enfin ! Je me dis en voilà un semblant d'activité ludique, peut-être animé par un plaisir plutôt qu'un acte incongru, élément de sa pathologie. Mais non ! Pierre m'explique qu'il court comme ça, sans but, dans les bois, tel un Forrest Gump en tout de même beaucoup moins amusant.

Ses réponses sont ponctuées de longs soupirs comme si l'entretien l'ennuyait. Son visage est d'ailleurs depuis le début perplexe, teinté d'une discrète moue de dégoût. Il s'illuminera d'un sourire à deux reprises lorsque je le questionne sur sa vie amoureuse et qu'il me dit qu'il serait temps qu'il pense à fonder une famille, et quand je lui demande qui est le président de la république actuel, et qu'il me répond, amusé, sans hésiter : « François Chirac ».

Donc un tableau (schizophrénie hébéphrénique) où on retrouve principalement un syndrome dissociatif, un repli autistique, une incurie et une mise en danger.

Face à de telles situations médico-sociales, la question qui se pose est de savoir s'il s'agit d'un choix de vie ou si ce repli, cet isolement, est le reflet d'une aliénation psychopathologique (repli autistique) ou d'une aliénation sociale (rejet par la société dont la cohésion est assurée par ce fait), ou même plutôt d'une double aliénation : à la fois psychopathologique et sociale.

Évolution dans le service : Pierre est hospitalisé pendant plusieurs semaines, il s'inscrit peu à peu

dans les activités, surtout la remise en forme où il peut pratiquer le vélo et la course à pieds qui deviennent alors des activités pratiquées pour elles-mêmes prenant une dimension de plaisir et de partage. Il s'inscrit également au club thérapeutique.

La prise en charge institutionnelle et médicamenteuse lui a permis de tisser du lien, de nouer des relations avec les autres patients et l'équipe. Des relations porteuses de valeurs. Pierre salue alors spontanément, répond aux sourires qui lui sont adressés, discute, amène des demandes personnelles et des demandes d'autres patients, se souciant de leur bien-être. Il reprend un peu de poids, s'affirme et prend position. Il défend notamment sa douche hebdomadaire dominicale, refusant d'en augmenter sa fréquence.

Pierre était en HL – hospitalisation libre – tout le temps, bien qu'il émettait régulièrement le souhait de rentrer dans les bois. Nous avons aussi respecté son refus de contacter sa famille.

Durant cette hospitalisation, nous avons pris le temps, le temps de prendre en charge sa pathologie tout en s'efforçant de laisser l'espace à l'expression de sa volonté d'agir, de son autonomie, de son libre arbitre. Freud a appelé « viscosité libidinale », la résistance à ce que le mouvement psychique se fasse de façon instantanée avec, si on ne la respecte pas, un réel risque de traumatisme psychique. La psychiatrie de la personne, c'est aussi respecter le temps d'élaboration de la personne, l'accompagner dans son travail, de différentes façons, par le biais des activités par exemple.

Pierre est sorti pour emménager en maison associative avec deux autres patients. Mais il y a eu un réel débat concernant sa prise en charge. Nous avons alors le choix entre différentes positions :

Premièrement une position normative : c'est un patient psychotique schizophrène, mettons-le sous injection neuroleptique retard (INR), trouvons-lui une place dans un lieu de vie où sa sécurité est assurée.

Deuxièmement, considérons que sa vie en forêt découle de son libre arbitre : ainsi, nous avons d'abord envisagé une solution où il aurait pu vivre seul dans un camping.

Troisièmement, et si on se rencontrait, si on prenait le temps, pour partager et faire un bout de chemin ensemble : et c'est ainsi que prenant ce temps, voyant son évolution, nous lui avons proposé une vie en commun en maison associative.

Mais l'équipe était très ambivalente par rapport à ce projet de sortie : bénéficions-nous réellement de son adhésion complète ou ne risquait-on pas de le sur-aliéner socialement. Nous proposons alors un modèle de vie convenable, socialement acceptable, refusant de le laisser retourner à sa situation d'incurie et de précarité où il se mettait en danger, mais avec les conséquences néfastes possibles de cette sur-aliénation. En effet, ne pas respecter la personne dans ses choix psychiques, c'est lui faire violence et on risque alors une aggravation psychopathologique, des psycho-somatisations, ou une crise suicidaire.

Pierre semble se plaire dans cette maison. Le trio a développé un savoir vivre ensemble, une bonne dynamique de vie commune, d'entraide, un souci de l'autre. Pierre s'est acheté un nouveau vélo, c'est un vélo de course qu'il utilise pour faire des tours et des tours. Il s'est inscrit sur un projet « séjour thérapeutique » en Charente Maritime où il est actuellement.

Cet exemple doit sans doute faire écho à de nombreuses prises en charge.

Car, chez chaque patient, il existe simultanément une part de liberté (dépendant de sa partie « saine ») et une part déterminée par sa psychologie profonde. À nous d'accueillir cette dualité quel que soit son équilibre. Équilibre qui diffère bien entendu d'une personne à une autre, sans fixité temporelle.

Et quand bien même la maladie mentale prendrait le pas sur la raison, sur ce petit homme qui assiste au désastre, son expression n'est pas forcément problématique, tant qu'elle ne met pas en danger le patient et son entourage (exemple : délire des paraphrènes, hypomanie).

Mais c'est alors à nous, soignants, de prévenir les risques et d'évaluer les moments de débordement

où la symptomatologie dépasse les limites, les normes, où elle rentre en inadéquation avec un « pouvoir vivre dans la cité », et à ce moment, réagir dans l'intérêt de tous.

Mais on doit aussi s'interroger sur cet aspect de « Normalité ». Il faut rappeler que le handicap psychique est avant tout créé par la société elle-même.

C'est une question qui concerne tout un chacun : comment la société s'occupe-t-elle de ses malades mentaux ? D'autant plus par les temps qui courent, il paraît important de se montrer vigilant par rapport à la politique de santé actuelle qui tend furieusement vers un mouvement sécuritaire, avec ses aberrations :

Premier exemple : comment peut-on penser dépister chez les enfants de futurs délinquants dès l'âge de trois ans, quel sens a une position si déterministe, retirant à un enfant de trois ans la possibilité de devenir ce qu'il se construira, ce qu'il s'inventera pour atteindre son essence propre.

Deuxième exemple : récemment, le projet de soins en ambulatoire sans consentement, qui pourrait facilement dériver à des fins normatives et de contrôle social, s'élargissant par solution de facilité à un trop grand nombre de patients, leur retirant la possibilité pour eux d'exprimer leurs propres choix, leur liberté dans le soin.

Il est sans doute possible de penser à des alternatives à ce « tout contrôler » avec, par exemple, le développement de structures en dehors du milieu hospitalier, des systèmes aux portes ouvertes, d'entrée et de sortie, à la fois vers l'institution et vers la cité. Où le mouvement de chaque personne pourrait suivre son itinéraire pulsionnel libre, selon ses propres phases de déséquilibre et de rééquilibration, pouvant même servir d'espace stabilisateur.

Un lieu où l'expression de chaque personne serait possible sans être aussitôt analysée, interprétée, devant prendre sens dans une perspective de soin, mais où elle pourrait être reçue comme un fonctionnement, certes parfois original, mais avant tout individuel, qu'on a à respecter et avec lequel on doit travailler, évoluer.

Je me souviens très bien, lors de ma première année de fac, que l'on nous avait enseigné que « chaque individu a une raison, sa propre raison, même le fou ». Et aujourd'hui, en tant que soignant, il me semble important de se mettre en disposition pour accueillir la personne en souffrance, veiller à ce que sa raison ne résonne pas en nous systématiquement comme un écho de sa folie, mais écouter, travailler avec, se rattacher à la part de liberté qui existe en cette personne, qui décide par ses actes et ses choix du sens qu'elle entend donner à sa vie.

Lui restituer sa part de responsabilité en partageant et en pensant le soin, avec une possibilité créative en l'Autre.



*8ème Journée du Collectif Psy Abbevillois
jeudi 11 juin 2009
sous la présidence de Richard Rechtman*

Parlez-moi de vos traumatismes

Le traumatisme, effraction de l'appareil psychique sera au center de nos réflexions de 2009 : sa temporalité propre, son éventuelle « réparation », sa possible transformation en crise ouvrant sur la répétition du « même ». En miroir du traumatisme comme excès se posera la question de la carence, de ce qui n'est pas advenu, et de la construction en son sein. Nous avons l'immense plaisir d'accueillir cette année Richard Rechtman, psychiatre et anthropologue, rédacteur en chef de L'Evolution Psychiatrique et auteur d'un ouvrage récent sur cette question.

C. PISANI : Trauma et fantasme : un couple scandaleux et nécessaire (*texte indisponible*)

J.C. BOUCHERIT : L'impossible à figurer et l'acte photographique comme trauma même

C. NACHIN : Du trauma psychique : l'os qui ne veut pas s'éliminer

G. COTTE, C. DEFERNAND : Trois dimensions du trauma dans la cure analytique

R. RECHTMAN : Conférence (*texte indisponible*)

ÉQUIPE HÔPITAL DE JOUR ADULTE D'ABBEVILLE : Ce qui peut faire trauma dans la psychose

C. GUILLAUMONT : Le psychotraumatisme dans la littérature : de la bataille de Marathon à la guerre du Viêt Nam (partie I) (*texte indisponible*)

C. GUILLAUMONT : Le psychotraumatisme dans la littérature : de la bataille de Marathon à la guerre du Viêt Nam (partie II) (*texte indisponible*)

J.-P. LOBBE : Le harcèlement moral au travail à l'hôpital ? (*texte indisponible*)

C. HALATRE : À propos d'une expérience de groupes de parole au Rwanda : une possible reconstruction (*texte indisponible*)



J.-C. BOUCHERIT dit ARTO PAZAT

L'impossible à figurer et l'acte photographique comme trauma même

J'ai rencontré Marie, comme tous mes modèles, dans la rue. (Je les rencontre dans la rue, à des évènements culturels, concerts...). Je porte en moi mes projets photographiques durant des mois à l'état d'ébauches, des années parfois. Et puis il me faut faire une rencontre. La rencontre.

Cela prend du temps.

Marie m'est apparue, princesse éthiopienne comme échappée d'un croquis d'Hugo Pratt. Légère, en apesanteur.

À cette époque, j'étais sur un projet élargi autour du Féminin qui se précisait en un point d'une recherche sur l'excision, mutilation sexuelle féminine intolérable et questionnante. J'avais déjà effectué plusieurs repérages au Mali et au Burkina Faso où je m'apprêtais à repartir.

Lorsque j'ai abordé Marie, elle a relevé ses yeux profonds sur moi comme me disant : « je vous attendais ». Cette impression répondait exactement et sans délais à mon propre sentiment : « je vous cherchais ».

Comme tous mes modèles, Marie n'avait jamais posé. Comme à chaque fois quand la rencontre est juste, elle s'est montrée intéressée par ma proposition de poser. Je lui demandais d'y réfléchir.

C'est à moi qu'il fallait du temps.

La seule contrainte, de taille je l'accorde : poser nue. Colloque singulier de toutes les fragilités originaires, sexué mais abstenant tout commerce sexuel.

« J'ai toujours rêvé de faire des photos » dit-elle...

Pour moi, le modèle doit ne pas avoir posé encore et accepter de se mouvoir seul dans une proposition très générale de direction thématique. Pendant les séances de pose, je ne donne que très peu d'indication. Certaines et certains modèles continuent par la suite de travailler avec moi.

Un lien spécifique, d'un affect serein se noue alors avec quelque chose de permanent qui déjoue la perte ou tente de déjouer.

Il y a quelques jours, à l'occasion d'un travail sur des négatifs à scanner pour lecture, je m'étais obstiné, persuadé de mon droit et de ma perception à imprimer une séance récente en Arles en plaçant le modèle à gauche de l'image sur le positif de lecture. Lors qu'elle se vit sur ces positifs, elle me dit : « tes négatifs sont à l'envers ! ».

« À l'envers ? Impossible. Lors de la séance, souviens toi tu étais à ma gauche ». Elle me dit alors :

« Si j'avais été à ta gauche alors on verrait mon tatouage. J'étais à ta droite et on ne les voit pas ».

J'étais stupéfié.

« Je n'ai cessé de te voir à gauche, te diriger à ma gauche. Je ne vois que des scènes à gauche dans cette séance ». Elle me dit : « Tu ne lèves jamais la tête ».

Je travaille la plupart du temps avec un moyen format m'obligeant à baisser la tête, quittant du coup la scène réelle. De plus la mise au point se fait sur un dépoli de grande taille sur lequel la scène apparaît inversée. Je le sais.

Je me rendais compte ici à quel point pas un instant je n'avais été présent ailleurs que dans la scène restituée par mon dépoli, à l'envers, faisant l'économie du réel, celui dans lequel j'avais non pas un pied mais deux...

J'avais vécu, animé et mémorisé des évènements qui n'avaient pas eu lieu et ils avaient pris pour moi force de loi et constituaient MA réalité. Mais où étais-je alors à ce moment là ?

Lorsque je photographie je ne suis pas là où on me voit. Je ne vois pas ce qu'on regarde. Je vis autre chose et c'est cela que je garde. Et l'image sera encore autre chose.

Je savais peu de choses de Marie. Elle était d'origine éthiopienne, abandonnée avec sa sœur jumelle à trois mois, recueillie par des Sœurs Catholiques et adoptée par un couple de français qui sont allés les chercher à Djibouti quand elles avaient six mois.

Forte et fragile, princière et enfant, belle et apeurée. Angoissée souvent, Marie pleure parfois sans savoir pourquoi. Elle a en elle, dit-elle « quelque chose d'ouvert qui ne se referme pas ».

Je dis à Marie que je ferai le voyage du retour pour elle... elle vivrait à travers mon parcours.

Je suis parti en Éthiopie pour les hauts plateaux du Rift. Addis-Abéba, Gondar, Lallibela...

Ce voyage aurait pu m'abattre. Il fut difficile, parfois risqué, mais j'étais porté par ma rencontre avec Marie et ce que je cherchais pour elle.

Comme à mon habitude, je rapportais de ce pays de l'Est africain de la terre.

J'en offris à Marie qui en fut émue au-delà de ce que je pouvais soupçonner...

Nous reprîmes nos séances photos. Elle prit de la terre et voulu la poser sur sa peau. Nous décidâmes alors qu'elle ferait ce qu'elle ressentait avec du kaolin que j'avais apporté pour cette séance après qu'elle ait évoqué son émotion. Toute angoisse disparut quand elle se couvrit seule de cette terre blanche. Elle semblait apaisée, reconstituée. La séance se poursuivit dans une jouissance partagée.

Nous terminâmes épuisés tous les deux. Morts. Vivants.

Une autre séance se passa sur le même rythme et dans la même atmosphère quand elle décida de se draper de ce châle blanc que portent les femmes dans toute l'Éthiopie.

En restant ici, Marie, par moi, avait fait son voyage originaire et moi, en parcourant son voyage, j'avais parcouru une terra incognita en moi.

Marie ne veut pas aller en Afrique. Elle me dit : « j'ai peur ».

... je faisais mes photos... je ne sais trop où j'étais...

Depuis, je photographie Marie sans cesse.

La photographie nous met face à un mystère et non face à une certitude. Elle fait manque.

La recherche d'une image se distance, fait écart et se creuse. Elle m'oblige à m'interroger sur mon existence. La photographie ne peut photographier le réel, elle ne peut que m'interroger à son sujet.

C'est une image mentale qui rend possible l'image photographique en s'y surajoutant mystérieusement. On photographie pour rencontrer le réel et puis on s'aperçoit que la photographie est un acte, une expérience du manque à rencontrer le réel, l'inverse de ce que l'on espérait. La douleur de l'acte photographique révèle que le réel est ce que le sujet est condamné à manquer.

L'impossible à figurer caractérise le trauma. Dans l'acte photographique, c'est cette impossibilité comme en remontant le temps qui prive de toute image. Dans son séminaire *Le regard et la voix*, P.-L. Assoun nous rappelait que pour faire un trauma, finalement, il en a fallu deux. L'image que veut bien restituer l'acte photographique est une manière de cache misère comme il y a des cache-sexes... Qu'est-ce que ça cache ? Pourrait-on demander.

Mes travaux se situent tous à la croisée de la restitution d'une image qui privilégie l'acte photographique, me mettant plus en scène que l'image qui manque. Je sais que cette image me manque. Que j'en suis exclu.

Il n'y a pas d'image du moment photographique. Il y a une image qui conduirait à ce qui s'est passé.

Sans y coïncider jamais.

Dans son interminable quête à travers l'art de ce qu'il appelle « la nuit sexuelle », Pascal Quignard écrit : « Je n'étais pas là la nuit où j'ai été conçu »¹.

Une image manque dans l'âme.

On appelle cette image qui manque « l'origine ».

Nous cherchons cette image inexistante derrière tout ce qu'on voit.

Il n'y a pas de photographie possible du point de vue de l'image désirée. Le photographe est peut-être cet homme irrésolu au manque.

Le cinéaste Orson Welles, dont les plans cinéma interrogent et fascinent le photographe, témoignait de cette façon : « L'appareil de prise de vue, disait-il, est davantage qu'une machine à enregistrer, c'est un moyen par lequel nous parvenons des messages d'un autre monde, d'un monde qui n'est pas le nôtre et qui conduit au cœur d'un secret ».

Le problème pour un photographe, c'est qu'il peut penser qu'alors qu'il voit quelque chose il pourrait oublier qu'ensuite c'est un appareil qui enregistre.

La photographie parle à la fois du photographié et du comment c'est photographié.

Un photographe offre la vision d'une proposition de tentative de maîtrise d'un événement dans lequel nous ne sommes pas l'ordonnateur. Prendre une photographie, avec tout le rituel de mise en scène qui la précède, est toujours un ébat contra-phobique. Sans y parvenir vraiment.

Le photographe ne fait qu'atteindre une autre scène. Il lui faut toujours d'ailleurs vérifier « ce que ça a donné ». Souvent après des délais d'attente des différents processus physico-chimiques (maintenant plus souvent informatiques) qui restituent l'image, une image qui va se donner à partir d'une image latente.

« Tu ne lèves jamais la tête » disait Morgane. « Je ne te regarde pas, je te vois » lui avais-je répondu.

Marie, ne retenant que peu souvent sa joie à se contempler, me dit toujours : « On dirait une autre personne. Je sais que c'est moi mais on dirait une autre personne ».

Reste l'énigme de ces instants.

1. Quignard, P., *La Nuit sexuelle*, Paris : J'ai lu ; 2009.

C. NACHIN

Du trauma psychique : l'os qui ne veut pas s'éliminer

Résumé

Supposant connue la définition du Trauma en tant que traumatisme psychique, je soulignerai quelques points dans la filiation de Ferenczi qui aboutit en particulier à N. Abraham et M. Torok. La causalité du Trauma n'est pas toujours sexuelle même s'il ébranle toujours la psychosexualité. Toute impression qui renvoie à un élément de la conjoncture traumatique révèle la présence permanente du Trauma. Le potentiel biologique et la qualité de l'enfance jouent sur la sensibilité aux traumatismes. *Mais la présence de la mort ou de la menace de mort pour soi ou autour de soi est traumatisante pour tous, à tous les âges et indépendamment de l'organisation psychique et de la vie antérieure du sujet.* Sans partager l'interprétation que Jeffrey Masson a donnée de l'abandon par Freud de sa théorie traumatique, on doit bien constater que deux générations de psychanalystes ont fondé leur pratique sur la vie fantasmatique réduite aux fantasmes communs de l'humanité, en négligeant plus ou moins les Traumas singuliers qui avaient pu marquer la vie de leurs patients, non seulement dans leur enfance, mais tout au long de leur vie. Enfin, dans la dernière période, on a été amené à prendre en compte les influences trans-générationnelles des Traumas non surmontés des ascendants d'un sujet.

Préambule

Les remarquables travaux de Richard Rechtman et de Didier Fassin¹ sur « l'empire du traumatisme » nous invitent à une réflexion anthropologique qui inclut le champ de la folie mais le déborde. Je devrai me limiter à quelques points concernant le politique- en tant qu'il intéresse l'avenir de l'ensemble de l'humanité et parce que je n'ai jamais renoncé au travail syndical et politique – et le psychanalytique- en tant qu'il est le centre de mon travail depuis bientôt un demi-siècle.

D'abord le politique, vu sous l'angle de l'histoire. Il y a deux grandes orientations de la science historique moderne. D'un côté, l'histoire des événements promue par Marc Bloch. D'un autre côté, l'histoire des longues périodes promue par Fernand Braudel. Françoise Davoine et Jean-Max Gaudillière² remarquent que le premier nommé était un ancien de 14-18 qui va être tué en 39-45, tandis que le second est un prisonnier de guerre de 39-45. Il n'y a pas à choisir entre ces deux directions. Si vous me permettez l'analogie avec la vie d'un humain, il n'y a pas à choisir entre l'étude des différentes périodes de la vie par lesquelles tout le monde passe et les incidents et les accidents singuliers ou sociaux qui marquent un sujet, une famille, ou tout un groupe social. À notre niveau, on peut préférer, comme Walter Benjamin, l'empreinte laissée dans la mémoire à la patiente reconstitution du passé. Mais nous savons, nous psychistes, qu'il y a des lacunes de la mémoire consciente qui s'accompagnent de traces inconscientes très actives.

Nos amis remarquent que l'histoire est habituellement une histoire des vainqueurs : Pierre Nora, étudiant les lieux de mémoire, ne s'intéresse qu'à ceux des vainqueurs vus sous l'angle héroïque et non traumatique. Écrivant après la guerre de 14, Karl Jaspers place les demandes de justice des classes laborieuses sous le signe du « ressentiment » ; après la seconde guerre, des psychosomatiques psychanalystes américains placeront les revendications des syndicalistes américains sous le signe de leurs ulcères gastro-duodénaux. Nos amis écrivent justement qu'« avant de blâmer les « abus de la mémoire » comme le fait Tzvetan Todorov, et de prôner « la nécessité de l'oubli » comme y invite Marc Augé, encore faudrait-il avoir laissé un temps au droit d'inventaire ». C'est très important sur le

plan de l'humanité, de chaque pays, mais l'analogie est possible sur le plan des familles et des sujets. Ferenczi nous a appris qu'il fallait que le Trauma subi par un patient soit repéré et authentifié par le thérapeute et Balint, Nicolas Abraham et Maria Torok ont précisé les chemins pour y parvenir.

Le psychanalytique, dont nous venons de voir que l'on ne pouvait le séparer entièrement des autres points de vue sans amputer l'humain, est le lieu d'un discord entre Pisani et moi, mais à travers nous entre la tendance orthodoxe de la psychanalyse qui s'en tient, de nombreuses écoles confondues, à la seconde conception freudienne du traumatisme (qui donne de ce dernier une explication économique liée à un surcroît d'excitation) et fait le lien entre le traumatisme et le pulsionnel, essentiellement le sexuel, à la différence de la filiation hongroise de la psychanalyse qui, sans méconnaître l'importance de la sexualité, reconnaît la diversité des Traumas dont la causalité n'est pas toujours sexuelle même s'ils ébranlent toujours la psychosexualité.

Trauma ou traumatisme psychique

Le trauma psychique n'est pas le fait-divers des journaux. Il résulte de l'inadéquation entre l'événement et les possibilités psychiques d'y réagir en procédant à un réaménagement intérieur. À une extrémité du spectre, il y a des drames- comme la guerre- qui ébranlent la personne la mieux équilibrée, ainsi que les travaux de Claude Barrois³ l'ont montré. Mais un événement grave, unique, n'entraînera pas de perturbations mentales durables chez un sujet, s'il a pu faire progressivement l'objet d'une communion suffisante de sentiments et de paroles avec l'entourage, ce qui ne se réalise pas aussi souvent, ni aussi aisément que cela ne se formule. À l'autre extrémité du spectre clinique, des faits banaux en eux-mêmes vont prendre une valeur traumatique en particulier dans deux cas: 1) lorsque l'un des protagonistes des faits disparaît sans que les incidents aient pu faire l'objet d'une communion de langage; 2) lorsqu'une situation dangereuse qui tend toujours à entr'ouvrir l'inconscient, fait resurgir l'image d'un objet d'amour primaire insuffisamment bon (rejetant ou endommagé), ce que Fairbairn et N. Abraham ont conceptualisé chacun à leur manière.

Il est impossible de dresser la liste des événements singuliers qui peuvent prendre une valeur traumatique psychique pour un sujet et cela ne se dégage qu'au cours de chaque cure. Cela requiert une attention particulière du thérapeute, à l'écart de tout dogmatisme qui risquerait de lui faire traiter comme un pur fantasme les effets psychiques d'expériences vécues traumatisantes non surmontées.

Après S. Ferenczi, c'est à N. Abraham et M. Torok que l'on doit des travaux fondamentaux. C'est l'occasion de bien percevoir que le Trauma (psychique) est absolu: il existe avec le clivage du Moi et le déni d'une partie de la réalité extérieure et de la réalité intérieure qui le caractérise, ou il n'existe pas. Quant au caractère traumatique relatif et provisoire d'un conflit psychique en cours d'élaboration, il entraîne une incorporation dans une zone du Moi clivée fonctionnellement de sorte que le problème en instance n'empêche pas de poursuivre les autres activités. Le Trauma, lui, est moins lié à l'excès d'excitation, pourtant patent dans les catastrophes naturelles ou guerrières, qu'à l'ensemble de la situation. Souvent, comme dans certains cas de séduction sexuelle d'un enfant par un adulte, ce n'est pas le fait lui-même qui est automatiquement traumatisant mais l'attitude de l'adulte séducteur. C'est le désaveu, la négation du vécu de l'enfant qui transforment la « scène » en trauma; à partir de là, c'est le non-dit, le silence, qui transforment une expérience relationnelle, fut-elle dramatique, en une enclave morte-vivante, vouée au secret, dans la psyché du patient.

Comme l'écrit Philippe Réfabert, « Avant de mourir, Ferenczi avait reconnu qu'un autre paradoxe pouvait fonder un sujet ou un nouveau sujet, un paradoxe qui pourrait s'énoncer par la double injonction « sois vivant » et « sois mort ». Ferenczi avait appris que l'origine du sujet pouvait être déterminée non par le fantasme universel d'une « scène primitive » que Freud s'acharnait à retrouver mais par un fait impensable auquel le Président Schreber avait donné le nom de « meurtre d'âme ». Il savait que la découverte révolutionnaire que Freud avait faite en 1900 en parlant de cet « enfant vivant » en chacun de nous, dans chaque adulte, devait être nuancée. Il fallait admettre que le lien entre l'enfant vivant en nous et l'adulte pouvait être mis à mal, voire détruit⁴. Cette problématique

rejoint la catégorie du Réel chez Lacan et, chez Winnicott, l'accent mis sur l'« être » avant l'avoir et le faire.

Comme l'écrivent F. Davoine et J.-M. Gaudillière, le Trauma entraîne un « temps gelé » qui non seulement va gêner la vie d'un sujet ou d'une famille mais va exercer une influence transgénérationnelle sur les descendants. La prise en compte de cette problématique permet d'élargir le champ de la clinique psychopathologique, en particulier psychanalytique, et d'envisager la psychothérapie de patients et de familles qui restaient la plupart du temps inaccessibles jusqu'à la mise en œuvre de ces nouvelles notions.

Dès le début de son œuvre, Balint⁵ n'arrête pas le travail analytique au niveau des symptômes, ni même des fantasmes. Pour lui, les symptômes peuvent toujours être rapportés à une situation antérieure décisive (1972). Mais la fixation peut revêtir des formes différentes : fixation au traumatisme qui a bouleversé la vie jusque là paisible d'un sujet avec tendance à le répéter inconsciemment, fixation à la situation pré-traumatique heureuse avec tendance à éviter toute évolution qui pourrait répéter le traumatisme, enfin fixation à l'adaptation post-traumatique. Il s'agit alors d'une névrose de caractère qui ne tolère qu'une sorte de relation d'objet. La situation infantile pathologique a toujours des antécédents complexes qui doivent être eux-mêmes analysés. Par exemple, Balint a le sentiment que les relations d'objet « sadiques-anales » ne sont pas un stade naturel, mais la conséquence du manque de compréhension dont l'enfant a été victime.

Balint a repris la question du trauma à la fin de sa vie en mettant l'accent sur la conservation de la théorie traumatique des névroses et sur ses développements. Il reprend trois résultats de la clinique : les traumatismes les plus pathogènes se situent dans la petite enfance ; contrairement au modèle de l'accident de chemin de fer, il existe une relation intime et proche entre l'enfant et la personne qui lui inflige le trauma; les personnes responsables d'avoir infligé le trauma à l'enfant immature sont d'abord ses objets œdipiens, puis leurs proches et les éducateurs auxquels ils confient l'enfant. L'enfant doit être dépendant de l'adulte et avoir avec lui préalablement une relation de confiance et d'amour. La troisième phase du trauma est la plus grave, quand l'enfant veut reprendre un jeu excitant ou se plaindre de sa détresse et que l'adulte dénie l'ensemble de la situation antérieure. Mais les trois phases sont importantes pour comprendre la genèse du trauma psychique comme Ferenczi l'a repéré le premier. La dynamique du trauma dans la vie adulte paraît pouvoir être comprise à partir de là, dans la mesure où la catastrophe survient par surprise dans un environnement dans lequel le sujet avait préalablement confiance.

Balint lie défaut fondamental de chaque patient aux traumatismes qu'il a subis, dans une longue note de bas de page (1977). Après un début de développement normal, ils auraient subi un traumatisme, moins souvent un événement unique qu'une situation plus ou moins durable marquée par une incompréhension douloureuse- un manque d'ajustement entre le sujet et son environnement. En général, le sujet est un enfant et l'environnement est représenté par le monde des adultes. S'il trouve parfois une aide adaptée, il doit souvent affronter seul la situation traumatique, l'aide qu'il trouve pouvant être également marquée par l'incompréhension. Son développement ultérieur est marqué par la méthode qu'il a trouvée pour faire face à la situation – son défaut fondamental. Cette méthode qui a été utile au moment du trauma est toujours coûteuse et étrangère au sujet, pourtant en changer lui apparaît ensuite comme une tâche effrayante ou impossible.

La tâche de l'analyse sera d'aider à vaincre les peurs – ou fixations – qui barrent la route à une réadaptation et de permettre au patient d'élargir ses potentialités. Le résultat de l'entreprise dépend du point où le trauma a frappé le sujet, de la méthode choisie pour réagir au trauma et de sa compatibilité ou non avec une forme d'amour génital². Dans certains cas, le traitement doit remonter à la période pré-traumatique, permettre au patient de revivre le traumatisme afin qu'il puisse mobiliser sa libido fixée et trouver de meilleures solutions à son problème. L'entreprise est plus difficile selon que le sujet a été frappé avant ou après la période œdipienne. Dans le premier cas, une régression importante devra

se produire et sera observée. Indirectement, Balint indique donc implicitement que le défaut fondamental ne remonte pas forcément à la première enfance.

Maria Torok⁶, à partir de Ferenczi, invite l'analyste à être le médium des catastrophes traumatiques, à entrer en contact avec des facettes et des effets du Trauma que les imagos parentales n'ont pas su ou voulu écouter. « Son art est de savoir appeler, convoquer, ressusciter et apaiser, par tous les moyens que l'imagination lui fournit, les bouleversements traumatiques... ». Dans les cas de séduction de l'enfance, l'analyste « résonne non seulement avec l'âme de son patient-enfant, par exemple, mais encore avec l'âme du séducteur, du gardien du secret, de la mère frustrée ou envieuse ». Enfin, notion capitale que F. Davoine et Maria soutiennent toutes deux : « Le trauma reste vide de sens tant qu'on l'envisage comme une série d'événements : dans le cas de Maria, extermination des parents, placement précipité en famille d'accueil, éducation par une tante lointaine, étrangère. À évoquer ces événements, nous n'obtenons rien. Nous avons à étudier les vécus corporels et affectifs, les maladies, les situations professionnelles, les relations interpersonnelles et amoureuses liés jadis et aujourd'hui aux événements dits traumatiques ». « En tant qu'analystes, nous ne traquons pas des événements, mais tout un univers humain ou inhumain concret qui en émane et qui se trame autour d'eux ». Maria se pose toujours la question : « pourquoi, comment et par qui un événement (que l'on peut qualifier de tragique ou non) a-t-il apporté la désolation, l'absurdité, la contradiction, un *double bind*, la hantise ou la mort dans l'âme et dans la vie d'une personne ». C'est sur cette question de méthode psychanalytique que je m'arrêterai.

1. Fassin D. et Rechtman R., *L'empire du traumatisme*. Paris : Flammarion ; 2007.

2. Davoine F. et Gaudillière J.-M., *Trauma et histoire*. Paris : Stock ; 2004.

3. Barrois C., *Les névroses traumatiques*, Paris : Dunod ; 1988.

4. « Le 'choc' est équivalent à l'anéantissement du sentiment de soi, de la capacité de résister, d'agir et de penser en vue de défendre le Soi propre. Il se peut aussi que les organes qui assurent la préservation de soi abandonnent, ou du moins, réduisent leurs fonctions à l'extrême. Le mot « *erschütterung* » — commotion psychique — vient de « *Schutt* » — débris ; il englobe l'écroulement, la perte de sa forme propre et l'acceptation facile et sans résistance d'une forme octroyée, « à la manière d'un sac de farine (« *wie ein Mehlsack* ») ». Sandor Ferenczi, *Œuvres complètes*, T. IV, p. 139.

5. Balint M. (1969). « Trauma et relation d'objet », in *International Journal of Psycho-Analysis*, 50, p 429 sq. Traduction française in M. Moreau-Ricaud, *Michaël Balint*, Ramonville Sainte Agne : Erès ; 2000.

6. Torok M., *Une vie avec la psychanalyse*. Paris : Aubier ; 2002.

G. COTTÉ, C. DEFERNAND

Trois dimensions du trauma dans la cure analytique¹

Depuis quelques années, nous participons à un groupe de réflexion théorico-clinique réunissant des analystes ayant des références théoriques et des appartenances sociétales diverses. Nous faisons le constat que, de façon récurrente, nos confrontations, nos divergences tournent autour de deux questions : le trauma et le transfert.

En ce qui concerne le trauma, le débat n'a pas cessé au sein de la communauté analytique, ceci depuis Freud qui, dans son œuvre même, a remanié plusieurs fois sa théorisation du sujet. Le tournant freudien majeur a lieu au moment de sa lettre 70 à Fliess où il écrit : « je ne crois plus en ma neurotica ». Avec la découverte du fantasme, il pose un acte fondateur de la théorie psychanalytique. Cette avancée théorique n'annule pas les conceptions précédentes sur l'impact du trauma dans l'appareil psychique mais elle donne une impulsion qui va désormais privilégier la dimension intra psychique au détriment d'une approche plus dialectique entre le sujet et son environnement. Marie Balmay², dans l'homme aux statues, fait une analyse passionnante de ce tournant Freudien qui va minimiser le rôle joué par les premiers autres dans l'interprétation de la souffrance psychique.

Toute l'histoire de la psychanalyse se trouve traversée par cette question de l'articulation entre fantasme et trauma. La première controverse, la plus célèbre, fut entre Freud et Ferenczi³. Il est intéressant de noter que leur rupture radicale se fera autour de deux textes de Ferenczi : « La confusion des langues » et « L'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort ». Deux textes qui mettent en évidence le rôle de l'autre dans la construction psychique du sujet et ses effets traumatiques.

Il ne s'agit pas dans ce débat passionné de savoir qui a raison, mais de saisir combien cette confrontation, que l'on peut suivre dans leur riche correspondance, leur a permis d'avancer l'un et l'autre dans leurs recherches. Freud par ses écrits n'a cessé d'échanger avec Ferenczi au delà même de sa mort. « Analyse avec fin », « L'homme Moïse » et « Construction en analyse » en sont une claire illustration.

La question posée par cette controverse est de savoir s'il y a représentation refoulée avec tous ses effets d'après coup ou bien absence de représentation. Autrement dit, de savoir si le traumatisme ne vient pas toucher le processus même de représentation et entraîner un type particulier de symptômes.

« Dans les moments de grande détresse,... des forces psychiques très primitives s'éveillent et ce sont elles qui tentent de maîtriser la situation perturbée. Dans les moments où le système psychique fait défaut, le corps commence à penser »⁴ écrit Ferenczi.

C'est toute la mise en place de l'appareil de représentance, la capacité à penser les pensées, qui se trouve alors atteinte. Il n'y aurait plus de refoulement possible avec la mise en place d'un fantasme mais un « blanc de pensée ».

La complexité du maniement de ces questions avec des pathologies qui ne sont pas strictement névrotiques, (pathologies de l'agir, psychosomatique, dépression) traverse la clinique psychanalytique. L'élaboration théorico-clinique au sein même de la communauté analytique n'a pas cessé, avec son cortège d'excommunications réciproques dans sa version radicale, mais aussi de confrontations productives qui ont permis d'enrichir le champ conceptuel et d'ouvrir la pratique analytique sur un éventail plus large de pathologies.

Deux positions extrêmes viennent stériliser le débat. La première serait de tout interpréter en terme de fantasme sans prendre en compte l'impact de la réalité. Dans cette conception, le sujet est toujours acteur de ce qui lui arrive. La dimension effractante du réel où le sujet se trouve agi, traversé par quelque chose qui le dépasse, est évacuée. L'autre écueil serait de revenir à une conception pré-

psychanalytique du trauma, où l'évènement traumatique viendrait expliquer à lui tout seul le symptôme. Certaines dérives psychothérapeutiques ont montré à quels excès pouvaient mener de telles recherches qui mettent en scène des pseudos souvenirs de maltraitance. Pour illustrer ce propos, nous allons dégager trois dimensions du trauma qui peuvent se rencontrer dans le cadre d'une cure analytique, trois dimensions qui peuvent apparaître dans une même cure à différents moments du travail.

Le trauma comme point de rencontre structurant

C'est Lacan qui a formalisé de la façon la plus claire ce rapport inévitablement traumatique du sujet au réel. L'entrée dans le langage se fait au prix d'une perte, d'un manque d'un ratage, d'un trou. Ce qui lui fera employer le néologisme de « traumatisme ».

Cette confrontation originelle au trou va se faire par un double mouvement ; celui d'une perte (objet a) et celui d'une inscription signifiante qui va produire un effet de bord. Tout ce processus nécessite le rapport à un Autre qui rende possible l'inscription signifiante, un Autre barré. C'est à partir de cette rencontre structurante avec le trauma et la perte de l'objet a que le circuit du désir va pouvoir s'installer et le fantasme se construire. L'analyste a alors pour fonction de permettre l'émergence des signifiants refoulés et d'amener ainsi le sujet à assumer ce manque radical. C'est la définition la plus classique du travail analytique et elle sert de référence primordiale.

Le travail que nous pouvons faire avec des adolescents illustre parfaitement ce rapport au traumatisme structurant. L'adolescent est confronté de façon aiguë à l'impossible du rapport sexuel. L'émergence traumatique du sexuel vient faire effraction.

Serge Lesourd⁵ souligne combien le passage de l'adolescence consiste à assumer la question du manque, de la castration avec la nécessité d'abandonner la logique phallique de l'enfance et les solutions perverses polymorphes, face au retour redoutable de la jouissance archaïque et du traumatisme originaire.

« L'irruption sexuelle de la puberté est ainsi à entendre comme un déchirement du voile phallique, comme surgissement derrière lui de la Chose, et comme assumption, rencontre incontournable du manque dans l'Autre ».

On peut faire un parallèle entre la cure analytique et le processus adolescent. Dans les deux cas, il s'agit d'assumer quelque chose de la castration symbolique.

Ce que l'analysant va mettre en travail dans son transfert sur l'analyste, l'adolescent le vit dans sa confrontation au réel. Il le vit dans sa chair sans en saisir les enjeux sur le champ. Il va pouvoir demander à l'analyste de se faire témoin de ce qui le traverse, un témoin qui puisse l'accompagner dans ce à quoi il est en train d'advenir et qui lui fait si peur. Un témoin qui ne participe pas à l'angoisse collective et qui en sait un peu quelque chose sur ce qu'il y a à franchir, même s'il ne sait pas à l'avance où cela mène.

« Il n'y a pas à combattre la crise d'adolescence, pas à la guérir, ni à la raccourcir, mais plutôt à l'accompagner et si on savait comment, à l'exploiter, pour que le sujet en tire ce qu'il peut de mieux »⁶.

Kafka, dans son roman *La métamorphose*, nous emmène au cœur même du trauma vécu par l'adolescent, dans sa rencontre avec le réel du sexuel et de la transformation du corps au prise avec la poussée pulsionnelle.

Le traumatisme désorganisateur de la psyché

Du point de vue économique, le trauma prend toute sa dimension dans l'expérience inconsciente comme débordement lié à un excès d'excitation. C'est le modèle freudien introduit dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920) de « l'effraction du pare-excitation ».

Le traumatisme fait à la fois trace psychique, empreinte traumatique et son contraire, c'est-à-dire : accroc, blanc de pensée. En effet, L'impact effractant induit un état de sidération qui absente le sujet à

lui-même, à son corps, à ce qui lui arrive et met en échec la fonction de représentance. « Même si une partie des effets du traumatisme peuvent être représentables, figurables et symbolisables, ils ne le sont jamais totalement »⁷.

Quelle que soit l'importance du facteur quantitatif, ce dernier n'est pas seul en cause. La présence ou l'absence d'un Autre susceptible de nommer, de reconnaître, d'authentifier l'événement traumatique, est déterminante quant aux conséquences sur les possibilités représentatives et fantasmatiques du sujet. La sidération du Moi, ainsi que l'asphyxie, voire l'agonie de la vie psychique consécutive à l'effraction résultent d'une absence de réponse de l'objet face à une situation de détresse.

Winnicott le souligne fort justement, dans ces cas : « l'inconscient n'est pas l'inconscient refoulé... il n'est pas possible de se rappeler quelque chose qui n'est pas arrivé parce que le patient n'était pas là pour que ça lui arrive. Rien dans l'Autre, aucune parole ne lui était donnée pour nommer ce qui se passait là »⁸. Cela n'est pas sans conséquences sur la position de l'analyste qui ne peut pas s'appuyer sur le seul travail de l'association libre afin de mettre en jeu les signifiants refoulés. Il s'agit, plus que de refoulement, d'un inconscient retranché (cf. Gaudillière et Davoine), de clivage au sein du Moi (Abraham et Torok). L'analyste va devoir accompagner un travail de reconstruction à partir d'indices, de traces qui conduiront le sujet à retrouver les blancs de son histoire et ainsi lui permettre une mise en mots, une nomination de l'expérience traumatique en présence d'un Autre qui l'authentifie (l'analyste). Cela entraîne de sa part une implication subjective beaucoup plus importante.

Il va devoir s'appuyer sur ses propres résonances sensorielles, émotionnelles, imaginaires et symboliques pour donner forme à ce qui traverse le patient sans qu'il puisse s'en saisir comme sujet. On pourrait reprendre la métaphore de Bion de l'analyste qui prête son appareil psychique pour mettre en pensée, en rêverie le matériel brut du patient. Le travail ici se fait en amont du processus habituel en analyse, il ne s'agit pas d'interpréter le fantasme, mais, à l'inverse, de construire les conditions pour qu'un fantasme puisse se constituer.

Freud, dans « Constructions en analyse » nous invite dans ces cas, à la construction de ce qui n'a pu être représenté, construction de la scène traumatique dit Catherine. Kolko⁹ où « il s'agit de nommer au présent ce qui s'inscrira par la suite comme mémoire passée ». L'analyste est ici dans une position de témoin qui permet de remettre en circulation une pensée figée, amenant ainsi l'ouverture de l'espace psychique au fantasme. Sans cette ouverture, c'est le sujet qui disparaît.

La clinique nous confronte à une catégorie spécifique de traumatismes appelés selon l'expression de T. Bokanowski « traumatismes secondarisés »¹⁰. Ces traumatismes (sous la prévalence du principe de plaisir/déplaisir) sont en relation avec la théorie de la séduction. Dans ces cas, dans un premier temps, le psychisme a pu organiser la représentation fantasmatique, mais, il y a rencontre entre la réalisation interne du fantasme inconscient et la réalisation externe du désir. Dans les cas de relation incestueuse chez l'enfant prépubère ou chez l'adolescent, le fantasme inconscient se voit brutalement réalisé. Ce télescopage fantasme- réalité externe produit le traumatisme qui met à mal la topique (les modes de rapport entre l'inconscient et le préconscient. Le traumatisme refoule la motion pulsionnelle et barre l'accès au préconscient et à la conscience). Janin¹¹ parle de collapsus psychique qui désorganise l'épreuve de réalité, la fonction de censure et la secondarité.

Cas de Mr A.

Alors qu'il est préadolescent, Mr A subit à plusieurs reprises des attouchements sexuels de la part de son père. Ces épisodes sont vécus en l'absence de toute parole paternelle. Mr A. se trouve alors plongé dans un état de sidération et de totale passivation. Il éprouve un flou de pensée, et après « c'est le trou » dira t-il. Il doute de ses propres perceptions, de la réalité ou non des intrusions nocturnes dans la chambre qu'il partage avec son frère cadet. Il est sur le « qui vive », aux aguets, angoissé par le possible retour de l'intrusion paternelle. L'agir incestueux est réitéré durant environ un an, voire plus,

Mr A. n'a pas la mémoire de la durée des faits. Lors d'un énième agir incestueux, son père lui intime l'ordre de ne rien dire. De ce déni paternel formulé avec l'injonction du secret, découlent une honte ainsi qu'une culpabilité en raison du plaisir éprouvé. Le désaveu paternel des faits interdit la pensée, la mise en représentation, en sens. Mr A. tait la relation incestueuse, n'y pense presque plus, finit par l'oublier durant de longues périodes.

Il s'agit ici, chez lui, d'un inconscient non refoulé articulé à des blancs de pensée, à du « non représenté ». À partir de ce traumatisme, il se sent coupé des autres, même s'il présente une apparente facilité à être en relation. Il a peur du vide, a des vertiges sur les ponts, en altitude. Il a des difficultés à investir ses études, change plusieurs fois d'orientation et s'arrête avant le diplôme final. Il en est de même pour le travail, bien qu'ayant une réussite certaine, il n'en est pourtant jamais assuré. Il se questionne sur ses choix sexuels, se demande s'il est ou non homosexuel tout en se mariant et en devenant père. Il dépense une énergie considérable dans son travail, a des insomnies importantes et n'arrive pas à éprouver de plaisir dans sa vie, il est coupé de ses affects. Ses relations aux femmes se terminent souvent par des ruptures, elles le quittent. Après quelques années de vie maritale, sa femme lui annonce sa décision de divorcer. Il déprime et décide alors d'entreprendre une analyse qu'il aborde avec un sentiment d'urgence. Il y révèle son secret auquel il impute la cause de son divorce et qu'il pense être au fondement de ses maux. Au fil des séances, il retrouve la mémoire des faits, les éprouvés afférents, les pensées incidentes. Il reconstruit son histoire traumatique qu'il peut désormais inscrire dans le fil de sa biographie.

Un premier épisode se situe à l'orée de l'adolescence, lors d'un voyage à l'étranger. Sous prétexte de lui apprendre l'hygiène intime, son père le masturbe puis fait comme si tout était normal. Mr A est sidéré, son esprit s'évade, il est comme absent, étranger à lui-même et fixe dans son esprit avec une intensité exceptionnelle les moindres détails de la cabine de douche, tel le carrelage, qu'il peut parfaitement décrire. On voit ici à l'œuvre les mécanismes défensifs de déplacement, d'isolation et de surinvestissement de détails comme dans les souvenirs écrans.

Après ce voyage, commencent les intrusions nocturnes du père dans sa chambre. Plus tard, lors de vacances en famille, alors qu'il fait la sieste, son père vient le rejoindre, renouvelle les attouchements, puis lui prend la main et l'oblige à faire de même.

Mr A. reçoit sur la cuisse le sperme du père. C'est alors que ce dernier lui dit : « Tu n'en parles pas à ta mère, à personne » le faisant complice d'un secret honteux puisque désavoué, non dicible, non partageable. Mr A. se trouve enfermé avec ce secret sans recours possible, sans Autre pour une mise en sens permettant l'évitement d'une possible dissolution du sujet. Il se vivra dès lors comme au bord d'un possible effondrement psychique. Lors d'une dispute familiale, alors qu'il est adolescent, il s'oppose violemment à son père qui désormais ne l'agressera plus.

Le traumatisme dont il est question ici concerne autant la séduction homosexuelle incestueuse, laquelle rencontre le fantasme et l'abolit, qu'un viol de la pensée et de l'affect par le déni paternel face à l'éprouvé de Mr A. Le traumatisme est aussi ce qui rompt l'idéalisation d'un objet, au moyen de la haine éprouvée du fait que l'objet n'a pas tenu sa fonction, ici la fonction paternelle. Il s'ensuit un effondrement de l'aire de confiance à l'égard de l'environnement, du père mais aussi de la mère qui ne l'a pas protégé. Cette confiance est à restaurer dans l'espace de la cure à la faveur de points de désidéalisation de l'analyste, de reconnaissance de la castration symbolique à laquelle ce dernier est soumis.

Ce n'est que progressivement dans la cure que les détails isolés, clivés, du trauma seront retrouvés, que les affects revécus et nommés pourront être évacués, que les blancs de pensée pourront donner place à une figuration, à une nomination, à une inscription psychique nouvelle restauratrice de la trame de son histoire, ayant statut de vérité et permettant l'implication subjective du sujet. L'écoute de l'analyste, témoin dans ce contexte, permet la nomination, c'est-à-dire « ce par quoi s'exerce le pouvoir essentiel du langage comme acte identifiant » (cf. P. Aulagnier).

Cette inscription psychique amène le dégagement progressif du trauma et restitue au sujet une place identifiante dans un système de parenté donné en fonction de l'ordre des générations. Le processus analytique conduira à une nouvelle élaboration de la problématique œdipienne dont la structure, maltraitée, n'en est pas moins restée fonctionnelle dans ce cas.

La dimension transgénérationnelle du trauma

La troisième dimension du trauma concerne un évènement qui s'est joué dans les générations antérieures. Il a touché un ascendant, entraînant une faille dans l'ordre symbolique, un accroc dans la transmission. L'inscription du sujet dans le langage se trouve ainsi perturbée, parasitée. Les zones du trauma chez l'Autre ne permettent pas au sujet la rencontre des signifiants structurants. On peut parler de forclusion partielle. Des pans entiers de l'appareil psychique peuvent alors être clivés, enkystant des traces brutes non accessibles mais susceptibles de faire irruption de façon répétitive dans la vie du sujet. Les travaux de Maria Torok et de Nicolas Abraham ont été dans ce domaine une avancée considérable qui se prolonge avec tous ceux qui poursuivent leurs recherches. Ces zones clivées peuvent rester inaperçues très longtemps.

C'est ainsi qu'un homme qui a fait une cure classique de quelques années vient revoir l'analyste quatre ans plus tard, en proie à des visions d'horreur et à une angoisse terrorisante concernant la vie de son fils. Ces symptômes sont apparus assez brutalement deux mois après la naissance de son fils, avec des insomnies, des cauchemars et des représentations hallucinatoires de scènes de torture où il voit des hommes au sexe mutilé. Lors d'une visite chez le pédiatre, il ne veut pas que celui-ci examine le sexe de son fils, envahi par la crainte qu'on le châte. Il n'arrive plus à lire correctement car des mots parasites surgissent. « Horreur » au lieu d'erreur, « sévices » au lieu de service. Plutôt que de dire l'expression tendre légèrement érotisée de « mon petit bout » il s'entend dire « Mobutu ». Des fantasmes de fellation du sexe de son fils surgissent et le paniquent.

On comprend le désarroi de cet homme qui est d'autant plus étonné de ce qui lui arrive, qu'à la naissance de sa fille deux ans plus tôt, tout s'est bien passé pour lui. Quelque chose de l'inscription signifiante du sexe masculin est en jeu, mais qui ne peut s'interpréter ici en termes d'angoisse de castration. Il se rappelle qu'un an auparavant, lors d'une visite chez ses parents, son père a parlé avec de vieux amis de leurs souvenirs de guerre en Algérie. Il a décrit des scènes de massacres où le FLN et l'armée rivalisaient dans les actes barbares. C'est la spirale de violence. Son père a notamment parlé sur le ton d'une grande banalité de la découverte des corps de ses camarades de contingent, affreusement mutilés, le sexe coupé enfoncé dans leur bouche. C'est la première fois qu'il entend parler ainsi son père qui jusqu'alors est resté muet sur ce qu'il a vécu. Durant l'analyse le sujet a bien été évoqué comme une énigme, un mystère. Il exprimait le souhait : « j'ai besoin que mon père me parle de ses photos dans un tiroir. Ma mère me dit ce sont ses morts !!! »

Durant deux ans il va reprendre une psychothérapie en face à face pour mettre en mots ce qui l'habitait sans pouvoir le nommer. Il me dira : « c'est très différent de ce que j'ai vécu avec vous durant la cure. Je savais qu'il y avait en moi un gros bloc, quelque chose d'inquiétant ».

Il ne pourra pas aller très loin dans l'échange avec son père sur ce qu'il a vécu. Très vite il va se heurter à nouveau au mur du silence.

Par contre, il va se représenter peu à peu sa souffrance et s'expliquer les raisons de son enfermement. Un rêve va signer la perspective d'une sortie de cet épisode terrifiant.

« Je demande à mon psychothérapeute si je vais m'en sortir. Il répond oui. Je sors de son cabinet et il y a plein de légumes venant du Maghreb. J'en achète et je me sens content ».

Rêve qui renvoie vers la vie dans le lieu même où régnaient des ombres de mort.

Conclusion

Pour conclure, on peut souligner que le trauma se trouve à une position carrefour dans le champ conceptuel et clinique de la psychanalyse. Il a à la fois un caractère universel qui concerne chaque

sujet dans sa confrontation au réel et à l'altérité. Cependant, il convient de différencier les traumas constitutifs du sujet désirant, ouvrant sur la construction du fantasme, des traumas qui confrontent le sujet à une violence, une perversion le laissant en proie à une jouissance qui ne se laisse pas régler par l'économie névrotique de la castration. Jouissance qui entraîne de la terreur, de la honte et du clivage¹². Ces traumas non assimilables par l'économie psychique vont se transmettre d'une génération à l'autre en créant des zones de blanc dans l'organisation symbolique et les possibilités de représentation. L'enjeu pour l'analyste tel que le traduit Davoine et Gaudillière devient alors: « exister dans des zones de non existence du patient »¹³. Dans ces zones de non existence, on pourrait dire en termes lacaniens qu'il n'existe pas de signifiant qui représente le sujet pour un autre signifiant.

Ce qui insiste, se répète, est précisément ce non inscrit de l'expérience traumatique « Ce dont on ne peut pas parler, on ne peut pas le taire ». Il s'agit ici d'un Réel hors symbolisation.

Dans les traumatismes secondarisés, le travail de construction vise à inscrire ce qui n'a pu l'être et ainsi à modifier sensiblement la position du sujet dans la structure. Il s'agit de permettre l'établissement de nouvelles liaisons pulsionnelles et de restaurer le fantasme.

1. Intervention de Gérard Cotté et de Chantal Defernand à la Journée d'Abbeville du 11 juin 2009.
2. Balmary M., *L'homme aux statues*, Paris : Grasset ; 1979.
3. Ginestet S., *La terreur de penser*, La Riche : Diabase ; 1997, ch. 1 « Trauma et représentation ».
4. Ferenczi, S. *Journal clinique*. Paris : Payot ; 1990.
5. Lesourd S., *La construction adolescente*. Paris : Eres ; 2005.
6. Mannoni O., « L'adolescence est-elle analysable ? » in *La crise de l'adolescence*. Paris : Denoël ; 1984.
7. Bocanowski T., « Traumatisme, traumatique, trauma ». *RFP* 3, P.U.F., 2002.
8. Winnicott D., « La crainte de l'effondrement » in *Crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard ; 2000.
9. Kolko C., « Construction et inscription des traces ». *Les lettres* n° 15 SPF.
10. Bocanowski T., *ibid*.
11. Janin C., *Figures et destins du traumatisme*, Paris : P.U.F. ; 1978.
12. Voir articles de Lemosof « Construction freudienne ou déconstruction lacanienne » *Lettre de la SPF* n°15 et de Véronique Bourboulon « La honte irréductible humain », *Lettre de la SPF* n°16.
13. Davoine F. et Gaudillière M., *Histoire et trauma*. Paris : Stock ; 2006.

ÉQUIPE HÔPITAL DE JOUR ADULTE D'ABBEVILLE

Ce qui peut faire trauma dans la psychose

QUEL HEUR(T) EST-IL?

Introduction

Nous nous sommes interrogés, à partir du thème de cette année, sur la manière dont nous pouvions appréhender la notion de traumatisme dans notre clinique de la psychose.

D'abord, sur la signification et l'usage du mot traumatisme, nous pouvons dire que le traumatisme, dans son acception générale, est la conséquence du trauma. Nous avons constaté ainsi que le trauma n'est pas un simple diminutif de traumatisme, avec lequel on a l'habitude de le confondre.

Au commencement, il y a le trauma, et ensuite, le traumatisme s'ensuit... peut-être. Car si en médecine les conséquences d'une effraction dans le corps peuvent entraîner une cascade de phénomènes traumatisants, il semble qu'au niveau psychique, ce soit moins évident.

A priori, le terme de trauma au sens freudien n'intéresserait que la clinique des névroses: « En aucun cas la psychose ne peut être dite traumatique... la désobjectivation psychotique n'a pas son origine dans un traumatisme. » nous dit Guy Clastres¹. Et pourtant « la clinique des psychoses montre avec éclat que le malheur frappe souvent à l'heure du bonheur. La réussite à un examen, un succès amoureux, une paternité sont souvent suivis de près d'un accès délirant. »². Alors quel heur(t) est-il?

C'est plutôt du côté du langage que Lacan nous invite à considérer le traumatisme dans son dernier enseignement. Un traumatisme constitutif du parlêtre car dès lors qu'il parle le sujet se voit condamné l'accès direct à l'objet de son désir. C'est par le biais d'une fiction, le fantasme, que le sujet appréhendera son objet.

Le névrosé dispose à cet égard des discours établis, de la tradition, pour le construire.

Ce qui n'est pas le cas du sujet psychotique qui ne dispose pas de la boussole œdipienne et qui se doit d'inventer un opérateur original pour réguler la jouissance de l'Autre.

C'est-ce que nous avons essayé de montrer à partir de ces deux vignettes cliniques.

Mr R

Essayons de parler de psychose avec nos mots de névrosés...

Ce qui attire l'attention dans la présentation de Mr R, un homme grand et mince, est une importante rigidité psychomotrice. C'est-à-dire qu'il a quasi constamment le visage orienté vers la gauche avec une sorte de crispation au niveau du cou. Passé outre ce particularisme physique, nous sommes surpris lorsque Mr R tente de s'exprimer. En effet, il formule son propos, toujours laconique, de façon quasi inaudible dans un souffle, voire même un râle. Ce type d'énonciation oblige l'autre à tendre l'oreille.

La mère évoque des problèmes scolaires très tôt chez Mr R : retard de langage, inattention, troubles du comportement (turbulent à l'école), difficultés aggravées à la naissance de son demi-frère. La mère de Mr R parle de son fils comme d'un enfant difficile... qui cherchait à attirer l'attention.

Paradoxe chez ce patient qui semble, au premier abord, fuir l'autre, tournant la tête, évitant le regard, de sorte qu'on oserait à peine l'approcher.

Après une enfance en « demi-teinte », une scolarité perturbée jusqu'en troisième SES, une adolescence où débutent les conduites délinquantes, quelques stages professionnels n'ayant pas abouti,

Mr R quitte Amiens avec sa mère pour emménager sur Abbeville. Quelque temps après, un tableau d'apragmatisme, de clinophilie, de repli s'installe ; ses conduites toxico s'aggravent.

C'est le début du suivi psychiatrique de Mr R.

Ce qui l'a laissé sans voix...

Quel est l'évènement qui a fait sens pour lui ?

Il évoque, lors de premiers entretiens avec son psychiatre, une rencontre ; il était alors âgé de 20 ans. Il regarde une fille, croisée dans un bus. Il en est amoureux. Il descend du bus. Sa tête est tournée à gauche vers l'objet d'amour. Il remet sa tête droite et patatras, c'est la chute... Il se fracture le tibia droit.

Plus tard, Mr R dira que ce qu'il imagine être le déclenchement serait le déménagement d'Amiens à Abbeville.

Ses problèmes de cou ont commencé, dit-il, « lorsqu'il a entendu un déclic dans le chauffage de la maison, ce qui a déclenché une émission de cocaïne dans l'air. Il en a respiré et son cou s'est bloqué ».

D'un seul coup, il est touché au corps. Choc, torticolis, voix...

L'évènement vient révéler la psychose. Tout s'est noué de manière délirante. Ça devient délirant lorsqu'il essaie d'en donner une explication.

Il se plaint de douleurs au tibia gauche, alors qu'il s'était fracturé le tibia droit avec, dit-il, « une transmission par la colonne vertébrale, ce qui a un lien avec le torticolis ».

Lors de l'admission à l'Hôpital de jour, il dit « venir pour travailler un peu, c'est-à-dire faire bouger ses bras, ses muscles ».

Peu après, il dit « se sentir mieux dans son corps ». Et dans sa tête ? « C'est les deux, dit-il, c'est une chaîne ».

Pourtant, tout semble disjoint, délié. Il n'est pas UN. Le champ des pulsions est éparé en permanence (il y a la vision, la voix, la respiration...). Les fonctions physiologiques sont perturbées. La respiration est bloquée. « Je suis coincé » dit-il souvent.

Mr R dit qu'il ne sait pas parler.

« Les mots sortent mal, ça dépend des mots ; je ne sais pas si c'est dans la gorge ou dans les oreilles ».

« Les mots ne sortent pas comme il faut... Il faut trouver des phrases intelligentes pour parler... ».

« Ma bouche parle trop. C'est pas ma gorge, c'est ma voix... Je n'ai pas envie de parler. Elle est peu agréable à entendre... ça me fait mal au ventre de parler ».

« Ma voix, ça coupe l'air... j'ai du mal à respirer ».

Thèmes délirants récurrents : l'air, la pureté, l'impureté...

Tout semble vu par ce prisme.

« Sur Amiens, la fumée partait plus vite, sur Abbeville, ça reste dans l'air. Ça sent mauvais, ça attire d'autres odeurs ».

« L'air circule mieux dans un appartement que dans une maison... chez moi, l'air n'arrive pas à aller jusqu'à moi... ».

Il a peur de sortir car, dit-il, « l'air est malsain ».

Il porte grand intérêt à la nature : « les arbres, ça transpire, les plantes, ça stérilise l'atmosphère ».

Le dernier séjour auquel il a participé, à la montagne, lui a été utile, dit-il, par « la prise d'air ».

Tout semble plus pur en hauteur.

Ce qui a fait choc, a fait explosion de l'espace et du temps.

Mr R se tient de travers, regarde de travers. D'ailleurs, parfois, dit-il, « Dieu met les choses de travers... fait ça exprès, pour mettre de l'ambiance ».

Dit aussi « c'est embrouillé dans ma tête, je ne vois pas l'endroit de l'envers ».

Endroit, envers... dedans, dehors... Autre espace...

La question du temps :

Mr R dit avoir « laissé courir, laissé aller, et ça se passe dans la tête, c'est bizarre ». « Il a laissé aller sa mémoire ».

Ce qu'il attend ? « Que ça lui tombe dessus, de grandir et de vieillir, que ça passe, que ça arrive... ».

« Y'a la mort qui suit, dit-il, et puis on recommencera ; c'est une épreuve ; le monde sera plus propre ».

Il se dit « pas pressé de mourir, mais pressé de quitter tout ça ».

Sa voix ? Un souffle, un râle entre la vie et la mort ?

« Je viens du ventre de ma mère, mais j'ai l'impression que je viens d'ailleurs, d'une autre vie ».

« J'ai l'impression que je ne suis pas à ma place, ici, à l'Hôpital de jour, à Abbeville ».

Rajeunir, vieillir... en fonction de l'air, du lieu, et aussi du regard de l'autre et de son propre regard.

« Le regard des autres me suffit pour m'énerver... Mon physique, ma manière de marcher... J'attire pas les filles, pas de copine... Je me regarde dans la glace, me dis que je suis moche, ... Je suis pas assez sexy, trop vieux, je voudrais avoir dix ans de moins... Ma tête, ça va pas, il faudrait refaire mon visage, surtout ma coupe de cheveux et mes dents. Mon nez est trop long ... C'est compliqué, je change d'avis tout le temps. Je me trouve beau et intelligent... »

« La beauté, c'est la jeunesse, c'est plusieurs questions à la fois. Pour mon âge, je devrais être plus soigné ».

Son idéal féminin : une femme ayant la tête de travers, un double féminin. « C'est une femme qui doit lui ressembler » dit-il.

Le temps semble parfois suspendu : Mr R peut s'arrêter en pleine activité pour faire « rien », puis reprendre là où il en était.

Bien souvent, Mr R annule ses dires, aussitôt qu'il les formule : « c'est nul ce que je dis... c'est pas intéressant... c'est des conneries tout ça... je suis fou ».

Pas de trace de ce qu'il dit, ça s'évanouit. Il cherche une explication aux choses, aux évènements, mais abandonne, en disant « ça n'a pas d'importance ».

Pas de construction délirante qui tienne. Un délire qui ne sédate pas...

On retrouve dans son discours des énoncés qui s'opposent.

Nous venons de le voir avec la beauté : « je suis moche... je me trouve beau ».

Il peut dire aussi : « il y a une grande faiblesse en moi, je n'arrive pas à me lever », et quasiment dans la même phrase : « pas du tout, je suis en pleine forme ».

Il ne s'agit pas là d'une contradiction qui pourrait s'inscrire dans une certaine logique, mais plutôt d'une sorte de coalescence des contraires. Ni l'un, ni l'autre, l'un et l'autre à la fois. Rien qui vienne lui assurer une quelconque existence.

Depuis quelque temps, Mr R s'éclipse de l'Hôpital de jour et rentre chez lui.

Bien des matins, il ne trouve pas le courage de se lever pour nous rejoindre.

Alors, nous insistons au téléphone, précisant que nous l'attendons...

Il dit « arriver dans pas longtemps ». Parfois, il vient... longtemps après ; parfois il ne peut venir.

Le temps a-t-il de l'importance pour vous, Mr R ? « C'est la parole qui n'a pas d'importance ».

L'Hôpital de jour serait un contenant pour Mr R. Pourrait-il se laisser mourir, si on n'était pas là pour le soutenir ?

Importance des temps de relation duelle avec le soignant.

Il dit avoir peur qu'on l'oublie, s'absente dès qu'on ne lui adresse plus la parole directement, qu'on

ne s'intéresse pas assez à lui. Il se vexe, ne supportant pas certaines remarques (ordres) ; « je suis jaloux quand vous vous occupez des autres, c'est en moi, j'peux pas... ».

Le travail psychothérapeutique à l'Hôpital de jour permet une remise en place relative avec un certain alignement possible des fonctions : regard, voix, ouïe, olfaction, mouvements, alimentation.

Le traumatisme n'a pas pu se construire autour d'une signification symbolique qui organiserait les autres.

Les mots font mal dans un corps toujours « sous le choc » du réel.

Mr C

Présentation du sujet

Ce que l'on remarque, ou plutôt ce qu'on entend, en premier lieu, chez Mr C, c'est son discours, son langage torrentiel, un flot de paroles sans fin, quasi incessant, qu'il déverse à qui peut l'écouter, mais qui finit par éloigner les autres.

Souvent habillé de noir (« couleur mal vue en psychiatrie » selon lui), le visage pâle, imberbe, juvénile (alors qu'il est âgé de 37 ans), il ne cherche pas à dialoguer, cette parole ne nous est pas adressée.

Il évoque de lui-même sa petite enfance : enfant difficile, bruyant, déjà tout petit son père aurait tenté de le faire taire avec un oreiller en l'étouffant. Sa grand-mère se moquait de lui, en disant qu'il avait été baptisé avec une aiguille à phono.

Il suit une scolarité normale jusqu'en CM2, avec des notes brillantes, puis, à partir du collège, ses notes s'effondrent et passent à zéro brutalement.

Son père tombe malade et meurt alors que Mr C a 13 ans. Un an plus tard, il décompense, entend des cloches (« celles du diable ») et se met des mouchoirs dans la bouche pour s'empêcher de parler.

Commencent alors un suivi psychologique et un arrêt définitif de sa scolarité.

Pourquoi parle-t-il autant ?

Son père et son grand-père étaient des gens taciturnes, « muets comme des tombes, qui n'exprimaient rien, pas d'humanité » selon lui.

Lui, parle tout le temps, mais son discours est soit un savoir encyclopédique sur telle ou telle question (l'astronomie, l'une de ses passions), soit sur l'actualité... C'est à cette époque qu'il commence à inverser le jour et la nuit, en observant le ciel la nuit et en dormant le jour : « je suis une marmotte neurasthénique » dit-il (cause de son entrée à l'Hôpital de jour).

Quand il dessine, Mr C remplit ses feuilles blanches du mot « cosmos » comme pour remplir le vide : est-ce le vide à l'intérieur de lui-même ou l'angoisse du vide, une façon de meubler l'espace ?

Quels sont les événements qui auraient fait traumatisme chez Mr C ?

En fait, sa réalité psychique est traumatique.

« Toutes les nuits, je fais le même cauchemar récurrent, obsessionnel. J'ai pourtant été suivi pendant six ans pour une psychothérapie psychanalytique psychodynamique ! ».

« Je rêve que je suis claustré dans une cage et que l'eau monte, monte... »

« Je rêve aussi que je me noie enfermé entre quatre murs dans un HP ». « C'est gai ! ».

« J'étais dans un parc avec mon père, un corps inanimé gisait sur le sol, celui-ci se redressa, c'était le diable ». Il raconte alors la partie de pêche avec son grand-père, son père et sa mère, où lui pêche un énorme poisson, monstrueux et difforme, une erreur de la nature, celui-ci retombe dans l'eau, Mr C tombe lui aussi dans l'eau et se retrouve nez à nez avec ce poisson entraîné au fond vers un grillage d'aération.

Pour lui, sa vie n'est qu'une suite d'événements traumatisants.

Il se souvient de son adolescence en banlieue parisienne où les autres le montraient du doigt, en riant et le traitant de « bouffon », de « golmon ».

Il revit ces évènements pendant une sortie pêche de l'Hôpital de jour, où un chat lui fait pousser un cri de frayeur horrible et une bande de jeunes, qui nous regardait pêcher, le rend fortement anxieux.

Pour Mr C, le monde est dangereux : les réverbères sont des caméras, les poissons rouges des sous-marins soviétiques nucléaires, les canards du parc d'Emonville des leurres renfermant caméras et micros. Avec lui, nous poussons le bouchon jusqu'à dire que les mouettes sont des ripostes de la CIA piquant des plongeurs sur les poissons et larguant des bombes sur les canards du KGB.

Il décrit le CHS (Centre Hospitalier Spécialisé) de la région parisienne d'où il vient comme un lieu carcéral et inhumain, où les infirmiers sont de véritables gardiens, en blouse blanche, munis d'énormes clés, rapportant tout au psychiatre, guettant, épiait les moindres faits et gestes des patients, le psychologue ayant lui-même truffé son bureau de micros qu'il fait écouter par la suite au psychiatre.

On constate un délitement du sens, du mot, tout devient traumatique.

Il vit près de sa mère qui loue l'appartement avec lui. Il aurait voulu vivre en ville, mais il ne peut la quitter car « il ne peut pas lui faire ça et la laisser payer seule le loyer ». De toute manière, il est content qu'elle lui apporte à manger et lui fasse son ménage, ce dont il serait incapable de s'occuper seul.

À l'heure actuelle, il s'occupe en regardant la télévision toute la nuit. On constate une fascination pour les films violents, difficiles ou les films d'Arte.

Ensuite, il regarde les émissions de chasse, pêche et histoires naturelles qui le réconfortent. Il voue une passion particulière au sanglier, animal auquel il s'identifie, « animal sauvage, solitaire et gros comme lui ».

« À l'hôpital psychiatrique, je souffrais d'enfermement, ici c'est mieux, on peut sortir, tout est mieux à Abbeville, vous êtes gentils, vous m'écoutez ». Parfois, pratique l'ironie, utilise le langage contre l'autre. Parfois, interrompt les conversations en disant « je suis radio-parasite ».

Me dira qu'il apprécie beaucoup la radio pour les actualités.

Mr C parle finalement peu de lui, il pratique un discours désobjectivé, repoussant l'autre.

« Les femmes belles sont des poupées de porcelaine qu'on collectionne sur des étagères ».

Quelle est son intention ?

Disparaître derrière ce qu'il dit, flot de paroles qui colmate le vide ? Un barrage, une protection contre les dangers ? Un effort de rationalisation du rien ?

Mr C, en quelque sorte, est déjà mort symboliquement et sa parole est de la parole morte. Il n'y a ni discours, ni dialogue possible avec lui.

Quand il travaille au jardin, il est toujours étonné de ce que son corps a pu faire, bêcher ou planter des légumes, comme s'il avait retrouvé la terre. Là, il retrouve de la vie ; ou en faisant des randonnées pédestres dans la nature, contraignant son corps à des efforts qu'il ne ferait jamais d'habitude.

À notre niveau soignant, nous essayons de canaliser ce flot de paroles, de le sortir de sa spirale de mots et de l'inviter vers d'autres choses, à élaborer, à se taire parfois, à respecter les silences et les autres qui n'auraient pas d'existence sans cela.

Continuer à essayer de l'accompagner vers d'éventuels mouvements de paroles qui prendraient enfin trace et qui ne seraient pas déversées dans le vide (par exemple, la création d'un article dans un journal).

Conclusion

Voici donc deux modalités de parlêtre, deux façons subjectives de traiter un corps vivant qui parle. Corps vivant malade du langage. Car « en tant qu'être parlant, la seule maladie dont nous souffrons est celle qui est introduite dans le vivant par le parasitisme du signifiant »³.

Ce qui est premier c'est le traumatisme de la langue, que Lacan écrit en un seul mot pour qualifier ce « bruissement indéfiniment répété qui affecte l'instrument linguistique »³, et n'a rien à voir avec la

communication. C'est la première manifestation du signifiant, avant le langage. Ce qui fait dire à Lacan que « le langage est une élucubration de savoir sur lalangue »⁴.

Donc, si « le langage est le résultat d'un travail sur lalangue ... une construction de lalangue », J.-A. Miller en déduit que: « sa structure est celle-la même du discours du maître »⁵. Le discours du maître, c'est ce qui tente de mettre les choses en ordre, de faire de l'Un. Au nom de l'Un, le maître s'empare de lalangue pour concevoir le langage. « D'où s'ouvre la possibilité de ces théories des éléments du langage qu'on appelle grammaire, mathématique, ou logique, par quoi l'être parlant taille son chemin dans lalangue, la conceptualise, ne serait-ce que de l'alphabétiser »⁵.

C'est ce qui achoppe dans les deux cas, il semble qu'il y ait un hiatus, une impossibilité à faire de l'Un, comme le dit Marie-Jo, qui rende inopérant le recours au langage. D'un côté, Mr R. qui n'arrête pas de parler, mais seul, dans sa tête. Il ne pipe mot, ou plutôt il chuchote, l'Autre est réduit à un souffle. Mr C, lui, cherche une ponctuation au déchaînement des signifiants. Sa présence à l'Hôpital de jour l'aide à découper le temps autrement que dans un renversement nycthémeral. C'est déjà la tentative d'une trace. Car « sans traces » est le titre que Mr C donne à un écrit produit en atelier et qui met bout à bout les mots, sans souci de signification.

À nous peut-être d'essayer d'apprendre leur lalangue, devenir chuchoteur ou auditeur éclairé de radio-parasite, pour qu'un discours, donc un lien social, s'établisse.

1. Clastres G., « Le traumatisme », *Mensuel n°1*. Novembre 2004.
2. Pommier G., « Attention bonheur ! » *Psychanalyse n°1/2004*.
3. Gault J.-L., in « Le traumatisme de la langue » *Association Himéros*, 2007.
4. Lacan J., *Encore, Seminaire Livre XX*, Paris : Seuil ; 1999.
5. Miller J.-A., « Théorie de lalangue », *Ornicar ? n°1*, 1975.



*7ème Journée du Collectif Psy Abbevillois
jeudi 29 mai 2008
sous la présidence de Alvaro Escobar*

Enfermement

L'enfermement : voilà un mot bien « dur » qui fait imaginer d'abord l'enfermement dans l'espace, la privation de liberté, et tous les phénomènes psychiques inhérents à cette expérience. Mais aussi, l'enfermement dans une répétition symptomatique, dans un regard, dans un diagnostic ou même un simple mot.

Mais encore, enfermement dans un rôle social, une mission qui nous incombe et qui nous encombre. Enfermement dans le transfert. Pourquoi pas son corollaire inverse : la liberté et son cortège d'incertitude, d'angoisse, de désarrimage, la convocation à choisir, l'acte de décider.

L'enfermement qui oppresse et rassure, la liberté angoissante, expansion de l'être, voilà notre sujet de cette année.

Nous aurons la joie d'en parler avec Alvaro Escobar, poète, écrivain, psychanalyste, qui a véritablement travaillé sur l'enfermement (carcéral, religieux), sans se départir jamais de sa liberté d'esprit.

C. NACHIN : De l'enfermement des aliénés à l'abandon des fous

I. TALABAN :

L'expérience Pitesti, la langue de bois et la clinique contemporaine (*texte indisponible*)

A. ESCOBAR : Conférence (*texte indisponible*)

F. GILLES : À partir de Baudelaire, une réflexion sur l'écriture

B. VRIGNAUD : Le rêve de Drogo : une clinique de l'attente (*texte indisponible*)

A. BOURGAIN : Figures de l'enfermement :
du recours à la langue à la mise au pas des sujets (*texte indisponible*)

J.-L. SAFFER : Enfermer pour soigner...

P. GALL, M. KOCH, L. RZEZUCHA, M.-G. PINGUET, S. MARQUANT :
Comment soigner et enfermer ? Vous avez dit isolement thérapeutique ou enfermement thérapeutique ?

M. BLAJIN : L'Enfermement



C. NACHIN

De l'enfermement des aliénés à l'abandon des fous

Au moment de rédiger cette intervention, j'ai craint de vous apparaître comme un vieux nostalgique, voire défaitiste, aussi j'ai voulu écrire un peu sur les marges de mon thème.

Il y a cinquante-cinq ans, j'ai connu l'enfermement des aliénés

Arrêt du bus : « Asile de Bron ». Malades qui portent encore l'uniforme des détenus. Ailleurs, cellules d'isolement avec lit soudé au sol, trou pour les besoins, lucarne de surveillance et ouverture au sol pour glisser la nourriture sans couverts, porte avec ferrures pour que le malade qui taperait pour appeler se fasse suffisamment mal pour ne pas avoir envie de recommencer. Le travail de désaliénation est entrepris depuis la Libération, avec enthousiasme par une partie des médecins et des infirmiers, mais il avance lentement. Il y a encore de nombreux schizophrènes catatoniques et des centaines de malades emmurés, non seulement dans l'asile, mais en eux-mêmes, depuis des années : nous en voyons beaucoup entr'ouvrir peu à peu leur coquille et quelques-uns qui apparaissent tout d'un coup « guéris », surtout grâce à la transformation de l'ambiance interhumaine.

Mais la tendance au rejet des malades mentaux et l'institution totalitaire ont la vie dure partout

En 1956, on rénove un pavillon et on y réinstalle des WC de maternelle ; en 1974, encore, on installera des plaques de plastique translucides aux fenêtres d'un pavillon qui donnent sur sa cour intérieure, de sorte que les pensionnaires n'auraient pas vu leur propre jardin. Beaucoup de médecins et de surveillants infirmiers négligent les détails matériels alors qu'ils témoignent de l'attention aux malades mieux que les discours. Il y a assurément une tendance des services techniques et des entreprises exécutantes à manquer de respect pour les malades (« ce sera toujours bien bon pour des fous ») et à vouloir faire des choses spéciales pour fous (« ce ne sont pas des gens comme nous », d'où les vitrages non transparents, les WC indécents pour des adultes en dépit d'une circulaire ministérielle précise et bien rédigée), tandis que des mesures de sécurité utiles pour les malades sont curieusement négligées (défaut de réglage de l'eau chaude au-dessous de la température dangereuse, tuyauteries inutilement apparentes pour le candidat à la pendaison, j'en passe...). Sans doute, en 1970, il y a des progrès architecturaux relatifs par rapport à 1950, mais ils sont partiels et les Unités de Soins normalisées ont eu une fâcheuse tendance à ressembler aux Collèges d'enseignement secondaire, « boîte à sardines », sonores, froids l'hiver et brûlants l'été, la normalisation ayant plus été un pactole pour les entreprises que la réalisation d'un travail rationnel et économique.

L'alimentation, quantitativement suffisante pour fabriquer des obèses, reste qualitativement peu soignée et les régimes sont inadaptés, lorsqu'ils existent. Dans beaucoup d'hôpitaux, les problèmes se sont aggravés en confiant le service alimentaire aux trusts de la « malbouffe ». La vêtue des malades sans ressources et l'entretien des vêtements personnels posent des problèmes rarement convenablement résolus.

Le nombre et la qualification des médecins et de l'ensemble des personnels posent toujours problème. La formation permanente est très insuffisante. On se réjouit quand même de la vitalité des stages organisés pour les équipes soignantes par les CEMEA (Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active), même si la Picardie n'est pas à la pointe. On se réjouit aussi de l'existence d'au

moins deux diplômes universitaires de psychothérapie institutionnelle dont celui animé par Pierre Delion à Lille.

Nos patients reçoivent de nombreux médicaments, mais les prescriptions ne sont pas encore assez individualisées, il y a trop de traitements standardisés, parfois pour des motifs pseudoscientifiques – il n’y a qu’à voir la rigidité de certains protocoles d’expérimentation – et des doses trop élevées sont maintenues pour couvrir des symptômes gênants faute de pouvoir aborder les problèmes de fond.

Peu d’hôpitaux disposent d’un service de thérapies corporelles moderne et, si les crédits ne sont pas mesurés pour les médicaments, les crédits pour des activités sociothérapeutiques diverses, culturelles et sportives, sont en général minces. En 1974, à Amiens, un rapport commun des médecins prévoit un large programme de sociothérapie et de thérapies corporelles. Nous demandons 1 Fr par jour et par malade sur un prix de journée de 150 Fr, le CA (Conseil d’Administration) nous lanterne un an, puis nous accorde 0,22 Fr que la commission départementale ramène à 0,10, moins d’une place de cinéma par mois.

Enfin, il n’y a que quelques établissements privés, comme La Borde, et quelques hôpitaux dirigés par des médecins-directeurs – espèce disparue depuis – qui ont pu mettre en œuvre des programmes de thérapies institutionnelles développés. Ailleurs, le trop grand volume des établissements, une gestion administrative peu soucieuse de la thérapeutique et parfois l’individualisme des médecins et des équipes ont rendu la tâche très difficile malgré des bonnes volontés et des dépenses d’énergie considérables.

Les échecs répétés dans le temps et les travaux des sociologues comme Goffman nous ont appris que l’institution totalitaire où les pensionnaires doivent vivre 24 heures sur 24, et y accomplir tous les gestes de l’existence, est incurable. Il faut tendre à sa suppression dans l’avenir et avoir une stratégie qui aille dans ce sens. Nous avons déjà vu, en étudiant les possibilités de sortie de l’hôpital psychiatrique, combien il était fâcheux d’y être entré et d’y avoir séjourné longtemps pour les possibilités d’existence ultérieures. Le Dr Danièle Scellier, dans une thèse sur les significations médico-sociales de l’hospitalisation des femmes à l’hôpital psychiatrique, portant sur 700 dossiers, a montré que le temps d’hospitalisation utile dépassait rarement trois mois, au-delà il s’agit de situations de rejet socio-familial et d’absence de structures adaptées qui permettent au malade de fonctionner avec toute la marge d’autonomie dont il est capable.

L’abandon des fous

Dans son mémoire, Christian Mille avait déjà dénoncé les portes alors ouvertes des pavillons lorsqu’elles ouvraient sur le vide, faute de personnels qualifiés et d’une organisation institutionnelle qui entourent les patients et leur ouvrent la possibilité d’activités variées. À partir de 1975, l’allocation aux handicapés adultes, avec son caractère ambigu, va permettre aux familles de reprendre en charge des patients tranquilles tandis que d’autres vont pouvoir retourner vivre seuls dans la cité. La population de l’hôpital qui avait sensiblement diminué va encore baisser.

Le programme de l’OMS à l’époque était de n’avoir plus qu’un lit hospitalier pour 1000 habitants, mais deux places pour 1000 dans les structures intermédiaires. Le drame, c’est que la diminution drastique des lits d’hôpital ne s’est pas accompagnée de la création de structures intermédiaires quantitativement et qualitativement suffisantes. Il en résulte que beaucoup de malades errent dans la cité, sans soins adaptés, s’accidentent ou se suicident et se retrouvent assez souvent en prison pour de menus délits répétés.

Le rejet de la folie et de la psychiatrie

Tactiquement, cette situation ne doit pas nous conduire à abandonner les hôpitaux psychiatriques avec les malades qui y trouvent asile au sens premier du terme ainsi que les personnels qui s’y trouvent, mais il s’agit d’assurer la transition tout en déplaçant progressivement l’accent vers le travail

dans la communauté et dans des institutions où les malades ne sont accueillis que pour des temps de traitement, tout en ayant une vie privée ailleurs. En ce sens, j'avais été frappé de voir combien des schizophrènes très graves se ranimaient dans le petit hôpital de jour créé et dirigé par Pierre Margat, même par rapport au séjour dans un service libre convenable. Malheureusement, la psychiatrie dans la cité a été soumise à l'administration hospitalière qui ne lui est pas favorable.

Si les tentatives de transformer l'asile de l'intérieur ont été un échec sévère et irrémédiable, il y avait un point positif, la qualité des relations entre médecins, infirmiers, autres collaborateurs et malades dans la majorité des services par rapport à la hiérarchie plus pesante et aux relations à l'« objet malade » qui dominaient dans les hôpitaux généraux malgré des progrès. C'est un domaine important où « les derniers étaient les premiers ». Mais la disparition de l'internat à vocation psychiatrique et le diplôme infirmier européen posent le problème d'une post-formation psychiatrique des internes et des infirmiers qui est à développer.

Nos connaissances sur l'étiologie, la pathogénie et la thérapeutique des troubles psychiques graves sont encore infirmes. Mais le côté désespérant du métier, c'est sans doute que nous ne disposons des moyens d'application que d'une faible partie des connaissances que nous possédons déjà. Nous avons un combat politique à mener, au niveau de la politique sanitaire, en tant que professionnels et au niveau de la politique générale, en tant que citoyens, pour que nous soient fournis les moyens d'utiliser au profit de l'ensemble des patients les connaissances actuelles. L'arrêté ministériel du 14 mars 1972 a donné force de loi à la psychiatrie de secteur recommandée par la circulaire du 15 mars 1960, mais l'absence de dispositions financières permettant la budgétisation convenable des interventions de secteur comme de l'ensemble du dispositif de protection de la santé mentale a créé une situation de plus en plus difficile. Les caisses sont vides, nous dit-on, et lorsque des millions de personnes encore en santé ne trouvent pas de travail, on n'envisage pas de consacrer à la lutte contre les maladies mentales des crédits comparables à ceux des autres secteurs de la médecine.

L'expérience des conflits ethniques, nationaux, politiques et religieux de notre temps nous montre éloquemment que les tendances au rejet et le mécanisme du bouc émissaire fonctionnent largement. Celui qui joue différemment des autres le jeu de la famille, du quartier ou du village, est peut-être déjà fou, mais en tout cas les réactions que son comportement suscite – alors qu'il n'a même pas l'excuse d'être un étranger ! – peuvent bien contribuer à le rendre tel. Il est étonnant de voir comment la situation se transforme lorsque deux ou trois soignants capables viennent travailler à domicile, dans le quartier ou dans la petite ville où un malade est déjà connu ou vient de nous être signalé. Le ton baisse, la peur s'apaise, le maire qui voulait éliminer ce citoyen encombrant devient quelquefois son protecteur, la famille et l'entourage, qui ne veulent pas « être de reste avec des étrangers » que nous sommes, investissent mieux ou réinvestissent le patient en difficulté. Le malade, car il s'agit la plupart du temps d'un malade, et non d'une erreur ou d'une calomnie, n'est pas guéri pour autant, mais le plus souvent il pourra être soigné et aidé dans son milieu de vie. À côté de nos liens naturels avec les services sociaux et éducatifs, les liens avec les élus locaux et les responsables laïcs et religieux sont à travailler.

Lutter contre le DPR (diviser pour régner)

C'était le mot d'ordre de mon ami Lucien Bonnafé dont j'ai évoqué l'œuvre à Amiens le mois dernier. Dans la période de crise économique, sociale, culturelle et morale que nous connaissons, il y a une tendance des pouvoirs politiques à tourner le mécontentement des populations contre des boucs émissaires: d'abord les immigrés avec ou sans papiers, les fous et les personnels qui s'en occupent viennent tout de suite après, en particulier les psychiatres, les psychanalystes, la psychiatrie et la psychanalyse comme disciplines.

Il est facile pour nos démagogues de tourner le mécontentement des familles contre la psychanalyse à cause du coût et de la durée d'une psychanalyse en privé et de la difficulté d'améliorer les cas graves. Pourtant, de nombreux psychiatres de formation psychanalytique et des psychologues

psychanalystes plus nombreux travaillent dans les secteurs généraux et infanto-juvéniles, ont des résultats et sont appréciés. À Amiens, Elisabeth Tixier a développé un groupe de thérapie familiale psychanalytique. En dehors de ces thérapies spécifiques, le travail avec les familles et leurs associations est capital.

Le vocabulaire est perverti. Au lieu d'avoir en vue le sujet humain, même le plus démuné, le pouvoir veut nous diviser en catégories: mort au malade mental et à la psychiatrie, vive le handicap, l'autisme et l'Alzheimer. Quand j'étais jeune, le handicap avait mauvaise presse car on ne faisait pas grand chose pour les handicapés, considérés comme des infirmes définitifs dont le handicap n'était pas souvent compensable; la situation a heureusement changé dans la mesure où les progrès scientifiques et techniques permettent de compenser de nombreux handicaps. La fréquentation des commissions ad hoc montre toutefois que l'on prend davantage soin des handicaps physiques que des handicaps mentaux. Il est logique que les associations de familles et de maladies tirent vers le handicap puisqu'il y a l'allocation de handicapé et, maintenant, la maison du handicap et quelques sous. Mais qu'advient-il des crédits pour les troubles mentaux évolutifs ? Malheur aux vaincus ! Il y a cinquante ans, un haut fonctionnaire qui avait un enfant « mongolien », comme on disait encore, voulait couvrir la France d'établissements spécialisés uniquement pour le syndrome de Langdon-Down. Aujourd'hui, tout est pour l'autisme dont les statistiques seraient à vérifier. Malheur aux débiles mentaux moyens, aux débiles profonds et aux psychoses infantiles qui ne rentreraient pas dans le cadre de l'autisme malgré la bonne volonté des experts. On fait croire aux parents d'autistes à des miracles grâce à des méthodes farfelues, or les praticiens Canadiens et les Belges qui se sont exprimé récemment sur France Inter ne font nullement état de tels miracles. Notre position est difficile car les parents sont prêts à croire à un miracle pour compenser leur détresse. Nous devons pourtant expliquer inlassablement ce que nous pensons juste.

La dernière arnaque, merveilleuse pour conquérir le vote des seniors, est la cure de la maladie d'Alzheimer. Elle n'est rien d'autre que l'animation du fantasme d'éternité des humains. La maladie telle qu'Alzheimer l'a décrite qui détruit le psychisme d'une personne en quelques semaines avant ou autour de cinquante ans est un drame auquel la science peut chercher des solutions. Mais même si les lésions anatomopathologiques sont parfois semblables, l'affaiblissement intellectuel après 80 ans est un autre problème, qui a des causes très diverses et qui n'est pas susceptible de guérison ; là, il s'agit d'aménager au mieux la fin de vie. Et, si les crédits sont rares, il vaudrait mieux les consacrer prioritairement aux malades mentaux évolutifs qui ont dépassé l'âge de l'adolescence.

Mais, en dehors du problème d'un progrès moral de l'humanité dans le sens de la fraternité, nous nous sommes heurtés à la conception du « service public ». Si nous le concevons comme le service de l'État, voire comme une participation au pouvoir d'État que nous ferions peser sur nos clients volontaires ou forcés, nous trahirions ce qui fait le sens de ce travail, quelle que soit la nature de l'État. La seule justification du « service public » c'est d'être au service de l'ensemble des gens qui peuvent y avoir recours et de chacun d'entre eux, même si ce service apparaît conflictuel par rapport à l'État. C'est pourquoi il m'apparaît sage, tout en garantissant à tous l'accès aux soins, que diverses formes de médecine, publique, semi-publique et artisanale, fonctionnent pour garantir la diversité des soins à une humanité, que nous souhaitons unie et fraternelle, mais dans la diversité et non dans l'uniformité.

F. GILLES

À partir de Baudelaire, une réflexion sur l'écriture

Bonjour,

Quand le docteur Chaperot m'a demandé de donner un titre à mon intervention, nous avons eu un échange pour trancher si je voulais parler de l'écriture ou bien du style. M.-C. Bousseyrol, il y a quelques années, avait parlé ici même du style, « de jactance » comme elle disait. Je suis resté sur ma première idée : l'écriture.

Si l'on se réfère à une définition, l'écriture, c'est à la fois :

- une « représentation de la pensée par des signes graphiques conventionnels » ;
- un « ensemble de signes graphiques exprimant un énoncé » ;
- une « manière personnelle d'écrire », ce qui fait qu'on pourrait reconnaître l'écriture de quelqu'un, sa graphie si l'on veut. De là peuvent même commencer les prétentions de l'analyse graphologique. Je voulais préciser que ce n'est pas du tout de cet aspect graphologique que je vais parler aujourd'hui.

- un « style » se rapportant à tel ou tel écrivain.

La question du style est donc incluse dans une réflexion sur l'écriture mais cette dernière est, on le voit, plus vaste.

C'est bien de l'écriture dont je vais *parler*. C'est déjà un paradoxe.

Il y a en effet un paradoxe à faire une communication orale sur l'écriture, même si j'ai donné à celle-ci une forme rédigée.

Une confession tout d'abord : quand j'ai pris mon ordinateur pour y ouvrir un nouveau dossier à votre adresse, vous savez ?, quand il faut nommer le nouveau document, j'ai commis plein de lapsus calami.

Je vous les passe. Mais cela fait, je trouve, une belle introduction à mon propos : l'écriture est avant tout un acte et, en tant que tel, il a une tendance nette à l'acte manqué.

C'est là un premier enfermement par l'écriture, redoublant celui par la parole : l'écriture nous possède bien plus que nous la possédons. À ce titre, c'est l'écriture qui nous apprend plus que nous qui apprenons à écrire.

L'écriture nous enferme, nous piège : elle nous offre, à maintes occasions de dire, la possibilité de tous les achoppements.

À vrai dire, elle nous en apprend sur nous.

Je vous ai dit que j'allais faire une communication sur l'écriture, et pas sur le style. N'empêche que, si l'on m'autorise une sorte de confession (ce qui veut dire qu'il y aurait eu péché...), je peux être tenté de dire que *l'écriture, c'est dans mon style*. Autrement dit, ça m'inter-esse, comme l'étymologie l'indique, ça touche mon être. Je m'y essaie.

Je me rappelle qu'il y a 20 ans, l'Autre dénommé Alvaro E., comme aurait pu écrire Marguerite Duras, fut mon directeur de recherche pour un travail sur un écrivain : Baudelaire.

Et le souvenir se fait plus précis : mon introduction parlait elle aussi d'acte manqué et de vérité dont le Moi ne peut empêcher toujours l'aveu...

Mais j'ai assez parlé de moi, ce n'est décidément pas pour cela que je suis là. Il s'agirait plutôt d'un hommage au-dit Alvaro E.

Alvaro, nous avons préparé ce colloque dans le Collectif en lisant vos textes sur l'enfermement, je veux dire ceux qui forment votre thèse et qui comparent l'enfermement au sens de l'incarcération, de

détenus politiques (tous les éléments de cette situation clinique comptent), et au sens de claustration (dans les monastères).

Je dois vous dire que nous avons fait l'expérience de votre écriture et que je me suis rappelé à cette occasion vos cours et votre voix, votre accent, votre prosodie, en un mot : votre style (déjà, les termes sont quand même difficiles à distinguer !). Lacan aurait sans doute parlé de lalangue, en un seul mot, n'était-ce de se souvenir que le français que vous façonnez à votre manière n'est pas votre langue maternelle.

J'ai encore en mémoire la nécessaire habitude qu'il me fallait à chaque reprise des cours, en automne. C'était alors comme si la musique m'importait ou me portait, plus que les paroles. C'était encore comme si elle produisait un effet d'accession au contenu.

Il me semble que votre ouvrage écrit ressemble à ça. Après tout, la musique, ça peut aussi s'écrire, non ?

La question du style recoupe aussi celle de l'enfermement, en ceci que la parole est un véhicule entre le sujet et l'Autre. À ce titre, le sujet en question - ou plutôt en réponse pourrait-on dire - produit quelque chose avec les signifiants qui doit obtenir la sanction de l'Autre.

Y a-t-il quelque part, ou non, *franchissement* du mur entre le sujet et l'Autre, telle une évasion dont rêveraient beaucoup de prisonniers ?

C'est une question cruciale pour l'enseignant : dans quelle mesure son style permet-il de transformer quelque chose en l'autre par sa parole ? Formulée comme cela, on peut aussi dire que c'est une question qui concerne la pratique de la « *talking cure* », la pratique analytique.

Cette question n'est pas moins cruciale pour l'écrivain. Son style est la garantie de son « autorité », du fait qu'il est un auteur, mais il doit rencontrer d'une façon ou d'une autre son lecteur (on lui en espère même plusieurs).

Nous sommes, au fond, depuis tout à l'heure, en train de délimiter un champ : il est borné d'un côté par l'insertion du sujet dans le symbolique ; de l'autre, c'est de la frontière entre l'imaginaire et le symbolique qu'il s'agit, ou peut-être de leur nouage. Mais il semble qu'il faille quelque chose de plus pour délimiter ce champ...

Ces bornes nous enferment dans le langage, à la fois en tant qu'il nous détermine et en tant que nous avons à atteindre quelque chose en l'Autre. « Nous avons à... », est-ce si sûr ? L'enfermement consiste peut-être en ceci : alors que c'est la contrainte symbolique qui s'exerce sur nous, mais cela comporte un certain consentement de notre part, quand il s'agit d'atteindre l'autre, d'un autre côté s'ouvre à chacun la possibilité de refuser cette contrainte symbolique... pour rester *enfermé dans sa schizophasie* ou sa schizographie...

Arrivons-en à Baudelaire :

*Quand le ciel bas et lourd pèse comme un couvercle
Sur l'esprit gémissant en proie aux longs ennuis
Et que, de l'horizon embrassant tout le cercle,
Il nous verse un jour noir plus triste que les nuits...*

Je vous recommande, si ce n'est pas fait, de lire ces bijoux que sont *Les fleurs du mal*.

Mais sans doute, comme moi, y avez-vous été accoutumés par le lycée. Je ne suis pas sûr que ce soit la meilleure façon, du moins y gagne-t-on sans doute à les relire sans enjeu scolaire.

Baudelaire nous parle avec son style de l'enfermement, à plus d'un titre :

D'abord, il décrit le spleen, ce fameux spleen, comme un enfermement en tant que tel, comme l'extrait que nous venons d'entendre nous le souligne.

Ensuite, il emprunte en de nombreuses fois les canons les plus classiques de la poésie, l'alexandrin, le sonnet. On dirait qu'il en rajoute sur la contrainte, qu'il s'enferme dans ces figures imposées.

Il existe, sur ce poème plus particulier, qui s'appelle dans le recueil *Spleen*, une analyse savante de Roman Jakobson (reproduite dans son ouvrage *Huit questions de poétique*).

Elle montre à quel point, si l'on en croit la linguistique structurale, l'art de Baudelaire parvient à s'appuyer sur les règles syntaxiques, grammaticales, phonématiques, pour produire de la beauté, de la poésie.

Encore peut-on reprocher à Jakobson de confondre beauté et symétrie. À moins que ce reproche ne puisse être fait à Baudelaire lui-même...

En tout cas, il y a bien un effet de sens, une libération produite par ou malgré ces contraintes.

Je ne parlerai pas davantage de Baudelaire, je dis cela pour dissiper un malentendu qui aurait pu se loger dans mon titre. Je veux bien parler de l'écriture, même si c'est à partir de Baudelaire et avec Alvaro qu'a commencé cette réflexion.

L'écriture est un pari, celui de franchir l'espace (clos ?) du langage pour produire du nouveau, ce qui est le propre de la métaphore. C'est peut-être de ce côté-là que l'écriture pose la question du style.

L'écriture est aussi possible parce qu'elle vient à la place de, parce que la Chose est partie. L'écriture est la trace laissée, le sillon de la Chose. Là, il s'agit de l'écriture en tant qu'acte, mieux : de résultat.

L'écriture se situe ainsi entre réussite et reste. Elle porte la marque du réel de la perte. Mais elle tente de transformer cette perte en gain, en plus-de-jour. Elle tente de produire une valeur ajoutée, cela tout en gardant le cap de l'intelligibilité formelle dans l'agencement des signifiants.

Ce disant, je viens d'interpréter mes lapsus calami de tout à l'heure, mais vous n'y avez vu que du feu... Il faudrait pour cela que vous ayez mon texte sous les yeux. Petit conseil méthodologique, si d'aventure ce texte était *poublié*, comme aurait dit Lacan, pour retrouver les lapsus calami dont je vous rebats les oreilles : prélever dans le titre les signifiants qui approchent graphiquement de certains du paragraphe précédent.

Je m'amuse... Mais c'est pour vous faire sentir l'écart qu'il y a entre la parole oralisée et l'écrit. C'est amusement sans doute mais que voulez-vous ? On a la muse qu'on peut !

Pourquoi je me suis lancé là dedans ? Comment refaire le lien avec la clinique ?

Là, retour au sieur Alvaro E.

Vous aviez, il y a 20 ans, intitulé un cours « Écoute, lecture, écriture » pour rendre compte des trois temps logiques de l'acte clinique. Et sans développer votre cours ici, je dois dire qu'encore aujourd'hui, j'ai conservé cette habitude et, bien souvent, les particularités d'un cas m'apparaissent avec plus de netteté quand je commence à en retracer l'observation. Peut-être cela tient-il à l'inversion logique que comportait votre titre : faire de la lecture le temps précédant l'écriture, et non son successeur. Car il s'agit de *lire le patient* avant que d'en écrire le cas. Cela suppose une transcription de sa parole et ce passage à l'écrit met parfois en évidence des équivoques verbales que l'oralisation soulignait moins, par exemple. Il y a aussi, me semble-t-il, l'idée qu'on lit la clinique avec une orientation, une théorie de référence, un point de vue, donc qu'une certaine lecture alimente l'écriture qui suit. Vous-même, Alvaro, dans l'ancien temps, vous parliez de « grilles de lecture ».

Je soutiens cet intérêt, non seulement personnel mais aussi professionnel, de l'écriture clinique. J'appelle ainsi une écriture qui répond à un certain nombre de caractéristiques ; on va voir que nous allons du même coup retrouver l'actualité de notre travail, où, d'une certaine façon, on semble aussi s'intéresser à l'écriture. Mais s'agit-il de la même chose ?

Joseph Mornet, dans un texte intitulé : « De l'écriture clinique à l'écrit administratif », essaie de définir des caractères spécifiques de l'écriture clinique ; il en distingue trois :

– la *double adresse* : « l'écrit suppose une adresse à un lecteur », évidemment, mais « l'écrit renvoie en même temps à celui qui l'écrit une information sur lui-même » ;

– l'*effet d'après-coup* de la lecture : « une autre signification surgit de l'œuvre à l'insu même du texte » ;

– l'*ambiguïté du sens* : l'équivoque de la phrase ou du mot écrit.

À l'opposé, il situe l'écrit administratif dont les caractères seraient :

– « l'*anonymat sériel* auquel est réduit son auteur » : « qui aurait l'idée, ajoute-t-il, de signer de façon subjective ou personnelle un texte de protocole ou de procédure d'acte infirmier ? ».

Cet anonymat fait de l'auteur de l'écrit administratif (et la cotation de l'activité type T2A en est un exemple) un « employé aux écritures », pluriel qui le ramène du côté du comptable plus que de l'écrivain !

– l'*objectivité* de l'écrit ;

– l'*absence d'ambiguïté* : l'écrit administratif ne doit comporter qu'un sens, pas de place pour l'équivoque.

Se dessinent là les traits d'un idéal : celui d'une écriture sans reste, comme l'explique J.-A. Miller dans un de ses textes récents. Il évoque à ce moment la polémique qui a suivi l'enquête de l'Inserm sur les psychothérapies, enquête suivie comme il se doit par une volonté législatrice. « Ce n'est qu'une simulation de ce qu'on appelle « scientifique », dit-il, « L'Inserm ne dit pas seulement qu'il y a du savoir dans le réel, elle s'imagine que ce savoir est réduit au signifiant comptable. Ce point de vue, qui relève d'une sorte de positivisme, continue-t-il, comporte que le réel soit réduit à ce savoir et, par là même, s'évapore dans ce savoir. »

L'écriture que j'appelle de mes vœux répond à ceux de Joseph Mornet, dans le même texte. Reprenant des termes chers à la psychothérapie institutionnelle, rappelle-t-il, il oppose l'écriture comme force instituante et l'écrit comme poids institué. C'est une écriture clinique telle que je l'ai définie avec lui, une écriture qui laisse une place au reste, d'après J.-A. Miller.

Lacan en a proposé deux sortes, de ces écritures qui laissent une place au reste :

– le mathème : il s'agit bien d'une écriture qui tient compte du reste, qui lui ménage une place, sous l'écriture de l'objet a.

– le poème : Lacan a, vers la fin de son enseignement, regretté de n'être pas « poète assez » ; curieusement, il retrouvait là un intérêt de jeunesse, puisqu'il lui est arrivé de publier au moins un poème connu, *Hiatus irrationalis*, écrit à deux pas d'ici, à Hardelot.

Il y aurait encore à dire, à faire des liens.

Laissons cela. Et, faute d'être mathématicien, refusant d'être comptable, tentons d'être un peu plus poète !

J.-L. SAFFER

Enfermer pour soigner...

Enfermer pour soigner, soigner par l'enfermement. Isoler pour traiter, traiter par l'isolement qui peut être séquencé, d'une simple période d'observation à l'interdiction des visites, voire au retranchement total et à l'exclusion de tout contact. Contraindre une personne qui dénie ses troubles à se protéger d'elle-même. Interner pour prendre parti, pour une liberté « raisonnable » ou à « raisonner ».

La psychiatrie se nourrit encore des techniques de soin par la clôture et la séclusion, mots (ici *ts*) empruntés à Alvaro Escobar qui viennent parfois hanter la conscience des soignants.

S'enfermer dans des certitudes, dans l'habitude, pour ne plus s'interroger, pour se protéger. Le fou est l'exclu par excellence. Gênant pour le bon fonctionnement social, perturbant pour notre vision de la norme, le fou fait peur. Exilé... Enfermé... Pourtant, il appartient à l'humanité et l'interroge. Humain, si humain... Regards sur l'histoire, regards d'aujourd'hui... Comment notre époque fait-elle face au problème de la maladie mentale ? Quelles sont les finalités de la psychiatrie ? Quelles sont ses missions ? Quelle est la vision que nous avons aujourd'hui de la maladie mentale ? Quels sont ses rapports avec la société ?

Qu'est ce que j'y peux ?

Un bon discours c'est comme une mini-jupe, ça doit être assez court pour conserver l'attention mais assez long pour couvrir l'essentiel.

Ainsi, comme le dit Jean Oury, chaque monographie de patient « nous invite à penser, en toute liberté, à des développements trans-dimensionnels où l'institutionnel s'intègre, met en relief aussi bien le biologique que l'analytique ou le social ». Ces multiples facettes, loin de s'opposer, comme il peut être de bon aloi de le prétendre, gagnent à être travaillées (les unes travaillant les autres) dans une « polyphonie » telle qu'a pu le penser François Tosquelles. Ces « observations individuelles » souhaitent amener à l'évocation des paramètres concrets nécessaires à « être là » dans la nuance et l'initiative, dans la vigilance et la disponibilité, dans une qualité de présence qui jamais ne saura se réduire aux programmations, aux protocoles, aux classifications que l'actuelle technocratie envahissante impose actuellement à la pensée des équipes soignantes. La psychothérapie institutionnelle, née des critiques conjuguées des logiques asilaires et concentrationnaires et enracinée dans les dimensions aliénatoires individuelles et collectives, est levier, potentialité au sens de Winnicott, pour l'accueil d'Autrui « qui n'est jamais un 'cas' mais une opacité subtile à laquelle on doit avoir accès par une procédure transférentielle toujours menacée par les intrusions d'une organisation massive ».

Les équipes de soins ! Comme s'il s'agissait encore de souligner son importance, structure essentielle à toute pratique clinique, toujours menacée de disparition du fait de la spécialisation et de la technicisation des rôles soignants, toujours susceptible de s'homogénéiser, de se structurer en îlots de résistance, de porter l'étonnement, de risquer sa parole en posant question.

Il importe d'ailleurs d'autant plus de rester dans la question – et de ne pas se situer dans la réponse – que tout est au fond affaire de contexte, en ce sens qu'un traitement n'est, sans doute, véritablement efficace, qu'au sein d'un contexte donné.

C'est pourquoi nous ne devons pas nous laisser tenter par des modèles trop réducteurs.

À céder sur les mots, on finit toujours par céder sur les idées...

À céder sur les modèles, on finit toujours par céder sur les pratiques !

Alvaro Escobar dans son ouvrage reprend la notion de pré-conscience développée par Freud, explicitant la créativité de ces espaces. « Étant donnée la pauvreté de l'attention chez l'être humain, le matériel arrivant à la conscience ne peut y être maintenu – je me fatigue, je passe à autre chose. Toute cette matière se met en quelque sorte aux antipodes, se transforme derrière moi, comme dans une arrière-boutique qui devient matière de préconscient ; et la nuit, ou le soir, elle va s'organiser au travers de structures qui sont presque des chaînes et qui, elles, seront gardées en mémoire. Dans les moments crépusculaires, par cette petite fatigue que la conscience apporte d'elle-même, le Moi disparaît, et dans le Soi, je récupère un peu de cette mémoire délaissée [...] »

Cette idée d'arrière boutique encombrée de matériaux non travaillés donne un sens dans la connaissance du corps et de son appréhension qui sont des éléments essentiels de la conscience de soi. Les troubles de la représentation du corps sont très souvent constitutifs de troubles psychiatriques.

Alvaro Escobar dans son travail clinique avec des prisonniers, des moines, des artistes, s'intéresse aux processus de sublimation et de survie dans des situations de contrainte, « dans des lieux où le corps se donne à voir comme une œuvre en train de se faire et de se défaire ».

Dans beaucoup de psychoses, le colloque singulier ne suffit pas, et le thérapeute s'estime incapable d'affronter seul la situation thérapeutique. Ou bien le traitement ne s'engage pas, ou bien le thérapeute est débordé par la violence des décharges agies, ou par l'intensité de la souffrance du patient ou de sa famille, et souvent par le risque de suicide.

Au delà de l'étayage, l'observation du comportement, de la projection dans les situations concrètes, dans les personnes et dans les choses, peut réanimer ce qu'on peut penser du patient et avec lui. Une activité en commun, un jeu à plusieurs, ou la nécessité d'affronter une situation plus critique, ne constituent pas seulement un moment d'interaction qui va rester ponctuel : ces situations vont donner source à récit, élaboration et connaissance, relançant l'investissement du patient par autrui en même temps que son propre sentiment d'existence.

Ce qui va appeler la proposition de traitement institutionnel, c'est le débordement dans le réel du fonctionnement psychique : trouble extériorisé dans le monde social, plutôt que plainte concernant la vie psychique ; et aussi incurie, apragmatisme, attitude démissionnaire vis-à-vis de soi-même.

Le trouble de la symbolisation explique la tendance à la pensée concrète et à l'utilisation de la réalité pour communiquer avec autrui. À l'opposé, les actes des intervenants, les réalités du dispositif soignant, sont des messages éventuellement plus significatifs que les paroles.

Dans la psychose, les équipes soignantes sont amenées, à un moment ou à un autre, à en revenir au corps de la personne psychotique. Mais de quel corps s'agit-il ? Du corps physiologique, neurologique, endocrinien ? Ne sommes-nous que des « hommes neuronaux » ? Les soignants ne sont-ils que les « biologistes des passions » ? Ou bien sommes-nous encore davantage ? C'est là que la notion d'image du corps vient articuler le corps et l'appareil psychique dans un langage organisateur. Or, dans la psychose, cette question insiste, résiste, mais existe. Il est nécessaire de se la poser en la mettant en perspective avec les problématiques de l'enfermement.

Car « parler du corps, du corps et des psychotiques, des soins aux psychotiques, des techniques corporelles, du langage du corps, du corps mort, ou du corps en apparition, comment habiter son corps, des corps souffrants, de la dialectique de l'esprit et du corps, c'est aborder, dans l'échange de nos pratiques, ce qu'il en est des soins, souvent longs mais de pointe, du plateau technique que nous utilisons pour que le sujet souffrant se réapproprie son image du corps et pour permettre l'émergence d'un dire [...] La psychothérapie institutionnelle et la psychiatrie de secteur nous invitent à travailler sur cette présence au monde et mettent en scène le corps et son image ». (Pierre Delion).

Je ne peux, ici, malheureusement vous parler avec abondance de l'élan d'un certain nombre d'entre nous pour des pratiques dites sportives : tennis, marche, ping-pong, vtt, remise en forme, muscu, foot en salle. Ça se « sporte » plutôt bien sur notre secteur ; mais s'agit-il que de sport, d'une clôture dans

l'enfermement d'un désir, d'une folle envie de coller à l'image sécurisante d'un possible, d'une adaptation, d'un retour à la norme.

Impossible d'échapper à l'étouffante omniprésence du sport, à son monotone ressassement partout et toujours. Partout: l'espace humain est saturé par le sport. Toujours: le sport ne fait jamais relâche. À toute heure du jour et de la nuit, que ce soit sur les chaînes de télévision, sur les ondes des radios, dans les cafés, vous entendez parler de sport. Le sport est devenu notre environnement. Les loisirs sportifs et ludiques volent à l'homme le temps d'être un homme parce qu'ils expulsent de l'existence le sérieux de la vie. C'est ainsi, dans cette disposition d'esprit, que l'homme contemporain traverse la nature en rêvant à ses week-ends de jogging, de randonnée pédestre, ou de parcours vélocipédique. La déshumanisation ludique générée par la « société des loisirs » fait système avec l'arraisonnement sportif de la nature et du corps. Déshumanisation: les autres rapports possibles de l'homme à la nature – rapport poétique, rapport religieux, rapport mystique, rapport paysan – disparaissent de la conscience de l'homme ordinaire au profit du rapport sportif.

Le sport persuade intimement les individus que l'opérationnalité, c'est-à-dire calculer et réussir dans un cadre routinier, est le fonctionnement normal de l'intelligence. D'autre part, il concourt à substituer le mimétisme – imiter Chabal, Virenque ou Beckham – à l'adaptation. Mimétisme, comme type d'identification des individus à un modèle dans une société malade, et adaptation, en tant que processus d'intériorisation des normes morales et sociales dans les sociétés équilibrées. Et le sport favorise le mimétisme, c'est-à-dire l'intériorisation de figures usinées par le complexe médiatico-publicitaire auxquelles on s'identifie. Les individus sont ainsi enfermés dans une structure qui paralyse aussi bien leur imagination que leur intelligence. De ce processus sort une forme nouvelle d'humanité, planétairement homogène. Partout dans le monde, sportifs et supporteurs semblent polyclonés les uns sur les autres. Ces hommes seront dotés du mental du gagnant, remplacement de l'âme. Ils auront rempli leur esprit de l'imaginaire publicitaire qui accompagne le sport, avec les marques et leur fétichisme. Ce qui est enseigné dans le sport est à la fois la soumission à un certain ordre social et l'impossibilité d'en sortir, l'enfermement.

Nous n'arpentons pas ces espaces, notre terrain est celui du jeu et de la psychomotricité. Le jeu est une pratique traditionnelle de toutes les sociétés, à double volet : intégrer les plus jeunes et permettre aux plus anciens, activité sans but utilitaire, sauf peut-être à se préparer à la guerre.

La psychomotricité est l'apprentissage du corps, de ce que peut le corps, de ses limites. La civilisation urbaine de consommation et de communication a effacé le corps, elle l'a transformé en une image. La psychiatrie le plus souvent le nie, le psychanalyste l'allonge. Une psychomotricité enseignant les gestes de l'activité corporelle et non de la guerre contre le corps, dont l'origine remonte à Platon et dont le christianisme est un maillon intermédiaire. La société a tellement oublié le corps qu'elle l'a transformé en image que l'on placarde et que l'on exhibe.

La clinique en psychiatrie nous ramène bien souvent à la dimension du temps : chronicisation, temps nié, ennui, durée, répétition, manque de continuité, sont autant de mots qui nous viennent très souvent. Face à ce constat, la psychomotricité comme une *clinique du passage*, en passant de l'agi au représenté au travers de l'espace de « jeu » présent qui peut se créer. Elle met notre perception et conception du temps à l'épreuve. Du corps à la pensée, de l'histoire individuelle à l'histoire familiale et sociale, l'œuvre du temps marque de son sceau l'empreinte de notre passage. Dans l'épreuve de la rencontre où l'agir se situe dans l'ici et maintenant, comment la psychomotricité peut-elle offrir au sujet sa part de devenir ?

La psychomotricité va permettre un dialogue corporel, qui va se moduler dans la distance, en fonction des ressentis du thérapeute, et de l'évolution du sujet, et dans une relation transférentielle. Le psychomotricien reçoit le corps, les gestes, les besoins toniques de l'autre. Il y est préparé pour y répondre par ses propres gestes, ses propres tensions, à y impliquer son corps.

Le lieu originnaire du savoir étant l'existence, non l'entendement, les notions de causalité, force, unité, identité, liberté etc., prennent leurs racines dans la subjectivité. Structures de la vie et non règles

de la perception comme chez Kant, elles sont immanentes. Le Moi n'est pas constitué, c'est lui qui constitue, il donne aux choses leur pouvoir. Sans la subjectivité, il n'y aurait ni monde ni expérience. Le monde est le même parce que je suis le même. C'est dans l'effort, l'action, le mouvement que le Moi se reproduit ou s'aperçoit constamment comme unité. À la différence du *cogito* cartésien qui est un Je pense, l'ego est un Je peux. L'ego est pouvoir de production. Il est l'ensemble des pouvoirs que nous avons sur le monde. Le mouvement n'est pas un instrument, un intermédiaire entre l'ego et le monde. Le corps, être même de l'ego, agit directement sur le monde.

Le mouvement est une intentionnalité qui ne cherche pas à atteindre un objet extérieur, une représentation. Tout se passe à l'intérieur de la subjectivité. L'être du monde, terme transcendant du mouvement, demeure le monde du corps. C'est par le développement interne de l'expérience que l'espace est constitué: dans le déroulement du mouvement, le corrélat transcendant qui résiste acquiert son extension, produit de mon expérience et non sa condition. Cet élément résistant est la limite de l'effort, le point d'appui de son accomplissement. L'être subjectif du mouvement porte en lui la certitude que nous avons de la réalité du monde. L'unité du corps est un pouvoir qui est savoir immédiat de soi, les objets n'étant pas des objets contemplés du dehors mais des objets pris dans notre mouvement. La connaissance corporelle n'a rien d'une connaissance ponctuelle. Possibilité générale et indéfinie de savoir, elle fonde toutes nos connaissances et en particulier nos connaissances intellectuelles et théoriques. La réalisation concrète de cette possibilité ontologique. Ce savoir permanent du corps est d'une certaine façon mémoire. La connaissance porte en soi une reconnaissance, un savoir du monde en l'absence de celui-ci, mais ce n'est pas parce que ce savoir est arraché au temps qu'il y a une unité de notre être originaire. Le corps enferme dans son présent ontologique toutes les connaissances possibles. Si liberté il y a, c'est peut-être là qu'elle réside.

Bibliographie

- Molina A.E., *L'Enfermement : Espace temps clôture*. Paris : Klincksieck ; 1989.
Delion P. (ed), *Corps, psychose et institution*. Paris : Erès ; 2007.
Oury J. (ed), *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Nîmes : Les éditions du Champs social ; 2003.
André P., Benavidès T., Giromini F., *Corps et psychiatrie*. Paris : Editions Heures de France ; 2004.

P. GALL, M. KOCH, L. RZEZUCHA, M.-G. PINGUET, S. MARQUANT

Comment soigner et enfermer ?

VOUS AVEZ DIT ISOLEMENT THÉRAPEUTIQUE OU ENFERMEMENT THÉRAPEUTIQUE ?

Le but de cet exposé n'est pas de remettre en cause un outil ou une procédure qui nous semble nécessaire et efficace dans la prise en charge des patients auto ou hétéro-agressifs.

Mais, à notre avis, on ne peut pas faire l'impasse d'une réflexion sur notre pratique, et surtout sur notre vécu personnel lors de cet acte soignant qui n'en demeure pas moins violent, que ce soit pour la personne qui présente des troubles ou l'infirmier qui dans le cadre de sa relation d'aide, va devoir enfermer (isoler) une personne contre sa volonté.

Le ton sera parfois peut-être un peu provocateur, mais il n'aura qu'un seul but, celui d'interpeller.

Quand nous avons commencé à réfléchir sur la manière d'aborder le sujet de l'enfermement, nous avons initialement travaillé sur l'instant de la mise en chambre d'isolement, espace temps de soins et de perte de libertés, qui est rapidement apparu comme une action nous questionnant.

Afin d'éclaircir notre interrogation, nous avons distribué un questionnaire à réponses ouvertes sur différents thèmes ayant en commun notre pratique sur l'enfermement.

Vous avez dit Isolement ? Enfermement ? Deux mots qui, à première vue, pour les soignants, n'ont pas du tout la même connotation.

Et pourtant...

L'isolement, en reprenant les expressions utilisées, est décrit comme une nécessité « thérapeutique » dans un moment de crise, comme une aide, un accompagnement pouvant apporter un bien être psychologique s'inscrivant dans un projet de soins.

Apparaissent également les notions de privation de liberté, de mise en retrait.

L'enfermement est un terme qui a une connotation péjorative renvoyant au service fermé, la rigidité d'un système, au milieu carcéral, à la notion de punition.

C'est un terme violent, négatif qui ne doit pas être employé en psychiatrie.

Il est choquant, il renvoie à la notion de punition.

Malgré cela, la personne qui va « bénéficier » de ce soin, ne nous fait-elle pas part de son refus, de son opposition à être enfermée ?

« Vous allez m'enfermer » « je ne veux pas être enfermé » « on n'est pas dans une prison ».

Quelles angoisses devant cette privation de liberté incomprise. Le lien entre soin et isolement ne se crée pas naturellement. Cette pièce, où la personne est isolée, est impersonnelle : un lit fixé au sol, une porte sécurisée et ces deux tours de clefs qui accompagnent le départ des soignants. Non, les soignants n'enferment pas, ils isolent.

« Mais non, on ne vous enferme pas, on vous isole pour votre bien ». Propos sous forme caricaturale bien sûr...mais comment notre discours rassurant en période de crise est-il perçu, quand la relation à l'autre est perturbée du fait de la pathologie ?

En psychiatrie, caricature encore, mais nous en rendons-nous compte, l'outil indispensable semble être le trousseau de clefs... et un aimant qui est utilisé pour les contentions.

L'enfermement du patient (pardon, l'isolement thérapeutique), comment le vivons nous ?

Au final, la personne est-elle isolée ou enfermée ?

Si l'on pousse à l'extrême l'isolement au point de couper nos sens de tous stimuli extérieurs, quel en serait l'aboutissement ?

Pour quelle raison ce terme nous paraît-il plus supportable dans notre pratique soignante ?

Bien sûr cette expression a été incluse dans notre formation. On nous a toujours parlé de l'isolement thérapeutique, pas de l'enfermement.

Que rejetons-nous de notre héritage, cette image de « gardien de fous » travaillant dans les asiles ?... Image qui a perduré jusqu'aux années cinquante pour faire place au premier diplôme national d'infirmier des hôpitaux psychiatriques.

Quel impact a sur nous la représentation sociale de la prise en charge de la maladie mentale ?

Si nous reprenons la définition du mot « valeur » tel qu'il est décrit dans le Larousse, alors nous pouvons voir qu'il s'agit de : « ce qui est posé comme vrai, beau, bien selon les critères personnels ou sociaux, et qui sert de référence, de principe moral ».

Au cours de notre formation infirmière, les cours nous ont montré que l'isolement est réalisé dans un but thérapeutique, et, se faisant, dans des règles précises.

La Haute Autorité de Santé décrit ces règles de mise en chambre d'isolement en insistant sur le respect du patient.

On peut donc dire que la Haute Autorité de Santé et notre formation servent de référence. Ce qui implique que, théoriquement, nous avons les connaissances nécessaires pour isoler les personnes dans le cadre de leur prise en charge.

Nous avons ainsi intégré une certaine culture de l'isolement.

Nos actes vont découler d'un savoir théorique acquis.

Malgré cela, d'un point de vue moral, certains soignants n'acceptent pas cet isolement.

Des questions se posent.

N'y a-t-il pas une autre solution ?

Ne peut-on pas faire autrement ?

En effet, différentes techniques, telles que l'entretien ou les activités, permettraient peut-être d'apaiser l'angoisse et, par conséquent, d'éviter d'isoler.

Toutefois, cette hypothèse ne peut s'appliquer à toutes les situations.

Les valeurs professionnelles que l'on a pu acquérir tout au long de notre parcours, doivent être en adéquation avec nos valeurs personnelles, qui sont issues de notre propre cadre de référence.

L'ensemble de ces valeurs tendent vers un idéal du soin.

Mais, que faisons-nous de cet idéal quand on doit isoler une personne contre sa volonté alors que, de fait, concrètement, l'on n'y est pas préparé ?

Bien sûr, chacun a été informé, préparé.

En théorie, nous sommes conscients que cela fait partie de la prise en charge qui répond à une situation clinique donnée....

Seulement, il y a un aspect, un facteur libre, une toute petite chose qui vient perturber notre prise en charge.

Ce n'est presque rien, un tout petit peu d'émotion.

Émotion ?

Il est difficile de concevoir l'isolement, sans que cela renvoie aux affects.

Si l'on utilise le terme d'isolement thérapeutique, en lieu et place d'enfermement thérapeutique, peut-être pouvons-nous alors mieux gérer nos affects.

Chaque situation est différente en fonction du contexte, de la clinique, du soignant.

Néanmoins, selon les situations, il sera d'autant plus difficile pour le soignant d'isoler, alors que la prescription médicale n'aura pas fait sens pour lui.

Une forme de culpabilité apparaît alors, un mal être qui va venir perturber un savoir faire, une pratique, une relation d'aide essentielle, et induire une attitude différente.

Du supportable à l'insupportable, à quelle gradation ce soin va-t-il se placer ?

Dans notre profession, l'empathie est un des aspects incontournable du soin, cette forme d'identification qui renvoie à la souffrance de l'autre, à la projection de ce que va vivre l'autre.

Empathie, indispensable bien sûr, mais attention de ne pas s'y brûler.

Nous pouvons nous demander ce que le fait d'isoler nous renvoie de nos propres fantasmes, de nos propres peurs ?

Réflexion soignante, bien sûr. Mais qu'en est-t-il des patients, du regard qu'ils portent sur la chambre d'isolement, de leurs peurs, leurs craintes, leurs représentations, leurs interrogations, de ce qu'ils imaginent, de ce qu'ils ont vécu ?

« Vol au dessus d'un nid de coucou », « chambres capitonnées », « punitions », « plaisir à enfermer », termes que les personnes évoquent en groupe de paroles.

Sont-ils si éloignés de notre finalité, du but recherché ?

À quelle place le patient va-t-il nous mettre dans l'équipe au moment, pendant et après l'isolement ?

N'oublions pas que s'il y a isolement, il y a hospitalisation sous contrainte, et de ce fait déjà privation de liberté, enfermement dans un service, dans une institution, une prise en charge qui relève du soin en psychiatrie.

Une question se pose.

Quelles limites la liberté peut-elle avoir dans la pathologie mentale ?

L'aliénation n'est-elle pas en soi déjà, une forme d'isolement, d'enfermement, avec toutes les perturbations qui vont venir parasiter la relation à soi même, la relation à l'autre ?

Par exemple, que va faire de sa liberté une personne en phase maniaque ? Jusqu'où va-t-elle aller dans la perte de sommeil, l'épuisement, si, à un moment donné, il n'y a pas de contraintes qui vont venir s'opposer, lui permettre, au final, de se poser ?

Autre aspect de notre petite enquête.

Avec l'expérience, l'isolement pose moins de problèmes...

Questionne-t-il moins ?... Il semble rester tout aussi problématique...

À chaque mise en isolement, une question se pose toujours.

Pourquoi ?

Sommes nous passés à côté de quelque chose ?

Tout au long de sa carrière, un soignant va être confronté à l'isolement. L'expérience va lui permettre...

Une connaissance plus approfondie

D'être plus à l'aise

D'avoir de l'assurance

Une meilleure maîtrise de l'acte

De posséder plus de recul sur les situations

Un autre regard sur les prises en charge (PEC).

Nous pouvons aller jusqu'à dire qu'il y a une expérience de l'acte, du geste.

Cependant, l'expérience ne maîtrise pas les affects. L'isolement ne laisse pas indifférent. Il y a toujours un ressenti par rapport à une situation donnée. Cela sera vécu plus ou moins difficilement selon les soignants.

Il ne faut pas omettre que l'isolement n'est pas une finalité en soi. Celui-ci, avec de la maturité professionnelle, est vécu autrement, avec une appréhension différente.

Toutefois, pour l'ensemble des soignants au début ou en fin de carrière, une question se pose toujours.

Quel est le but thérapeutique recherché ?

La personne que l'on doit isoler, n'est pas et ne doit pas être déshumanisée derrière ce soin.

Cela reste dans le cadre d'une relation d'aide, d'une souffrance psychique importante.

Cette phase aiguë va nécessiter cette prise en charge et mobiliser toutes les compétences cliniques et relationnelles des soignants. Elle reste et doit avoir la valeur d'une réponse thérapeutique adaptée.

Si tous les acteurs de soins sont en accord sur ce principe, il n'en résulte pas moins, selon les questionnaires, que chacun a une approche individuelle de l'isolement.

La relation d'aide sera différente selon les soignants.

Outil nécessaire et efficace, l'isolement va permettre d'avoir un aspect protecteur, de diminuer les stimuli du patient et lui permettre de retrouver le contrôle de lui-même.

Mais pour cela, il est indispensable de posséder un protocole se référant au référentiel de la Haute Autorité de Santé avec l'obligation de protéger la dignité de la personne.

Isoler c'est canaliser, surveiller par une évaluation continue l'état clinique de la personne, protéger (lié à la notion de maîtrise) en prenant en compte la sécurité du patient et du personnel, la situation clinique.

Le savoir infirmier dans l'approche des patients violents et/ou agités est indispensable. Il va permettre, entre autres, la négociation ou le maintien d'une distance de sécurité, permettre la reprise et l'explication du pourquoi, les modalités de l'isolement, le respect du protocole.

Il est évident que, pour une meilleure compréhension du soin thérapeutique, il est indispensable de posséder un cadre de réflexion sur l'isolement pour le « décoller » d'une image coercitive rattachée à une notion de punition.

Avec l'expérience professionnelle, il est plus facile de mettre en place un isolement dans les meilleures conditions possibles.

Même si le questionnement et les émotions sont toujours présents, l'approche clinique s'est étoffée.

Néanmoins, être interpellé, se remettre en cause, sont nécessaires pour donner du sens à notre prise en charge mais aussi éviter des dérives toujours possibles, personne n'étant à l'abri de ses émotions.

Se questionner, rester vigilant, sont une garantie de notre savoir faire infirmier.

Tel un iceberg, cette approche n'est qu'une facette visible de l'isolement, mais qu'en est-il des autres facettes ?

M. BLAJIN

L'Enfermement

LE CAS D'UN PATIENT AU BRACELET ÉLECTRONIQUE

Pour parler de l'enfermement, j'ai choisi, de partir d'un cas clinique.

Mes réflexions, si l'enfermement est un outil de soins, ou s'il est inévitable en psychiatrie, ou même si l'aphorisme « *contraria contrariis curantur* » peut être l'équivalent de *soigner les enfermés (dans sa maladie) par l'enfermement*, m'ont ramené au cas de Philippe, un de mes patients.

Il s'agit d'un sujet de 42 ans qui a été hospitalisé en psychiatrie pour la première fois à l'âge de 39 ans, présentant une symptomatologie dépressive avec idéations suicidaires suite à un rejet de la part de sa concubine. Il avait fait, peu de temps avant, un passage à l'acte suicidaire par une intoxication médicamenteuse associée à alcool. « Ma copine m'a mis dehors » exprimait-il lors de son admission. Il s'est même clochardisé par la suite et est resté dans la rue pendant six mois. « J'ai beaucoup de fierté, j'ai pas voulu demander à mon oncle de m'héberger ».

Il est d'une famille de six enfants, le troisième, dont le premier garçon, disait-il lors de ce même entretien.

Philippe décrit son père comme quelqu'un de violent et dur pendant toute son enfance et qui s'alcoolisait souvent.

Vers l'âge de 10-12 ans, il dit qu'il se mettait souvent « entre » ses parents afin de protéger sa mère contre la violence de son père.

À 18 ans il a fait l'armée dans le camp disciplinaire. Par la suite il a été footballeur professionnel, et il l'est resté pendant quatre ans. « J'aurais pu aller loin, si je n'avais pas été poussé à bout par mes compagnes » me disait-il.

Philippe avait déjà passé à trois reprises en prison pour des durées d'un an suite à « des bagarres ». Ainsi l'impulsivité et l'agressivité sont caractéristiques de son comportement.

À son dernier rendez-vous, Philippe me disait : « Il y avait des moments quand j'avais envie de tuer quelqu'un, je frappais contre le mur, ou même j'ai cassé une table d'un coup de poignet ».

En 2003, après un match de foot, il a agressé violemment un supporter de l'équipe adverse. « Il me poursuivait à tous les matchs et m'insultait », me disait-il. Après ce passage à l'acte, Philippe a fait encore de la prison ferme pendant quatre mois, et deux mois de bracelet électronique.

« La prison m'a fait changer, elle m'a fait du mal. J'ai perdu quatre ans de ma vie, et mes parents m'ont rejeté après » s'exprimait-il.

Dans le sens d'atteinte à la liberté, enfermer quelqu'un c'est de le tuer en quelque sorte, l'immobiliser dans les relations sociales, le mettre dans une position intermédiaire entre la vie et la mort, le transformer d'un vivant en un existant.

Au sens psychiatrique, « l'enfermement situe le sujet dans une place éminemment sociale », alors que « l'incurie le met dans une situation d'exclusion sociale ». Dans cette situation on peut parler d'une signification opposée du même phénomène. C'est, comme disait Jean Oury : « ce qui compte ce n'est pas tellement ce qu'on dit, mais la façon de le dire ».

Dans un contexte global, l'enfermement peut être vu comme une délimitation par une frontière, une barrière, une membrane (physique ou imaginaire) dans l'espace réel ou virtuel, où dans la temporalité, apparaissent la transformation, la naissance, la mort.

Une bulle de savon, c'est un espace de gaz enfermé dans une membrane. Elle existe quelques instants comme telle et par la suite prend une autre forme.

Une entité biologique est existante grâce à une délimitation de son environnement et à l'interaction avec celui-ci. L'isolement total, l'aporie, comme l'hémorragie (l'autre extrémité de la fermeture) provoque le dysfonctionnement et, par la suite, s'il n'y a pas une intervention, c'est la mort.

Le terme « d'hémorragie » narcissique est utilisé pour décrire « les avatars de l'investissement libidinal des psychotiques, ils peuvent se vider de leur substance et se dissoudre du fait même d'entrer sur la voie du désir ».

Un système est en même temps fermé et ouvert, car il est en mouvement et en changement.

L'enfermement, serait-il le résultat d'un déséquilibre ou d'un dysfonctionnement dans le rapport entre « l'ouverture » et la « fermeture » dans l'interaction avec l'environnement, entre dehors et dedans ? C'est là où l'interaction s'approche de la fermeture absolue, d'un isolement total, de l'aporie, c'est la mort. La mort dans les interactions sociales des malades autistes profonds par exemple.

L'histoire de Philippe, je l'ai commencée par un abandon, une exclusion, un enfermement « dehors ».

La crainte de la perte d'objet caractérise sa réaction dépressive. C'est le problème de limite du Moi avec l'objet, le Moi étant confronté à des angoisses de séparation.

L'hypothèse du rôle de la « psyché maternelle » pendant l'étape du développement fœtal et surtout pendant la période post-natale, étant à l'origine de ses troubles, se pose ici.

Un « enfermement » prend du sens dans le temps. Et dans certains cas il y a une distorsion de la notion du temps. Pour des prisonniers dans des camps de concentration, par exemple, un bref intervalle de temps paraît interminable.

La question de la temporalité psychique est centrale, liée à la viscosité de la libido, comme disait Freud.

Lors de sa première hospitalisation, Philippe s'est présenté fragile émotionnellement, pleurait facilement, d'une immaturité affective évidente. Il se décrivait comme quelqu'un d'impulsif et fier, qui se culpabilisait et regrettait ses actes.

C'est en liant l'agressivité à l'identification narcissique que l'identification œdipienne devient, selon Lacan, « celle par ou le sujet transcende l'agressivité constitutive de la première identification subjective ».

Après une semaine d'hospitalisation Philippe a demandé sa sortie pour retourner à la maison car son fils d'un an n'aurait presque plus mangé depuis qu'il était parti. « C'était moi qui s'est occupé de lui quand j'étais à la maison », disait-il.

Le sujet revient peu de temps après, suite à une phlébotomie. Il se présentait ambivalent, surtout concernant la relation avec sa copine : il basculait entre attachement et rejet, fait qui le rendait encore plus vulnérable. Il avait du mal à prendre une décision et, au point culminant de son désespoir, passait à l'acte. Un cadre thérapeutique a été établi. Surtout concernant les visites de sa copine qui le contrariait énormément.

Lors de cette deuxième hospitalisation, il avait commencé à se souvenir de ses rêves : « J'ai rêvé que j'avais une maison, une femme et que tout allait bien ». Pendant son premier séjour dans le service, il parlait de ses cauchemars et disait ne pas se souvenir de leur contenu.

Ainsi, le patient a fait plusieurs entrées et sorties au sein du service dans des circonstances similaires, jusqu'au moment où il a arrêté de retourner chez sa concubine.

Pour une hospitalisation libre dans le service de psychiatrie, le patient la demande lui-même, ou accepte l'offre de l'hospitalisation faite par le soignant. L'hospitalisation devient alors un refuge dans un endroit maternisant et sécurisé et apaise les angoisses, canalise les pulsions destructrices et permet l'accès aux soins.

Dernièrement, Philippe a trouvé un logement, il travaille depuis plus d'un an, et... a passé en même temps une peine : pendant quatre mois a eu de nouveau le bracelet électronique. « Un mec m'a provoqué, je lui ai cassé la figure et je suis passé en justice ». « Il se droguait avant, maintenant il travail avec moi ». « Je l'ai fait rentrer au travail et on est des amis ».

« Cette fois-ci, le bracelet m'a fait beaucoup réfléchir. Le soir je tournais en rond dans ma petite chambre comme dans une cellule. »

« Mon patron est content de moi », s'exprime-t-il avec satisfaction à plusieurs reprises.

Il dit s'occuper également d'entraînement de jeunes footballeurs et cela lui apporte de la satisfaction.

Lors de son dernier rendez-vous Philippe me disait avoir une copine et même plusieurs.

« Ma copine m'aide aussi à rester calme ».

Selon Laplanche : « Les pulsions sexuelles de vie fonctionnent selon le principe de l'énergie liée... leur but est la construction d'unités de liens, elles sont conformes au Moi », et « les pulsions sexuelles de mort fonctionnent selon le principe de l'énergie libre, leur but c'est la décharge pulsionnelle totale au prix de l'anéantissement de l'objet ; elles sont hostiles au Moi qu'elle tente à déstabiliser ».

À travers l'histoire de Philippe, on remarque également une problématique axée sur la symbolique paternelle.

Après avoir subi un enfermement bien réel pendant quatre ans, fait qui rappelle la fonction « paternelle » de la contention, le bracelet électronique ressemble à une symbolisation « plus élaborée » de la posture « paternelle », à un enfermement symbolique, où, la responsabilité du sujet est recherchée, et le choix lui est offert.

Ayant son bracelet, c'est comme une prothèse, une trace sur son corps, même plus, une trace qui a l'œil et l'oreille. Au moment où il m'a avoué avoir le bracelet il l'a fait avec une voix à peine audible : « J'ai le bracelet ». C'était comme s'il me divulguait un secret. Il l'a exprimé même avec une certaine pudeur.

« ...se passer du père... à condition de s'en servir » disait Lacan.

Dans le cas de notre patient, la présence du bracelet, symbolique de l'autorité paternelle, a complété la prise en charge institutionnelle, et a contribué à un réinvestissement narcissique, à une reprise de confiance en soi.

Le cadre thérapeutique, en tant que « contenant pulsionnel et surface de projection des fantasmes inconscients », l'a aussi étayé dans ce sens.

Mais une question se pose ici : que faire sans l'appui du bracelet ?

C'est depuis plusieurs mois que le patient ne l'a plus.

À la question comment il réussit à contrôler ses impulsions, Philippe répond : « Mon oncle me dit de tenir les mains dans les poches ».

« Actuellement j'écoute les autres qui me conseillent. Là, je fréquente des personnes plus âgées ».

Philippe n'a pas intériorisé la symbolique paternelle, et il a besoin d'une instance régulatrice de ses pulsions, qui vient de l'extérieur.

Il reçoit également un traitement psychotrope.

Philippe vient de perdre sa mère il y a deux mois environ et n'est pas allé à l'enterrement. « Mon

frère m'a dit de ne pas y aller car j'aurais pu agresser un beau-frère ». « J'ai même pas pleuré, comme mon frère ».

La problématique de l'abandon sort en surface. Sa difficulté de faire le deuil, aussi.

Selon André Green, la pulsion de mort n'attaque pas seulement la relation à l'objet, mais aussi les substituts de celui-ci, comme le Moi et l'investissement. Cette fonction désobjectalisante s'oppose au travail de deuil.

Philippe n'a pas vu sa fille âgée de 12 ans depuis sept ans. « Je ne peux pas la voir ». Ainsi que son fils, envers lequel il était si attaché au début, et qu'il n'a pas vu depuis six mois, malgré ses droits de garde alternée.

À la question si on peut se passer d'un enfermement en psychiatrie, l'expérience de la psychiatrie communautaire qui propose des soins en milieu ouvert, ou celle de nos collègues de Besançon de créer un lieu de vie pour personnes en détresse psychique basé sur des nombreuses activités, la responsabilité personnelle et l'absence des frontières entre différents troubles, sont éloquentes aussi dans ce sens.

Toutefois, des mesures dites « d'enfermement » resteront nécessaires à condition qu'elles soient appliquées par des équipes soignantes compétentes et dans le respect de la législation.

Avec le progrès dans l'informatique, des nouveaux moyens de communication et de surveillance électronique se développent. Ils peuvent priver l'individu de certaines de ses libertés et l'enfermer dans une sorte de dépendance de la société de consommation, qui à l'extrême peut aller jusqu'à une « aliénation sociale ». « La plus grande décadence c'est de vouloir chosifier », disait aussi Jean Oury.

(Préserver les soins en psychiatrie de cette tendance, de ne pas laisser transformer l'accessibilité aux soins en consommation de la psychiatrie, comme dans le syndrome de la porte tournante, me semble très important).

Dans le cas de Philippe, la justice a utilisé un moyen sophistiqué de surveillance. Cela pourrait permettre d'éviter, dans certains cas, de priver des personnes de leur liberté, fait qui favoriserait un accès aux soins dans des meilleures conditions, où la responsabilité du sujet serait recherchée.

Aujourd'hui de plus en plus des « fous » se retrouvent en prison. Il a été constaté que 6 à 15 % des prévenus et 10 à 15 % des condamnés présentent des affections psychiatriques sévères, aiguës ou chroniques. La morbidité psychiatrique touche entre 25 à 60 % de la population pénale en fonction des études.

Les accusés jugés irresponsables sont passés de 17 % en 1980 à 0,17 en 2004.

Il a été constaté que l'enfermement, en tant que contrainte, sans soins, aggrave l'état de la personne.

Une hospitalisation peut être perçue comme un enfermement par le sujet, surtout s'il ne l'accepte pas. C'est le cas des hospitalisations sous contrainte. Dès lors que le patient « s'ouvre », sort de son enfermement, accepte les soins et le risque de se mettre en danger ou de violence envers les autres devient minime, la sortie est possible. Le levée de la contrainte de soins et des sorties d'essai démarque un changement qualitatif dans l'évolution de son état.

*6ème Journée du Collectif Psy Abbeillois
jeudi 7 juin 2007
sous la présidence de Jean Oury*

Qu'est ce qu'on fout là !

Jean Oury énonce « Qu'est-ce que je fous là », plusieurs fois dans son œuvre, pour exprimer, outre le sentiment d'absurdité qui peut tous nous envahir lorsque nous travaillons avec des personnes psychosées, la nécessaire « lecture » de ce qui se joue dans le soin, principalement institutionnel. La psychothérapie institutionnelle propose cette démarche de retour sur soi, retour sur institution, analyse (« schizoanalyse ») afin d'élaborer le cadre (psychique) d'un accueil de l'autre qui permette d'entendre comme de répondre et de lutter contre les phénomènes iatrogènes « pathoplastiques » tels le gâtisme ou l'agitation. Jean Oury nous fait l'immense plaisir de venir partager avec nous son expérience et ses élaborations, qui auront leurs résonances pour tous ceux qui sont engagés dans une pratique soignante ou éducative en institution mais aussi en cabinet privé.

R. DELACOURT, E. POUILLAUDE : Qu'est ce que ce « on » fout là ?

J. COUTURE : Variations autour du qu'est-ce qu'on fout là (*texte indisponible*)

J. OURY : Conférence (*texte indisponible*)

P. GALL, M. KOCH, L. RZEZUCHA : « Mais qu'est-ce qu'on fout là ? » Dissonances

F. GILLES : Qu'est-ce qu'on fout là : actualité du petit discours aux psychiatres de J. Lacan

J. DELAHOUSSE : Qu'est-ce qu'on a foutu ? (*texte indisponible*)

C. JACQUELIN : D'une ambiance à l'autre

D. MARTIN : Que fous-je là ? (*texte indisponible*)

ÉQUIPE HÔPITAL DE JOUR D'ABBEVILLE : Ils n'fontent point grand chose



R. DELACOURT, E. POUILLAUDE

Qu'est-ce que ce « on » fout là ?

En guise d'introduction, ce dialogue entre Oscar, le jeune héros du *Tambour* de Günter Grass, et Mr Breba, nain et chef d'une troupe de saltimbanques dans l'Allemagne nazie :

« Savez-vous, monsieur Breba, je suis plutôt parmi les spectateurs, je laisse mon art insignifiant fleurir en cachette à l'écart des ovations ; je suis pourtant le dernier à ne pas applaudir à vos exhibitions ». À quoi monsieur Breba répond : « Cher Oscar, croyez-en un collègue expérimenté. Nous autres n'avons jamais place parmi les spectateurs. Nous autres devons monter sur la scène, descendre dans l'arène. Nous autres devons jouer un rôle et déterminer l'action, sinon nous autres sommes manœuvrés par ces gens-là. Et ces gens-là, trop volontiers, nous gâchent notre jeu ».

Bien sûr, vous n'êtes pas, loin s'en faut, le public de Mr Breba et de sa troupe. Ces gens-là, dont il est question, nous les identifions plutôt à cette caste nouvelle, et ancienne aussi, d'experts, accréditeurs, qualificateurs, inspecteurs et surveillants de nos écarts à la « Qualité Totale » de nos pratiques de soin.

Mais il sera question, ici, pour moi, de transmission et d'invention dans la psychothérapie institutionnelle. Je laisserai délibérément de côté les menaces qui pèsent *de l'extérieur* sur la pratique de la psychothérapie institutionnelle, et qu'on a raison bien sûr de démasquer et dénoncer.

D'où parlons-nous, tout d'abord ?

De deux lieux, ou plutôt d'un double lieu.

Nous exerçons tous deux depuis quelques années comme psychologues cliniciens dans une association de santé mentale nommée La Nouvelle Forge, qui regroupe l'ensemble d'un secteur psychiatrique infanto-juvénile, celui du sud de l'Oise. La Nouvelle Forge comporte quatre centres de consultation et de cure ambulatoire, auxquels s'adossent deux CATTP (Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel), deux établissements d'accueil à la journée, un hôpital de nuit, un service d'accueil familial thérapeutique et spécialisé, un Institut régional de psychothérapie et de rééducation, qui accueille des adolescents et de jeunes adultes, et que François Tosquelles avait dirigé quelque temps ; et enfin un siège administratif. Créée en 1953, cette association s'est inscrite depuis longtemps dans le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, sous l'impulsion de Tosquelles, d'Affelio Torrubia, de Jean Ayme, de Claude Poncin, puis de Michel Priqueler, Benoit van der Elst, Jean-Claude Lemaire, pour ne citer que des directeurs d'établissement, et de façon non exhaustive encore.

Cette inscription ou cette référence s'est traduite dans un processus d'institutionnalisation progressive de la pratique, sur la base de la distinction classique mais finalement peu comprise entre l'établissement, « la boutique », comme disait Tosquelles, et l'institution. Processus visant à déjouer les effets aliénants ordinaires de tout établissement producteur de pratico-inerte. Quelques exemples :

– la détotalisation de la cure, ou cure éclatée, cure partiellisée, type de prise en charge favorisant l'accueil d'un enfant sur plusieurs lieux : CMPP (Centres Médico-Psycho-Pédagogiques), Hôpital de jour, famille d'accueil, par ex.) de sorte que le destin de l'enfant ne puisse se confondre avec celui de son établissement, et que *s'institue* la possibilité de passages, de déplacements, d'une trajectoire dont l'enfant serait reconnu le sujet ;

– la direction de la cure, qui est la fonction par laquelle cette reconnaissance a lieu, en ce que cette fonction organise l'articulation de ces prises en charge partielles, leur cohérence, leur orientation

(direction) thérapeutique, et que cette fonction « convoque », quand il le faut, la constellation des personnes qui sont, chacune, dépositaires d'un fragment de ce que l'enfant donne à voir, à entendre, à penser, et dont l'ensemble constitue cette polyphonie dont parlait Tosquelles. On voit combien l'idée de mouvement, de déplacement, de trajectoire, inspire notre pratique institutionnelle, faisant écho à cette parole de Tosquelles : « La psychothérapie institutionnelle n'existe nulle part, il n'existe qu'un mouvement de psychothérapie institutionnelle, né et chaque fois nouveau-né dans les établissements psychiatriques classiques ».

– un réseau complexe de réunions identifiées par leur fonction, et qui sont autant de lieux de démaîtrise, de triangulation, d'élaboration de ce qui se passe entre soi et les enfants, et d'appropriation continue par chacun de l'outil de soin qu'est l'institution ;

– un dernier exemple avec l'institution d'une astreinte téléphonique au sein du service d'accueil familial thérapeutique, astreinte permanente qui nous permet, entre autres, de déjouer les nombreux empiètements et intrusions qui adviennent dès qu'il est question de famille et de placement, entre famille, famille d'accueil, école, foyer ASE (Aide Sociale à l'Enfance) , services sociaux. J'en parle ici, car c'est devenu un véritable luxe, financièrement parlant, qui ne devrait pas passer l'été.

Ainsi, tout est voulu, institué, en vue de l'engagement le plus subjectivé de chacun dans la pratique collective du soin et de la prise de parole. C'est à la première personne et c'est avec l'inconscient que l'on travaille à La Nouvelle Forge. Mais voilà le « on » qui revient...

Le second lieu d'où nous parlons aujourd'hui, c'est un groupe de travail que nous avons créé il y a plus de deux ans, et baptisé *Qu'est-ce que je fous là ?*, en référence à Jean Oury. Jeunes salariés de La Forge, nous nous sentions à la fois éthiquement très concernés par la pratique forgiennne comme, disons, héritage, et très en difficulté dans l'effort pour nous l'approprier à notre tour de façon vivante. Nous nous sommes alors référés à un concept de Pierre Delion, celui de « bande à Basile ». Nous avons fait notre bande-à-basile avec quelques collègues. Réunion une fois par mois autour d'une bonne bouteille, lecture tâtonnante d'articles anciens de Jean Oury, comme un détour pour élaborer nos questions, invitation de collègues anciens de la seconde période de l'histoire forgiennne (les fondateurs ne sont plus là). Puis, ce groupe s'est avéré un lieu d'émergence d'autres questionnements, d'initiatives dont la dernière nous vaut d'être ici. Du mouvement, donc, et du collectif. Je salue et je remercie au passage les collègues qui constituent avec nous cet espace joyeux de pensée qu'est notre bande-à-basile.

Le nom « Qu'est-ce que je fous là » est une manière de vouloir nous interroger sur les dimensions les plus personnelles, intimes, subjectives de notre engagement à La Forge, et de réfléchir à notre pratique à partir de ces enjeux-là. *Qu'est-ce que je suis venu foutre là*, dans cette association de psychiatrie infantile, qui m'est apparue d'abord dans une dimension esthétique bien plus que technique, une esthétique de l'accueil, de la rencontre, de l'institutionnel même. Et puis *qu'est-ce que je fous là à y rester*, à continuer d'accueillir des enfants plus ou moins cognés, tandis qu'il faut faire avec les nouvelles contraintes nées de l'accréditation (*on va vous dire ce que c'est que la qualité d'un service public*), et d'un discours gestionnaire de plus en plus implacable (*on n'a plus les moyens de vous payer l'astreinte*), avec aussi la disparition progressive des références fortes de la pratique institutionnelle, de sorte qu'il est de plus en plus difficile de travailler, tout simplement. *Qu'est-ce que je fous là* avec des collègues qui, d'un côté, celui des anciens, semblent aliénés à un temps qui ne reviendra pas, qui essentialisent, hypostasient une psychothérapie institutionnelle passée du statut de mouvement inventif à celui de patrimoine à conserver (*on n'a jamais fait ça ici*, ou bien symétriquement: *on a toujours fait comme ça ici*, ou encore : dans la pratique institutionnelle, *on ne crée pas comme ça une bande-à-basile*, c'est anti-institutionnel) et, de l'autre côté, celui des plus récemment arrivés qui portent, pour certains, si peu d'intérêt à l'histoire de La Forge, à ses inventions institutionnelles, à l'éthique du soin qu'elle a voulu soutenir, qui se comportent dans une insouciance

tragique des leçons du passé (qu'est-ce qu'on doit faire avec cet enfant). Voilà les questions qui m'ont amené avec quelques autres à créer ce groupe, entre la nécessité *d'être là*, justement, et la difficulté, pour ne pas dire une certaine souffrance, à *s'inscrire* dans une pratique ou même dans une vie désirable.

Aussi avons-nous réagi quand est apparu l'intitulé de la journée : *qu'est-ce qu'on fout là ?* Voyons, voyons, c'est pas ça, la formule d'Oury, ouh là là, c'est quoi ce « on », mais ça change tout, oui mais ça change quoi, au fait, etc. Depuis quelques mois, nos échanges tournaient autour des concepts de Pierre Bourdieu, et de ce qu'ils peuvent apporter dans l'analyse de cette aliénation sociale dont parle Oury dans son articulation à l'aliénation psychopathologique. Ce « on » a donc résonné avec nos réflexions bourdieusiennes, et avec aussi notre expérience des journées de Saint-Alban, où il nous a semblé reconnaître les mêmes tensions autour d'un héritage. Un « on » que nous avons entendu de deux manières : qui précède le « je » et en constitue l'une des conditions de possibilité, la sous-jacence (« on » positif, pourrait-on dire) ; qui succède au « je », quand celui-ci a baissé pavillon et rejoint ce que Camille de Toledo nomme *l'esprit des fins* (dans *Archimondain Jolipunk*, paru en 2002 et à lire absolument). « On » négatif, alors.

C'est celui-ci que nous avons choisi de privilégier en formulant l'hypothèse suivante :

- que l'adoption de la formule « qu'est-ce qu'on fout là » est une transformation de l'original « qu'est-ce que je fous là » ;
- que cette transformation est une dégradation ;
- que cette dégradation est un symptôme du moment historique présent de la psychothérapie institutionnelle, soixante ans après son invention ;
- à savoir le moment où celle-ci doit choisir, en ses différents lieux de manifestation, ou bien de se *répéter* dans la grégarité inquiète et désœuvrée, *désorientée* plutôt même que désœuvrée, du « on », ou bien de se *reproduire*, au sens de l'engendrement. Ce qui n'advient que là où existent les conditions nécessaires à la vie, celles que créèrent jadis les Tosquelles et les Oury et qu'il faudrait redéfinir.

Autrement dit, le mouvement dont parlait Tosquelles, mouvement qui doit subvertir l'aliénation des établissements psychiatriques classiques, doit désormais, pour survivre comme mouvement, *se doubler d'un autre mouvement* : celui qui subvertit la pratique de psychothérapie institutionnelle elle-même, en tant que le temps et l'usure la dégradent en l'application de principes péremptoires, en un académisme producteur de définitions et de modes d'emploi, en un « ça va de soi » délétère.

C'est finalement dans un autre sens que j'entendrai la réponse de Mr Breba : « nous autres devons jouer un rôle et déterminer l'action, sinon nous autres sommes manœuvrés par ces gens-là. Et ces gens-là, trop volontiers, nous gâchent notre JE, J-E ». La menace sur le « je » est également interne à l'aventure historique de la psychothérapie institutionnelle.

Autrement dit : qu'est-ce que ce « on » fout là ?

Romuald DELACOUR

Qu'est-ce que ce « on » fout là ?

Qu'est-ce que je fous là ? C'est bien sûr la question à laquelle il ne faut pas répondre, c'est la question du désir inconscient. Apportez-y une réponse toute prête et c'est le désir qui disparaît.

Qu'est-ce que je fous là ? C'est aussi la question de la sous-jacence, c'est-à-dire, qu'avant de participer à une démarche institutionnelle, je dois savoir que celle-ci a une histoire qui a été créée par d'autres personnes qui, elles aussi, travaillaient avec leur désir inconscient. En gros, on pourrait dire que mon cheminement personnel croise le cheminement collectif d'une institution, y entrer demande

donc de s'y inscrire, de se le réapproprier, non pas pour répéter la même chose, mais pour savoir à partir de quoi, et surtout de où, on peut créer son travail.

Qu'est-ce que je fous là ? Ça implique donc de me questionner sur les effets qu'a la rencontre de mon désir inconscient avec ce qu'il reste de la sublimation de celui des personnes qui étaient là auparavant.

Qu'est-ce que je fous là ? On pourrait presque dire que c'est une éthique de la subjectivité.

En revanche, qu'est-ce qu'on fout là ! c'est pas tout à fait la même chose et ça ne pose pas les mêmes questions.

Sûrement ce ON a pour fonction de nous fédérer, nous, travailleurs de la psychiatrie, contre les effets que la domination sociale fait peser actuellement sur notre travail et qui fait qu'aujourd'hui c'est effectivement plus compliqué de travailler qu'il y a quelques années. « Qu'est-ce qu'on fout là ! ».

Il en résulte que, sous le couvert de vouloir résister (ce qu'il faut bien entendu faire par ailleurs...), est introduite la question de la domination sociale, là où était interrogée celle de la subjectivité. Et n'est-ce pas très exactement cela l'un des effets voulu par la domination sociale ? Recouvrir le subjectif par de la domination.

On pourrait donc comprendre que le thème de cette journée est en réalité « domination sociale et subjectivité ».

Domination sociale ou aliénation sociale ? Et qu'est-ce que cela donne sur le sujet ? Du ON ?

Deux jambes de la psychothérapie institutionnelle disait Tosquelles : le social et la psychanalyse. Double aliénation disait Oury dès 1948 : aliénation sociale et aliénation psychopathologique. Restons avec ce ON sur la jambe sociale.

Toute la théorie sociale de Bourdieu est une théorie de la domination, notamment de la domination masquée. Avec cette idée que de façon non-consciente le sujet est rendu étranger à lui-même au cœur de lui-même. Ou si vous préférez que dans la construction du sujet, du « je », il y a une part de l'organisation sociale si importante que la subjectivité est pleine d'une objectivité sociale. Donc même lorsque l'on parle de subjectivité de quoi est-ce que l'on parle réellement ?

Contrairement à l'aliénation « classique » qui, comme le transfert, sans être annulée, peut être dépassée par sa prise de conscience, avec Bourdieu c'est un peu plus compliqué. C'est-à-dire que l'aliénation, c'est ce qui de la domination de l'espace social s'inscrit dans les corps et dans les structures mentales des sujets.

L'aliénation sociale, ce n'est pas juste l'entrée du sujet dans les rapports de production, mais c'est aussi la manière dont sa propre appartenance à un champ social est incorporée et détermine les rapports du sujet au monde. D'une certaine manière, en suivant Bourdieu, l'aliénation sociale, avant d'être fondée par l'entrée du sujet dans l'ordre du social, résulte de l'entrée de l'ordre du social dans le sujet.

Le ON est dans le je et le je n'en est pas forcément un.

Notre temps étant limité, je ne vous présenterai brièvement que deux concepts bourdieusiens permettant d'étayer cette dernière proposition : le ON est dans le je et le je n'en est pas forcément un.

Donc simplement deux concepts : l'habitus et le champ symbolique.

L'habitus. L'habitus d'un sujet, c'est le produit de son appartenance sociale, c'est la manière intériorisée d'être propre à son propre champ, c'est une relation sociale intériorisée dans le corps et dans l'esprit, l'habitus c'est une somatisation des rapports sociaux. Cet habitus est producteur d'actions, de discours et de représentations chez le sujet tout en étant lui-même produit par les différents champs sociaux dans lesquels le sujet est inséré.

Deuxième concept : le champ symbolique. La société, l'espace social, est composée de différents

champs dans lesquels le sujet est inséré (la famille, l'école, le lieu de soin, le club de bridge...) et où se mettent en place des logiques de dominations et de conflits.

Dans chacun de ces champs, agit ce que Bourdieu nomme la violence symbolique, c'est-à-dire une violence invisible qui est fondée sur le travail d'inculcation de la reconnaissance de la légitimité des dominants (et donc qui assure la permanence de cette domination). Cette violence symbolique aura pour conséquence ce que Bourdieu appelle la légitimité, c'est-à-dire que dans un champ les dominés participent de leur propre domination en reprenant à leur compte les discours, les modes de perceptions et de représentations des dominants. Les sujets dominés vont observer le champ et s'observer eux-mêmes avec le regard des dominants. C'est-à-dire que la domination, ce n'est pas simplement le regard du dominant mais c'est aussi le regard qui est habité par la domination (le regard dominant peut donc être celui d'un dominé).

On connaît tous bien cela avec l'accréditation pour prendre l'exemple le plus grossier, et on sait bien que le pire danger, ce n'est pas tant l'accréditation des pratiques que l'accréditation, ou plutôt l'accréditisation des esprits, des esprits de ceux qui, plus tard, produiront des pratiques « accréditées » sans qu'il ait été besoin de le leur demander, et qui en seront les plus fervents défenseurs.

Il y a ainsi dans chaque champ des ON qui vont se créer. L'institutionnel n'en est pas exempt.

Nous avons donc chacun d'entre nous différents habitus. Un habitus originaire qui provient de notre propre champ familial mais aussi autant d'habitus spécifiques que nous avons de champs sociaux d'appartenance. Cela est également valable pour les institutions. Dans chaque lieu de soin où de l'institutionnel se crée, il apparaît un habitus institutionnel dont la réappropriation par les différents soignants fera qu'« ils en sont » ou qu'« ils n'en sont pas ».

Voilà pour le sujet, dans son corps et dans ses structures mentales, autant d'intériorisations des différentes structures de domination des différents champs sociaux auxquels il appartient et qui l'éloignent autant de sa propre subjectivité.

Autant de ON qui sépare le sujet du je, celui d'aujourd'hui n'en est qu'un.

Oury demandait en 1963, dans un article, il me semble remarquable, intitulé « Projet pour une rencontre entre psychanalystes de ville et psychiatres d'hôpitaux », je cite : « À quel niveau topique les structures d'aliénation sociale s'insèrent dans la personnalité d'un sujet ? ». C'était là, je pense, avant l'heure, une question bourdieusienne.

Pour conclure, s'il y a deux jambes de la psychothérapie institutionnelle, peut-être pourrions-nous aussi nous demander s'il n'y a pas deux lectures à avoir de l'adage de Freud : « *Wo Es war soll Ich werden* ».

L'une avec Lacan : « Là où était du Ça, je dois advenir ».

L'autre, que l'on pourrait déduire de l'enseignement de Bourdieu : « Là où était du ON, je dois advenir ».

Elie POUILLAUDE

P. GALL, M. KOCH, L. RZEZUCHA

« Mais qu'est-ce qu'on fout là ? »

DISSONANCES

Pour préparer cette intervention, qu'est ce qu'on fout là ? Nous sommes partis d'une réflexion qui est souvent présente, quand on rencontre des difficultés sur nos prises en charges, qu'il y a une dissonance entre l'idéal du soin tel que l'on se l'imagine et le soin réel que l'on apporte aux personnes.

« Pourquoi travailler en psychiatrie, alors que l'on est parfois en désaccord, que l'on « râle » assez souvent, que l'image de l'infirmier reste particulière, que nos valeurs personnelles et soignantes sont parfois à l'opposé du projet de soins, et que, quelquefois, ce qui nous est renvoyé par les personnes nous met en difficulté. Dans quelle mesure ces décalages vont-ils influencer notre travail ? Qu'est ce que l'on fout en psychiatrie alors que l'on pourrait demander notre mutation pour un autre service ? »

Pour réaliser ce travail, nous nous sommes appuyé sur des sondages et réflexions recueillies auprès de collègues ISP (Infirmier de Secteur Psychiatrique), de collègues de soins généraux : MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), UAU (Unité d'Accueil d'Urgence) et du regard d'étudiants infirmiers.

Dans l'ensemble, on peut dire qu'il ressort une image négative de la psychiatrie.

En effet, la société semble obnubilé par la sécurité, et de ce fait, tente de tout mettre en œuvre pour maîtriser « la folie » et, quelque part, réanimer « la peur du fou ». Le besoin d'être en sécurité semble être l'argument le plus prisé pour expliquer un tel rejet de la maladie mentale.

Les personnes atteintes de « ces maladies » se retrouvent donc considérées comme des exclues.

Maladie mentale serait-elle donc obligatoirement synonyme de dangerosité ?

Cette vision de la population est aussi accentuée par la médiatisation.

Et l'infirmier « psy » ?

Pour la société, son travail se résume principalement au courage, à la dureté, à l'écoute, à la dangerosité avec une notion de vocation.

Du point de vue de la profession soignante, la psychiatrie a une image péjorative, ne semble pas être une discipline à part entière. Nous entendons parler souvent d'un secteur « *d'activités* » considéré par certains comme une planque (*sorties, jeux de sociétés, ateliers, et bien sur réunion et pause café*). Le travail doit y manquer de dynamisme, de soins, d'intérêts et devenir monotone.

Beaucoup de collègues de soins généraux n'envisagent pas de venir dans nos services de peur de perdre leur *technicité*, d'avoir un sentiment de *frustration* devant la régression d'un mieux être, des prises en charge à long terme, une répétition des hospitalisations. Ils se sentiraient aussi en *insécurité* dans la prise en charge d'une personne souffrant de troubles psychiatriques.

Bien sûr, nous ne pouvons pas nier le dramatique manque de structures qui nous handicape énormément dans notre prise en charge avec le risque de tomber dans une espèce de « répétitivité » quotidienne et une certaine forme de désinvestissement soignant (*quelques CMP vétustes, deux appartements associatifs pour le septième secteur et un hôpital de jour commun*).

Avec ce tableau, plutôt sombre, nous pouvons nous interroger sur notre présence : « *mais qu'est-ce qu'on fout là ?* »

Les réflexions et les interrogations sur la prise en charge des patients en santé mentale par les ISP ou les IDE (Infirmière Diplôme d'Etat) restent toujours d'actualité, 15 ans après la réforme du diplôme. Nous n'apportons bien sûr pas de réponse, mais vous faisons part de nos réflexions.

La décentralisation des Centres Hospitaliers Spécialisés vers les hôpitaux généraux favorise le rapprochement géographique et une prise en charge plus médicalisée. L'accessibilité aux différents examens y est favorisée par la proximité des plateaux techniques. Une image différente de celle de grands centres spécialisés entraîne une hospitalisation plus facile. Malgré cette ouverture, même dans le milieu hospitalier, la maladie mentale fait face à l'exclusion : une « étiquette » psy qui colle à la personne.

Dans le soin, le somatique et le psychisme sont indissociables. Il ne peut y avoir de dichotomie. Cependant, la part du somatique, du concret, peut, dans certains services, primer sur le domaine du psychoaffectif. Dans la pratique soignante quotidienne, n'est-il pas plus facile de se diriger vers ce que l'on connaît le mieux, ce qui protège le plus, une action protocolisée, une technicité, au détriment de tout autre aspect.

Au niveau de la pratique dans les services, les ISP disent se sentir plus à l'aise dans une prise en charge plus « psychiatrique » et les IDE, quand il y a un geste plus technique à réaliser, se retrouvent plus souvent en première ligne. On peut peut-être voir dans ce fonctionnement une réponse qui correspond plus aux attentes de la médecine dite « traditionnelle » issue d'une formation de base différente.

Si les valeurs soignantes, au niveau des deux formations, sont identiques, (valeurs humanistes abordant globalement l'homme et la santé) nous nous sommes en quelque sorte imprégné d'une culture « de technicité » au cours de nos trois années d'études.

Même si, pendant ce cursus, la dimension relationnelle a été travaillée, il n'en reste pas moins que dans la pratique, en début de carrière, le geste protocolisé semble plus rassurant. Ce geste sera d'autant plus valorisant qu'une approche « psychiatrique » insuffisante, laissant apparaître des « lacunes », plus ou moins importantes, qui vont rendre la prise en charge des personnes plus difficile.

Il reste à effectuer un travail important tant au niveau de la connaissance des pathologies que de la connaissance de soi. Cette inadéquation entre les besoins d'un service de psychiatrie et la formation, cette dissonance, peut provoquer un malaise chez le soignant dans son travail quotidien et questionner sa prise en charge.

L'accessibilité aux soins, à tous les soins, est un droit.

Elle est primordiale, et le patient « psy » n'est pas et ne doit pas être un être à part.

On ne peut privilégier « tout relationnel » ou « tout somatique ». N'est ce pas le devoir du soignant?

En tant qu'infirmier, apporter un soin en psychiatrie, ce n'est pas, en premier recours, répondre par une médicalisation. Le soin ne s'arrête pas à une prise de traitement, mais à une autre approche faite de relationnel, qui permettra l'émergence d'un vécu intérieur, d'une vie psychique, la verbalisation de souffrances, d'angoisses, d'inquiétudes. Cette culture du soin, plus travaillée au niveau des ISP, a du mal à transparaître dans les « nouvelles » formations. Les diverses sollicitations, le manque de temps à consacrer à une personne à un moment donné, la « culture de réponse immédiate » qui doit passer par un mieux être rapide, font que la facilité d'une dispensation de traitement prescrit si besoin peut arriver en première intention.

Soigner en psychiatrie, c'est aussi réaliser un acte technique en rapport à une pathologie décelée qui rentre dans la prise en charge globale du patient. Un infirmier polyvalent doit savoir soigner les

problèmes somatiques propres à chacun et être capable de réaliser les actes qui relèvent de sa compétence, quelle que soit la pathologie.

La psychiatrie est un lieu où l'humanisation de la technique prend toute sa dimension. Soigner avec du relationnel, c'est réaliser un soin en échangeant avec la personne, que ce soit au niveau du regard, de la parole ou du toucher. Nous ne pouvons pas nous réfugier derrière un protocole parce que telle ou telle souffrance nous met mal à l'aise, parce que l'image de ce qui nous est renvoyé, les valeurs ou la maladie sont quelque part insupportables. À l'inverse, cette gestuelle, qui est pour la plupart du temps un moment angoissant, doit être une médiation favorisant l'émergence d'une verbalisation.

Pour cela, nous sommes souvent en dissonance avec notre formation initiale. En effet, le travail dans les services de soins généraux, la spécificité du soin donné, la prise en charge différente, n'accordent pas la même « priorité temps » au relationnel.

Par exemple, un bilan sanguin ne se limite pas qu'à la technique. L'expression « prenez du temps pour réaliser un soin », ne fait pas partie de la culture polyvalente. Que dire d'un soignant qui en service de soins généraux passerait une demi-heure autour d'un bilan sanguin.

Quelle image lui renverrait-on ? Bon ou mauvais infirmier ? Rentable ou non rentable ?

Un infirmier en psychiatrie doit savoir gérer une tension, un mal être, une agitation.

Un soin difficile va l'obliger à s'adapter, à adapter une réponse personnelle à un moment donné, faite de sa culture, de son expérience, de son vécu tant personnel que professionnel. Cette réponse, faite de ressenti et d'adaptation, devra être rassurante avec un caractère étayant, et ce, à tout moment de la journée ou de la nuit. Mais les réponses apportées seront toujours questionnantes, et ne se situeront pas dans un protocole où, à tel problème, il existe telle réponse. Le doute, l'incertitude, va complexifier notre approche, mais ce questionnement va permettre une relation plus authentique. Parfois, il y a dissonance entre ce que l'on a envie d'apporter, ce que l'on peut considérer comme bénéfique pour la personne, et la solution qu'elle a choisie. Il ne faut pas oublier que chacun a sa vie à l'extérieur et que chacun a son propre regard sur ses difficultés, l'approche de « sa maladie », la manière dont il la perçoit. La résolution qu'il mettra en place doit être incluse dans ses systémiques.

L'infirmier psy va se construire à travers ses différentes prises en charge. Il utilise ses connaissances théoriques à part égale avec son propre ressenti. On soigne avec ce que l'on sait en même temps qu'avec ce que l'on est. Chacun fonctionne différemment dans le même but: aider la personne.

La formation actuelle polyvalente ne peut bien sûr pas prendre en compte la spécificité psychiatrique à part entière. Les nouveaux diplômés arrivant dans un service « psy » se trouvent face à des difficultés, dans la nécessité d'un approfondissement de leurs connaissances. Les stages effectués pendant les études dans des services de psychiatrie restent trop peu nombreux et la confrontation entre la théorie et la pratique très insuffisante. Il en va de même pour la motivation qui diffère d'un étudiant à l'autre. Au niveau des ISP, l'aboutissement des études se traduisait par un travail dans le secteur psychiatrique. Les choses étaient claires et posées dès le départ. Actuellement avec le nouveau diplôme, l'orientation ne se fait qu'en cours de parcours, et va nécessiter une aide plus importante en début de carrière.

Les connaissances propres aux ISP sont indispensables pour les nouveaux diplômés ; à l'inverse, les connaissances des nouvelles formations sont tout aussi enrichissantes. La mise en place de tutorat, le partage entre les deux formations, permettront probablement une meilleure qualité de soins.

Relation d'aide, empathie, congruence, émotions, valeurs.

Autant de termes importants dans notre approche quotidienne du soin qui font, que malgré les



difficultés rencontrées, il est pour nous important de continuer notre travail avec nos doutes et interrogations qui sont le gage d'une bonne prise en charge. Soigner avec des certitudes ne semble pas être synonyme de qualité.

Face à l'agression due à l'intensité émotionnelle que l'on rencontre parfois, nous pouvons avoir recours à des stratégies de défense pour nous protéger. On peut rencontrer des émotions valorisantes qui renforcent l'estime de soi, mais aussi de la culpabilité, de la peur, de la colère, de l'impuissance ou, à l'opposé, de la toute puissance. (– je sais, vous devez, il faut –).

Tous ces sentiments ne peuvent que renforcer les émotions désagréables en altérant la qualité du soin, de la relation d'aide.

L'empathie, la reformulation du vécu émotionnel de la personne soignée, la capacité à l'aider à reconnaître et à gérer ses émotions ne peuvent qu'être valorisantes. Pour cela, les outils comme le regard, le toucher, la parole sont des éléments importants. Ils vont permettre de « parler » aux émotions des personnes en souffrance.

Encore faut-il pour cela être au clair avec les siennes, les accepter et les comprendre, tout en sachant utiliser notre propre potentiel émotif dans cette approche soignante. Dans le domaine du soin, avoir la capacité de savoir identifier ses propres émotions en sachant les maîtriser, les analyser, est essentiel.

Cela fait partie de la richesse du travail en psychiatrie.

Penser une relation à l'autre différente à chaque fois.

Ne pas s'inscrire dans une logique de toute puissance, si facile à mettre en place.

Douter, ne pas se barder de certitudes.

Ne pas juger, ne pas imposer nos propres valeurs, nos propres solutions.

Ne pas avoir de systématisation du soin, accepter d'être en difficulté avec nos émotions, d'être vulnérable face au regard de l'autre font toute la difficulté et la richesse de notre travail.



F. GILLES

Qu'est-ce qu'on fout là :

ACTUALITE DU PETIT DISCOURS AUX PSYCHIATRES DE LACAN

Présentation du texte

Ce texte a été prononcé à Ste Anne le 10 novembre 1967, soit quatre ans après la deuxième scission (1963), qui a abouti à la fondation de l'École Freudienne de Paris.

Le mois d'avant, Lacan a fait sa proposition sur le psychanalyste de l'École (9/10/67), où il propose une procédure d'habilitation du psychanalyste qui rompt avec les habitudes qui ont cours dans d'autres écoles et, pour tout dire à l'époque du texte, au sein de l'Association Psychanalytique Internationale dans son ensemble: celles-ci consistaient à recruter les psychanalystes à l'aune de l'avis de psychanalystes expérimentés, des vieux sages, en quelque sorte.

On verra que Lacan fait tout au long de son texte courir comme fil rouge la question de l'expérience analytique, qu'il qualifie de précaire, et qui, comme telle, est vite oubliée par les analystes chevronnés, qui retournent à ce que Lacan appelle leur sommeil, quand les analysants au sortir de l'expérience restent au contraire éveillés aux manifestations de l'inconscient.

Le style du texte est celui du langage parlé. Au contenu du propos, il faut ajouter le ton, on pourrait presque dire, comme en musique, la tonalité. Les transcripteurs ont noté des variations (encore un terme musical) dans l'énonciation de ce « petit discours » : mordant, voire grinçant au début du texte, incisif et concis dans la deuxième partie qui traite de la théorie du langage, enfin confidentiel et d'une grande douceur à la fin.

Ce qui est resté jusqu'à nous connu comme « Petit discours aux psychiatres de Ste Anne » avait été annoncé sous le titre « Psychanalyse et formation du psychiatre » bien que, dans le corps du texte, Lacan dit lui avoir préféré celui de « Formation du psychanalyste et psychanalyse ». Premier effet de surprise, de type métaphorique, où ce qui est à entendre est au moins que Lacan loge à la même enseigne les psychanalystes et leurs collègues psychiatres.

Je remercie F. Tirel de m'avoir communiqué ce texte.

Commentaire

Le contexte étant celui d'un cycle d'enseignement pour les psychiatres fondé en 1966 par H. Ey, Lacan introduit sa conférence sur un propos railleur et sans illusion: ce que la psychanalyse peut apporter à la formation du psychiatre atterrira dans le fatras d'une prétendue synthèse « de propos pas tous convergents, ni même seulement compatibles », ce qu'il appelle plus loin le baratin, pour accentuer que ces différents discours sont de plus sans effet sur leurs auditeurs.

Pour Lacan, la formation du psychiatre à cette époque ne consiste que dans un « entassement de propos », ce qui justifie sa préférence pour y désigner un « fatras », plutôt qu'une synthèse, jugée impossible.

Devant ce fatras, cette synthèse impossible, Lacan est pessimiste sur la place de la psychanalyse. Pour lui, le premier effet de celle-ci sur la formation du psychiatre, c'est qu'il se considère comme psychanalyste en formation, d'où un abandon des malades et une non-prise en compte de sa position spécifique de psychiatre: « parce il est tout occupé à sa formation psychanalytique et qu'il pense que tant qu'il n'aura pas la clé que peut lui donner la psychanalyse, ce n'est pas la peine de faire ce qui ne sera jusque là que du grossier sarclage ».

Premier effet donc, négatif, de la psychanalyse sur la formation du psychiatre ; encore pourrait-on discuter pour ce qui est de la notation négative de cet effet, qui n'est peut-être pas si négatif que ça, de montrer à la psychiatrie de cette époque qu'elle est moins une pratique éclairée qu'un grossier sarclage...

Mais tel n'est pas l'avis de Lacan qui, au contraire, semblera plutôt restaurer la dignité du psychiatre, à la fin du texte.

Le deuxième effet de la psychanalyse sur la formation du psychiatre, effet pouvant cette fois être considéré comme nul plutôt que négatif, c'est le maintien universel de ce que Lacan nomme « désir de comprendre » les malades, qu'il dénoncera ensuite comme illusion. Ce désir naît selon lui de ce qui se manifeste chez le psychiatre comme un défaut radical de compréhension quand il est en présence du fou, que Lacan fait équivaloir au psychotique. Au passage, il épingle l'organo-dynamisme de H. Ey, puisqu'une fois de plus, il maintient l'opposition entre le fou (psychotique) et le dément, donc entre celui qui souffre d'un mal en lien avec la personnalité et l'autre qui est victime d'une destructuration de la conscience.

La psychanalyse ne peut rien apporter au psychiatre pour sa « compréhension » du fou. En effet, « c'est tout à fait une maladresse, dit Lacan, que de croire que ce soit dans le registre de la compréhension que l'analyse doit jouer ». Cette thèse est réfutée par Lacan, non seulement pour ce qui concerne l'abord du fou mais, au delà, pour ce qu'il appelle la psychanalyse dans son « essence ». En effet, la psychanalyse ne se situe pas dans le registre de la compréhension puisqu'on y découvre, dit Lacan, qu'on ne se comprend déjà pas soi-même.

Lacan oppose ici la compréhension, le sens, l'empathie (tels qu'un auteur comme Jaspers en parle) et la psychanalyse où c'est plutôt de non-sens qu'il s'agit : « de marquer en quels fondements radicaux de non-sens et en quels endroits les non-sens décisifs existent sur quoi se fonde l'existence des... faits subjectifs ».

C'est donc, selon son expérience de didacticien, dans le malentendu le plus général que les candidats à la psychanalyse, pour ne pas dire les candides, considèrent l'apport que celle-ci va leur fournir dans leur position professionnelle. Constat pessimiste du didacticien et aussi de l'enseignant que Lacan fut: en 1967, cela faisait 17 années et, selon lui, rien de cet enseignement n'était encore passé dans le champ de la psychiatrie, ni même de la psychanalyse.

Lacan semble se faire un plaisir, ironique si tel est le cas, de rappeler que, si la psychanalyse met la lumière sur une fausse compréhension avant la cure, il ne saurait y avoir de sorte d'échange au cours de l'expérience entre cette fausse compréhension et une autre, « ce que l'on pourrait appeler une compréhension plus profonde ». Ce qui veut dire que c'est bien plutôt sur le plan d'une perte sans gain en retour que la psychanalyse lui paraît jouer de ce point de vue.

Autre effet, d'ailleurs, de la psychanalyse dans les 30 ans écoulés (1937-67) au moment où Lacan parle, d'après un jeune interne qu'il avait interrogé là dessus : « un passif accentué ». Cela signifie que la psychanalyse n'a fait, selon lui, aucune découverte importante sur cette période. « Nous en restons avec le bel héritage du 19e siècle qui est là constitué, intégral », dit-il, ajoutant cependant quelques « retouches » au champ clinique que cet héritage avait permis de défricher: l'automatisme mental de Clérambault et... la paranoïa d'autopunition... thèse de Lacan lui-même..

Dans cette partie qui traite du champ clinique, du champ de la folie, Lacan joue sur le mot de compréhension, y associant celui d'extension, ce qui donne à ces termes des accents mathématiques.

Ce sont, en effet, des termes qui renvoient à la théorie des ensembles et aux deux façons que l'on peut avoir de les définir: la compréhension est l'écriture de l'ensemble à partir du point commun à tous les éléments de l'ensemble; l'extension est l'écriture de l'ensemble à partir de la collection exhaustive de ses éléments. On verra qu'à la fin du texte, ces notes sur la théorie des ensembles auront leur importance pour redonner une mission et une dignité à la psychiatrie, éclairée par la psychanalyse.

De cette appréciation globalement pessimiste concernant l'apport de la psychanalyse pour la psychiatrie, Lacan voit encore deux indices:

– Le maintien de la psychiatrie dans la médecine générale, elle-même « entièrement dans le dynamisme pharmaceutique ». Il apparaît que cette dynamique d'inclusion est plus que jamais à l'œuvre, dans la mesure où l'arsenal chimiothérapique est encore plus étendu qu'il y a 40 ans, comme si une grande part des efforts de recherche s'étaient concentrés dans ce domaine. Cependant, dit Lacan, « on modifie...mais on ne sait pas du tout ce qu'on modifie ». C'est encore l'avis de certains psychiatres que j'ai interrogés sur ce sujet.

– Le maintien de l'angoisse du psychiatre dans sa rencontre avec le fou. Cette angoisse est majorée par l'inexpérience du psychiatre débutant, inexpérience que Lacan ne considère pas du tout comme un défaut, au contraire. Pour lui, la différence avec le collègue plus aguerri tient essentiellement aux effets de prestige que celui-ci a acquis de son parcours; prestige du côté du pouvoir (on pense là au mathème du discours du maître), qui lui permet « d'interposer entre lui et le fou...d'autres personnes que soi », internes, infirmiers, etc. ; prestige du côté du savoir (c'est alors le mathème du discours universitaire) qui interpose entre le psychiatre et le fou d'autres « barrières protectrices » qui sont sur le versant de la conceptualisation, de la théorie.

On voit en tout cas que, pour Lacan, ces « barrières protectrices » sont à saisir comme processus de défense contre cette confrontation angoissante. À l'inverse, l'angoisse est pour lui le signe que le psychiatre est « qu'il le veuille ou non » concerné par le fou.

Ce « concernement » dont parle Lacan (terme que C. Pisani a repris comme néologisme dans une conférence récente), il ne le situe ni du côté de l'affect, ni de l'élan affectif. « Ce que je suis en train de vous dire, ça ne veut pas dire que, ce fou,...vous allez lui donner le sein...comme Rosen, comme Mme Sechehaye...d'abord parce qu'il vous le demande pas. C'est même peut-être ce qu'il y a de plus troublant justement, c'est qu'il vous le demande pas ».

Suit une longue digression, initiée par l'opposition que Lacan fait à nouveau entre la superposition des discours (« Il y a les existentialistes, il y a les phénoménologistes, il y a les philologistes, il y a les structuralistes maintenant. »), superposition qui fait aux psychiatres « à peu près le même effet, à savoir que tout ça, c'est du baratin », d'une part, et, d'autre part, « le ptit fil que vous trouveriez tout seuls, dans ce rapport de concernement avec cette chose vraiment unique, problématique,.. un fou ».

Et Lacan de citer quel a été son « ptit fil », sa petite invention personnelle au titre de la psychanalyse: « l'inconscient est structuré comme un langage ».

Mais je veux passer vite et renvoyer ici mes auditeurs aux nombreux écrits et séminaires déjà parus qui détaillent mieux que je ne peux le faire les étapes du cheminement de Lacan.

Il n'est pas anodin que Lacan développe sa théorie du langage au moment où il parle de la demande, pour autant qu'une demande doit être articulée. Prendre le sein de l'infirmière ou de la thérapeute sans le demander, cela pourrait être encore une manière pour un fou d'agir: sans condescendre à la demande, justement...

Pour brosser un tableau rapide de ce passage théorique, Lacan y rappelle que le langage désigne une donnée humaine spécifique qui ne se confond pas avec la communication, telle que même la physiologie peut s'y intéresser, quand elle parle de « message », de type endocrinien par exemple. Deuxièmement, il explique qu'un langage n'est pas fait de signes, c'est-à-dire que ses éléments ne se rapportent pas à des choses. Les éléments s'appellent des signifiants et ils ne renvoient qu'à d'autres signifiants et pas à des choses. La question est donc de savoir à quoi sert le langage; Lacan la tranche d'une façon étonnante: « le langage fait le sujet ».

Troisièmement, le langage est le lieu de fabrication du désir. Mais ceci renvoie à une autre question en cascade: qu'appelle-t-on désir en psychanalyse? Lacan répond: « Votre désir ne se conçoit qu'à ce que vous ayez effectivement aperçu qu'il s'est formé dans...le lieu de l'Autre, avec un grand A ».

Sauf que, quatrièmement, il y a pour le sujet humain une expérience de ratage dans le rapport à

l'Autre, c'est dans ce que Lacan appelle ici « l'acte sexuel », c'est-à-dire ce qui nous fait mâle ou femelle. « C'est en tant que l'acte est signifiant et que comme signifiant il rate », dit Lacan.

Le complexe de castration désigne en psychanalyse ce ratage que Lacan reprend comme « escamotage symbolique de l'organe de la copulation ». La conséquence: « C'est comme manquant qu'est représenté l'organe ».

Mais, cinquièmement, « il y a des choses qui arrivent à cette place, expressément faites pour qu'on ne s'aperçoive pas qu'il manque », cet organe. Ces choses, Lacan les appelle objets a. Et c'est un autre ordre de détermination du sujet, autre que sa détermination par l'ordre signifiant, par la chaîne signifiante. Car l'objet a pour Lacan est ce qui détermine le sujet dans sa division.

Mais cette fonction causale de l'objet a pour le sujet est aussi ce qui règle le rapport de celui-ci à l'Autre. « Cet objet a, a pour propriété d'être ce qui fait le désir... Si ce désir dépend du désir du grand Autre, à savoir ce qui est formalisable au niveau du grand Autre comme effet de désir, c'est dans la mesure où... le a est toujours demandé à l'Autre ».

C'est dans ce rapport « normé », qui résonne avec normal, que les relations interhumaines se déploient: on est constamment dans le champ de la demande et on échange son manque.

C'est là que la rencontre avec le fou quand elle ne se pare pas de la panoplie de la connaissance est si étrange et si angoissante pour le psychiatre. Car le fou, on l'a dit, se caractérise de ce qu'il ne demande rien. La séparation d'avec l'objet n'a pas eu lieu pour lui, « il a sa cause dans sa poche », donc pas de demande. Comme le dit Lacan plus loin, « il ne tient pas au lieu de l'Autre par l'objet a ». C'est en cela que Lacan appelle le fou « l'homme libre ».

Retour au fou et à la position du psychiatre, donc. L'angoisse que celui-ci ressent dans sa rencontre avec cet « homme libre », c'est « un sentiment... particulier qui est ce qui devrait constituer le progrès...qui pourrait résulter du fait que quelqu'un de psychanalysé s'occupe...vraiment du fou ».

Mais, là encore, Lacan est pessimiste: la plupart du temps, « ça ne va pas très loin ». La faute encore à la précarité de l'expérience analytique: « Quand vous sortez d'une psychanalyse dite didactique, vous reprenez la position psychiatrique ».

Comment définir cette position ? Lacan se réfère à M. Foucault, dont le livre *Histoire de la folie* venait de sortir... sans qu'aucune revue psychiatrique n'en parle à l'époque. Pour Foucault, la psychiatrie, jusque dans sa sémiologie, a commencé quand on a traité le fou « de la façon qu'on appelle humanitaire, à savoir... quand on l'a enfermé, isolé », rapporte Lacan. « On ne commence à avoir l'idée de symptôme qu'à partir du moment où le fou est isolé », dit-il encore.

À l'époque où parle Lacan, cette politique d'enfermement commençait à être remise en question, au profit du secteur notamment. Mais Lacan enfonce le clou : « le fait que nous tendions maintenant de moins en moins à les isoler, ça veut dire que nous y mettons d'autres barrières...en particulier...que nous les considérons beaucoup plus...comme objets d'études que comme point d'interrogation au niveau de ce qu'il en est d'un certain rapport du sujet ». Lacan dit bien que cette nouvelle barrière est « justement la pente psychiatrique ». Celle-ci suppose donc un fou considéré comme objet d'études et un psychiatre observateur et non plus questionné en tant que sujet par ce « certain rapport » que le patient réalise au plan subjectif.

Lacan précise que cette mise à distance du fou, cette mise à part, existe aussi chez les psychanalystes.

Il termine son texte par un rappel concernant cette naissance du sujet, coïncidant avec l'avènement du discours de la science, au plan épistémologique, soit à partir de Descartes. Il s'agit du sujet du cogito, de ce sujet qui a « rompu les amarres de tout ce qui peut s'appeler intuition ». Selon Lacan, « la science est née, corrélativement d'une première isolation du sujet pur ». Mais il s'agit en fait plutôt d'une fonction, le sujet pur n'existant pas en réalité, d'être pris justement dans un corps et dans la structure du fantasme : « C'est un sujet dont une part est voilée ».

La thèse de Lacan à la fin de ce texte, thèse présente aussi ailleurs (cf « La science et la vérité », dans les *Écrits*, par exemple), c'est que l'avènement du discours de la science et du sujet pur, universel, est consécutivement aussi celui d'une ségrégation généralisée. Lacan en voit une première marque dans la pratique de la concentration, du camp de concentration nazi. On sait que l'extermination qui en a résulté a bel et bien fonctionné de manière rationnelle, méthodique, scientifique, et qu'on a réduit des gens à des corps à éliminer, à des déchets.

Or, face à cette promesse glaçante d'une ségrégation généralisée, sous la forme désormais plus douce de la réduction d'un certain nombre de sujets à une collection d'éléments, Lacan redonne une place digne à la psychiatrie: « Vous pourriez avoir quelque chose à dire sur les effets de ségrégation ». On retrouve là nos propos de tout à l'heure sur la théorie des ensembles.

Ne pas voir des sujets comme une collection d'éléments où toute particularité serait résorbable dans l'universel, telle est la dignité du psychiatre selon Lacan. Là encore, c'est une formalisation mathématique qui donne la clé de son raisonnement. Elle est d'ailleurs postérieure à ce texte mais est cependant préfigurée par le propos de Lacan sur l'émergence du discours de la science par un certain rejet. Il n'est pas inutile de rappeler ici que ce texte postule à la naissance de la science un même mécanisme à l'œuvre que dans la folie au sens psychotique: la forclusion.

C'est en effet une application des mathèmes de la sexualité qui permet de soulever la question de l'exception. Comme l'a dit joliment P. Naveau, la constitution même d'une loi repose sur l'exception. Mais c'est la raison même du processus de ségrégation, c'est-à-dire d'individus qui se reconnaissent une certaine fraternité d'appartenance (pour faire appel à nos souvenirs de la lecture de *Totem et tabou*) et qui, d'un même mouvement, rejettent à l'extérieur tout ce qui ne va pas, tout ce qui cloche avec cette fraternité d'appartenance. Ainsi, le processus d'identification est aussi un processus d'exclusion. Et cette mécanique est au cœur de la question de l'angoisse.

N'être « pas comme », pas universalisable, c'est le statut du fou. Il incarne même, c'est son drame, l'exception à l'universel.

Mais il y a une autre façon de résister à l'universel. C'est de n'y être pas totalement, « pas-tout » comme dit Lacan à l'époque des mathèmes de la sexualité. L'ensemble se trouve alors comme poreux, les éléments ont en quelque sorte un pied dedans et un pied dehors. C'est ce que Lacan considère comme régissant la logique féminine.

Une autre façon encore de résister à l'universel... c'est le symptôme. Là encore, il s'agit d'une version ultérieure de Lacan, où il s'intéresse en quelque sorte à ce qui résiste à la symbolisation comme étant au cœur de la question du symptôme. Il y aurait un irréductiblement non-symbolisable au cœur du symptôme. Plus exactement, on pourrait parler dans le symptôme de rencontre avec ce qui n'est humainement symbolisable pour personne et que le symptôme traiterait. Celui-ci en sort positif par Lacan, comme appareil, comme invention du sujet aussi, appareil à traiter le non-symbolisable.

Alors, qu'est-ce qu'on fout là ?

On nous parle de quantification, de groupe de patients, « homogène » en plus, on nous propose d'universaliser nos pratiques en nous faisant miroiter l'idéal d'une « bonne pratique », élaborée dans le « consensus » d'une « conférence »...

Bientôt des centres spécialisés dans ce qui est à la mode (anorexie, dépression) près de chez vous?

Bref, on regroupe, on fait des ensembles... Et on rejette dans ce positionnement scientiste la question de ce qui n'est pas universalisable, le particulier irrésorbable en chacun de nos patients et aussi de nous-mêmes, y compris dans notre style professionnel.

J'entendais tout à l'heure des collègues infirmiers parler de « geste protocolisé », qu'ils opposaient à ce qu'ils appellent « le relationnel ». Mais c'est à se demander si on ne nous propose pas déjà du relationnel protocolisé. J'en ai vu, quant à moi, des signes récemment en participant à un audit clinique sur le suicide. Dans cet audit, il s'agissait de vérifier, d'évaluer comme on dit maintenant partout, si notre pratique ne s'inscrivait pas à plus d'un écart-type par rapport à la moyenne nationale

(là, j'exagère quand même !) dans la prise en charge du suicide et la prévention de sa... « récurrence », comme l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) s'exprimait à l'époque. On vous dit donc quoi demander au patient, quoi lui dire *systématiquement*, quoi faire et même...comment le reconvoquer si par malheur il venait à résister à nos bonnes intentions soignantes.

Je suis d'accord aussi avec leurs observations concernant la « culture de la réponse immédiate » (l'anxiolytique en première intention) qui a pour but d'écraser ce qui contient justement la particularité d'un sujet: sa parole, sa souffrance, son symptôme. Là, on aide seulement le patient « angoissé » à se rendormir en oubliant ce qui le tarabuste, plutôt que de prendre le temps de chercher ce qui peut bien se passer pour lui ; cela avec, la nuit, la difficulté supplémentaire d'une présence infirmière réduite. « Mieux être rapide », d'ailleurs que demandent aussi les patients parfois, et l'on sait que, la culture d'entreprise étant depuis longtemps rentrée à l'hôpital, on leur fait remplir des questionnaires de satisfaction. Il s'agit donc désormais de les satisfaire...

« Prise en charge de plus en plus médicalisée », ont dit aussi mes collègues. Le diagnostic, pour ne pas dire le verdict de Lacan en 1967 reste donc actuel: « psychiatrie entièrement dans le dynamisme pharmaceutique ».

Le texte de mes collègues permet aussi de bien voir que le malaise devant la souffrance de certains patients, malaise que l'on pourrait peut-être appeler... angoisse, ce sont eux qui le ressentent, dans ce poste avancé vers le malade que leur travail, para-médical, leur assigne.

Et comme je les rejoins quand ils remettent en cause la réponse automatisée du protocole de soin, en faisant appel à la différence, à ce qui résiste à se faire automatiser.

Alors : quelle est la place de la psychanalyse là dedans ?

C'est peu dire de l'actualité que de répéter le terme de « baratin » pour situer l'auditoire de son discours aujourd'hui. Car on en est, notamment dans le courant représenté par les TCC (Thérapies Cognitivo-Comportementales), à propager l'idée que la psychanalyse ne procède pas d'un baratin, mais d'un discours mensonger.

Je crois, quant à moi, qu'elle a encore sa place si l'on veut bien considérer que la condition humaine est une condition difficile qui amène chacun à un certain nombre de complications et d'impasses. Aidons à l'élaboration d'une invention chez le sujet pour traiter ces problèmes, soutenons la, plutôt que d'abraser les différences dans l'application méthodique d'Un pour tous, sous entendu « un protocole pour tous ».

C. JACQUELIN

D'une ambiance à l'autre

Je ne suis pas une analyste, je ne suis pas une analysante, j'ai un transfert pour la psychanalyse et je suis infirmière de secteur psychiatrique... en voie d'extinction.

D'ailleurs la disparition du signifiant psychiatrique n'annonçait-elle pas déjà une certaine déliquescence de la psychiatrie pour en arriver à ce qu'on appelle maintenant la santé mentale ?

C'est le hasard des rencontres qui m'a amenée à travailler en psychiatrie, mais c'est l'intérêt pour la psychanalyse qui m'a fait y rester. Elle guide, donne une direction à mon travail en institution.

C'est une forme de boussole symbolique qui tempère ma nature. Pas de direction vers l'amour, la haine ou le savoir sans faille.

Les institutions dans lesquelles j'ai exercé ont été orientées par la psychanalyse, par un discours, par une clinique partagée. Pas de renoncement devant l'insupportable, l'institution psychiatrique, en tant qu'elle traite notamment du réel de la psychose, existe. Elle est une nécessité sociale.

Certains sujets ne peuvent s'adresser à un cabinet d'analyste ou à des consultations lorsque les phénomènes cliniques deviennent trop envahissants, amenant le sujet soit à la mort, soit à l'exclusion sociale.

Il est de notre devoir de protéger, assister, aider, soigner, traiter. Devoir qui revient à chacun, travailleur en institution psychiatrique. Protection de l'individu et ou de son entourage, lorsque la clinique se manifeste par son agir, son comportement, ses cris, par son activité pulsionnelle.

Il y a quelques semaines, en isolement, j'ai rencontré monsieur O. qui me confiait avec froideur que son frère était responsable de son enfermement. S'il retournait chez lui, il le planterait, comme d'ailleurs ses anciennes connaissances responsables de son cancer imaginaire.

Envahi par un sentiment de toute-puissance, rien ne pouvait lui arriver, missionné par la vierge, il était le maître du monde. Gare à ceux qui tenteraient d'empêcher sa marche vers la gloire. Le moindre signe, le moindre regard exposent parfois le sujet à l'interprétation persécutive.

Ici l'enfermement, voire l'isolement, semble être un passage obligé pour mettre le sujet à l'abri. Pour le soignant, il s'agit de transformer le cadre de la contrainte en cadre de soins.

Peut-être en transformant l'ambiance ? En favorisant une circulation de la parole.

À chaque fois que je rentre dans une chambre d'isolement, je me souviens du roman de Stefan Zweig *Le joueur d'échecs*. Cet homme reclus, isolé du monde, invente un dispositif symbolique, voire un délire pour échapper à la folie. Nous savons que tout sujet soumis à une situation d'isolement peut développer des phénomènes de désafférentation, ainsi paradoxalement ce qui se voudrait être thérapeutique peut devenir iatrogène. (« Et où y a trop de gêne y a pas de plaisir »).

Autre jeune homme rencontré lors d'une présentation clinique à Prémontré pour qui une hospitalisation avait été refusée 48 heures auparavant au SAU (Service d'Accueil des Urgences). Envahi par l'objet scopique, sous l'influence de ses voix. Il se sentait contraint de se rendre en boîte de nuit à la recherche d'une jeune femme, provoquant chez lui une agitation anxieuse. Il livra cet élément à la fin de la présentation clinique, l'hospitalisation fut demandée pour parer à un passage à l'acte. Volonté du psychanalyste d'écouter, d'entendre, de ne pas renoncer et d'orienter pour que le sujet ait l'occasion de témoigner de ce qu'il lui arrive. Volonté au sens de vouloir ce qu'on désire. Devoir donc de protéger, devoir qui renvoie chacun à sa responsabilité au-delà du niveau de compétence, soutenant l'idée d'un travail à plusieurs, d'une pratique à plusieurs.

Mais comment la question du devoir peut-elle s'articuler à la question du désir de travail ?

« Je dois », injonction surmoïque, impératif appuyant et comprimant le travail au commandement,

donnant une tonalité laborieuse. La question du devoir peut être le lieu d'exigence amenant le professionnel aux prises avec un certain idéalisme forcené.

Alors comment faire un pas pour passer de « se coltiner la misère du monde », pour reprendre une phrase de Lacan, à une forme d'enthousiasme de travail, à un désir décidé. C'est avant tout une histoire de rencontres.

Ca peut reposer sur peu de choses, une rencontre avec un sujet psychotique. Ca peut se passer de bureau, d'entretiens, c'est parfois drôle, parfois glauque, parfois dépersonnalisant ou envahissant, parfois vide. Une rencontre, on mesure que quelque chose s'est passé mais on ne peut pas forcément l'expliquer.

Un jour on est transparent et un matin il y a un sourire.

– Bonjour Mme Petit,

– Bonjour Mme Fleur.

– Vous êtes gynécologue, Mme Petit.

– Ah oui je suis gynécologue de la tête Mme Fleur.

– Ah bon, alors vous pouvez me brosser les cheveux Mme Petit.

– Bien sûr Mme Fleur, nous y allons de ce pas.

– Oh merci Mme Petit ».

J'ai brossé ses cheveux, mis un nœud, et elle m'a autorisée à lui donner des chaussons.

En quelques minutes, nous sommes passées de la gynécologie à la coiffure pour arriver à la chaussure. Traiter l'incurie dans la psychose nécessite parfois de se décaler d'une posture hygiéniste ou éducative.

Autre ambiance, autre temps, autre rencontre, la pratique peut s'orienter, avant même d'élaborer des pistes de travail, du côté de mettre à l'abri.

Il s'agit d'un sujet qui traitait l'insupportable en abusant de toxiques, véritable errance somnambule qui rend parfois la rencontre impossible. À cette époque, après une discussion en équipe, j'ai saisi sa proposition de m'enseigner l'anglais, acceptant d'être le partenaire du sujet. L'équipe et moi-même n'avons pas eu d'attente particulière du côté du sens, mais plutôt une possibilité pour le sujet de nouer quelque chose ensemble, pour parer à une hémorragie du vide, à la pulsion de mort, au pronostic vital engagé. Lors des cours d'anglais, le sujet témoignera des figures persécutives auxquelles il est confronté. Au fil des semaines, les plaintes prennent consistance ; monsieur R. est l'objet de l'Autre, il dénonce les mauvais traitements dont il est victime. Les cours d'Anglais deviennent un lieu où le patient peut venir se plaindre. Rencontres hasardeuses, amenant le soignant à inventer une certaine atmosphère, un style de relation, du pas trop sérieux, un entre deux entre attentif et distrait. Nous avons mesuré que l'humour du soignant n'était pas de l'ordre de l'équivoque pour ce sujet. Le regard de l'Autre pouvait être intrusif, le ton de voix injonctif. Cette clinique du détail est essentielle. Lorsqu'elle n'est pas élaborée en équipe ou interrogée, elle risque de faire enfler une forme de férocité de l'Autre. Il s'agit de « présentifier une figure de l'Autre qui doit permettre au sujet d'y avoir une place » (A. Zenoni), promouvoir une certaine ambiance, chère à J. Oury, de vie en commun, au delà des compétences de chacun.

Le moment du repas, ça demande une présence, du sérieux : surveillance des traitements, application, prévention des fausses routes, de la voracité, des insultes.

Ça crie, ça se tait, ça pleure, ça se bourre. Le repas c'est un moment privilégié du « ça freudien », une prévalence de l'oralité dans un collectif. Un repas humanisé, c'est un repas où il se passe autre chose que de bouffer.

J'aime bien quand ma collègue travaille, par son style elle permet une certaine « convivance », les plats résonnent, elle veille, arrive à stopper la voracité des uns et des autres, s'étonne, éclate de rire,

s'insurge, elle dit « Ah non ! Ah non ! Ah non ! » Puis reprend une voix toute douce. C'est un rythme, une musique, une manière de s'adresser à chacun, elle fait du cas par cas.

Ça introduit du jeu là où ça pourrait devenir mortel, au sens propre comme au sens figuré : attention à la sauce marron, elle est peut-être empoisonnée pour ce patient qui bénéficie d'un régime alimentaire particulier. Mais heureux ce yaourt blanc pour sa pureté virginale. Un autre vérifie la composition de chaque aliment sur les étiquettes avant de consentir à avaler quelque chose.

Elle met du Tralala là où il n'y en a pas, ma collègue.

Une manière d'habiller, d'esthétiser la rencontre.

Confrontés parfois à des sujets qui ne parlent presque pas, nous redoublons d'efforts, d'attention, pour inventer un style de prise en charge.

Le traitement du sujet dont je vais vous parler ne fut pas aisé, l'insupportable pour le soignant se situant du côté de son mutisme. La pente naturelle de cette jeune femme étant la désertification, la désaffectation.

Lors d'une discussion clinique en équipe, nous déciderons que je prendrais note sous sa dictée de son histoire. Sans que cette stratégie de soins soit inédite dans l'institution nous supposons que le sujet puisse s'inscrire dans une histoire particulière. Nous lui supposons un savoir malgré un tableau sémiologique qui serait à priori du côté du déficit. C'est son rapport au langage qui suscite pour moi un effet de surprise. L'anamnèse, véritable production du sujet, permet une rencontre singulière où Melle F. se mit à parler de ce qui lui était arrivé. Au-delà des éléments anamnestiques recueillis, l'intérêt clinique se situait du côté d'un sujet qui semblait abandonner son identité désertifiée. C'est une offre de l'institution, d'un lieu d'écoute, d'une parole, qui peut permettre au sujet d'inscrire dans le social sa propre invention. Car si l'institution tente de coller au plus près à ce que le sujet dit, c'est pour extraire la particularité de chacun et être attentif à la voie du sujet.

Il ne serait être question de soutenir tout et n'importe quoi, ou d'attendre que l'évènement arrive, ou encore, d'établir des rencontres standard.

Parfois le rappel à la règle ou le dire que non s'impose soit pour arrêter ce qui traverse le sujet, soit pour permettre une cohabitation à plusieurs. Une nécessité de pratiquer le singulier avec le pluriel de l'institution. Mais il ne suffit pas toujours de dire non pour que ça stoppe. Formules solennelles, ton courtois, adresse à un Autre, rappel de la règle pour l'équipe, mille et une façon de s'adresser au sujet psychotique en tenant compte de sa symptomatologie.

À cette patiente qui n'avait cessé de demander des cigarettes, il lui sera proposé un calendrier avec des horaires, traitement de l'impériosité de la demande qui ouvre vers une forme de régulation tant au niveau de l'équipe que du sujet.

Pour cet autre patient qui capte les uns et les autres par le regard, rendant la vie collective impossible, un abri fait d'un paravent sera proposé pour favoriser un apaisement.

Parfois préférer le recours à l'interdit pour le soignant peut être opérant : « Je suis désolée, je n'ai pas le droit ».

Ou utiliser une forme négative : « il ne serait être question ... ». Une adaptation de la formule, de la voix, du regard, interventions qui prennent appui sur la clinique du sujet. Une clinique du cas par cas. L'apaisement est parfois de courte durée, mais il ouvre vers autre chose que le transitivisme, c'est-à-dire cette pente que nous avons à la « méconnaissance », à se faire prendre par les apparences. Si je me comporte avec un maniaque comme un maniaque, je risque fort de me prendre une pêche.

En guise de conclusion, je vais vous raconter une petite anecdote. Cela se passe dans un magasin de fringues.

J'attends que les multiples essayages de la personne que j'accompagne se terminent. Quand surgit une femme qui ouvre le rideau de la cabine pour demander : « je n'ai pas oublié mon gilet ? »



découvrant ainsi, au regard de toutes les dames qui attendaient leur tour, l'homme en petite tenue. Celui-ci, stoïque, lui répond que non et elle s'en va. Je lui dis d'un air amusé : « Il n'était pas tout nu au moins ? » Elle me répond : « non, mais je m'inquiète pour mon gilet » et continue sa route, laissant les uns et les autres offusqués par cette conduite. Je ne suis pas sûre que j'aurais pris les choses aussi tranquillement si je n'avais pas repéré que manifestement le désarroi de cette femme allait au-delà de la question de son gilet. Je me suis dit, après-coup, que de travailler en psychiatrie ça a changé mon rapport au monde.



ÉQUIPE HÔPITAL DE JOUR D'ABBEVILLE

Ils n'fontent point grand-chose

L'équipe de l'Hôpital de jour d'Abbeville se devait de dire quelque chose de ce que l'on fout là.

Les patients sont là de 9 heures à 16 heures 30, quelques uns viennent sous contrainte, qu'elle soit administrative ou non. Obligation de soins, obéissance. Et pour nous, combien viennent par nécessité, par obligation, qui peut dire clairement pourquoi il a fait ce choix de travailler en psychiatrie ?

Que sait-on de ce que l'on fait là ?

En en parlant ensemble, on s'ennuyait presque à essayer de décrire ce que l'on fait avec les patients. Qui l'atelier cheval, cuisine, collage, qui le groupe de parole, histoires d'écrire, sortie au marché, atelier chant ou repas dits thérapeutiques. D'ailleurs à l'Hôpital de jour, on est pétri de thérapeutique, on ne voudrait surtout pas être taxé d'occupationnel, de « réhabilitationnel », d'« éducationnel ». On a fini par se dire que s'il existait un bonne trentaine de groupes ou ateliers, c'était sans doute parce qu'on supportait mal de ne rien faire. On sait un peu ce que l'on fait, ce que l'on propose, mais ce qu'on fait là reste insu.

S'activer

La médiation proposée est un alibi pour qu'un espace se crée. Aller au marché, par exemple, devient tout autre chose ; se laisser prendre dans un mouvement, dans la foule, dans le croisement des inconnus. On observe la distance des uns et des autres, ceux qui se perdent, ceux qui restent collés à l'infirmier, ceux qui vous marchent sur les pieds, ceux qui marchent seuls droit devant, l'air de ne pas y être, ceux pour qui « le quartier libre » est impossible.

L'acte du soignant

Nous nous sommes beaucoup demandé à quoi cela servait, ce qu'il y avait de si thérapeutique que cela.

Dans l'envers du décor des ateliers, il y a l'acte de chacun. De son acte, chacun a à répondre. L'acte implique que l'on soit engagé avec les patients, qu'on y mette tout son désir de vouloir bien faire n'y fait rien. On attend un résultat, on a envie que ça marche, on croit savoir ce que l'on fait mais ce sont les patients qui nous diront ce qui s'est passé pour eux. Ça n'a pas grand chose à voir avec les démarches de soins, les projets de soins, tout ce qui est maintenant demandé aux soignants comme écrits pour pouvoir évaluer leurs actions, pour pouvoir dire que la démarche qualité est en marche.

Ce sont les patients, les dires des patients qui font l'acte des intervenants. C'est seulement dans l'après coup que l'on peut entendre ce que tel ou tel atelier a voulu dire pour celui-ci ou celle-là. Ce sont les phrases glanées dans les ateliers, dans les couloirs, sur le pas de porte, qui font de nos interventions un acte. Sans s'en rendre compte, sans le savoir, c'est-à-dire là où le savoir n'est pas, il y a une place pour l'acte. C'est pour cette raison que l'on a choisi pour titre une phrase d'une patiente « ils n'fontent point grand-chose ».

Vous penserez sans doute qu'elle parlait de nous, des soignants qui se tournent les pouces. Elle parlait en réalité des autres patients, qu'elle ne supportait pas de voir assis là, sans rien faire. De cet

écart entre ce que l'on attend et ce qui nous surprend toujours, nous avons voulu vous parler, à plusieurs.

Je termine par ce commentaire d'une patiente sur ce qu'elle appelle « nos ateliers à la con », elle qui en redemande et qui voudrait bien venir cinq jours sur sept. C'est peut-être là une des formes de l'hospitalité de jour.

Quand nous avons choisi d'intervenir à ce colloque, nous étions loin de nous douter que la réflexion que nous allions mener aurait tant d'effets sur notre travail quotidien, bien au-delà de cet écrit.

Qu'est-ce qu'on fout là ?

Après s'être posé et reposé cette question en équipe, nous nous sommes demandé ce que pouvaient bien en penser les patients.

C'est ainsi que nous les avons interpellés sur ce sujet au décours d'un atelier, d'un repas...

Sur leur présence à l'Hôpital de jour et le pourquoi de celle-ci, nous avons entendu :

« Je suis là parce que je suis malade, ... ma mère m'a dit que je suis psychotémique ».

« Je suis là pour me reposer ».

« Je suis là pour ne pas être chez moi, rencontrer des gens, faire des activités ».

Tiens ! L'Hôpital de jour serait-il un genre de Club Méd où l'on vient en VSL ?

« Je suis là parce que je suis obligé ».

Ou encore sur notre travail de soignant, nous avons entendu :

« Vous êtes là pour organiser tout ».

« L'équipe est là pour animer ».

Serait-on vraiment de gentils organisateurs ?

« Pour une fois, c'était pas un atelier de torture ».

« L'équipe soigne est ici pour s'occuper de nous ».

« Pour qu'on soit bien, bien dans sa peau, penser à rien ».

« Vous êtes là pour emmerder le monde ».

Pardon ?

« Vous êtes là pour embêter le monde ».

Il est rare d'entendre, de la part de ce patient en HO (hospitalisation d'office), combien cela doit être difficile et contraignant de venir à l'Hôpital de jour.

Et que penser de :

« Vous n'en foutez pas lourd, vous ne devez pas être fatigués le soir ».

Effet surprenant de toutes ces réponses qui ne nous laissent pas indifférents, qui ont éveillé chez chacun de nous des ressentis et des réactions variées.

Qu'en est-il du soin quand nous entendons à plusieurs reprises le mot *animer*.

Animer, ne serait-ce pas ré-animer quelque chose chez eux ? Mettre en mouvement ?

En tout cas, ça nous a animés, nous, équipe, dans la réflexion, du côté du soin.

Certains patients ont attiré un peu plus notre attention de part la justesse, de part la richesse de leurs propos ; que ce soit en réponses à nos questions ou avec des phrases énoncées spontanément, à un moment où l'on ne s'y attend pas forcément, en se croisant dans un couloir, en marchant lors d'une sortie.

Mr R dit : « l'équipe est là pour nous accueillir tous les matins » et il y vient chaque matin, avant l'heure, lui avec qui on n'aurait pas parié, à son arrivée il y a neuf mois, qu'il vienne régulièrement.

Accueillir, c'est faire une place à ces patients, laisser une place à l'autre, dans un dedans où il se sente rassuré.

Il ajoute : « vous êtes là pour organiser nos journées ».

Lui,

qui ne se repère pas dans le temps, dit : « quand j'étais petit, ... à 18 ans ».

qui ne se repère pas dans l'espace : « je ne distingue pas le devant du derrière ».

qui dit « le rêve et la réalité se mélangent »,

ou dans une discussion : « je ne vous suis pas, c'est flou dans ma tête ».

Bien évidemment, on organise les journées, on structure le temps, on pose des limites : 9 heures, accueil autour d'un café puis inscription aux activités de la journée, premier atelier, repas, repos, deuxième atelier, collation, départ, bonne soirée et à demain.

Mais surtout, on l'écoute, on l'observe, on passe du temps avec lui.

On recueille ses paroles, on favorise les échanges.

On pense, on repense les mots/maux.

« La nuit, je rêve de monstres » a dit Mr R à une soignante.

Tiens ! Il y a quelques semaines, il m'a dit : « je suis encore un petit garçon, ma mère me fait mon goûter tous les soirs ».

Y'a-t-il un lien à faire, nous pensons que oui, mais être dans le vrai, le faux, après tout ce n'est pas l'essentiel.

Écouter en se laissant surprendre par leurs propos, simplement en laissant leurs paroles avoir un effet sur nous, garder de la spontanéité dans nos réactions.

Au-delà d'écouter, il s'agit de réécouter, de décoder les dires des patients.

Nous devenons les dépositaires d'un mot, d'un acte, nous essayons d'assembler un puzzle, de se faire une représentation de leur histoire avec des bribes glanées de ci, de là.

Rester étonnés semble plus facile avec des patients que l'on découvre. Intérêt porté par l'ensemble de l'équipe à ces nouveaux qui suscitent curiosité, qui nous donnent l'impression d'être dans notre fonction de soignant parce que quelque chose bouge...

Illusion ? Cette impression ne tient-elle pas au fait que l'on se découvre, que l'on fait connaissance.

Illusion qu'il se passe plus de choses en début de prise en charge que sur le long cours ?

Pourtant, l'expérience nous montre que, parfois, la surprise est plus forte avec des patients qui font partie des murs, qui ont souvent plus d'ancienneté dans l'établissement que le soignant en face d'eux, ceux dont on croit avoir déjà fait le tour...

Pour illustrer notre propos, le cas de Mme L, patiente de 47 ans, à l'Hôpital de jour depuis 17 années.

Elle nous rejoint dans l'atelier ; tête baissée, ailleurs, dans ses pensées comme d'habitude ; dans ce qu'elle appelle « ses idées fixes ».

Quel que soit l'atelier choisi, c'est ainsi qu'elle se présente.

Immanquablement, pourtant elle questionne.

Mme L utilise la forme interrogative comme moyen d'aborder l'Autre...

Caractère compulsif de questionnements débordants :

« C'est bien ce que j'ai dit ? Du départ ? Vous êtes sûr ? »

Le caractère fixe de l'idée qui l'habite renvoie au fait que cette idée s'impose à elle avec une telle rigueur qu'elle ne peut y déroger.

Sa mère le lui a dit : « tu vas les user à l'Hôpital de jour avec tes questions, d'ailleurs tu n'y vas plus que deux jours, un jour ils te mettront dehors ».

Elle ne se contente pas d'interroger, elle somme aussi l'Autre de répondre, interrogeant tous ceux dans l'institution qui semblent en place de détenir un savoir.

Mme L rit en relatant les propos de sa mère et, aussitôt, bascule dans l'impériosité et la gravité du questionnement : « c'est vrai que vous pourriez me mettre dehors ? ».

Enchaîne : « c'est conseillé que je vienne à l'Hôpital de jour, est-ce que je suis obligée de venir ? ».

Comment répondre à des questions qui n'en sont pas vraiment ? Peut-être par d'autres questions qui n'en sont pas.

L'équipe a laissé tomber l'idée que l'on peut lui répondre sur le versant du sens.

Nous tentons de construire « un savoir ne pas savoir ». Ainsi, il semble qu'elle puisse marquer une pause, lorsque nous réussissons à nous décaler de la position de celui qui sait, souvent en la rassurant sur la validité de sa propre réponse, ou en utilisant l'humour, c'est-à-dire en introduisant de la légèreté à la gravité de ses propos.

Importance de l'humour comme quelque chose de productif, d'essentiel dans le quotidien.

Au sein des ateliers, Mme L est là, accaparant le soignant avec ses questions, répondant difficilement à notre demande de se concentrer, de participer à une création, à une production.

Lorsque nous l'incitons à « faire », elle dit : « est-ce quand je ne fais rien en atelier, c'est quand même du soin ? ».

Question de l'obligation... le droit de ne rien faire, de faire du rien... est-ce seulement du rien ? Cette notion de rien nous fait penser à ces patients assis, bras croisés, regard fixe, attendant que les ateliers commencent. Impression de vide, d'inertie, de passivité qui parfois nous dérange...

« Vous, les soignants, devez être gentils » dira Mme L.

« C'est vrai que vous ne pouvez pas être tout le temps gentils, vous devez être justes... vous m'estimez ? ».

Nous partageons le quotidien avec les patients, nous avons chacun une manière de les considérer... d'après le dictionnaire, considérer signifie regarder attentivement, mais aussi estimer.

Lorsque nous ne prêtons pas l'attention attendue, Mme L dit : « vous ne répondez pas, vous n'êtes pas patient », « vous devez répondre à mes questions, c'est votre travail, je suis malade psychiatrique ».

Ces questionnements incessants ressentis parfois comme envahissants, voire comme une attaque, nous bousculent.

Accepter d'être dérangés par les propos des patients, d'être bousculés dans nos habitudes, d'être remis en question dans notre fonction de soignants.

Pour étayer notre réflexion, nous allons maintenant vous parler de Melle D.

Un matin, lorsque nous lui demandons : « vous avez choisi votre atelier ? ».

À la surprise générale, elle répond : « hum ! Vos ateliers à la con ! ».

Elle qui, habituellement, bougonne, articule mal, que l'on doit faire répéter.

D'un coup, on a l'impression de revoir cette Melle D qui nous a déjà tant étonnés à l'atelier Théâtre.

Et là, stupéfaction de tous puis éclat de rire général.

C'est comme un détail, mais ce jour-là ce n'est pas passé inaperçu. C'est bien la première fois qu'elle s'en prend à un atelier comme cela, « mais qu'est-ce qui se passe ? ».

Il y a quelques mois, lorsque le nouveau médecin lui demandait ce qu'elle faisait à l'Hôpital de jour, elle répondait :

« Pas grand-chose de bien ».

À l'équipe, elle disait souvent : « vous ne faites rien pour moi ».

D'ailleurs, nous nous demandions bien ce qu'elle y faisait encore.
Melle D, 59 ans, suivie depuis 37 années, fréquente l'Hôpital de jour depuis huit ans.
Quel projet pour elle, si ce n'est, pour certains qui veulent y croire, d'éviter une rechute, de soulager la famille en attendant un éventuel placement en maison de retraite au décès de la mère.
On la laisse bougonner, râler, voire on la supporte en atelier.

Changements dans l'équipe, nouveaux regards, ces quelques mots « vos ateliers à la con » nous interpellent.

Nous sommes alors plus attentifs à ce qu'elle y fait, dans ces ateliers, à ce qu'elle y dit, à ce qu'elle en dit, modifiant sans doute notre façon de l'aborder et de réagir.

Quelque temps plus tard, on surprend un : « pas mal, pour quelqu'un qui ne sait rien faire ».
Elle constate : « je ne fais pas de moi-même,..., il y a plein de choses que je pourrais faire ».
Maintenant, elle dit avec le sourire : « je fais de nouvelles choses, je fais même de la gym ! ».
Effectivement, elle participe à de nouveaux ateliers, est moins inhibée, attend moins de l'autre, prend plus de plaisir, et se laisse davantage aller.

Elle essaye de nouvelles activités qui lui semblaient jusqu'alors insurmontables, et elle en redemande même.

« Je fais des choses que je n'aurais jamais pu croire faire ».

On pourra toujours se demander ce qu'est la raison de ce changement.

Certains diront que la diminution importante de son traitement y est pour l'essentiel... certes elle s'est animée un peu plus.

Des changements dans l'équipe, de nouvelles relations avec un regard différent, des désirs nouveaux pour elle.

Encore aujourd'hui, l'équipe reste partagée, nous conduisant toujours à confronter nos points de vue, certains restant toujours dans l'attente d'être étonnés.

Et pour conclure, quelques propos de Melle V s'adressant à une infirmière de l'équipe qui lui demande : « qu'est-ce qu'on fout là ? » :

« Oh ! Mais vous, vous l'avez choisi d'être là, pas moi ».

« Soigner les bobos de la tête, mais c'est pas chose facile, c'est un dur métier ».

« Vous pensez faire leur bien, vous les conseillez, essayez de les aider. Mais ce que vous dites, ils vous écoutent pas. Ils n'en font qu'à leur tête ».

« Vous n'y arriverez pas ».

*5ème Journée du Collectif Psy Abbevillois
jeudi 15 juin 2006
sous la présidence de Claude Nachin*

Loi(s)

Loi(s) : voici le thème que le collectif a choisi cette année, pour ses résonnances multiples. En effet, si la loi peut être celle du texte juridique, elle peut concerner aussi le rapport à la contrainte (physique et psychique), la répétition, le féminin, l'Œdipe, la théorie métaphysique, le trans-générationnel, la culpabilité, etc.

Nous nous réunissons cette année autour de Claude Nachin, pour cette journée qui cherche à produire des ponts entre pratique et théorie.

B. VRIGNAUD : Culpabilité (*texte indisponible*)

J. COUTURE : Lois et générations

C. PISANI : L'Amour de la loi (*texte indisponible*)

C. NACHIN : Conférence (*texte indisponible*)

D. FREMAUX : Loi et toxicomanie (*texte indisponible*)

J.-L. SAFFER : L'Enfermement (contention & isolement)

G. COTTE : Quand la justice décrédibilise les parents

S. MOUKHLES :

Pratique d'une psychologue clinicienne en Centre d'Education Renforcé pour adolescent

P. DELENGAIGNE : Loi et psychose

F. TIREL :

Du Dr Nachin à la version 2 du manuel d'accréditation : nécessité de la loi (*texte indisponible*)



Lois et générations

Introduction

Dans les suites de Benoît Vrignaud, nous partirons d'une toute autre situation pour illustrer le thème du colloque de cette année « Loi(s) ». Peut être est-ce en raison de la diversité de ces abords que nous avons choisi pour notre communication le titre Loi(s) au pluriel et génération(s) que nous déclinerons également au pluriel.

Pour illustrer notre discussion sur le thème donc « Lois et générations », nous partirons d'une courte vignette clinique que nous pourrions intituler ainsi « Blaise et les fantômes dans la chambre d'enfant ».

À ce titre se superposent en nous les images de ce film à grand succès : *Le sixième sens* (peut-être pourrions nous d'ailleurs en filigrane de cette observation nous interroger sur les raisons de ce succès) mais là n'est pas le débat d'aujourd'hui.

Sans chercher à identifier notre jeune Blaise à cet héros cinématographique Cole, nous pouvons retrouver en chacun d'eux l'existence de fantômes dont ils se font bien malgré eux et en dépit de la lutte livrée les prisonniers.

Mais entrons dans le vif de notre observation.

La clinique de Blaise

Blaise est un jeune enfant qui, au moment de notre première rencontre est âgé de trois ans et demi et qui, disons le tout de suite, présente de nombreux troubles du comportement à type notamment :

- d'évitement relationnel,
- de réactions de « gel » décrites par S. Fraiberg, d'agrippements à l'hypertonie,
- de réactions, véritables anxiétés primitives, diffuses et non orientées face aux séparations.

Et enfin de manœuvres autistiques (fascination pour divers mouvements tourbillonnants tels que celui des feuilles mortes).

Bref, autant de réactions qui témoignent au minimum d'une modalité non sécurisante d'attachement et, pour les amateurs de classifications nosographiques, nous porterons pour cet enfant le diagnostic de dysharmonie psychotique.

Oui et alors me direz-vous, quel rapport entre cet enfant et notre sujet « Lois et générations ». Patience nous y arrivons en nous tournant désormais vers la mère de Blaise qui, inconsciemment bien sûr, de par son histoire et son vécu douloureux au cours de sa grossesse, a pu susciter de tels aménagements défensifs chez son fils.

La maman de Blaise

Cette maman peu féminine dans ses attitudes, peu chaleureuse et peu maternante avec Blaise ne nous invite guère il est vrai, à un transfert positif (contre-transfert) aussi resterons-nous prudents pour ne pas l'instituer d'emblée comme responsable des malheurs de son fils. Elle a d'ailleurs d'une précédente union deux autres grands garçons, majeurs qui, à notre connaissance vont bien.

Rétrospectivement, nous pouvons penser que le décès du père de cette jeune femme au 7ème mois de sa grossesse a pu contribuer à l'émergence de la pathologie de Blaise. En effet, sous l'emprise indirecte de ce deuil, la vie psychique de cet enfant s'est trouvée très tôt soumise à une loi maternelle imaginaire aliénante ne lui permettant pas de s'autonomiser.

Expliquons nous.

Pour faire vite, disons que Blaise, dès sa naissance se trouve inscrit non pas dans une filiation instituée, symbolique (preuve en est, son patronyme lui vient de ses ascendants maternels) mais bien plus dans une filiation d'essence narcissique régie par l'imaginaire maternel. Cet imaginaire accorde peu de place au père de Blaise qui se trouve en quelque sorte destitué au profit du grand-père maternel.

Déjà, de par son vécu, la mère de Blaise est portée à croire que la vie ne peut que succéder à la mort inversant ainsi les termes de la logique existentielle à laquelle on pourrait s'attendre. À titre d'exemples nous citerons deux de ses paroles, selon nous bien éloquents :

« On meurt, on vit » ; « la mort et la vie après ».

Peut-être pouvons-nous voir dans ses propos, une forme d'expression du déni de la mort de son père, déni qui trouverait écho dans ses attitudes avec Blaise, enfant qu'elle ne peut investir qu'à ce qu'il soit comme elle à son âge, c'est-à-dire turbulent, maladroit et en retard dans ses acquisitions scolaires. Aussi peut-elle être en retour comme son père réalisant ainsi une incorporation de l'imaginaire paternelle qui, à l'insu de l'enfant et de sa mère exerce une véritable contrainte relationnelle.

Ainsi, à suivre G. Pankow dans *L'être-là du schizophrène*, nous pourrions dire que la situation familiale au moment de la conception de Blaise, ne lui donne pas la permission d'exister. Aussi Blaise se retrouve-t-il dans la situation dont Searles nous apprend qu'elle est propice à rendre l'autre fou : « Il avait peu de raisons voire aucune, de sentir qu'elle réagissait à lui comme à un individu à part entière, elle semblait toujours réagir soit à une part projetée d'elle-même soit à quelque figure de sa propre enfance ».

Très tôt Blaise se retrouve donc confronté à une modalité relationnelle, un peu de type double lien, l'amenant en permanence à osciller entre deux alternatives sans qu'il ne puisse jamais choisir en faveur de l'une ou l'autre, aucune d'entre elles n'étant finalement satisfaisante psychiquement.

Soit il reste collé, sans qu'aucun écart ne soit possible, aux projections maternelles et alors aucune individualité ne peut lui être reconnue.

Soit il parvient à se déprendre de cette fusion aliénante au risque alors d'un rejet maternel.

Cette conflictualité psychique, impensable, impossible à élaborer pour ce si petit garçon pourra se lire au travers de ses jeux (si tant est que nous puissions parler ici de jeux) mais également de ses attitudes.

Ce qui, aux yeux de sa mère passe pour de la maladresse doit être bien plus selon nous considéré comme une non-appréhension des limites corporelles et de la distinction contenant-contenu. De mémoire, Blaise passait son temps à renverser les objets qui se trouvaient sur son chemin sans même y prêter attention semble-t-il.

Enfin, il passera son temps à accoler deux par deux, sur toutes leurs surfaces, divers objets. Toutefois, progressivement, avec l'aide des intervenants extérieurs scolaires ou du Centre Médico-Psychologique, ses activités ludiques pourront se montrer plus riches, plus nuancées c'est-à-dire moins stéréotypées. Blaise notamment acceptera de ne relier les objets que sur une seule partie de leur surface ou par le simple biais d'une ficelle. De même au domicile de l'assistante maternelle de l'Accueil Familial Thérapeutique où il se rend, Blaise pourra se montrer calme et solliciter des câlins.

Conclusion

En conclusion, si la loi peut au premier abord apparaître comme castratrice et interdictrice, en référence à l'Œdipe, elle n'en demeure pas moins structurante, permettant à chaque personne de s'inscrire socialement, de s'immerger dans la civilisation à laquelle elle participe. Loi qui malgré tout reconnaît l'individualité de chacun sauf à ce qu'elle ne devienne trop contraignante, n'offrant plus alors d'espace de liberté comme en témoigne la loi imaginaire de la mère de Blaise.

De telles perspectives peuvent se dessiner très tôt dans la vie de chacun, parfois dès la conception et s'appuyer alors sur la transmission transgénérationnelle. Il en est ainsi pour Blaise dont la naissance



à la vie psychique nous montre à quel point la souffrance de membres familiaux peut véhiculer de croyances absolues, de modalités interactives dont il est très difficile de se déprendre au risque de faire exploser l'équilibre familial. Aussi dans cette situation, les messages transmis ne valent plus comme loi mais bien plus comme « règle du jeu » sans aucune liberté possible.



J.-L. SAFFER

L'Enfermement (contention & isolement)

Surpris par l'étendue du sujet, nous avons essayé d'en définir le cadre et d'en poser les limites. Tout d'abord en cherchant la définition du mot Enfermement : il vient du verbe enfermer : mettre dans un lieu d'où l'on ne peut sortir, cette action est assortie d'une notion de contrainte. Définition du mot contrainte : violence que l'on emploie contre quelqu'un pour lui faire faire quelque chose malgré lui ou pour l'empêcher de faire ce qu'il césuredésire.

Comment ne pas penser à Michel Foucault et sa plus grande œuvre : *Folie et déraison*, qu'il rebaptisera plus tard *Histoire de la folie à l'âge classique*. Où Foucault se propose, non pas de faire une histoire de la psychiatrie, mais de chercher les conditions de l'exclusion et de l'enfermement des fous.

À Philippe Pinel, qui nommé à la Salpêtrière, pratique le classement des malades, séparant les agités et les calmes. Dans son *Traité médico-psychologique de l'aliénation mentale*, il introduit le traitement moral. Grâce à lui, l'insensé devient « sujet ».

À son disciple Esquirol, artisan d'une réflexion sur l'articulation entre médecine aliéniste et système juridique.

À cette pensée de Montaigne : « À Paris on construit des maisons de fous pour faire croire à ceux qui n'y sont pas enfermés qu'ils ont encore la raison ».

Nous limiterons nos propos à l'utilisation de l'isolement avec contention. Il sera notre scénario d'étude parmi tant d'autres.

Ces moyens sont au cœur de la dualité soignante qui oppose la volonté d'être dans la relation thérapeutique à la répression. Opposition qui interroge en fait le soignant sur la légitimité de sa pratique.

Comment concilier nécessités thérapeutiques et droit à la sûreté ? Comment s'assurer que seules les nécessités de prise en charge sont à l'origine de l'isolement et de la contention ? Comment être sûr que le couple isolement et contention est à tout coup thérapeutique ? Nous allons tenter de donner des orientations à ces différentes questions.

Nous sommes souvent confrontés à ce paradoxe : accueillir et soigner une personne qui ne se reconnaît pas malade et l'informer de ses droits, alors même qu'elle vit l'hospitalisation comme un emprisonnement arbitraire et qu'elle se sent le plus souvent dépossédée de ses affaires, de ses convictions, voire d'elle-même. Nous parlons là des personnes hospitalisées contre leur gré, comme la loi de 1990 le prévoit (en Hospitalisation à la Demande d'un Tiers – HDT – ou Hospitalisation d'Office – HO).

Éclairons le discours en empruntant un peu dans le réservoir d'histoire clinique. Après être vu par un psychiatre aux urgences, il est décidé que Mr B. doit être hospitalisé contre son gré pour recrudescence de symptômes psychotiques, refus de traitement, menace hétéro-agressive, avec un risque de passage à l'acte imminent. La chambre d'isolement et les contentions sont prescrites. Cette phrase semble anodine, presque banale, et pourtant. Elle nous parle d'une rencontre entre une personne souffrante et un médecin. Un médecin qui s'engage personnellement, qui de fait occupe et soutien une position particulière, celle d'enfermer et d'attacher, et de se porter garant. Quelques mots auront suffi lors de cet entretien pour implanter subjectivement cet engagement. Il en résulte un point

d'ancrage transférentiel avec lequel il faudra travailler pendant et après la levée des mesures et parfois encore longtemps après.

Mais pour l'instant à nous de nous préparer, de clôturer l'espace, de fabriquer en quelque sorte un entonnoir pour canaliser son arrivée. D'installer le matériel dans la chambre et d'attendre. L'attente, il s'agit là probablement du moment le plus pénible pour nous équipe. Les minutes sont longues et notre imaginaire en pleine action, avec son cortège d'interrogations sans réponses. Même à quatre ou cinq, nous nous sentons bien seul.

Cadre déontologique, protocole, condition de sécurité, précaution, tout cela se mélange, mais nous oriente aussi sur la notion de respect. Respect de cette prescription, respect de la personne accueillie, respect de l'intégrité physique et morale.

Affronter le réel, c'est prendre des risques. Il est important, pour nous soignants, d'accepter d'être atteint par la violence, de la reconnaître et de reconnaître que nous sommes sensibles, tout en survivant, en restant permanent et stable, sans se laisser détruire par les attaques en provenance du patient.

Il faut aussi se préserver de la fascination du passage à l'acte qui nous met à la place du voyeur. Voilà Mr B, accompagné de deux collègues et du psychiatre, il est sur un fauteuil roulant, tout son corps est figé, sur son front perle de la sueur, il serre des deux poings une serviette éponge autour de son cou, le regard est intense mais sans accroche, il ne parle pas... Il est déjà enfermé dans sa pathologie.

Tout ce monde s'engouffre rapidement dans la chambre d'isolement, Mr B accepte de s'asseoir sur le lit métallique qui est fixé au sol. Nous enlevons le fauteuil de la chambre, il ne dit toujours rien...

Nous voilà face à face dans ces douze mètres carrés. Nous l'informons de ses droits, des modalités de son hospitalisation, lui précisons l'endroit où il se trouve, l'invitons à accepter un traitement par voie orale. Il fronce un sourcil et plante son regard dans l'un d'entre nous et dit « je t'attends, je ne jeterai pas l'éponge, c'est mon combat..., toi Tyson (le boxeur) je t'aurais, tu me mettras pas KO ».

Comment ne pas en faire un moment de violence, comment lui éviter et nous éviter le passage à l'acte, comment mettre fin à cette situation de tension intérieure sans lui offrir un élément déclenchant, comment l'aider à rompre avec cette faillite de la pensée, avec cet intolérable? En franchissant le dernier espace qui nous sépare de Mr B, en nous approchant, en nous risquant à ouvrir une brèche, en s'essayant à un contact, juste avant une contrainte physique.

Comprendre, repérer, analyser ce qui est mis en jeu dans cette situation. La justesse de la mise en mot (interprétation de ce qui se passe), la qualité du geste (interprétation sensorielle ou encore communication infraverbale), aidera à réduire l'angoisse et permettra aussi un étayage du Moi (réassurance). Ce jour là, après de longues minutes avec Mr B nous inventerons un passage pour appliquer les prescriptions d'isolement, de contentions, et de l'injection du traitement. Mr B nous a fait comprendre que l'important pour lui à ce moment là, n'est pas de gagner ce match, mais de ne pas jeter l'éponge, de perdre la face. Il gardera pendant tout ce temps la serviette éponge, poings serrés, nous avons compris que grâce à cela, il ne passera pas à l'acte. Avec beaucoup d'ingéniosité nous lui avons mis un pyjama, puis une à une installé les contentions, puis l'injection.

Humilité, dignité, analyse, cohésion, respect, ont fondé le cadre de cet accueil.

Nous pouvons fermer la porte, le traitement et le temps nous permettront de continuer le travail avec Mr B.

Le terme « isolement » se rapporte à la situation du patient vis-à-vis des autres patients hospitalisés mais d'aucune façon et en aucun cas vis-à-vis de l'équipe soignante.

L'isolement représente la définition et la mise en place d'un cadre thérapeutique dans lequel le rôle et l'attitude des soignants et des médecins, les procédures de surveillance et de soins ont plus d'importance que le cadre matériel lui-même; les murs ne remplacent pas les hommes. Avec la contention, c'est la préservation qui prime, puis l'éprouvé corporel.

Ordonner la lutte, sentir la limitation dues aux entraves, tester leurs résistances jusqu'à la fatigue. Découvrir et sentir les limites de son corps, distinguer les espaces internes et externes, concentrer son attention sur le corps et l'expression des sensations permet d'abord au patient d'assembler les différentes parties de lui-même et d'accéder à la perception de son unité sensorielle. Se sentir unifié dans son corps et percevoir la différence entre Moi et Non-Moi est peut-être une des bases fondamentales pour l'activité de penser. C'est le point de départ indispensable pour établir un pont vers l'extérieur, vers l'autre.

La mise en chambre d'Isolement avec contention est la manifestation d'une limite, d'un intolérable, d'un insupportable. Elle est une privation de liberté rendue nécessaire par l'état du patient et par la sécurité de l'environnement humain, et aussi pour nous soignants dans l'éventail de nos moyens thérapeutiques.

C'est un engagement.

Cet isolement ne deviendra thérapeutique que si nous mettons en place un dispositif d'accompagnement qui permette au patient et à l'équipe de faire retour sur ce qui s'est passé, sur ce qui a motivé l'isolement, que si nous substituons à un acte imposé par la situation une parole qui permette à chacun d'exprimer sa vérité, son ressenti.

Escobar Molina, en parlant des institutions clôturées, dit : « Elles structurent l'espace de vie et de mort de ceux qu'elles gèrent ; ce faisant elles organisent l'espace et le temps de ceux qu'elles détiennent ».

Quel soin ?

Accompagnement symptomatique ?

Prise en charge des crises et décompensations ?

Travail psychothérapeutique ?

Un peu de tout cela, mais avec des préalables.

Il faut du temps pour apaiser la colère et le tumulte.

Il faut du temps pour accepter de s'inscrire dans une autre modalité relationnelle.

Paradoxe temporel, il sert à la restauration de la parole, à l'établissement d'une relation d'étayage.

Intégrer cette temporalité particulière pour aborder la question du sens.

Cela passe par la sédation (« j'ai compris »), la réminiscence (« l'abord des blessures enfouies ») et la confiance dans la relation à l'autre.

Ce dispositif thérapeutique est un réceptacle qui impose la force de sa structure. Il peut être dur comme un mur ou mou comme un ventre.

Lieu de régression possible, rythmé par le nourrissage, le regard soignant ce qui renvoie au pôle maternel.

Confrontation à la solidité, rapport à l'interdit, à la limitation, à la castration ce qui renvoie au pôle paternel.

Et quelques règles :

Instaurer le cadre

– La fonction de pare-excitation de l'isolement et des contentions par sa dimension contenante qui rappelle l'interdit du passage à l'acte et protège contre soi. Éprouvé dans le réel comme convoquant toute une fantasmagorie, ce cadre permet de contenir la destructivité du patient.

– C'est un temps subi, régressif. Le temps intériorisé par l'horaire automatise le corps et libère encore davantage de temps dans une forme de régression qui permet de se rêver autrement.

– C'est un temps qui s'inscrit dans le corps (explosivité-retrait-adaptation-apaisement).

– Puis s'installe une lutte contre la déperdition du Moi confondu avec ses représentations.

– Puis encore, l'espace et le temps confondus en oubli de la clôture deviennent lieu de deuil et de nostalgie.

– Proposer un contrat de soin : renvoyer au patient sa capacité à renouer avec lui-même, avec ses responsabilités par rapport à lui-même comme par rapport aux autres.

Travailler en séquences

– Ne pas méconnaître les temps de ruptures pour rétablir les continuités.

Travailler en équipe

– Évaluer son propre consentement, mais également la haine que nous avons des patients. Ainsi que l'écrit Winnicott dans « La haine dans le contre- transfert » : « Quel que soit son amour pour ses malades, le soignant, ne peut éviter de les haïr et de les craindre, et mieux il le sait moins il laissera la haine et la crainte déterminer ce qu'il leur fait ».

Une mise en chambre d'isolement avec contentions est un soin, une amorce d'un espace solide, un matériel qui organise le gouffre de soi. Un espace qui résiste à la folle fuite du temps. C'est un nouvel ordre du dehors et du dedans qui s'établit à l'intérieur de l'enfermement, une passerelle entre déconstruction et reconstruction.

C'est une contrainte face à l'absence du consentement du patient qui ne nous décharge pas, nous soignants de nos obligations morales et déontologiques.

C'est une pratique qui interroge nos connaissances cliniques. La psychiatrie est plurielle. Chacun soigne avec ses convictions, avec les moyens dont il dispose. L'enfermement nous renvoie à la question de l'insularité mais aussi au port d'attache, à l'amarre.

Bibliographie

Foucault M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris : TEL Gallimard ; 1982.

Molina E., *L'enfermement*, Paris : Klincksieck ; 1989.

Winnicott D.W., « La haine dans le contre-transfert », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot ; 1969.

G. COTTE

Quand la justice décrédibilise les parents¹

Je vais commencer mon intervention par une histoire. Karim arrive en France à l'âge de trois ans. Son père a trouvé du travail et veut s'installer durablement dans ce nouveau pays. Un petit frère naîtra peu de temps après leur arrivée. C'est une famille immigrée qui s'intègre plutôt bien, le père ayant un bon job.

Cependant, Karim pose rapidement problème par son comportement. Il devient difficilement tenable à la maison et provoque beaucoup de conflits à l'école. La mère s'inquiète, d'autant que deux autres symptômes viennent s'ajouter : énurésie et obésité. Elle va donc consulter en pédiatrie et en pédo-psy pour chercher une réponse à ses questions. Elle se sent incapable de canaliser ce fils envahissant et a très peur de devenir une mauvaise mère si elle se fâche. Le père refuse de rencontrer le pédo-psy, considérant qu'il n'avait rien à voir avec ces problèmes éducatifs. Il n'y aura donc pas de suivi psychothérapeutique engagé. Le père peut se montrer ponctuellement violent quand l'excitation déborde trop chez lui.

Trois ans plus tard, Karim a huit ans, la mère demande en urgence une consultation car le comportement de son fils devient préoccupant. Il ne respecte aucune limite et devient de plus en plus violent. Quatre mois auparavant, suite à un appel d'une voisine, les policiers étaient venus chez eux pour arrêter le père qui avait frappé Karim avec une ceinture lors d'une crise. Les policiers ont fait pression sur la mère, pour qu'elle dénonce son mari, en lui faisant entendre que sinon elle serait considérée comme complice. La mère se montre très ambivalente dans sa plainte ; elle dénonce les passages à l'acte de son fils tout en prenant sa défense dès qu'un tiers vient le mettre en cause.

Le père est jugé rapidement en correctionnelle et écope de neuf mois de prison ferme. Jugement totalement incompréhensible pour lui qui pense qu'il est normal de donner une bonne raclée à ses enfants quand ils dépassent les bornes.

Le père sera incarcéré et sortira au bout de trois mois sous la menace de retourner en prison en cas de récidive. Il est profondément humilié, confronté en plus à la perte de son emploi. Il se sent méprisé par son entourage et connaît un moment dépressif. Karim se trouve de fait conforté dans sa position de toute puissance et il va peu à peu devenir un bourreau domestique. Face à l'ambivalence maternelle et à l'impuissance paternelle, plus rien désormais ne peut faire limite. Il nargue son père, le mettant au défi de réagir, sachant qu'il ne peut rien faire. Le verdict prononcé par la justice à l'encontre du père vient ainsi se faire complice du comportement diabolique de Karim. Karim acceptera de participer à un groupe thérapeutique où il présente un comportement impeccable ne laissant rien filtrer de sa tyrannie domestique. Mais dès qu'il lui sera proposé de rencontrer, en tête à tête, un thérapeute il se défilera, laissant ses parents seuls en consultation. Cette fois-ci, le père va se mobiliser et venir régulièrement rencontrer, avec sa femme, le psychologue.

Lors de l'entrée de Karim au collège, le comportement va empirer. Les troubles débordent largement le champ domestique. Il va se faire exclure du collège, dégrader les propriétés des voisins, conduire des voitures sans permis. Dans sa famille, il se montre maintenant dangereux. À travers tout cela, on repère un formidable défi auquel la justice, sollicitée, mettra du temps à répondre. En effet les mesures d'aide éducatives se révéleront assez peu efficaces. Des signalements sont envoyés d'un peu partout et finalement la juge pour enfant sera amenée à décider d'un OPP (Ordonnance de Placement Provisoire) en service adolescent en psychiatrie. Le psychiatre sollicité pour faire le certificat note

qu'il a été confronté dans son cabinet à un garçon modèle, parfaitement adapté. Le clivage est ici parfaitement opérant.

Trop de droit tue le droit²

Mon objectif en vous racontant cette histoire n'est pas de condamner sans appel le fonctionnement de la justice, il serait beaucoup plus un moyen d'ouvrir la question sur les dysfonctionnements symboliques contemporains dont la justice et l'évolution du code se font l'écho. On peut se demander si dans notre société en crise on n'attend pas trop de la justice. Face à la remise en cause des valeurs, des idéologies, des religions, la seule référence incontestable qui demeure c'est le code civil et pénal. Il y a un grand danger à faire jouer au code pénal le rôle de la loi symbolique qui vient organiser les rapports entre les hommes.

« Dans les textes législatifs, le recours au pénal est de plus en plus souvent utilisé comme une ressource ultime pour délimiter ou moraliser un champ d'activité ou un secteur de la vie sociale, pour affirmer l'importance des normes que l'on vient d'édicter et tenter de se donner les moyens de les faire respecter. On constate une opposition entre la progression des démocraties occidentales vers d'avantage de protection des libertés et de l'intégrité physique des individus et en même temps un recours accru à l'usage de l'emprisonnement. »³

On assiste à une intrusion de plus en plus grande dans la sphère privée du regard judiciaire. Toutes les campagnes de prévention, la mise en place des numéros verts, les dénonciations anonymes vont dans le sens d'une vaste suspicion sur ce qui se passe dans le secret du champ familial. Cette répartition entre champ social et champ privé a beaucoup évolué au cours de l'histoire mais la société actuelle confirme ce que Foucault avait annoncé autour du pouvoir bio-politique qui vient contrôler les individus au cœur même de leur vie intime. Le juge devient le recours ultime pour dire le licite et l'illicite, pour fixer les normes. Les exemples récents ne manquent pas où ce recours au judiciaire est invoqué comme une sorte d'oracle suprême qui viendrait trancher les enjeux éthiques de société. Le juge se défaussant régulièrement sur l'expert.

De l'autorité parentale à l'autorité de l'infantile⁴

Les parents sont, dans un tel système, particulièrement fragilisés. Leur fonction symbolique se trouve constamment relativisée par un certain nombre d'exigences auxquelles ils doivent se soumettre sous peine d'être disqualifiés. Lors d'un groupe de parole de parents, nous avons constaté le désarroi de certains participants face à leurs adolescents à qui l'on avait distribué au collège toute une plaquette d'information sur le signalement de la maltraitance avec numéros de téléphone d'urgence. L'autorité parentale ne va plus de soi, elle se trouve mise en tutelle et constamment concurrencée par un environnement médiatique qui pousse à promouvoir ses valeurs consuméristes et libertaires.

La question se pose régulièrement quand on écoute les parents.

De quel droit je peux me permettre de lui interdire telle ou telle chose ?

On voit par ailleurs de plus en plus d'enfants débouler dans les consultations avec des exigences non négociables.

Une certaine conception des droits de l'enfant a pu aboutir à faire de l'enfant un sujet à égalité de droit et de devoir envers ses parents. Le droit de l'enfant vient alors en contradiction avec le droit à l'enfance. La non prise en compte des différences de places générationnelles ferait de la famille un simple regroupement de personnes réunies de façon momentanée autour d'un contrat de service négocié entre eux. Si l'un des contractants n'est pas satisfait il peut dénoncer le contrat ou porter plainte. C'est ainsi que l'on voit émerger dans les pays nordiques le droit des enfants à divorcer de leurs parents.

Antoine Garapon et Denis Salas soulignent ainsi le danger de l'évolution du code pénal envahi par l'influence du discours victimaire.

« Enfants méfiez vous de vos parents qui peuvent vous maltraiter ou abuser de vous, épouses de vos époux qui peuvent se montrer violents, employés de vos patrons qui peuvent vous harceler... de votre partenaire sexuel qui peut vous infecter, de l'usager de la route qui peut vous tuer... Nous sommes en guerre contre un ennemi qui n'a pas de visage... Le nouveau code pénal montre involontairement le lien entre deux logiques contradictoires de l'individualisme contemporain, celle de la revendication infinie de droits et celle de la demande de protection. »⁵

L'une des conséquences désastreuse de cette non reconnaissance du droit à l'enfance est la pénalisation de plus en plus précoce des enfants. On va construire des prisons pour enfants comme si on ne croyait plus à la dimension éducative.⁶

Une conception hygiéniste des rapports humains

C'est la dérive à laquelle peut aboutir une conception hygiéniste des rapports humains. Les relations se trouvent complètement aseptisées, notamment la violence et la sexualité se trouvent hors-jeu. Tout ce qui relève du registre des passions doit être maîtrisé selon un ordre préétabli. Ce retour à un ordre moral implacable n'est pas le moindre paradoxe d'une évolution des mœurs qui visait au départ la libération vis-à-vis des normes anciennes.

Ainsi, dans le champ familial, dans les rapports parents/enfants, on assiste à un déni de la sexualité et de la violence. Cent ans après les découvertes de Freud, on continue de vouloir ignorer l'existence de la sexualité infantile et de plaisirs érotisés partagés entre parents et enfants. Faute de reconnaître à l'enfant le droit à sa spécificité, en faisant de lui un adulte miniature, on ne peut plus penser les enjeux spécifiques de désir et de plaisir qui se jouent en lui et avec son entourage proche. La sexualité de l'enfant fait peur, car les repères symboliques des adultes concernant leur propre sexualité sont mis à mal par un discours ambiant contradictoire. Il y a une incitation à la jouissance sans limite et, par ailleurs, un climat de suspicion et de répression. Les peines pour affaires de mœurs sont très lourdes et chaque fait divers entraîne une répression encore plus féroce, comme si c'était de cette façon que l'on allait pouvoir enrayer le phénomène.

On peut faire même l'hypothèse d'un effet pervers des discours de prévention autour de la maltraitance entre parents et enfants. Ce qui devrait normalement être soumis au refoulement et permettre à un parent de ne pas être envahi par ses pulsions incestueuses ou meurtrières se trouve mis au grand jour et devient donc menaçant. Dans un ordre symbolique social opérant, il va sans dire que je ne vais pas prendre mon enfant pour objet sexuel ; si le discours public met tellement en avant cet interdit, c'est qu'il est réellement tentant de passer à l'acte. Je ne peux plus alors donner le bain à mon enfant sans être assailli de représentations monstrueuses. Ce discours préventif à outrance peut aboutir soit à l'inhibition ou la fuite, soit précipiter le passage à l'acte.

Freud dans son *Moïse*⁷ montre que c'est le démenti et le refoulement d'une transgression originaire qui suscitent la prégnance de la Loi et des interdits et permettent leur transmission de génération en génération. Ils répercutent la Loi bien mieux que le simple rappel de cette loi et l'exhortation à s'en souvenir. Nathalie Zaltzman en reprenant l'expression de Freud de « *Kulturarbeit* », souligne le nécessaire travail par la culture des pulsions⁸. Travail toujours incomplet, fragile et sans cesse à remanier.

La stigmatisation de la violence intra familiale entraîne une culpabilisation de l'agressivité normale d'un parent envers un enfant. L'infanticide et le parricide sont des constantes de la fantasmatique familiale. À vouloir nier toute violence dans le rapport éducatif, on s'interdit de penser ce qui peut émerger parfois de façon symptomatique quand cette violence dépasse certaines limites. La confrontation de l'enfant à la violence paternelle est une expérience structurante. Cette violence se trouve codifiée par chaque culture, chaque époque, elle se manifeste de façon plus ou moins subtile, mais elle est nécessaire. Comme le remarque Lacan : « un peu de sévérité n'est pas de trop pour éviter

les effets pervers de cette carence paternelle, produit du père humilié, du père engoncé, du père dérisoire, du père au ménage, du père en vadrouille »⁹.

La position de parents martyrs, dont Chartier¹⁰ a fait l'analyse, est, à ce titre, symptomatique d'un renversement des positions symboliques dû à un écrasement de la différence intergénérationnelle qui entraîne un déchaînement de violence. L'interdit de l'agressivité portée sur les parents produit un retour sauvage de cette agressivité sous une forme de victimisation. On assiste alors au développement de relations persécutrices entre parents et enfant. Des parents vivent ainsi dans la terreur du danger que représente pour eux leur fils.

Loi symbolique ou loi pénale

L'inscription de la loi symbolique est au cœur du processus d'humanisation¹¹. C'est son intériorisation qui est l'enjeu des relations intra familiales. Les parents, en posant des limites aux exigences pulsionnelles, en nommant les interdits, évitent à leur enfant d'aller s'abîmer dans une quête de l'impossible complétude. C'est la façon dont, par exemple, Françoise Dolto¹² parle des « castrations symboligènes » qui constituent pour elle un don de parole et d'amour. Une parole porteuse de la Loi qui interdit le retour à l'indifférenciation originelle et qui permet l'inscription du désir et le déplacement métaphorique sur d'autres objets. Cette faille inscrite au cœur de l'homme confronté à son incomplétude nécessite la rencontre d'un ordre symbolique qui vienne faire bord, faute de quoi il risque de se perdre dans une recherche de jouissance mortifère. Cette Loi symbolique, les parents en sont les messagers en fonction de leur propre histoire et de leurs références culturelles. Encore faut-il que cette culture soutienne dans son discours les interdits fondamentaux au processus d'humanisation et accorde aux parents cette autorité¹³ indiscutable qui permet de les transmettre. Hannah Arendt souligne qu'une autorité vraie n'a pas besoin de violence pour s'imposer¹⁴.

On peut faire l'hypothèse que plus la loi symbolique se trouve fragilisée par la culture ambiante, plus le rapport à la loi aura tendance à se dégrader dans le sens d'une loi surmoïque¹⁵ archaïque qui entraîne un passage de l'autorité à l'autoritarisme¹⁶.

Cet autoritarisme va entraîner chez certains parents, comme chez certains enseignants, des dérapages. Si ces dérapages ne sont pas décodés, mis dans leur contexte, on risque fort alors d'assister à une escalade répressive. C'est la dérive pénale de notre société, sous tendue par cette croyance que c'est avec une plus grande sévérité que l'on parviendra à enrayer les dysfonctionnements sociaux. La parole se trouve discréditée et c'est le recours à la force brute, une sorte de père de la horde tout puissant qui apparaît comme le seul remède possible. On constate ainsi un accroissement considérable et régulier du nombre des détenus¹⁷.

Cette distinction entre loi symbolique et loi du code est fondamentale pour pouvoir penser les dysfonctionnements sociaux. Dans les milieux médico-sociaux on assiste trop souvent à une confusion des registres.

Les parents se trouvent mis dans une position paradoxale, un « double lien » qui rend fou.

D'un côté, on vient saper tout ce qui pourrait inscrire leur fonction symbolique de médiateurs d'une loi humanisante. La culture ambiante marquée par la peur de l'avenir¹⁸, n'est plus porteuse de valeurs, d'idéaux qui viendraient sublimer une quête de jouissance immédiate. Ce travail de sappe peut entraîner une fuite démissionnaire ou une dérive autoritariste.

De l'autre côté, on vient stigmatiser des comportements symptomatiques au nom d'une norme platement érigée sous forme de règlements. Cette façon dont on pouvait renvoyer aux parents de Karim par exemple qu'ils pourraient faire preuve d'un peu plus d'autorité !

Soutenir une approche clinique du lien et de la parole

On ne peut être parents tout seuls, sans être référés à un ordre culturel. Beaucoup de parents souffrent d'un très grand isolement dans l'exercice de leur fonction. Les injonctions normatives de

plus en plus pressantes rendent cette tâche encore plus écrasante. Combien de discours moralisateurs tient-on aux parents en terme « d'il faut que ! » qui en rajoutent à la culpabilisation.

Face aux dysfonctionnements dans la relation parents/enfants, on a le choix entre la logique de la dénonciation, de l'étiquetage, de la pénalisation ou, au contraire, à une approche qui laisse une chance aux remaniements des positions respectives et qui tient compte de l'histoire inter-générationnelle de la famille. L'enjeu est de promouvoir une approche qui préserve un espace de parole à chacun des protagonistes, qui favorise le lien social¹⁹, tout en mettant en valeur leurs places symboliques. « De quelle place je parle ? ». Si le recours au judiciaire et la référence au droit restent incontournables, il y a lieu cependant de rester vigilant à ce que ce discours ne devienne pas envahissant et totalitaire, ne laissant plus d'espace aux autres champs politiques et sociaux.

C'est dans cet esprit que nous avons développé des groupes de paroles de parents. Nous pensons que la parole échangée entre pairs permet à chacun de se réapproprier sa fonction parentale loin de toute injonction pédagogisante. Les parents font le constat, dans ces groupes, qu'ils ne sont pas les seuls à être confrontés à des difficultés éducatives, à être perdus par rapport à un monde qu'ils ne comprennent plus. S'accorder le droit d'être faillible tout en étant reconnus comme parents à part entière leur permet de retrouver un lien de confiance avec leurs enfants.

Plus largement, la question se pose dans nos champs médico-sociaux, psychologiques et judiciaires, de savoir si nous pouvons croire encore à la portée de la parole échangée, de la parole énoncée. Est-on prêts à prendre le temps nécessaire pour penser la complexité des situations par une approche pluri-disciplinaire ? À prendre aussi le temps d'accompagner aussi longtemps qu'il faudra une situation ? Peut-on accorder le droit à l'erreur, à la prise de risque ; étapes inévitables dans tout processus de changement ?

Autant de questions où nous avons à répondre chacun dans notre domaine de compétence, mais que nous avons aussi à poser au politique. À vouloir répondre de façon trop symptomatique aux dysfonctionnements individuels et sociaux, à privilégier le discours sécuritaire, à chercher à évaluer les pratiques selon des protocoles importés du management de l'entreprise, on risque fort d'étouffer les espaces de travail humanisants.

1. Cotté G., Journée psychiatrie d'Abbeville. Jeudi 15 juin 2006.
2. Guillebaud J.-Cl., *La force de conviction* ; citation de Jean Charbonnier.
3. Faugeron Cl. « La dérive pénale » *Esprit*, octobre 1995, in Guillebaud, *La tyrannie du plaisir*.
4. Marcelli D., *L'enfant, chef de la famille*, Paris : Albin Michel ; 2003.
5. Garapon A., Salas D., « La république pénalisée », in Guillebaud, *La tyrannie du plaisir*.
6. Échos d'un voyage d'étude en Angleterre où le nombre d'enfants en prison est beaucoup plus important qu'en France.
7. In Alain Houziaux, « Le péché originel et le devoir de mémoire ». *Topique* n° 91 « Le mal », 2005. Freud, *Moïse*.
8. Voir aussi Nathalie Zaltzman sur le travail de la culture in *De la guérison psychanalytique* ; « Kulturarbeit et guérison ».
9. Lacan J., « Du traitement possible des psychoses ». *Ecrits* ; cité par Chartier, *Délinquants et psychanalyste*.
10. Chartier J.-P. « La famille mise à mal : les parents martyrs », in *Topique* n° 91 « Le mal », 2005.
11. Cotté G., « Actualité du décalogue », Cahier de l'AREN 80.
12. Dolto F., *L'image inconsciente du corps*. Paris : Seuil ; 1992.
13. Voir l'image décédibilisée renvoyée des parents par les spots publicitaires.
14. Arendt H., *La crise de la culture*. Chap 7, « Qu'est-ce que l'autorité ? » Paris : Gallimard, Folio essais ; 1989
15. Voir à ce sujet Alain Didier-Weill, *Les trois temps de la loi*. « Le choix entre loi symbolique et loi surmoïque ». Paris : Seuil ; 1998.
16. Benasayag M., Schmit G., *Les passions tristes*, Paris : La découverte ; 2006.
17. En 40 ans le nombre de détenus a été multiplié par 5,5 aux U.S.A. 1 630 940 détenus en 1996. *Tyrannie*.
18. Benasayag, *ibid* chap 1.
19. Benasayag, *ibid* chap 8 « Vers une clinique du lien ».

S. MOUKHLES

Pratique d'une psychologue clinicienne en Centre d'Éducation Renforcé pour adolescent

« Si tu coupes la langue qui a menti et la main qui a volé, tu seras, en quelques jours, maître d'un petit peuple de muets et de manchots ».

« Si tu joues au policier, ils joueront aux bandits. Si tu joues au bon dieu, ils joueront au diable. Si tu joues au geôlier, ils joueront aux prisonniers. Si tu es toi-même, ils seront bien embêtés... ».

« Avant de t'indigner, rappelle-toi de quoi tu étais capable lorsque tu avais leur âge ».

« S'ils baillent à grande bouche en t'écoutant raconter une histoire, prends ça, si tu le peux, pour une marque de confiance ».

Fernand Deligny, *Graine de crapules*, Editions du scarabée, 1960

Les réponses apportées à la délinquance des mineurs ont évolué depuis de nombreuses années. Avant la seconde guerre mondiale, la société préconisait l'enfermement des adolescents qui dérangent l'ordre social. Après les traumatismes de la guerre, ce regard s'est modifié. La préoccupation sécuritaire a cédé la place au désir d'éduquer. De là est née l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. Elle est devenue le cadre à l'intérieur duquel l'enfant qui a commis un crime ou un délit est considéré à la fois comme un enfant coupable, mais aussi comme un enfant en difficulté auquel il faut porter secours. Les principes directeurs de l'ordonnance de 45 sont alors la primauté de l'action éducative par rapport à la réponse répressive.

Le texte de l'ordonnance de 45 est la référence en matière de justice pénale des mineurs, il a connu des modifications en 2002 ; le ministre de la justice de l'époque, Dominique Perben, dépose alors un projet de loi d'orientation et de programmation pour la justice, dont l'un des volets s'est fixé pour objectif de traiter plus efficacement la délinquance des mineurs, la partie concernant la justice des mineurs réforme radicalement l'ordonnance de 45, en visant directement des orientations répressives à leur égard.

Les Centres Éducatifs Renforcés (CER) constituent une nouvelle formule de prise en charge des mineurs concernés. Une solution aux juridictions des mineurs dans le cadre de la prévention à la récidive est l'alternative à l'incarcération.

Les CER font suite aux Unités Éducatives à Encadrement Renforcé (UEER) créées en 1996. Les CER initiés par le Conseil de Sécurité Intérieur sont créés en 1999 à la suite du rapport Lazergues-Balduyck.

Le magistrat fixe clairement le cadre pénal du placement en CER, ainsi le placement peut intervenir dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, comme il peut intervenir avant un changement, lors d'une mesure de liberté surveillée. Dans tous les cas, les mineurs sont confiés par décision judiciaire, et placés dans le cadre de l'ordonnance de 45.

La circulaire du 24 février 99 définit les axes du cahier des charges des CER ; ainsi ces mineurs ne relèvent pas d'une prise en charge collective traditionnelle mais ont besoin pour un temps limité d'être éloignés de leur milieu. La notion de rupture est le socle de l'action éducative. Elle a une double signification ; elle renvoie, d'une part, à la mise en place d'un nouveau lieu de vie, d'une structure d'accueil organisée à partir de la démarche du « vivre avec ». D'autre part, elle renvoie à un temps de rupture à partir d'actions de remobilisation et de rencontre éducative. En d'autres termes, la prise en

charge doit créer les conditions d'une coupure du jeune avec son milieu habituel et avec son parcours de délinquance ; l'enjeu est d'opérer un décalage.

À partir du cahier des charges, un cadre précis se profile en terme de finalités, de public, de principes éducatifs et de modalités d'organisation et de fonctionnement.

Des procédures de pilotage et d'évaluation, préconisées par le cahier des charges, ont pour fonction de soutenir l'expérience et d'évaluer en termes quantitatifs et qualitatifs la conformité à la commande initiale du travail réalisé.

Les CER ont pour vocation d'accueillir huit mineurs maximum, six au CER d'Amiens. L'idée force de ces structures réside dans l'encadrement éducatif renforcé, c'est-à-dire la mise en place d'un accompagnement permanent des mineurs dans les actes de la vie quotidienne et les différentes activités de médiation.

Le mineur est soumis à une double contrainte, celle de respecter le cadre pénal dans lequel il est placé, mais aussi le règlement intérieur du CER.

Depuis leur création, les CER ont fait couler beaucoup d'encre. Un certain nombre de travaux, de témoignages et de tentatives de conceptualisation ont fait l'objet de différentes publications. Par exemple : le n° 59 de la revue *Empan* de septembre 2005 consacré au CER sous le titre « Les CER pulsations du social » propose une réflexion sur ces structures aux pratiques innovantes qui misent sur l'alternative éducative, ou encore Les cahiers de l'actif de mai/juin 2004 « CER-CEF (Centres Educatifs Fermés)... contenir pour se construire pas à pas », qui questionnent sur la contention. Ces revues mettent l'action sociale à la question.

Le Centre Éducatif Renforcé est une institution judiciaire, institution de type paternel s'appuyant sur l'autorité paternelle et accentuant le versant de la loi. Comme toute institution humaine, elle a pour fonction de réguler la jouissance et permettre une pacification qui assure le maintien du lien social, elle a aussi pour fonction d'assurer la transmission de la loi et ce qui fonde une communauté humaine.

Le CER est un lieu de passage pour ces adolescents, un lieu où ils peuvent venir se relâcher, souffler parce que c'est dur d'être délinquant.

Devenir délinquant, c'est fonction de l'image de soi, fonction de l'assomption ou du refus de la castration, fonction de l'assomption ou du refus des lois parce qu'elles auront été présentées comme garantes de la réalisation du désir ou comme annulation de la légitimité de tout désir. Qui sont-ils donc ces « justiciables » qui ont mal tourné, ceux qui nous font changer de trottoir quand on les croise ?

Ces adolescents ont pour points communs des histoires difficiles et des blessures narcissiques profondes. Leur expérience de la loi toujours rencontrée à leur détriment, est rarement porteuse de leur promotion. Ils ont vécu des situations particulièrement pénibles dont ils se sont débrouillés comme ils ont pu. Habités par la violence qui s'impose à eux comme ultime recours, bien souvent lorsqu'un acte délictueux est posé, le sujet ne sait pas pourquoi. Tout se passe à ce moment là sur l'axe a-a', l'axe imaginaire... « je ne sais pas » disent les ados. Le sujet ne peut rien en dire parce que le sujet n'y est pas, nous dit J. Lacan.

Faute de ne pas avoir associé des éléments de leur histoire, ils font des histoires à l'autre dans les inter-échanges. Livrés à un Surmoi tyrannique qui leur ordonne de jouir sans limite, ce Surmoi n'a rien à voir avec le Surmoi hérité de l'étape œdipienne, il est l'héritier d'expériences traumatiques. S. Freud parlait d'une « pure culture de la pulsion de mort ». Plus le Surmoi est féroce, plus la pulsion risque de se déchaîner. Comment prendre la mesure des dégâts subjectifs et de ce déchaînement pulsionnel ?

Ces adolescents accueillis au CER butent sur la loi qui règle la jouissance. La fonction paternelle est mise à mal, les trous dans la transmission entraînent un ratage dans la symbolisation. Ce qui n'est pas symbolisé fait retour dans le réel, nous dit Lacan, ici le réel de la violence.

Chacun de nous porte en lui le désir de sa mère, de son père, parfois même de ses aïeux. N'est-il pas dit dans la bible un proverbe répété au pays d'Israël « les pères ont mangé des raisins verts et les

dents des fils ont été agacées » qui veut dire comment les échecs du désir des parents font des caries aux dents des enfants, des enfants qui se trouvent tarés de ce poids des mots qui ne leur ont pas été dits, privés de parole, ils pètent les plombs.

La famille, on le sait, est le lieu de la transmission et de la castration. C'est là que tout sujet, confronté à la pulsion, apprend à lâcher avec une jouissance immédiate pour tisser des liens avec ses semblables « l'éducation, c'est le sacrifice de la pulsion » dit S. Freud.

La fonction paternelle est une fonction séparatrice, ça tient à dire, à signifier, à produire un acte. Dans la théorie psychanalytique, la fonction paternelle se rattache au concept de nom du père. Le père, selon Lacan, assure le principe de différenciation par la nomination, la différence des sexes, des générations et des places symboliques. Nous constatons pour ces adolescents qu'il est parfois difficile pour eux de se servir du père pour limiter la jouissance au profit d'une subjectivation du désir. Le père, c'est celui dont J. Lacan disait que l'on doit « pouvoir s'en passer à condition de savoir s'en servir ». L'enjeu pour ces adolescents est bel et bien d'arriver à se servir du père à condition d'avoir eu accès à la dimension du nom du père.

Le soin psychique au quotidien

Le travail avec ces adolescents est un travail clinique complexe et toujours délicat. Le CER propose un cadre de vie susceptible de réguler et contenir les angoisses des adolescents et, de ce fait, les dispenser du passage à l'acte (le CER fonctionne comme un nom du père). La rencontre entre l'adolescent et l'adulte est souvent ratée, parfois trop réussie, prise dans des enjeux imaginaires (agressivité, séduction, haine, amour...) qui la rendent si compliquée à gérer au quotidien, mais il est nécessaire qu'une rencontre ait lieu pour que la séparation advienne. C'est un travail jalonné d'embûches et de souffrance parce qu'il faut d'abord supporter leur violence car cela affecte profondément celui qui la supporte ; ne pas reculer devant la délinquance à l'instar de l'impératif lacanien concernant les psychoses. Ce qui est surprenant, c'est cette souffrance de l'adolescent qui ne peut s'exprimer que dans la violence. Pour René Clément, le manque à penser produit du pousse à agir dans l'anxiété, l'urgence et le passage à l'acte. Travail de longue haleine grâce auquel nous nous trouvons moins coincés dans une relation imaginaire, cela nous amène à inventer, à s'adapter, à trouver autant de prétextes pour être en relation transférentielle avec eux et construire des aires transitionnelles comme le dit si bien D. Winnicott. Ces aires transitionnelles introduisent du jeu et de la souplesse, ce qui peut être mis en rapport avec ce que Winnicott nomme la « capacité de jouer de l'adulte ». On la repère dans des moments où s'instaure un humour, un amusement, elle apparaît par exemple dans les joutes verbales faites de plaisanterie. Les adolescents miment avec un évident plaisir une sorte d'agressivité ludique et inoffensive. La façon dont on y répond a beaucoup d'importance, il suffit que l'adulte soit crédité de la capacité d'y faire face. Se prêter à la contestation, la déjouer mais surtout y survivre.

À travers les expériences vécues au CER, les épreuves parfois difficiles à traverser permettent à ces adolescents de construire de nouvelles assises narcissiques. Les séjours de rupture deviennent très vite le fondement de fortes relations transférentielles, l'adolescent trouve auprès des adultes du CER un peu de fonctions parentales qui lui ont manqué. Les adultes peuvent fonctionner comme des agents de la fonction paternelle à même de délivrer des interdits humanisants et soutenir de l'idéal.

P. Kammerer, qui a étudié les interventions rééducatives auprès d'adolescents délinquants souffrant de « troubles de la régulation narcissique », propose de favoriser en institution une forme d'échange symbolique. Il fait l'hypothèse selon laquelle des dons réciproques sont susceptibles de renarcissiser ces adolescents et restaurer l'estime de soi. Le don que l'on reçoit signifie que l'on est suffisamment digne d'amour pour que l'autre prenne plaisir à nous offrir, symétriquement. Le don que l'on fait signifie que l'on a suffisamment de valeur pour être capable d'offrir et de créer du plaisir chez autrui. Le don se constitue comme le moteur d'un échange dont il faut entendre la valeur symbolique.

Les adolescents du CER expérimentent des situations qui les mettent en position de donateurs (action humanitaire). Ils vivent des séjours de rupture qui ont une valeur d'initiation pour eux par le fait d'être séparés de leur milieu, d'être confrontés à des éléments naturels parfois hostiles (désert, montagne) et une confrontation de manière d'être et de faire avec une société et une culture différente. Ces expériences corporelles et intersubjectives permettent des remaniements importants de leur narcissisme.

Pour conclure, le social demande à un sujet d'arrêter un acte symptomatique ; c'est lui demander de céder sur son symptôme qui est le seul point de réel dont il dispose pour répondre à l'angoisse. Le symptôme, c'est une souffrance qui se dit à travers des comportements, c'est de l'inconscient qui parle, une vérité subjective se dit au travers du symptôme qui ne peut se dire avec les mots et tant que cela n'est pas dit, et bien ça insiste encore et encore, ça se répète dans une logique qui est à trouver, pour en connaître les coordonnées et orienter les modalités de jouissance d'un sujet à partir des questions qui se posent à lui. Toute institution peut offrir à un sujet les moyens et le temps subjectif d'entamer ce parcours, d'élaborer et d'élever le délit à sa dimension de question, lui permettre de dire ce qui lui arrive, ce qu'il ressent, comment il prend position dans la vie et ancrage dans le lien social. Il n'y a pas d'autre appréhension possible du sujet adolescent.

P. DELENGAIGNE

Loi et psychose

Du rectangle au règlement, en passant par la fenêtre

Montesquieu disait que « les lois sont les rapports nécessaires qui dérivent de la nature des choses »¹. À partir du naturel, va donc se mettre en place du nécessaire, des rapports nécessaires. Le nécessaire s'oppose à la contingence. Le nécessaire, c'est ce qui ne cesse pas de s'écrire, nous dit Jacques Lacan. D'où le rapport étroit entre l'écriture et la loi. C'est l'entreprise de civilisation qui commence. La loi va désigner ce qui est régulier, aussi bien dans les phénomènes naturels que sur le plan moral ou juridique.

Si, selon Einstein, l'univers est courbe – encore qu'une récente théorie le décrit comme chiffonné – en tout cas, la nature n'est pas droite. Le droit comme la loi sont du côté de l'homme.

Nous sommes, comme le dit Roland Barthes², une « civilisation du rectangle ». « Notre habitat est constitué par une majorité écrasante d'angles droits, plats ou aigus ». Tout est rectangle. La nature a subi la tyrannie des « tracés régulateurs ».

Tout architecte doit y recourir disait Le Corbusier. Cette rectification de la nature par l'architecture n'est pas sans rapport avec la raison. Le rectangle est une forme raisonnable. Celui qui tire des tracés, qui trace les limites de la ville, c'est le rex, qui deviendra le roi. Voilà la nature encore dans un cadre. Ainsi le rectangle serait comme une forme simple de pouvoir. Roland Barthes souligne le caractère pleinement culturel, voire « névrotique » du rectangle. Le rectangle nous fait subir une véritable oppression. Nous sommes ici dans ce théâtre où tout est organisé pour que votre regard soit encadré, (même si vous ne pouvez pas nous encadrer, nous avons au moins l'assurance que votre regard le soit).

Cette oppression du cadre n'est pas de tout temps.

Roland Barthes nous dit que la clôture de l'image remonte à environ 2000 ans avant J.C. Le théâtre antique était lui-même au départ un espace rond. Le mot scène vient du latin *scaena* qui signifie tente (à l'époque, la tente est ronde, la canadienne n'arrive que beaucoup plus tard). Le théâtre témoigne de la lutte entre le rectangle et le cercle.

Comment ne pas associer le cercle avec le cirque. Le cirque où, à la différence du théâtre, l'acteur risque sa peau.

« Au théâtre, si la réplique est défaillante, si la perruque tombe, si le mort a le hoquet, c'est le ridicule... Au cirque, au contraire, si le funambule tombe, si le dompteur est blessé, si l'homme apparaît derrière le masque du clown, c'est tragique » je cite ici Jean Clavreul³.

Cette tension entre rectangle et rond, figure subversive du pouvoir, on la retrouve d'ailleurs dans le cheminement topologique de Jacques Lacan, quand il passe d'une série de figures à angles droits, avec ses schémas L, R jusqu'au I, où il y a déjà quelque chose qui saute avec le trou de la forclusion, pour continuer avec la rondeur du Tore jusqu'au nœud borroméen (la bande de Mœbius comme figure intermédiaire du droit et du rond).

Dans l'art pictural, il y a cette tentative de s'affranchir du cadre. Peindre sans cadre ou désencadrer l'image, comme dans la peinture chinoise où les éléments d'un tableau sont moins représentés qu'évoqués et où le vide joue un rôle important.

Ce qu'on retrouve aussi dans la peinture moderne, notamment avec le célèbre tableau de Malevitch *Carré noir sur fond blanc* qui illustre un commentaire de J.-A. Miller sur l'objet a et son extraction⁴. Cet « objet a », inventé par Jacques Lacan et qui vient constituer par son extraction le champ de la réalité. Ainsi, ce qui est peint dans le tableau de Malevitch, ce n'est pas l'absence d'objet mais plutôt

l'absence en tant qu'objet. Le tableau donne consistance à l'absence, qui cadre un trou et ce qui l'entoure.

C'est tout le propos de Gérard Wajcman⁵ qui considère qu'une nouvelle subjectivité s'est installée à partir de la Renaissance (1435) avec Léon Battista Alberti. Alberti voyait le tableau comme une fenêtre, une fenêtre sur l'histoire « le monde mis en scène, ordonné, cadré dans la fenêtre ». À partir de cette perspective, (c'est le cas de le dire car le traité d'Alberti portait sur la perspective géométrale) se produit un renversement : le regard change d'orientation. Ce ne sont plus les personnages peints qui regardent les humains, Dieu contemplant son œuvre en quelque sorte. L'homme n'est plus sous le regard de Dieu, il devient spectateur ; pour accentuer le trait, on pourrait parler de « spect-acteur ». Le tableau délimite un champ avec un extérieur et un intérieur, un point de vue. Le regard se circonscrit, celui qui regarde ne voit pas tout. Une histoire se construit partielle, incomplète. De manière concomitante, ne plus être livré au regard de l'Autre introduit la dimension de l'intime. On voit bien que « pas de sujet dans un monde de verre, de transparence absolue » (G. Wajcman).

Comment se constituer comme sujet lorsque le regard prend toute la place ? C'est en quelque sorte ce qui se passe lorsque nous venons prendre la parole devant vous. Pour que je puisse vous parler, il ne faut pas que je sois complètement happé par le visible. D'où l'importance de la fenêtre qu'on ouvre ou qu'on ferme.

Nous sommes donc passés de l'oppression du rectangle dans l'architecture aux vertus civilisatrices du tableau dans la peinture.

Ce sont des figures du droit dans son acception la plus large. Elles nous introduisent à une notion qui se rapproche peut être plus de notre clinique à l'Hôpital de jour d'Abbeville. Car, à partir du rectangle, on peut suivre le fil de la non méthode de Roland Barthes et passer à la règle et au règlement.

La règle, c'est d'abord un instrument de mesure. Nous l'avons vu, elle sert au rex qui trace des lignes droites. Ça donne une direction, mais ça délimite aussi des territoires. La première chose que fait Robinson Crusoe sur son île, c'est d'une part de se fixer des règles de vie, d'autre part de délimiter son territoire. Il y a donc un rapport étroit entre le territoire et la règle, la règle permettant d'évaluer la distance critique entre deux sujets. Distance critique, c'est-à-dire l'espace nécessaire entre deux sujets pour qu'une relation soit possible.

Le problème de la règle qui est déjà un instrument de maîtrise, c'est qu'elle ne doit pas virer à la loi. La règle s'instaure sur un droit coutumier, c'est-à-dire hérité de l'usage. On pourrait dire dans notre jargon, à partir d'une pratique, du cas par cas. Elle n'est pas de l'ordre de l'écrit comme le règlement.

Ainsi, Roland Barthes définit le règlement en tant « qu'imposition du social comme pouvoir par une médiation : l'écriture ». Avec la règle il semble que nous soyons plus du côté d'une tentative de nouage entre nécessité et contingence. Autrement dit, la règle est plus idiorythmique que le règlement. L'idiorythmie étant ce concept que Roland Barthes définit comme une sorte d'idéal du vivre ensemble qui prendrait en compte le particulier de chacun.

Donc le règlement ce serait la règle qui vire à la loi.

Et la loi dans la psychose, ça peut convoquer un trou, le trou de la forclusion. C'est un terme juridique qu'emploie J. Lacan pour qualifier « la *verwerfung* freudienne » qui a pu être traduite aussi par « retranchement ou rejet ». Il définit le déclenchement de la psychose comme suit :

« Pour que la psychose se déclenche, il faut que le Nom-du-père, *verworfen*, forclos, c'est-à-dire jamais venu à la place de l'Autre, y soit appelé en opposition symbolique au sujet. C'est le défaut du Nom-du-père à cette place qui, par le trou qu'il ouvre dans le signifié, amorce la cascade des remaniements du signifiant d'où procède le désastre croissant de l'imaginaire, jusqu'à ce que le niveau soit atteint où signifiant et signifié se stabilisent dans la métaphore délirante »⁶.

Le Nom-du-père, c'est le support de la fonction symbolique, « il identifie sa personne à la figure de la loi ». Dans la psychose, il fait défaut.

On ne peut pas régler la psychose avec un règlement, ni avec un questionnaire d'ailleurs qui est une autre sorte d'uniformisation. On ne peut pas faire passer le sujet à la toise afin de déterminer le profil d'un « psychotique moyen ». Produire du Un, c'est la pente de toute institution, marcher tous au pas. La gageure d'une institution qui s'oriente de la psychanalyse n'est pas de le rejeter mais de le subvertir.

La règle et l'institution

Les sujets que nous rencontrons à l'Hôpital de jour sont pour la plupart passés par cette mauvaise rencontre. C'est donc à des sujets dérégés dans leur rapport à l'autre que nous avons affaire.

La première difficulté va être d'organiser une nouvelle rencontre. C'est tout le problème de l'admission et de la convocation, nous l'avons déjà dit, du sujet à une place d'où il ne peut répondre, sinon par une recrudescence de l'angoisse. C'est aussi le sens de cette phrase de J. Lacan : « ce qui est forclos du symbolique resurgit dans le réel », et « le réel est sans loi »⁷. Il nous faut donc inventer un dispositif qui permette au sujet accueilli et à l'équipe de particulariser chaque cas. C'est l'idée dans l'admission d'essayer de se mettre d'accord avec le sujet sur un point particulier qui lui pose problème. Point de départ d'une élaboration potentielle des deux côtés. C'est une invention sans cesse à renouveler, une tentative de ponctuation pour une grammaire de la psychose. Faire le point, dit-on, tenter de favoriser cette localisation de l'Autre.

L'Autre comme « lieu où se constitue le je qui parle avec celui qui entend... » C'est la condition du sujet qu'il soit névrosé ou psychotique.

Il ne s'agit pas de devenir le rex qui tire les traits de la prise en charge, car celui qui décide de son orientation, c'est le sujet. Mais plutôt qu'il puisse témoigner de là où il en est dans le traitement de sa Jouissance pour que nous puissions l'accompagner, voire anticiper les moments difficiles. Car l'invention est plutôt du côté du sujet, à nous de lui laisser l'espace nécessaire pour qu'il puisse bricoler un savoir y faire avec son symptôme.

L'invention, le nouveau, c'est tellement ce qui caractérise le sujet psychotique que J.-A. Miller va jusqu'à dire que « parfois la seule chose qui indique dans quel registre on se trouve, c'est l'extrême effort d'invention qu'il y a derrière, d'invention sur mesure, alors que pour les névrosés c'est du prêt-à-porter »⁸.

L'homme aux manies

Pour notre homme, la mauvaise rencontre s'est produite il y a quelques années déjà. Pendant le temps de sa formation de peintre en bâtiment, il est victime d'une agression, une tentative de bizutage. Sa seule issue, pour faire cesser cette épreuve a été de passer sa main au travers de la vitre d'une... fenêtre.

Quelques mois après, surviennent les manifestations symptomatiques qui vont conduire à son hospitalisation. Le tableau clinique à l'entrée décrit une prostration, un mutisme et des éléments délirants autour de l'exorcisme.

Pendant l'hospitalisation, un automatisme mental va se confirmer avec des hallucinations verbales et des hallucinations cénesthésiques envahissantes.

En fait, les hallucinations verbales oscillent entre deux pôles :

L'un persécutif : la voix d'un ami de son père qui aurait voulu l'envoûter avec la conviction qu'il pourrait provoquer l'arrêt de son cœur, voire lui faire croire qu'il allait se noyer, la tête dans un seau. L'autre sur le registre érotomaniaque avec la voix d'une jeune femme rencontrée auparavant et la conviction « qu'il y a une femme qui m'aime ».

On retrouve, dans ces pôles, une déclinaison des deux événements qui ont prévalu dans le déclenchement de sa psychose. D'une part, l'épisode de l'agression, d'autre part, la rencontre amoureuse antérieure de quelques mois au bizutage.

À propos de cette rencontre, sa mère parle de « rupture sentimentale », alors qu'il semble qu'ils ne se soient vus qu'une seule fois.

On peut entendre cet énoncé de la mère comme non métaphorique, au sens où quelque chose se rompt effectivement. Avant ces événements, il avait confié avoir déjà ressenti vers l'âge de 17 ans des sensations cénesthésiques bizarres qu'il associe à l'homme qui voulait l'envoûter. Plus tard, il me parlera aussi du torticolis d'un prof du collègue qu'il avait aussi attrapé.

Avant le déclenchement, il y avait déjà une certaine propension à s'emparer ou se parer des maux des autres. À son entrée à l'Hôpital de jour en 99, on retient la présentation de quelqu'un de très inhibé, parlant peu, athymhormique, avec parfois des rires intempestifs qui viennent agiter cette présentation de mort vivant. Au fil de son séjour, on notera une amélioration progressive et sensible. Les signes d'ouverture qu'il montre vont conduire à un projet d'orientation sur un foyer de réinsertion.

Conjointement, s'effectue la reconnaissance d'un statut de travailleur handicapé. Mais, assez rapidement, nous assistons à une nouvelle rechute.

Les phénomènes élémentaires resurgissent de plus belle et amènent à une nouvelle hospitalisation. Cette fois, les voix ne sont plus identifiées, ce sont « les voix des gens ». Elles le menacent de mort ou de devenir handicapé. Elles ont le pouvoir de deviner l'avenir. Par exemple, l'accident d'avion qui a lieu en Ukraine est anticipé par ses voix.

Après plusieurs mois d'hospitalisation et un tableau hallucinatoire résistant, il revient à l'Hôpital de jour où une nouvelle séquence, sensiblement identique à la première, va se dérouler. Les activités investies vont permettre un tempérament de ces phénomènes. Son intérêt pour l'équitation et le bénéfique qu'il semble en tirer déboucheront sur une proposition de stage dans un centre équestre. Mais, à nouveau, il ne peut assumer cette place. Néanmoins, il y a cette fois un début de rationalisation : c'est la fatigue qui l'empêche de continuer : « ses yeux se ferment ». Il établit un lien de causalité avec son traitement. Et pas question de fermer les yeux, car dire de quelqu'un qu'il a fermé les yeux, c'est une autre façon de parler de la mort. Ce qui le tient debout, c'est de garder les yeux ouverts. Il dira une fois « quand je ne suis pas bien, je regarde le sol pour ne pas tomber ».

Dans les phénomènes de corps auxquels il a affaire, le regard tient une place particulière. « Je vois trop bien » dit-il. La fixité décrite dans sa présentation générale se retrouve aussi au niveau du regard. Il se retrouve scotché à l'image. Ici, pas de fenêtre qui s'ouvre ou se ferme, le sujet est dans le tableau. À défaut de fiction, c'est la fixation. Il est happé par ce qu'il fixe ou plutôt ce qui le fixe. « Je prends les manies des autres ». Ainsi, à l'Hôpital de jour, il endosse tour à tour la « nervosité », « les trous de mémoire », les hallucinations des uns et des autres. D'ailleurs il est pris plutôt qu'il ne prend. Cette perméabilité se retrouve aussi dans le registre du sonore. Ainsi, lorsqu'il parle avec quelqu'un, il continue d'entendre sa voix en son absence. Sorte d'écho de la voix de l'Autre.

Il établissait récemment une classification de trois sortes de voix : celles déjà citées qui laissent une sorte d'empreinte sonore ; celles qui viennent du dehors ; celles qu'il entend quand il se parle en lui-même. Le statut d'étrangeté du phénomène acoustique rejoint celui de l'image. « D'être pris sans le secours d'aucun discours établi »⁹. Le schizophrène est livré à la perplexité du fonctionnement de ses organes.

Cette classification qu'il ébauche, c'est déjà la tentative d'établir un discours là où l'image spéculaire ne parvient pas à fournir un cadre suffisant à la jouissance.

Ici, il classifie, ailleurs il fera un lien délirant entre son ancienne blessure au bras et ses vertiges. Il peint aussi, à partir de modèles essentiellement.

Pour se déprendre de cet engluement dans l'image qui le capte, il a mis au point une stratégie qui consiste à s'isoler dans sa chambre le plus souvent, et à rester un moment dans l'obscurité.

Car l'image, c'est ce qui habille, et lorsque « le sujet se trouve englué dans une image vacillante du Moi, il risque de voir son être transparaître dans l'image »¹⁰.

L'objet regard se confond alors dans l'image avec l'œil. Plus d'écart, le manque manque.

À ces manifestations, s'associe toujours la crainte ou de mourir, ou de devenir handicapé.

Cette crainte du handicap, il l'évoque toujours en rapport à la rencontre d'une jeune femme allongée dans une ambulance.

Est-ce donc la question du handicap comme identification non conforme, ne pas être comme son grand-père cul-de-jatte, et qui s'inscrivait dans la série des « manies », ou l'ébauche discrète d'un processus de féminisation, ce que Lacan a appelé le pousse-à-la-femme.

En tout cas, quelque chose s'élabore sur le mode plutôt de la compensation imaginaire pour parer à la défaillance du fantasme fondamental.

J'évoquerai une autre manie qui s'est imposée au sujet et qui a contribué à la réalisation de ce travail. En effet, il a pris la manie de venir me voir régulièrement depuis deux ans.

Cette rencontre s'est faite à la suite d'un épisode de mort subjective. Il lit sur une ordonnance la date de sa mort annoncée. C'est du Schreber.

Il sollicite alors un rendez-vous avec moi « je me suis ressuscité en prenant un rendez-vous... vous m'avez sauvé » dit-il.

On constate encore ici à quel point le symbolique est réel pour le schizophrène.

L'espace de nos rencontres pris dans le dispositif institutionnel a servi et sert probablement à localiser ce à quoi il est livré. « Je voudrais qu'il m'arrive quelque chose de bien, être comme vous, ne plus prendre les manies des autres ». C'est probablement la fonction de notre relation, un branchement sur l'autre qui contribue à stabiliser sa relation aux autres et fait obstacle à une dérive trop erratique des identifications imaginaires.

Réglages de l'institution

Ce qui est donc à cadrer, ce n'est pas le sujet mais plutôt la jouissance à laquelle il a affaire. Dans une institution, ça passe par une place possible à l'invention du sujet. Inventer des modalités de cadrage de la jouissance, c'est ce que l'institution peut permettre.

Comment ? Si le cadre, c'est ce qui entoure, cette définition rejoint l'étymologie du mot *ambiance*. L'*ambiance* d'une institution, « c'est le lieu du dire »¹¹.

Pour qu'il y ait une bonne *ambiance*, il faut qu'elle soit suffisamment mauvaise, pour paraphraser Winnicott sur sa conception de la mère.

C'est-à-dire que la référence ne soit pas du côté de l'idéal, mais plutôt du cas par cas. Pour préserver une circulation du dire : « Si un discours se fige, il y a une dégénérescence de l'*ambiance* ».

Ainsi le Législateur, celui qui prétend ériger la Loi, est un imposteur. On l'a vu avec le père du président Schreber. Rien de pire qu'un père qui s'y croit. La loi, celle qui nous intéresse, prendra plutôt en compte le particulier par rapport à l'universel.

C'est la fonction politique de la psychanalyse, nous dit Eric Laurent, que de « rappeler que l'universel ne réglera jamais les questions, que la jouissance dans sa particularité la plus abominable est là comme protestation contre l'idéal ; que plus on voudra des idéaux, plus on fabriquera du mal »¹².

1. Montesquieu, *L'Esprit des lois*. Paris : Livre de Poche ; 1997.

2. Barthes R., « Comment vivre ensemble ». Cours au collège de France 1976-1977.

3. Clavreul J., *Le désir et la loi*. Paris : Denoel ; 1987.

4. Miller J.-A., « Montré à Prémontré », *Analytica* n°37.

5. Wajcman G., *Fenêtre. Chroniques du regard et de l'intime*. Paris : Verdier ; 2004.

6. Lacan J., « Question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », in *Ecrits*.

7. Lacan J., *Le séminaire de Jacques Lacan : Livre 23, « Le sinthome »*. Paris : Seuil ; 2005.

8. Miller J.-A., « La psychose ordinaire » Convention d'Antibes, 1998.

9. Lacan J., « L'étourdit ». *Scilicet*, 1973.

10. Maleval J.-C., « Eléments pour une appréhension clinique de la psychose ordinaire » Séminaire de Toulouse, janvier 2003.

11. Oury J., « Fonction forclusive et *ambiance* », Conférence à Paris le 4 février 1978.

12. Laurent E., « Institution du fantasme et fantasmes de l'institution », Conférence à Paris en octobre 1991.



*4ème Journée du Collectif Psy Abbeillois
vendredi 3 juin 2005
sous la présidence de Jean-Claude Maleval*

Psychoses

Psychoses, au pluriel, voici le thème de cette 4ème journée d'Abbeville. Formes et moments cliniques, impasses, questions et trouvailles, nous vous proposons de venir réexplorer ce thème avec J.-C. Maleval, dont les recherches et publications récentes s'attachent à approfondir de manière magistrale ce sujet.

L'esprit du Colloque d'Abbeville est d'inviter tout un chacun qui dans son champ est confronté à ces questions : infirmiers, psychiatres, psychologues, psychanalystes, assistants sociaux, psychomotriciens, ergothérapeutes,... à venir partager son expérience, sa réflexion, ses énigmes. L'idée est d'élaborer sur la base d'allers et retours entre théorie abstraite et clinique concrète.

M. WILQUIN : Dépendance, toxiques, et psychoses

J.-L. SAFFER : Le packing dans l'institution

A.-M. WIMART : Visite à domicile infirmière chez le patient psychotique

J.-C. MALEVAL : Psychose et carence du fantasme fondamentale (*texte indisponible*)

C. STEF : Psychoses, au pluriel et au quotidien (*texte indisponible*)

C. CHAPEROT : Eléments et repères du transfert psychotique (*texte indisponible*)

F. GILLES : Syd Barrett : de la montée en scène à la chute

F. BOSETTI, F. GASTAUD : Une psychose non ordinaire

P. WARTELLE : Travail clinique en institution avec une adolescente psychotique

V. CELACU : Cas clinique: adolescence et psychose (*texte indisponible*)



M. WILQUIN

Dépendance, toxiques, et psychoses

Je voudrais d'abord remercier le Président du Collectif, Christophe Chaperot, de donner la parole par ma voix, aujourd'hui, à l'équipe d'addictologie de l'Hôpital d'Abbeville, pour aborder un sujet qui évidemment nous est cher, qui est celui de la toxicomanie.

Permettez-moi donc d'associer à cette communication l'ensemble de l'équipe, et notamment François Thomas, psychologue et Virginie Raboin, infirmière.

Avant d'aborder les liens qui existent entre psychose et toxicomanie, sur le plan psychanalytique, je voudrais d'abord brièvement envisager cette comorbidité, sur le plan épidémiologique et étiopathogénique, peut-être pour ceux d'entre vous qui n'ont pas l'habitude de la prise en charge des toxicomanes.

Les conduites addictives, toutes substances confondues, sont fréquentes chez les patients psychotiques, notamment schizophrènes (entre 20 et 60% selon le type de population et la substance psycho-active utilisée).

La prévalence de l'abus ou de la dépendance au cours de la vie des patients schizophrènes serait de 20 à 50% pour l'alcool, de 15 à 40% pour le Cannabis, de 5 à 13% pour les opiacés et encore plus pour le tabac, ce qui signifie pour les opiacés par exemple que plusieurs dizaines de milliers de schizophrènes en France ont pu en être dépendants à un moment de leur vie.

Dans deux tiers des cas, l'abus d'opiacés précède les manifestations psychotiques.

Une hypothèse fréquemment avancée pour expliquer cette forte association est la recherche de l'automédication de certains symptômes psychotiques que l'on peut retrouver de façon isolée lors des phases prodromiques tels que les angoisses dissociatives, les sentiments de transformation corporelle, l'ambivalence affective, le vécu d'étrangeté, les difficultés d'adaptation à la réalité...

On sait également que l'existence de certains traits de personnalité comme l'impulsivité, la recherche de sensation, peuvent intervenir dans l'initiation, c'est-à-dire le premier contact avec la substance, puis dans la répétition des conduites addictives, conduisant à l'abus ou à la dépendance.

D'autres hypothèses mettent en avant l'existence d'anomalies d'ordre génétique communes ou s'appuient sur les dysfonctionnements neuro-biologiques constatés dans la schizophrénie, notamment au niveau des voies dopaminergiques mésolimbiques, dont on sait qu'elles interviennent également dans la neurobiologie des addictions.

Dans l'exposé qui va suivre, j'ai pris le parti, tout à fait arbitraire, et donc critiquable, de ne m'intéresser qu'aux substances illicites et donc de mettre de côté, l'alcool, le tabac et les addictions sans produits, qui présentent leurs spécificités. En sachant toutefois qu'aucune étude n'a montré que le choix d'un produit, notamment parmi les produits illicites, puisse être corrélé avec une structure psychopathologique particulière, donc avec un fonctionnement mental spécifique.

Abordons maintenant l'approche psychanalytique, dans un premier temps en essayant de parcourir l'histoire des relations plus ou moins avouées entre la psychanalyse et la toxicomanie, de Freud à nos jours, si je puis dire, au travers d'une rapide revue de la littérature, puis dans un deuxième temps, en abordant la relation spécifique « psychose et toxicomanie ».

Structure psychotique et toxicomanie

« La seule référence solide est la psychanalyse » affirme Francisco Hugo Freda, « car la doctrine psychanalytique est la seule qui propose au monde une façon d’agir sur la jouissance de manière efficace ».

À l’opposé, Claude Olievenstein pense « que la psychanalyse ne comprend rien aux phénomènes de toxicomanies ».

Entre les deux, Jean-Paul Descombey avance que « les addictions sont du domaine de la tâche aveugle de Freud concernant ses rapports avec les toxiques (cocaïne, puis tabac) car la référence à Freud et aux grands concepts qu’il a forgés, pour indispensable qu’elle soit, ne suffit pas à étayer la pratique clinique ».

Ces trois positions expriment bien l’absence de consensus retrouvé dans la littérature psychanalytique depuis le début du 20^e siècle, jusqu’à arriver à la question qui taraude les psychanalystes qui travaillent avec les toxicomanes : le toxicomane existe-t-il ? Mais ceci pourrait faire l’objet d’un autre colloque.

Freud s’est peu intéressé à la toxicomanie, et généralement de manière indirecte (*Le président Schreber, Deuil et mélancolie, Trois essais sur la théorie de la sexualité*, par exemple).

Ce que l’on appelle « l’épisode cocaïne » de Freud n’est connu que depuis 1953, date de la publication de la biographie de Jones. Quant aux écrits originaux, ils ne seront traduits et publiés en anglais que dix ans plus tard.

En revanche, la revue bibliographique de York parue en 1970, ne fait aucune mention des relations de Freud à l’addiction qu’il s’agisse de cocaïne ou de cigares, ni des travaux sur ce thème des élèves de Mélanie Klein. Il faut préciser que Clifford York travaillait à cette époque dans le centre dirigé par Anna Freud. Si l’on veut résumer les articles classiques de Freud, on peut dire que pour lui, l’addiction est un substitut à un acte sexuel et qu’il existe un lien avec la masturbation, elle-même l’addiction la plus ancienne. On voit que la place nosographique des conduites addictives n’est pas explicitement résolue dans son œuvre. Quant à son addiction à la cocaïne et au cigare, Freud se défendra toujours d’être dépendant et le lien qui existe entre Freud, son père et ces deux produits permettra à certains auteurs dont son biographe Jones, de souligner les implications de la cocaïne dans la découverte du complexe d’Œdipe et du tabagisme dans la théorie du refoulement.

Pour parler rapidement des auteurs post-freudiens, je citerai :

- Sandor Rado, qui avance en 1926 le concept « d’orgasme pharmaco-génétique » et insiste sur l’importance de l’érotisme oral.
- Winnicott, qui traite de la toxicomanie en une phase, pour dire qu’il s’agit d’une pathologie de l’espace transitionnel.
- Gerard et Kornestky, qui sont les premiers en 1955 à faire une étude sur la psychopathologie des toxicomanes.
- Bergeret, qui affirme qu’il n’existe aucune structure psychique stable et spécifique de l’addiction et que celle-ci évolue de façon plus ou moins notable son mode de fonctionnement.
- Joyce MacDougall se réfère à la notion d’esclavage et associe la toxicomanie à un échec de la fantasmatisation et de l’internalisation de l’objet.
- Gutton parle des pratiques d’incorporation qui correspondent à des auto érotismes particuliers.
- Jeahhet fonde ces conceptions sur les avatars du narcissisme et du processus d’introjection.
- Charles Nicolas insiste sur l’importance de l’interdit dans le rituel de la toxicomanie et l’associe dans certains cas aux conduites ordaliques.
- Sylvie Le Poulichet interprète la toxicomanie comme une réponse à un manque d’élaboration du corps.

– Claude Olievenstein évoque la notion du « miroir brisé » qui situe le toxicomane dans une position intermédiaire entre l'enfant psychotique (miroir impossible) et l'enfant normal (miroir réalisé).

Pour conclure cette trop rapide revue bibliographique, je voudrais souligner que la théorie psychanalytique ne permet pas de rendre compte de la dépendance physique ou pharmacodépendance, qui relève de troubles neurobiologiques touchant les voies dopaminergiques, dont j'ai brièvement parlé tout à l'heure.

La psychanalyse ne peut que tenter de répondre à la question de la dépendance psychologique à un produit chez un patient donné, c'est-à-dire, on va le voir tout de suite, à la place qu'occupent les signifiants de la drogue dans son discours.

Mon propos sera donc maintenant de tenter de définir le rôle, la place et la fonction des signifiants de la drogue chez les sujets présentant une structure psychotique.

Il s'articulera autour de trois lignes directrices : la carence symbolique et notamment l'absence de l'inscription des patients dans une histoire tant personnelle que familiale, puis les relations entre l'unité imaginaire du corps des patients psychotiques avec l'usage de drogues, et enfin le rôle des signifiants de la drogue en fonction de la forclusion du signifiant du Nom-du-père.

L'objectif sera donc de tenter de répondre à la question de la place qu'occupe la toxicomanie dans l'économie psychique des sujets psychotiques.

Tout d'abord, la carence symbolique.

Chez le psychotique, le complexe d'Œdipe, qui marque l'inscription du temps dans le fonctionnement mental d'un sujet, fait défaut, du fait de l'absence de la castration symbolique.

Il y a donc une absence de signification du temps, de la différence des sexes et des générations. Le psychotique n'a donc pas la capacité de ressentir la continuité et la permanence de son être.

Cette difficulté qu'a le psychotique à énoncer les divers événements de son histoire, qu'il ne peut inscrire que dans une durée qui lui est propre, se traduit souvent par un dysfonctionnement des temps grammaticaux qui ont pour objectif de définir un « avant » et un « après ».

L'expérience de la toxicomanie chez les psychotiques tente de leur assurer une continuité d'être, leur tient lieu d'histoire en structurant leur discours d'un « avant » et d'un « après », la drogue leur permettant de reconstituer une histoire « après-coup ».

Les adolescents psychotiques tentent souvent de pallier à cette absence d'inscription dans l'histoire, par l'identification à des toxicomanes célèbres dans le monde musical ou cinématographique, souvent décédés et auréolés d'une légende qui leur confère un statut d'éternité. Ce mécanisme de compensation imaginaire, souvent retrouvé a posteriori dans la biographie de nos patients, semble jouer ainsi un rôle important dans l'initiation, mais aussi la répétition des conduites de consommation.

L'adolescence chez les psychotiques est souvent marquée par l'absence de crise, due à l'absence de la réviviscence d'un conflit œdipien évidemment absent chez ces sujets. Le défaut d'utilisation des signifiants œdipiens rend ainsi compte de l'importance de l'utilisation des signifiants de la drogue qui essaient de servir de support à une histoire.

Venons en maintenant à l'unité imaginaire du corps.

Des modifications temporo-spatiales peuvent être ressenties par les psychotiques, au travers d'un vécu corporel disloqué, voire franchement dissocié. Or toutes les drogues, à des degrés divers peuvent entraîner des sensations de modifications temporo-spatiales.

On peut donc avancer l'hypothèse que les signifiants de la drogue peuvent servir aux psychotiques à leur donner l'illusion de maîtriser de l'extérieur ce qu'ils ne peuvent maîtriser de l'intérieur.

Ce vécu corporel fragmentaire, disloqué s'accompagne chez le psychotique d'une angoisse dite de « morcellement ». Cette angoisse révèle l'échec de l'identification de l'image en miroir, c'est-à-dire du Moi idéal. Là encore, une hypothèse possible serait que la prise de drogue permettrait au psychotique d'échapper au morcellement, en tentant de structurer une image en miroir « hors signifiant », en recréant une complétude narcissique.

Le « hors signifiant » de la drogue permettrait alors de masquer le « hors signifiant » de la psychose. L'unité imaginaire du corps serait ainsi créée par la prise de drogue.

Enfin, la forclusion du signifiant du Nom-du-père.

La forclusion du signifiant du Nom-du-père est la condition nécessaire mais non suffisante, pour permettre l'éclosion d'une production imaginaire délirante. Lacan écrit que pour qu'une psychose se déclenche, il faut que le Nom-du-père vienne en opposition symbolique au sujet. On peut donc dire que la drogue, en tant que signifiant, vise à lutter contre l'apparition du délire en intervenant comme tiers symbolique qui barre l'Autre.

La drogue prend alors une fonction d'identification qui lui permet de se représenter dans le lien social et de s'inscrire dans l'ordre symbolique. N'ayant pas à sa disposition le Nom-du-père, il utilise le « Nom de la Drogue ».

Cliniquement, il est fréquent de voir que l'usage de drogues permet à certains psychotiques d'éviter ou de retarder l'entrée dans une production délirante ou que l'arrêt d'une toxicomanie entraîne l'émergence de symptômes productifs comme si l'arrêt de la prise de substance empêchait les psychotiques d'avoir recours au signifiant-drogue comme tiers symbolique susceptible de barrer l'Autre.

Qu'implique maintenant la prise de drogues chez le psychotique dans sa relation d'objet? La drogue vise à créer un manque « à avoir » : *être toxicomane* fait courir le risque au psychotique d'être en manque, avoir ou ne pas avoir de drogue.

La toxicomanie peut donc être utilisée par le psychotique pour accéder au signifiant d'un manque impossible pour lui qui n'a pas eu accès à la castration. La drogue lui permet aussi « d'entrer en relation » avec un autre sujet, distinct de lui. Ce qui fait dire à Caroline Ferbos que « le psychotique utilise la drogue pour fuir la dépendance et la persécution liées à l'investissement libidinal de l'objet primordial, c'est-à-dire la mère ». La drogue servirait de suppléance aux insuffisances maternelles, afin de colmater les angoisses primitives.

La drogue permettrait ainsi au psychotique de supporter le désir de la mère en forgeant le leurre de la création d'un signifiant du manque et de l'existence d'un tiers symbolique.

La drogue prend alors valeur pour le psychotique d'objet transitionnel, au sens de la zone des échanges symboliques de Winnicott, ou d'objet transitoire « dans le sens où il faut le remplacer continuellement puisqu'il n'a ni signification ni le destin de véritable objet transitionnel, à savoir un objet en voie d'introjection », nous explique Joyce MacDougall.

Le rôle « d'automédication » du passage à l'acte toxicomaniaque, qui vise à maîtriser ou à supprimer les symptômes des patients psychotiques, cliniquement évident, paraît ainsi confirmé par ces différentes hypothèses.

Cette automédication bien qu'éphémère et factice est cependant efficace. L'arrêt de la toxicomanie chez les sujets psychotiques (et ce d'autant plus qu'elle s'effectue sans traitement de substitution) étant souvent suivie de tentatives de suicide, d'épisodes dépressifs souvent sévères ou bien d'apparition ou de reprise d'activité délirante.



Pour conclure, on peut donc dire que les signifiants de la drogue tentent de combler dans l'Autre, de manière leurrante, la place forclose du signifiant du Nom-du-père. Cette forclusion signant, dans la psychose, l'impossibilité pour un sujet d'articuler et de nommer symboliquement les objets de son désir, par l'absence de castration symbolique et du déroulement du complexe d'Œdipe.

La drogue ne peut être utilisée que de manière factice par le psychotique comme support signifiant du « je » dans la chaîne symbolique du langage.

Ainsi la prise en charge en psychothérapie des patients psychotiques toxicomanes renvoie à celle des patients psychotiques non toxicomanes, et le pronostic de toxicomanie chez un patient psychotique est largement conditionné par le pronostic de la psychose.

Il faut cependant préciser qu'au cours de la psychothérapie, la logique de la toxicomanie peut parfois s'opposer à la logique de la psychose dont la prise en charge peut nécessiter de laisser quelque part une « place » à la drogue.



J.-L. SAFFER

Le *packing* dans l'institution

LES ENVELOPPEMENTS HUMIDES

Depuis deux ans maintenant, sous l'égide de notre chef de service, le Docteur Chaperot, nous avons adapté une technique d'enveloppement humide issue des modèles de *packings* de Woodbury et Delion. Nos packs sont des outils simples avec des effets compliqués.

Pierre Delion est l'auteur de référence en matière de *packing*. Ses travaux sont des éclairages précieux pour qui tente cette aventure. Tout au long de cet article, comme un fil d'Ariane, vous retrouverez ses repérages tant historiques que théoriques.

Le *packing* est une technique de soin qui s'origine dans deux sources très différentes, tant au niveau historique que théorique. La première source nous vient de thérapeutes du 19^e siècle, allemands et français, basées sur l'hydrothérapie, comprenant des enveloppements humides ; Fleury parle en 1852 d'embaillotement humide. La deuxième source est théorique et nous vient de la psychanalyse freudienne. Si la première avait le mérite d'aborder la problématique du corps, elle n'a pas pu échapper à une dérive. En effet, elle n'avait pas suffisamment de contenu significatif pour ceux qui en ont hérité et l'ont appliquée d'une manière répétitive, pour ne pas dire déshumanisée. Et c'est ainsi que la technique des embaillotements humides est progressivement devenue une méthode de contention plus ou moins connotée de sadisme, proche des camisoles. Par contre, cette technique a été reprise aux États-Unis par des psychanalystes soucieux des approches corporelles. C'est ainsi que M. Woodbury, psychanalyste américain, est venu en France et a ramené dans ses « bagages » cette technique des enveloppements humides avec un éclairage psychanalytique.

Pierre Delion nous dit ; si donc le vécu des personnes psychotiques est marqué du sceau des angoisses archaïques (tomber sans fin, couler, être troué, écorché), leurs instances psychiques, et principalement celles qui produisent les défenses archaïques contre les angoisses, vont construire une image du corps elle-même très en rapport avec ces fonctionnements singuliers. Nous pouvons ainsi considérer que les différentes pathologies autistiques et psychotiques sont autant de modalités d'habiter son corps par la personne psychotique.

Notre idée est de proposer à des patients souffrant de psychose grave, une pratique qui permette de générer un mouvement psychique ; nous articulons cette pratique à la conceptualisation suivante.

Hypothèse du rassemblement des parties éparses du corps: également peut-être (ce n'est pas incompatible mais complémentaire), mise en relation entre image inconsciente du corps (Dolto), représentations archaïques (pictogrammes de P. Aulaguer) avec une sensorialité spéculaire unifiante (stade du miroir, Lacan).

L'image inconsciente, morcelée, se fonde sur des impressions sensorielles précoces, dites archaïques. Ces impressions sont refoulées par l'entrée en jeu du spéculaire.

Avec le *packing*, on refait du « sensoriel » mais sous forme « unifiée ».

Un outil simplifié

Du *packing* classiquement décrit dans la littérature, nous en avons adopté la technique et essayé de conserver l'essence. Nous avons modélisé l'outil aux exigences et attentes de notre service. Adaptation

nécessaire pour en faire un outil utilisable par l'équipe soignante, pour l'intégrer dans le dispositif de soins.

Du temps ! Voilà une denrée qui devient rare dans les services. Pouvoir réunir deux soignants qui, quoi qu'il arrive, puissent s'engager dans un soin qui dure une heure n'est pas tâche aisée.

Alors coupe franche sur le potentiel troisième qui aurait pu tenir le rôle de secrétaire. Idem de la supervision trop difficile à formaliser. Par contre, toujours présent, l'intérêt de l'équipe médicale, qui ne vise pas une explication des phénomènes rencontrés lors des séances de pack; en effet plus on explique moins on entend, mais, sous la forme d'hypothèses, une relance sans cesse renouvelée de la qualité de cette « présence » psychique qui consiste tout autant à s'intéresser à l'autre qu'à soi-même. C'est la rigueur du cadre qui permet la créativité de ce qui s'y déroule et qui est totalement imprévisible et inattendue... Il en va ainsi des séances de packs.

Je vais vous expliquer comment nous réalisons nos enveloppements. Il faut être au moins trois, le patient bien sûr, et deux soignants.

Un pack ça se prépare, toujours de la même façon ; il faut un drap en réserve dans le freezer, un autre drap, une couverture, un oreiller, des gants et serviettes de toilette, un lit de camp, de l'eau de Cologne, une montre, et une heure devant soi.

Dans une petite pièce, en l'occurrence l'une des salles de bain du service, nous disposons sur un lit de camp une couverture, un drap froid qui sort du freezer, un drap mouillé à l'eau froide et essoré, le tout est appliqué avec beaucoup de précaution pour éviter les plis (un grand nombre de patients les ressentent comme gênants quand ils sont présents). Le patient, dévêtu ou en sous-vêtements, est encadré des deux soignants qui lui appliquent de façon concertée une serviette humide sur chaque épaule, le patient s'allonge sur le lit et est rapidement enveloppé par les draps et la couverture, un oreiller est placé sous sa tête. Le patient est enveloppé pour une durée de 20 minutes. Les soignants se repartissent en un soignant de tête, qui pendant toute la séance veillera particulièrement au confort du patient, s'entretiendra avec lui avec empathie, jouera un rôle maternant, et le soignant de pieds qui, quant à lui, verbalisera tout ce qu'il peut percevoir des mouvements corporels, donnera le décompte de la durée du pack, permettra de réorienter l'entretien. Le patient, pendant toute la durée du pack, est invité à faire part de son éprouvé corporel, évoquer des sensations ou des souvenirs, relater une histoire, décliner du lexical (verbalisation à haute voix, adressée ou non). Juste avant la fin des 20 minutes le patient est averti que le pack se termine. Le désenveloppement se fait doucement dans le sens inverse de l'enveloppement. Une fois « désenveloppé », le patient est massé vigoureusement avec un gant imprégné d'eau de Cologne. Doucement, nous l'invitons à reprendre possession de sa verticalité. Pendant le réhabillage, quelques phrases sont échangées pour aider à clôturer le pack, soit en convenant d'une prochaine date de *packing*, soit pour le réorienter sur les activités du service, soit pour simplement le saluer.

Le travail pour les deux soignants n'est pas pour autant terminé. Pendant le rangement, il y a cette irrésistible envie de dire ce que l'on a remarqué dans la couverture, sur le visage du patient, comment nous nous sommes laissé absorber dans cette expérience. Puis de se raconter avec force, par quoi nous avons été surpris, et de la surprise, il y en a toujours.

Et il y a le retour, la confrontation avec le rythme du service, les autres patients, les collègues, avec le « Alors ! » Et là on perçoit à quel point nous sommes porteurs d'un... je ne sais comment le dire, mais au sortir des packs, nous possédons quelque chose que les autres n'ont pas. Au retour d'autres activités ou d'entretiens, il n'y a pas cette même attente. Il semblerait qu'en matière de pack, il y ait du sensationnel à relater. L'équipe d'enveloppeurs relate ces sensations avec les autres : ces temps de réflexion sont là pour relancer le travail associatif de chaque soignant sollicité. Et puis, il y a le travail de l'écriture, où il s'agit de relater l'essentiel et de faire trace dans le dossier de soin du patient. De plus, il est habituel que soient repris les contenus des packs en réunion formelle ou non.

Des effets compliqués

Des draps comme des bras

La peau, en plus du rôle biologique complexe qu'elle joue, transforme l'organisme en un système sensible qui participe à l'éprouvé des sensations et qui est un lieu d'échanges avec l'entourage. Voilà, résumé, ce qui va être le socle de la mise en place de notre psychisme et de notre personnalité.

Les enveloppes psychiques, telles qu'elles sont décrites par Didier Anzieu, sont des structures à double feuillet (pare-excitation et surface d'inscription) qui délimitent le monde interne du monde externe. Dans la théorie freudienne, elles apparaissent sous la forme du Moi, ce dernier ayant pour rôle de contenir l'excitation psychique et d'entraver les passages libres, à l'intérieur du psychisme, des quantités d'excitations.

Soumis au froid humide intense, le corps réagit tout d'abord par un effet de saisissement, qui s'accompagne généralement d'une augmentation du tonus, de frissons, d'une respiration retenue. C'est un moment de crispation où toutes les parties du corps qui sont enveloppées sont perçues, *car contenues par les draps*. C'est le temps de la vasoconstriction, mais aussi de la mobilisation de l'angoisse. Moment de bascule où probablement se jouent des scénarios archaïques.

Puis très rapidement et toujours, le réchauffement moins de deux minutes après et, dans la couverture, cette énergie formidable qui envahit le corps de l'enveloppé... La chaleur, qui diffuse, renoue avec des éprouvés positifs. C'est le temps de la vasodilatation, de la béatitude, de l'émergence de la relation.

Enveloppé, emmaillotté, le patient, ainsi entouré par ce dispositif, est invité à éprouver et à relater son vécu corporel, réel et imaginaire. L'abaissement de la température, l'effet de moulage exercé par l'humidité des draps, le saisissement induit par la rapidité de l'enveloppement, la thermorégulation, cet ensemble contribue à mon sens à l'unification de la psyché et du soma.

Ce n'est pas le corps du sujet qui est le lieu privilégié d'intervention, mais le sujet dans son corps en relation. « Le corps humain est toujours l'expression d'un Moi et d'une personnalité, et il est dans le monde » (P. Schlider).

Nous voulons lui permettre de vivre ce qui lui appartient en propre : nous ne l'invitons pas à vivre en pack un certain bien-être, un nirvana, mais à percevoir et vivre des ressentis profonds. La proposition va donc consister à lui demander ce qu'il ressent ici et maintenant. Temps de concentration sur une délimitation forcée de son enveloppe corporelle, sur l'immobilisme, sur sa capacité à se réchauffer, il est aidé à entrer dans ce bain de sensations.

Ne « rien faire », « laisser faire », est essentiel à cette invite. Tout ou partie que ce corps porte en lui de confus et d'inexprimé, de bloqué dans les tensions, se réveille, émerge peu à peu. Les traces mnésiques sont réactivées. Ces perceptions entraînent un afflux d'affects, dense et confus, ce que les mots seuls ne suffiraient pas à contenir, et réduiraient.

« Qu'y a-t-il de non communicable en mots, qui se fige dans le symptôme » demandait M. Mannoni.

Le corps du patient devient alors le terrain de rencontre de soi, lieu transitionnel, objet médiatique, porteur d'inconscient à déchiffrer comme nous le faisons des rêves.

Voici ainsi posée, la scène sur laquelle s'engage le sujet qui n'a que le chemin du non verbal pour communiquer aux thérapeutes son monde intérieur. Relation privilégiée qui permet à quelqu'un de mettre en jeu ses projections, et allant de l'agi au représenté, d'organiser ses représentations internes. L'essentiel se crée dans cette rencontre.

La scène

Le patient se présente le plus souvent immobilisé dans son corps figé ou grelottant : soit offrant un

état de clivage entre un Moi regardé et un Moi regardant, soit dans un corps qui lui est étranger, extérieurement offert à autrui et intérieurement insensible, soit totalement engagé dans une partie souffrante de son corps, ou bien parfois, même abandonné. Il est accompagné des deux soignants : l'un à proximité, le veillant comme une mère veillerait son enfant, et l'autre un peu plus distant, vigilant, rigoureux mais tout aussi réassurant.

Dans cette situation, nous travaillons sur la mise en place du contenant psychique à partir de l'expérience corporelle, la notion de pare excitation (Freud), la peau psychique (Bick), le manteau (Meltzer), le contenant (Bion), peuvent ici nous servir de métaphore à l'un de nos rôles : protéger l'organisme contre les excitations nocives de l'environnement.

« Mais la technique n'est pas grand chose si elle ne s'inscrit pas dans le maillage institutionnel, si ce qui se passe pendant la séance n'est pas repris, travaillé, avec d'autres, avec les autres de l'équipe, afin que du lien s'établisse, et du sens. Ils seront essentiels pour contrecarrer la déliaison psychotique. » dit Delion.

L'écriture du pack

Le travail de l'écriture est toujours un moment d'après-coup, où il s'agit d'abord de renoncer à rendre compte de la totalité d'une expérience et de se contenter des extraits. Le dispositif comprend donc un temps où les soignants se retrouvent en présence de tiers pour évoquer le contenu de la relation clinique. Ces temps de réflexion sont apparus progressivement comme nécessaires à la conduite des packs, à la fois pour réaliser ce que l'on retrouve communément dans chaque soin psychothérapique, et que l'on pourrait nommer « *toiletage contre transférentiel* », mais surtout pour relancer le travail associatif de chaque soignant. C'est une première observation importante : la rencontre soignant-soigné dans le cadre d'une série de packs, est d'abord la rencontre du corps à travers les propres sensations corporelles du soignant. Sans doute y a-t-il là à l'œuvre ce que M. Klein avait développé sous le terme « *identification projective* ».

C'est dire combien, par exemple, les moments de silence de la parole ne sont pas des temps sans communication. Mais des temps où l'attention particulière, portée par les soignants, fait écho aux perceptions sensori-motrices du patient.

Cette transcription du pack est un moment essentiel, articulation de l'intime avec l'institutionnel. Ce qui m'importe dans l'écriture d'un pack c'est la capacité à se situer en marge, ni en dedans, ni en dehors, de tenir sans détenir. D'être en mesure d'offrir une surface aussi peu meublée de représentations, pour que tout un chacun puisse à son tour arpenter cet espace.

Histoires de pack

En abrégé, voici livrées quelques vignettes de ces temps de rencontre. Il est toujours difficile de les sortir de leur contexte, de les synthétiser...

L'impressionné

Voici mises bout à bout les sensations de David :

« Je me tends, je me crispe, le froid me mord,... mes tensions apparaissent, je respire pour les expulser ». En nous regardant « Tu crois que ça va continuer, tu restes là ? La chaleur s'intensifie, me brûle, m'opprime ». « Ça fait du bien d'être enveloppé ». « C'est bon..., pas trop serré jusque ce qu'il faut », une étreinte, « Je me sens... je m'impressionne... ».

Quelques jours plus tard, David viendra me trouver pour exprimer son souhait de suspendre ce soin, mettant en avant une sensation trop forte « d'impression ». L'enveloppement représente un système identique au miroir qui renvoie au sujet une image sensorielle de son corps qui, elle aussi, doit avoir quelque rapport avec l'imaginaire, puisque cette représentation sensorielle n'est pas son corps

réel, mais un système qui, à partir de sensations et non plus d'images, lui permet une reconnaissance de lui-même en un tout unifié, qui le représente.

Le pack est peut être un catalyseur trop intense pour David en ce moment. Par contre, il sait que cet outil est à sa disposition et qu'ensemble nous pouvons évoquer son utilisation ou non.

L'effet pack

Véronique, toujours à se tortiller, à ébranler son corps, dans l'incapacité à différer ses demandes qui portent sans cesse et invariablement sur du linge, sur la propreté, sur les clefs de son placard. Avec en plus une adhésivité dans sa façon de se présenter, qui fixe et irrite.

Dix fois, cent fois dans la journée, elle vient se poser, s'offrir à notre regard, nous saturer de son tourment. En fait, d'une certaine façon elle vient solliciter un refus et une limite à ses envahissements archaïques, mais aussi elle vient tester notre disponibilité.

Les séances de pack ont apporté à Véronique un tenant-lieu de pare-excitation. Par l'entravement et l'immobilisme imposé par les draps, la fonction phorique est mise en forme et devient condition de possibilité d'une mise en scène dans laquelle un échange langagier tente de prendre sens. C'est la fonction métaphorique du pack. Les quelques passerelles langagières vont ainsi être autant de « greffes de transfert », telles que les nomment Gisela Pankow, sur lesquelles vont pouvoir s'appuyer des rapports différents avec Véronique, et notamment une diminution considérable du niveau d'angoisse archaïque qui entoure les mécanismes d'identification projective encore à l'œuvre chez elle d'une façon prévalente. Pour les soignants qui ont participé aux séances de packs, l'intérêt a été de percevoir et mobiliser des potentialités chez Véronique, capter son attention, cerner ses demandes, sérier l'information, s'assurer de la compréhension de l'énoncé, instaurer de l'intervalle par la mise en place d'un cadre contenant et rassurant dans l'institution, et aussi par l'émergence d'une notion de référence au niveau de l'équipe.

La régression

La situation de thérapie par pack repose, à mon avis, sur l'instauration, parfois difficile, d'une confiance vis-à-vis de l'environnement, permettant la régression, et le laisser aller, pour retrouver le contact avec les parties les plus souffrantes de sa personnalité primitive.....

Nous pensons que le *packing* permet de toucher à tous les pans de l'image du corps. Rappelons-nous que dans ce dispositif d'enveloppement avec les conditions de silence, la position allongée, la voix tranquille du thérapeute, l'importance des sensations du corps, tout porte à croire que de telles conditions favorisent une régression chez le patient

Eddy l'exprimait très clairement : « Je me sens bercé comme un bébé »; il décrivait des sensations de balancements, d'enroulements. Il nous disait aussi « Je suis protégé »... « Je suis doux »...

Nous touchons véritablement à « l'enfant dans le patient », pour reprendre une expression de M. Balint. Cette régression peut conduire le sujet à vivre une image du corps enfoui dans les strates du passé.

Nous sommes là, dans un travail où le thérapeute met à la disposition de son patient son psychisme, tel un « Moi auxiliaire » (P.-C. Racamier), sa capacité de transformer des émotions inassimilables, en quelque chose de recevable pour le patient. Opportunité d'une expérience où pourrait se constituer, par ce mécanisme d'étayage et l'introjection de la fonction contenante du thérapeute, une enveloppe psychique (D. Anzieu), une peau psychique (E. Bick).

La surprise

Cécile fut la première patiente pour qui cette prise en charge fut pensée. Comment amener Cécile à se libérer de son état « encapsulé ». Vivant dans un climat autistique quasi permanent, Cécile, lorsqu'elle parle d'elle, le fait en évoquant une poupée ; on la comprend peu, tellement les néologismes sont forts. Elle a des mots-valises qui ne veulent rien dire pour nous, et qui

s'accompagnent de bizarreries ou de moment de prostration. La communication est vécue comme un risque énorme de tomber dans la dépendance de l'autre et de tomber en morceaux...

Patiemment, et en expérimentant un climat d'intimité favorable axé sur la qualité de présence, d'attention, d'écoute, de concentration et de communication emphatique, nous avons réussi à ce que Cécile puisse intégrer le cadre thérapeutique des enveloppements. Elle accepta le premier *packing* sans trop d'appréhension. Par contre, elle se montra beaucoup plus hésitante pour le second, évoquant les morsures du drap froid sur différentes parties de son corps. Elle se décida pour renouer avec la sensation de chaleur qui coule dans son corps et qui finit par l'inonder. Cécile s'adressait à nous pour l'une des toutes premières fois, elle nous invitait à reproduire ce cadre de stimulations pour se découvrir dans l'enveloppement.

Découvrir et sentir les limites de son corps, distinguer les espaces internes et externes, concentrer son attention sur le corps et l'expression des sensations permettent d'abord au patient d'assembler les différentes parties de lui-même et d'accéder à la perception de son unité sensorielle. Se sentir unifié dans son corps, et percevoir la différence entre Moi et Non-Moi, est peut-être une des bases fondamentales pour l'activité de penser.

C'est le point de départ indispensable pour établir un pont vers l'extérieur, vers l'autre. En fait, nous expérimentons constamment ce paradoxe : aider nos patients à entrer en contact avec leurs sensations, à se relier à eux-mêmes dans leur corps, pour pouvoir s'ouvrir à la relation, échanger avec le monde extérieur et le laisser entrer à l'intérieur.

Les packs d'entretien

Gilles en est à son vingt-sixième pack en sept mois. Ils sont effectués, soit lors de ses injections retard, soit au gré de ses ré-hospitalisations.

Il nous semble que Gilles se soit approprié ce cadre thérapeutique et nous invite à formuler quelques hypothèses nouvelles sur le pack.

Tout au long de cet exposé nous avons mis en avant que la question du corps occupe une scène stratégique du traitement de la psychose, une place privilégiée. C'est peut-être celle d'un verrou, d'un passage obligé, d'un préalable. Avec Gilles nous aborderons une autre dimension : la question du passage entre la notion énergétique somatique et la représentation psychique.

Dans le cadre des packs, Gilles nous demande de « bien faire notre travail », c'est-à-dire d'utiliser des draps très froids et à peine essorés. Il nous dit « je me sens... bien que comme ça ». Peut-être aussi bien que quand il s'enferme dans un lieu pour fumer une cigarette. Ce que Gilles attend de nous, c'est de le conduire dans le passage entre le froid et le chaud. Dans ce contexte de sensations intenses, il nous dit prendre du plaisir. Il s'emplit du froid pour créer de la chaleur, sa chaleur, lui qui d'ordinaire traverse la vie détachée, vide d'affect, quasi en errance, toujours occupé à marcher, marcher pour ne pas penser. Il nous dit de cette chaleur : « ça me colle, ça me cadre ». Il nous dit aussi que ainsi enveloppé, il peut vaincre ce que lui appelle sa timidité. Au cours d'un entretien, il nous dira qu'il reproduit les packs à domicile prenant une douche froide et s'enroulant dans les draps de son lit. Son histoire, il la porte sur lui, dans sa façon si particulière d'être au monde, par ses tatouages, par quelques tee-shirts usés jusque la corde, par sa méfiance, par son silence.

La production de chaleur, quand il est empaqueté, le conduit à s'exprimer davantage, à lever le voile sur nombre de souffrances psychiques, sur une intériorité incontenable, sur l'annulation du réel.

Chaleur corporelle... chaleur relationnelle.

Nous sommes aussi là pour travailler et créer des liens. En ce sens, la parole en est génératrice. La voix elle-même, en tant qu'expression vocale, et le geste dans sa symbolique font lien.

Que se passe-t-il lors de cette contenance du corps, incapable de se mouvoir, où seule la tête émerge, lieu des pensées, lieu d'élaboration psychique ? L'immobilisation ne fait pas l'absence de signes, d'expression, de communication. Le pack œuvre par la capacité des personnes présentes à

favoriser et à accepter, de manière neutre et bienveillante, la chaleur d'une relation, et à transformer en symbolisation, en communication, les manifestations corporelles émises par le patient en sa présence. Nous sommes là dans la fonction maternelle de contenant de rêverie de Bion.

Les enveloppements humides sont de précieux outils de travail et de réflexion, pour tous ceux qui s'occupent de patients psychotiques. Ils m'ont apporté un nouvel éclairage sur les thérapies corporelles dans le cadre des psychoses. Ils m'ont aussi convaincu de cette nécessité évoquée par Georges Pous : « Il faut que le corps devienne image pour être pensé, comme il faut qu'il soit aimé pour être senti ».

Au fil du temps, je suis devenu un enveloppeur, un packman comme le disent certains de mes collègues. Un peu frileux au début de cette expérience, l'hydrothérapie était dans mon esprit un tantinet désuet, surtout à l'âge de molécule antipsychotique de deuxième voire troisième génération. Puis doucement, de surprise en surprise, le psychomotricien que je suis s'est installé dans cette psychosensorialité, dans ces mouvements d'éprouvés. Des draps comme des bras pour tenir une enveloppe souvent décrite comme lisse dans la psychose, pour retenir la chaleur libérée, pour contenir la béance du vide psychotique, pour nouer une mise en relation.

L'espace du pack n'est peut être que prétexte à la rencontre, en tout cas il m'a conduit jusqu'à vous aujourd'hui.

Bibliographie

Albernhe T., *L'enveloppement humide thérapeutique*, Collection les empêcheurs de penser en rond ; 1992.

Delion P., *Le packing avec les enfants autistes et psychotiques*. Paris : Erès ; 1999.

Anzieu D., Houzel D., Missenard A., et coll. : *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod, Collection Inconscient et culture ; 1987,

Pous G., *Thérapie corporelle des psychoses*. Paris : L'Harmattan ; 1995.

Tustin F., *Les états autistiques chez l'enfant*. Paris : Seuil ; 2003.

Winnicott D.W., *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris : Payot ; 1989.

A.-M. WIMART

Visite à domicile infirmière chez le patient psychotique

Je me présente : je m'appelle Anne-Marie Wimart, je suis infirmière psychiatrique de secteur, je travaille sur le sixième secteur de psychiatrie adulte.

Je voudrais tout d'abord remercier le docteur Chaperot qui me permet aujourd'hui de vous parler de la visite à domicile infirmière chez le patient psychotique.

Je remercie également Madame Chardon, psychologue, pour le cadre fixe et régulier, nécessaire aux échanges des pratiques infirmières.

À mes collègues :

Annabelle, Hélène, Thierry, Francis, je vous adresse toute ma gratitude, c'est auprès de vous que j'apprends tous les jours mon métier.

À toi, Marie-Claire Bousseylol, pour ta générosité, ta curiosité, ton intérêt jamais démenti pour le travail des infirmiers sur le secteur.

Je vais exposer les grandes lignes de mon intervention.

Tout d'abord, en première partie, un court historique du sixième secteur, puis une deuxième partie qui s'intitule dans « Les des corps » (généralités et déroulement de la visite), suivie d'une troisième partie qui traitera du domicile et de l'entourage.

Historique du sixième secteur

Au commencement était la visite à domicile (VAD).

En 1977, exerçait, pour les deux secteurs de psychiatrie adulte qui à l'époque ne faisaient qu'un, une minuscule équipe, c'est-à-dire :

un médecin psychiatre,

une secrétaire à mi-temps,

une assistante sociale, également à mi-temps,

une infirmière de secteur psychiatrique qui est présente parmi nous,

et comme seul moyen logistique une petite voiture dont nous avons oublié la marque !

Rien que cela, pour une population à l'époque de 120 000 âmes. Pas non plus de lieu de soins sur le secteur. Quand les patients étaient hospitalisés, c'était au Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Philippe Pinel d'Amiens, et bien souvent on les perdait de vue malgré une transmission régulière.

Il y avait l'hôpital général qui tolérait certains patients, au prix de négociations parfois difficiles.

La psychiatrie de liaison était très active dans le fonctionnement du service, mais en ce qui concerne la psychose, elle s'établissait plutôt comme le relais de signalements émanant des services de médecine.

La psychose était à domicile ou bien au CHS Philippe Pinel.

La VAD était donc historiquement la première activité infirmière ; elle est restée longtemps l'activité essentielle, en dehors des consultations médicales, le seul outil d'observation et de soin des malades.

La psychiatrie récente à l'hôpital, peu représentée en terme de personnel. Quelque chose dans l'air de l'époque assimilait volontiers la folie à la misère, à la débilite, « aux cas sociaux ».

Le Centre Médico-Psychologique (CMP), qu'on appelait et qu'on appelle encore « Dispensaire », était dans l'opinion commune, le lieu de soins pour les pauvres, et parmi eux, les fous.

C'est dans ce contexte que j'ai commencé les VAD, sans y avoir été préparée.

Je me souviens avoir accompagné une assistante sociale durant trois demi-journées !

D'ailleurs, au sujet de la formation, on se demande de quelle formation il pourrait s'agir ? Est-ce qu'une formation peut vous préparer à la rencontre au domicile du patient psychotique ?

On allait donc beaucoup en VAD.

Et puis la question se posait quant à la manière de relater : « Que dire ? Que taire ? Comment dire ? » Je venais d'un service hospitalier où l'infirmière n'avait à rendre compte que de quelques données comportementales objectivées, en réponse à des questions précises. Il y avait tout un discours à trouver, une parole à oser.

Au début, je décrivais ce qui avait rapport au traitement, à la salubrité, aux problèmes sociaux, etc.

Des internes et des psychologues étaient arrivés dans l'équipe, parfois jusqu'à trois internes, cela fait rêver plus d'un chef de service de nos jours !

Je les écoutais discuter de leurs patients et je découvrais qu'il existait une manière non standardisée d'en parler, une manière de poser des questions de façon personnelle, sans parler de soi, parce que la première peur qu'on a quand on débute les VAD et qu'on est la seule à avoir vu ce qu'on a vu, à avoir vécu ce qu'on a vécu avec le patient, c'est de parler de soi en essayant de rendre compte de tout cela ! On n'a pas complètement tort d'ailleurs, j'y reviendrai, mais pas au sens où je le croyais ! Donc je me suis aperçue qu'on pouvait développer un point de vue personnel, mais pas intime, un point de vue qui utilisait les notions de psychiatrie plutôt sous forme de questions, que sous forme de réponses.

On appelait ça la clinique et cela a énormément élargi et organisé mon regard chez les patients et ma relation avec eux lors de mes VAD.

C'est la découverte d'un discours qui m'a permis de me lancer dans une pratique d'infirmière à domicile. Et ça c'est très important de le signaler. Pour autant, ce n'était pas un discours proprement infirmier. C'était celui des internes et des psychologues ; il m'a fallu beaucoup plus de trois ans je crois, de confiance et de respect, un cadre sécurisant et un minimum de bienveillance, pour que je me l'approprie.

Ensuite, il y eût les séjours, les activités, les rencontres de groupe dans les lieux soignants. Les indications d'activité ont remplacé les indications de VAD, les VAD tendant souvent à se transformer en accueil du patient en activité, etc.

La VAD n'est plus le seul lieu de rencontre et d'observation. Cela demeure une source clinique irremplaçable et je m'étonne encore de l'impression que j'ai souvent, de ne pas voir le même patient à domicile et ailleurs. L'impression que ce n'est pas le même patient, découvrir ses autres visages, c'est vérifier que, malgré la dimension monolithique souvent de la psychose, le sujet psychotique aussi n'est jamais saisissable en son entier, nous ne voyons pas tout de sa psychose même si nous tentons d'en comprendre le fonctionnement, il y a toujours quelque chose d'un être qui échappe, même à notre clinique.

Dans les corps

A- Généralités

A force de retrouver dans les différents décors, à la fois la plus grande singularité, et du pareil au même, à force d'en parler, au fil des années, j'ai trouvé que dans ces décors, se révélait trois dimensions :

- le décor comme prolongement « des corps »,
- le décor comme prolongement « de la mère »,
- le décor comme déchet du prolongement.

Le décor comme prolongement « des corps »

Le décor, c'est comme au théâtre, l'espace et l'organisation de l'espace, la lumière, les objets, leur disposition, leur état, les couleurs, les sons...

On s'était dit d'ailleurs qu'on travaillerait à l'occasion cette question du décor avec un homme de

théâtre. Il semble que le décor, au théâtre, est intelligible, parce qu'il est, par définition, affaire de représentation (si on met de côté la question de la dimension non représentative de l'œuvre d'art, qui est parfois présente dans un décor). Représentation d'une ambiance, d'une époque, d'un milieu, d'une idée, d'un affect, etc. Quelque chose est créée, donnée à voir, qui correspond peu ou prou à ce qui se passe avec le décor ordinaire d'un névrosé ordinaire, dans sa maison.

En général, il me semble que le décor, au domicile de « monsieur tout le monde », est du registre de la représentation. Bien sûr pas forcément maîtrisée, mais pour la plus grande part, interprétable, en particulier à l'aide de codes.

L'impression étrange, d'étrangeté, qu'on a souvent au domicile d'un patient psychotique, est donc très différente de celle qu'on a chez une personne originale ou marginale, l'originalité ou la marginalité se référant encore aux codes.

Lorsque Mlle C. dispose partout dans sa maison des bouteilles de jus de fruits, de lait et d'eau à moitié vides, des verres à moitié pleins, tous recouverts d'un petit couvercle en carton, des petits morceaux de papier ici et là où reposent des insultes, cela ne représente rien au regard ou à l'intelligible. Cela ne représente pas, cela est ! Autant que nous avons pu le comprendre, cela est, au même titre que son corps. L'idée que je m'en fais, est celle d'un prolongement de son corps.

Elle le dit d'ailleurs ! Lorsqu'elle emporte partout avec elle : une bouteille de lait (pour ses dents), des petits sachets de surimi (pour les os), des boîtes d'œufs de lumps (pour son sang), du jambon (pour sa viande).

Le décor comme prolongement « de la mère »

Une maison comme un nid, c'est une chose qu'on dit ordinairement. Une maison comme un utérus, c'est une chose qu'on pense ordinairement :

- qu'on le nie, qu'on le revendique,
- qu'on le déplace ou qu'on le pervertisse,
- il y a une mère dans le décor. Sans doute que là aussi, ça ne fonctionne pas pareil chez le névrosé et chez le psychotique.

Je n'ai pas trouvé de façon de dire ce qu'est la mère dans le décor chez le psychotique. Il faudrait le faire cas par cas, et sans doute pas complètement, parce qu'il existe là une part d'indicible. Peut-être que, si on reprend l'idée du prolongement, on pourrait inverser la formule précédente et supposer qu'un patient psychotique pourrait être le prolongement de son décor. C'est assez sensible quand le sujet vit chez sa mère comme c'est très souvent le cas. Pour une de nos patientes, la question se pose en creux : pour Margot, le domicile n'existe pas. Margot ne peut s'y tenir que par la présence d'amis ou de soignants. Nous faisons chaque semaine quelque chose d'absurde, nous prenons rendez-vous à une heure précise pour nous rencontrer dans cet appartement, nous le quittons ensemble pour nous y retrouver le jeudi suivant, etc. Margot a été abandonnée à la naissance, a fréquenté la pouponnière de l'époque, puis des nourrices se sont succédées, sans qu'une accroche soit possible. Elle fut placée ensuite dans une famille d'accueil.

Quant à Mlle C. dont je parlais tout à l'heure, elle a trouvé sa formule : sur un petit bout de papier bien mis en évidence au milieu de la table sur laquelle reposent différents aliments, elle a inscrit : « Maman tais-toi ».

Le décor comme du déchet du prolongement

Il arrive que nous parlions de syndrome de Diogène. Quand le déchet domine et envahit le décor, quand il y a incurie, isolement, etc.

La notion de syndrome de Diogène est ambiguë parce qu'elle suppose une sorte de bonheur, voire une revendication du déchet.

Quand l'un de nos patients est envahi par ses ordures ou ses excréments, la première dimension qui nous apparaît n'est pas la dimension subversive.

Que l'ordure prolonge le sujet, ou que le sujet soit prolongement de l'ordure, on est loin du chaos ou de la crasse dont le névrosé obsessionnel, par exemple sort immaculé. Nous pouvons entendre que le sujet *est*, dans ces moments là *de l'ordure*.

Cela soulève deux questions délicates que nous sommes souvent amenés à nous poser, parce que la question du déchet dans le décor est très souvent présente, à divers degrés, au domicile des patients psychotiques :

– celle du sens de l'ordure dans le décor, dès lors qu'elle est vue par l'infirmier en visite, même si elle n'est pas donnée à voir,

– celle du seuil à partir duquel l'infirmier, l'équipe, ont à intervenir.

Exemple de Mme L., qui règne sur un décor fait d'excréments, de sang, de linge souillé et pourrissant, et reçoit le visiteur depuis les toilettes dont elle ouvre largement la porte pendant qu'elle y mange avec les doigts.

B- Le déroulement de la visite

1- Dans les des corps

Entrer, souvent quand on entre ça cloche

Chez Mme B., elle me voit derrière la porte vitrée, mais ne m'invite pas à entrer, j'attends un certain temps ; je suis attendue mais sans doute pas arrivée dans sa tête !

Ça cloche.

Chez Mr V., une chaise, ma chaise toute neuve, toute propre m'est réservée, elle m'attend : suis-je déjà là ?

Ça cloche.

Chez Mr F, je sonne et j'entre car personne ne viendra m'ouvrir, ce sont les trois chiens de garde qui m'accueillent en me reniflant

Ça cloche.

Ces modes d'entrée sont, bien sûr, à respecter. À plusieurs titres. Parce que, même si nous sommes très souvent attendus, nous ne sommes que rarement invités.

Au moins, devons-nous laisser au patient le loisir de nous indiquer, à sa façon, son accord.

Notre présence chez eux ne va pas de soi ! Et puis, parce que nous venons de le voir, le des-corps est dans un rapport plus qu'intime avec le patient qui l'habite. Cela le met dans une position de grande vulnérabilité. D'autant plus que, si nous pénétrons chez lui, dans cet intime, c'est bien parce qu'il est fou ! S'il ouvre la porte, c'est que, quelle qu'en soit la raison, il accepte quelque chose de ce que la psychiatrie propose comme façon de faire avec sa folie. En premier lieu, c'est à cette proposition que le patient ouvre la porte. Il incombe à l'infirmier de ne pas oublier que cette proposition, ce n'est pas sa personne, sa présence.

Cette proposition est chimique, institutionnelle, etc. Elle se débat et se construit en équipe, l'infirmier(e) en est porteur et il n'en est pas le plus souvent, le seul porteur ? J'insiste pour éviter tout malentendu par rapport à ce que je développerai plus tard, à savoir que le porteur de cette proposition de l'équipe n'est absolument pas interchangeable.

Donc le patient est particulièrement vulnérable dès l'instant où l'infirmier franchit ce seuil.

L'infirmier, quant à lui, n'est plus sur son terrain, son corps est pris dans l'espace de l'autre, bruits, odeurs, lumières, contacts. Son corps est convoqué par tous les sens dans cet intime, sans la protection aseptisée et familière des lieux de soins ; son corps est intimement convoqué par l'intime du décor. L'infirmier aussi lorsqu'il entre, est particulièrement vulnérable. Bien sûr, l'idée qu'il a de sa mission, de sa fonction, l'aide à supporter sa vulnérabilité. C'est nécessaire !

Chacun, sans doute, en use à sa manière. Pour ce qui me concerne, je choisis d'accepter une part de cette vulnérabilité, parce que je crois qu'elle me tient éveillée. J'ai choisi de ne pas m'habituer, de ne

pas trop me défendre de cette vulnérabilité, parce que c'est aussi à partir d'elle que, le seuil franchi, j'entre en relation.

2 – S'y tenir

Quand je suis chez Mlle C., sur la chaise qui est toujours la même, après avoir passé le couteau, m'être faufilee entre les bouteilles, etc., que je suis là avec elle et que, malgré tout, nous entretenons une relation vivante, qui évolue et se repère à cette évolution, une relation qui permet le rire et la confiance, je me dis que ça se peut. Nous avons trouvé ensemble, à notre manière, le petit passage, la petite passerelle sur laquelle nous pouvons nous rejoindre. Nous connaissons le chemin à force de nous y être égarées et je me dis que c'est encore possible...

3 – Ce qu'on y fait

Chez Mme P., quand elle va plus mal, les robinets fuient, le linge pourrit dans les cuvettes, elle fait pipi, les toilettes débordent, les clefs cassent dans les serrures, etc. Quand ça fait longtemps qu'on connaît un lieu, on sait, souvent, quand et comment son dérèglement tient de l'ordinaire pour son occupant ou, au contraire, fait signe pour nous que le patient est débordé au delà de ce qu'il peut supporter.

Pour constituer cette expérience, il faut beaucoup de temps, mais aussi, il faut avoir accepté que ça puisse (le chaos, la poussière, le gaspillage...) pour avoir vu, parfois, le moment où ça ne se peut plus. Il faut avoir accompagné le patient dans ce « des corps » avec douceur, pour en connaître le point de basculement.

Si on décide d'appliquer les normes d'hygiène dans la maison du psychotique, ou celle du convenable, ou celle du rentable, on peut avoir l'impression qu'on sait ce qu'on y fait. Dans la série « conduite à tenir » on pourrait disposer, on disposera un jour sans doute d'une grille d'évaluation du degré de saleté, de désordre, de gaspillage, pour une visite à domicile enfin rationalisée. Elles auraient, elles auront bien sûr l'avantage de pouvoir être établies par n'importe quel intervenant, ce qui faciliterait la gestion du personnel pour la médecine de demain ou de tout à l'heure !

Pour l'heure, l'infirmier ne dispose que de sa propre boussole, constituée de normes sociales plus ou moins repérées comme telles, de son propre seuil de tolérance plus ou moins questionné, et des critères cliniques précisés en équipe. Ce dernier élément, les critères cliniques travaillés en équipe, me paraît le plus précieux. Il y a pourtant des moments dans la prise en charge à domicile, ou tout critère fait cri – taire.

Il y a des moments où c'est cette relation là, l'histoire de cette relation entre ces deux sujets particuliers confrontés ensemble... Je n'ose pas dire ensemble, parce qu'être ensemble avec un patient psychotique c'est une illusion qu'on perd très vite. Et pourtant ce moment délicat où l'on décide, avec Mlle C., qu'il est temps de se séparer d'un lot de bouteilles vides, est un moment où nous sommes ensemble. Soutenues par le souvenir de l'époque où il lui était très difficile de tolérer la levée de ses ordures ménagères sans bâtir une théorie délirante autour du vol. Théorie qu'elle m'avait confiée sans que je fasse autre chose qu'être là un peu plus souvent, ma non-réaction, en tout cas, mon absence de réaction hygiéniste ou d'alarme face à la production délirante, lui avait permis, je crois, d'abandonner peu à peu cette théorie, avec l'idée qu'on peut penser les choses ainsi, mais pas forcément.

Cette théorie du vol des ordures fait partie d'une sorte de patrimoine qui nous est commun. Quand elle décide qu'il est temps de se séparer des bouteilles vides, c'est sur ce patrimoine qu'elle s'appuie ! Il n'appartient qu'aux deux sujets que nous sommes, et c'est à l'absence (régulée bien sûr par une réflexion après coup) de tout cri-taire, que je dois ces moments de rencontre !

4 - Ce qu'on en dit

Travailler une VAD, c'est d'abord se la raconter. Les trajets de retour ne suffisent pas toujours à cette remémoration commentée, dont on ne peut pas se passer. Alors elle prend place où elle peut, dans

la vie personnelle souvent. Je crois que ce premier récit, adressé à soi-même, est nécessaire avant même l'autre récit, d'une autre nature, qu'on fera éventuellement dans l'équipe.

Il tient, ce récit qu'on se fait, de l'arrêt sur image, du tri, de l'association. C'est un travail de liaison entre un discours que l'on s'adresse et toutes les sensations perçues. En ce qui concerne le décor, on a été parfois, très rudement ébranlée, et ce travail est d'autant plus nécessaire qu'on a rencontré de l'indicible. Si on ne le fait pas, l'effort qu'on fera sur place, quand on y retournera, pour prendre la « chose » dans les lieux du langage, pour soi et pour le patient, sera beaucoup plus difficile. Ma capacité à « mettre des mots » comme on dit, sur ce qui ne peut pas se dire, dépend donc en bonne partie de ce premier effort, silencieux, de parole.

Je peux avoir l'impression que je n'ai pas bien fait mon travail, alors que je suis allée ponctuellement à domicile, que j'ai effectué l'injection, rassuré le patient, rendu compte en synthèse de tel ou tel point. Je ne m'en aperçois souvent qu'après coup, quand ça revient. Ce qui manque peut-être dans ces cas là, c'est cette parole première, lente, confuse, encombrante et nécessaire... les mots, on les « met » donc aussi sur le terrain, en direct.

La collègue qui visitait Mme L., dont je parlais tout à l'heure, expliquait que son effort pour dire quelque chose, à chaque fois, de cet innommable, lui avait semblé inutile parce que la patiente ne s'en saisissait pas. Elle avait alors cessé son effort, et constaté qu'elle avait été, ensuite, elle-même envahie par l'angoisse brutale émanant des lieux. On en avait conclu que bien sûr, « mettre des mots » sur ce qui ne peut se dire, ça ne marche pas, on doit s'en souvenir, mais que c'est quand même très utile. Ça sert à l'infirmière, à supporter d'y retourner. À ne pas essayer de se débarrasser de l'angoisse en supprimant mécaniquement l'innommable (déclencher une hospitalisation, faire nettoyer et désinfecter l'appartement, ce n'est pas forcément une mauvaise idée, mais rien n'indiquait que c'était le moment de le faire). Ça sert aussi, si les mots sont « posés », dans un effort véritable, c'est-à-dire où le sujet s'engage en son nom, à proposer une accroche au patient.

Il ne s'agit pas bien sûr de s'épancher, mais qu'une parole soit assumée par quelqu'un. En retour, et souvent bien sûr a propos d'autre chose, le patient est autorisé à « s'adresser ».

La relation peut s'installer.

À côté de la question, bien sûr, au bord, autour. C'est là qu'on travaille.

À côté de la plaque.

Dans une parole assumée et donc toujours un peu ridicule, fragile ; et en plus, entre-temps, on rumine.

Drôle de travail.

C – On quitte les lieux

De même, qu'entrer pose brutalement la question de l'intrusion dans ce « non représenté » qu'est le décor, de même, en sortir pose celle de l'arrachement et de la disparition.

Je me suis rendue compte au début de ma pratique de VAD, que j'avais vraiment besoin d'imaginer le patient dans sa maison en mon absence. C'est encore souvent le cas, pas avec n'importe quel patient. De même, je me suis aperçue après coup, qu'au début, je retournais souvent au domicile chez certains d'entre eux, poussée seulement par une crainte informulée ; « qu'ils aillent s'imaginer que j'étais morte ». J'ai peu à peu compris que souvent, peut-être, même toujours, de façon plus ou moins forte, se pose pour le patient psychotique, au moment de notre départ, la question de *notre permanence*. C'est pourquoi j'ai souvent l'impression, quand j'arrive, d'être « une apparition », même si je suis attendue. Je ne sais pas comment fonctionne cette incertitude sur notre permanence, peut-être qu'on ne peut la saisir qu'au cas par cas. En tout cas, elle est très sensible à domicile et nous mettons en place, particulièrement au moment du départ, tout un dispositif pour proposer au patient des points d'appui. Il s'agit, en fait, de lui dire deux permanences : la permanence du dispositif de soin et celle *de la relation avec lui*.

La permanence du dispositif est plus évidente, elle est souvent convoquée par le patient lui même

sous forme d'une interrogation sur ce qu'on va rapporter à l'équipe, surtout au médecin : « Vous me trouvez comment ? ». Si le prochain rendez-vous est avancé ou retardé, par rapport au rythme habituel, si la question du traitement, de l'opportunité d'avancer un rendez-vous avec le médecin, etc., est révoquée à ce moment là, nous réaffirmons, en répondant aussi précisément que possible, qu'il existe en effet un ailleurs, un autre lieu que ce lieu dans lequel nous allons le laisser. Un lieu, des personnes, auxquelles nous nous référons et auxquelles il peut nous référer.

C'est la permanence de notre fonction qui est ici rappelée, et, elle est aussi très soulageante pour le patient, par rapport à l'angoisse que peut provoquer l'expulsion de notre personne, de notre corps, hors des lieux de son corps. Cependant, la permanence de notre fonction n'a de sens qu'incarnée.

Je pense qu'une permanence assurée par des infirmiers interchangeable aurait en VAD une portée très limitée, qu'elle serait même persécutrice et humiliante. Je le répète : nous ne sommes pas *interchangeables* en VAD, *même si nous ne sommes pas irremplaçables*.

C'est bien pourquoi une VAD peut être interrompue, lorsque cette interruption est préparée et lorsque l'état du patient le permet, pendant les congés ou l'indisponibilité d'un infirmier.

Si ce n'est pas possible, le collègue qui fait la visite la fait explicitement, en remplacement de l'infirmier référent.

Le fait que nous puissions être, en tant que personnes, absents de cette relation, le fait qu'elle puisse être interrompue, signifie que nous pouvons être présents, et que cette relation consiste.

Madame B., la dame qui n'ouvre pas tout de suite (même si elle me voit à travers la vitre), ne peut prendre le téléphone, s'adresser à quelqu'un, me désigner, que quand je suis en retard ou absente.

C'est la même chose pour les activités, qui sont animées par les infirmiers. Nous avons toujours remarqué les bénéfiques qu'il y avait à les interrompre, par exemple l'été. Les patients, en évoquant l'absence des activités, pour s'en plaindre d'ailleurs, parlent de façon beaucoup plus élaborée et plus nette de ce qu'elles représentent pour eux. On ne nomme que ce qui peut manquer. Un comblement mécanique, non interrompu, de la relation au nom du fait qu'il ne faudrait pas qu'il y ait « lâchage » sert plutôt, à mon avis, à apaiser nos angoisses ou à asseoir notre toute puissance.

Donc, au moment du départ, nous assurons le patient de la permanence d'une fonction soignante auprès de lui, qui ne s'absente pas. Quelque chose comme « il y a toujours quelqu'un », mais nous le convions aussi à vérifier la permanence d'une relation avec une personne précise, en éprouvant qu'elle peut manquer pour lui, que donc sa permanence tient à sa parole.

D – La déception

L'espoir fait voir, on pourrait dire aussi le désir. Je pense toujours mon travail en termes simples, de vie.

Pour que survienne quelque chose nous avons tous l'idée que nous devons l'impulser. La tentation est grande de se transformer en dynamique gentil organisateur, en « faut que ça bouge ». Encouragée parfois par cette obligeance du patient psychotique, qui reste pour moi une énigme. Parfois, je l'entends comme une sorte d'indulgence envers les leurres qui, en tant que névrosée, me font courir. Bref, la tentation de l'agitation est grande ! Et la déception l'est d'autant plus.

Pour ajuster la position, il faut une longue série de tâtonnements assez cruelle. Pour supporter cela, il vaut mieux avoir le temps d'apprécier à long terme, où est l'impasse, où on peut désirer.

Si on ne peut s'installer dans le long terme, on va, soit ne rien désirer, soit avec les meilleures intentions du monde, vouloir une sorte de rendement immédiat à l'investissement du désir.

Les deux sont, il me semble, néfastes au travail avec le patient. C'est l'expérience qui m'a appris que si on en a le temps, on peut échapper aux bonnes intentions !

Au domicile de l'entourage

L'entourage du patient (la famille le plus souvent, mais aussi parfois, un voisin, une aide ménagère, etc.) fait-il partie du décor ? On aurait tort bien sûr de céder à la tentation de « focaliser » à domicile

sur le patient, comme dans ces dessins qui illustrent l'illusion d'optique, où l'on voit un motif, on ne distingue pas l'autre. Il faut dire que le réflexe soignant de protection, de respect du patient, nous pousserait parfois à cela, quand la disposition des lieux, le discours des personnes, tendent à confondre le patient avec le décor figé de sa « maladie », de sa « paresse », de sa « mauvaise volonté ». Il y avait un jour des travaux de réfection du plancher de la chambre chez Mme B. ; sa famille déplaçait le lit dans lequel elle restait prostrée dans son urine.

Mlle D. prenait un bain tout habillée pendant que ses parents me parlaient de la pluie et du beau temps.

Il y a à entendre et à voir, comment l'entourage s'y prend avec la psychose.

Ne pas oublier, sans tomber dans le pathétique, que c'est intenable, sauf peut-être quand l'entourage est psychotique aussi. Et encore, ce n'est pas toujours vrai.

En tout cas, quand les personnes de l'entourage ne sont pas psychotiques, la psychose révèle le point obscur de leur choix amoureux, pour les conjoints, ou les questions très angoissantes de la transmission, quand il s'agit des parents ou des enfants. Je me dis tout simplement, que les gens font comme ils peuvent, à eux aussi un peu de douceur est due. Et puis, c'est bien plus efficace, à condition encore une fois d'assumer de s'inscrire avec eux, dans l'histoire d'une relation.

Chez Mr et Mme H. on construit en permanence, une maison neuve sur des ruines. C'est impossible techniquement, les ruines empêchent la maison neuve de se finir. Ce chantier occupe l'époux, et maintenant le fils de Mme H. introduit un mouvement, un bazar, que j'ai vu évoluer et rester identique sur plusieurs années. Métaphore de la folie de l'épouse, de la mère, il est un indicateur précis du rapport de l'entourage à cette folie, et les demandes d'hospitalisation émanant de l'entourage se font souvent, à domicile, sous couvert de travaux. C'est aussi le moment où ils n'en peuvent plus. Il faut aussi prendre en compte ceci, que lorsqu'il y a, comme on dit « demande » de visite à domicile, elle est souvent formulée par l'entourage. Cette demande est de deux sortes : demande de surveillance, parfois de punition, de morale ou de contention ; demande d'alliance, etc. Il serait intéressant d'y revenir mais le temps nous manque.

Cette demande tous azimuts, elle s'adresse à la psychiatrie, au garde-fou.

Nous ne pouvons nous y dérober, nous ne pouvons y répondre. Il est utile et nécessaire de renvoyer la question au médecin, à l'équipe, pour l'entourage aussi il doit y avoir une permanence soignante qui tient.

Mais la question de l'entourage, au-delà du garde-fou, de façon toujours contournée, c'est aussi celle du sens de la psychose. Il n'y a pas de réponse universelle, je pense, et la réponse au cas par cas n'est pas articulable. Même si elle l'était, il ne m'appartiendrait pas de la donner. Il m'arrive, rarement mais cela arrive, de repérer qu'une personne de l'entourage est prête à la travailler pour son propre compte. Il est possible alors de l'adresser à un thérapeute de l'équipe. Le reste du temps, il m'appartient d'assumer de ne pas savoir. Sans plaquer mécaniquement des discours convenus, sans faire porter aux gens mon propre dénuement.

C'est en tant que sujet que je suis convoquée par cette question, il serait dangereux de l'ignorer. C'est à partir de cette convocation, dans ce qu'elle a d'unique, que j'offre à l'entourage, lorsqu'il risque sa propre convocation, ma non réponse. Je suis, en tant que sujet, avec eux, à ne pas répondre. C'est un autre point essentiel de mon éthique.

Faut-il rappeler à quel point elle est incompatible avec l'*interchangeabilité* ?

Le temps, là aussi, est nécessaire. Il faut avoir le temps de laisser en suspens, je reviendrai, on en reparlera, on verra à quel moment dans quelle relation avec l'histoire de la famille et du patient, cette question se repose.

Ensemble, on verra à tout le moins, quand, comment, à qui, elle se pose. C'est, toujours, apaisant. Il faut, toujours, des années. À force, me direz vous, si vous pensez en termes de système, vous finissez par faire partie de la famille, vous vous chronicisez avec elle, vous n'y voyez plus rien.

Le risque existe. Ne pas l'oublier est important et ne suffit pas. Les réunions avec les collègues,

lorsque la confiance existe, sont très précieuses pour cela, parce qu'en parler décolle, en soi, et parce qu'ils voient souvent ce qu'on ne voit pas. Et puis, à être dans le système, peut-être, je crois avoir trouvé une façon d'en rendre les effets moins graves, c'est de désigner cette place. De me désigner comme une des dépositaires de l'histoire.

Je peux rappeler à chacun que, en telle année, il y a eu ceci ou cela, que, oui, c'est pareil, mais peut-être pas. Que oui, ça se répète, encore et toujours, c'est bien ça la chronicité, mais qu'en le racontant, on s'aperçoit que, pas tout à fait. Que peut-être, là, le patient invente une solution nouvelle pour faire avec ce qui ne change pas.

Je crois avoir vu, parfois, que ce récit là autorise un mouvement.

Conclusion

La psychose existe. Elle est. Du moins, on le suppose aujourd'hui ici.

Un doute pourrait s'insinuer, quand par exemple on se demande si les hallucinations d'un patient ne sont que des hallucinations, à partir du moment où il nous en fait part. Quand on se demande si la psychose n'existe pas, sous la forme que nous décrivons, que parce que nous la décrivons ainsi.

Je n'étais pas invitée à dire ici ce qu'elle est, mais il se pourrait qu'en racontant modestement ma pratique à domicile, mon métier, mon éthique, je l'ai, du point de vue infirmière, dite. J'ai dit de mon métier qu'il s'appuie sur une fonction, mais ne s'exerce avec éthique qu'au nom d'un sujet. J'ai dit qu'il faut s'engager pour longtemps. Cela dit quelque chose de la psychose d'un traitement humain, forcément humain, et des questions qu'elle nous pose. Je crains de devoir mettre cette phrase, et toutes celles qui précèdent, à l'imparfait. Rien dans les dispositifs de demain, qui sont déjà aujourd'hui en œuvre, ne garantit les conditions de cette éthique.

F. GILLES

Syd Barrett : de la montée en scène à la chute

À l'origine, le groupe Pink Floyd est composé de Syd Barrett, Roger Waters, Nick Mason et Richard Wright. Par la suite, David Gilmour y a été adjoint, le soutien qu'il apportait dévoilant rapidement une pure et simple substitution de Barrett.

La plupart des membres se connaissent depuis longtemps: ils sont originaires de Cambridge, vivent dans des maisons proches les unes des autres et sont amis. Ainsi, la mère de Waters est institutrice à l'école primaire de Barrett; dès l'âge de six ans, Barrett, Gilmour et Waters partagent les mêmes activités artistiques extra-scolaires.

Dès 1961, Barrett joue dans un groupe de Rythm and Blues, quelquefois avec Waters.

En 1964, ils ont tous ensemble un premier projet de formation musicale: en plus des quatre fondateurs (Gilmour étant donc excepté), Rando Klose et un chanteur, que Barrett remplace rapidement, les rejoignent. Le groupe s'appelle Spectrum Five et joue dans les pubs. Bientôt, Klose quitte le groupe à son tour, un peu à cause de Barrett: « il était capable de sortir uniquement un mi et un la majeurs, ne jouait qu'une grille de blues de 12 mesures ». Techniquement limité, Barrett disait: « Je ne peux pas faire ceci, je vais faire cela. »

Déjà, le groupe s'appelle Pink Floyd: c'est Barrett qui a donné son nom au groupe au printemps 65, le composant à partir des prénoms de deux blues men, Pink Anderson et Floyd Council. C'est bien Barrett qui apparaît comme l'inventeur des Pink Floyd: non seulement il baptisa le groupe mais il fut le compositeur intégral de leurs morceaux au début. Il faut dire que Barrett avait coutume de mettre des paroles en musique dès l'âge de 15 ans (1961), à l'image de « Golden Hair », inspiré par J. Joyce. C'est aussi lui qui invente le « son Pink Floyd » des débuts, en créant des engins sonores comme l'Interstellar Overdrive, permettant des improvisations et masquant le niveau musical limité du groupe.

C'est en 1966 que Pink Floyd devient un groupe culte. À cette époque, il joue au Marquee Club de Londres, dans un festival, « The Spontaneous Underground ». Le concert se situe dans la mouvance hippie et psychédélique, et le groupe invite le public à participer au spectacle total, mêlant musique, danse, peinture, sculpture. Le manager Peter Jenner les remarque alors, et leur propose de devenir « plus grands que les Beatles ». En 1967, le groupe obtient une résidence à l'UFO Club, Tottenham Court Road de Londres, où il joue tous les 15 jours, la nuit entière. C'est là que Pink Floyd forge sa légende. À cette époque, il est, ainsi que Barrett, totalement idolâtré par son public. 1967 est aussi l'année où le groupe signe un contrat chez EMI et où il presse son premier single, « Arnold Layne », lequel atteint rapidement une position honorable dans les charts anglais. Fin avril 67, Pink Floyd est la tête d'affiche du « 14 Hours Technicolor Dream », concert fleuve en nocturne auquel assistent entre 10 000 et 20 000 personnes. Déjà, Barrett n'est plus au meilleur de sa forme, ce qui s'explique en partie par le rythme trépidant du groupe: il vient en effet de jouer le même jour en Hollande. Pendant l'année 67, il réalisera 200 concerts aux USA et en Europe (parfois le même jour, donc), 60 séances d'enregistrement (souvent de nuit), en plus des séances photo et des interviews. Pourtant, « See Emily Play », leur deuxième single, composé à l'occasion des Games For May au Queen Elizabeth Hall, atteint la cinquième place des charts. En 1967 est enregistré leur premier album, « The Piper at the Gate Of Dawn », intégralement composé par Barrett. Mais déjà, celui-ci n'est plus lui-même et les séances d'enregistrement sont décrites comme un enfer par leur producteur, Smith. À la fin 67, la tournée aux USA doit être rapidement écourtée: lors des concerts, « Barrett apparaît totalement dans le décor et il ne joue pas dans le ton ».

Les autres membres du groupe commencent alors à parler du « problème Barrett ». À partir de la

fin 67- début 68, ils proposent d'intégrer Gilmour au groupe, à la place de guitariste et chanteur, ce qui est précisément la place de Barrett. Il s'agit, au plan explicite, d'une collaboration complémentaire mais le groupe passe à l'acte dès janvier 68, en renonçant à aller chercher Barrett le jour d'un concert. Par la suite, les Pink Floyd se montrent plus nets avec lui en lui disant qu'il ne peut plus monter sur scène avec eux. Cependant, sans doute conscients du tribut qu'ils doivent à Barrett, ils gardent l'idée de sa collaboration pour la composition. Cela ne donne aucun résultat. Le 6 avril 68, Syd Barrett quitte officiellement le groupe, désormais pleinement remplacé par Gilmour, et entame, avec l'aide de celui-ci et de Waters, une brève carrière solo: elle n'engendra que deux albums, « Madcap Laughs » (69) et « Barrett » (70). De 1970 à 74, Barrett cesse peu à peu sa carrière musicale fulgurante. Dès 71, la musique psychédélique vit ses derniers instants, mais Barrett devient une figure culte. Parallèlement, Pink Floyd prend le tournant du rock progressif et explose avec les albums « The Dark Side Of The Moon » (72) et « Wish You Were Here » (75).

Barrett a alors repris son nom de baptême, Roger K. Barrett. Sans parvenir à retourner à l'anonymat, il vit désormais reclus chez sa mère à Cambridge, même après la mort de celle-ci (1991). Fuyant photographes, interviewers et fans, il ne se reconnaît pas comme l'auteur du premier album des Pink Floyd. De ce fait, tout ce qu'on peut savoir de sa vie passée et présente, on ne peut l'obtenir que de la bouche de ses proches. Syd Barrett s'est absenté, a fait silence.

Comment comprendre psychopathologiquement cette absence, ce retrait ? Le livre de Tim Willis parle de « dépression » mais il semble clair que ce terme ne saurait recouvrir avec précision la sémiologie des troubles de Barrett. Les premiers signes inquiétants apparaissent en 1967, au moment de l'enregistrement du premier album du groupe. Pendant les sessions, « Syd semblait n'avoir jamais aucun enthousiasme... en pleine forme une minute durant, totalement abattu la minute suivante ». Si ces traits semblent encore appartenir au registre thymique, ils prennent leur place dans un rapport à l'autre déjà très perturbé : « tenter de lui parler revenait à parler à un mur tant son visage était dépourvu d'expression ». Sa petite amie de l'époque témoigne: « il n'était tout simplement pas là... incapable d'une conversation normale ». Dès cette époque, Barrett « regardait, sans plus, il n'y avait plus aucun éclat, pas le moindre pétilllement dans son regard... comme s'il n'y avait plus personne à bord ».

Nous sommes donc en présence d'un repli de type autistique, teinté de négativisme. La dernière notation concernant son regard évoque même la dévitalisation. Les témoignages allant dans ce sens fourmillent, tel celui de sa sœur Rosemary, précieux en ceci qu'elle peut avoir un avis plus autorisé (elle fait des études d'infirmière à l'époque): « il avait tellement changé qu'il paraissait inaccessible. Le frère que j'avais connu avait disparu ».

Pour les autres membres du groupe, le mutisme de Barrett est devenu tellement massif qu'ils lui font passer des notes écrites dans l'espoir qu'il leur parle à nouveau. C'est le moment où ils commencent à évoquer un « problème Barrett ».

Dès 1967, donc, Barrett est dans un état psychique qui évoque la mort du sujet, comme ces paroles de Jugband Blues nous l'indiquent :

« C'est très gentil à vous de penser que je suis là.

Pour être tout à fait clair, je me sens obligé de vous dire

Que je ne suis pas là... ».

À ce repli négativiste, il faut ajouter d'autres signes. Ainsi, pour l'enregistrement du premier album du groupe, le producteur estime que « travailler avec Barrett était un véritable enfer... il ne refaisait jamais ce qu'il avait réussi précédemment et, en plus, ne suivait pas les conseils que je venais de lui donner. Il lui arrivait même de changer les paroles... Il n'avait aucune discipline ». Ce témoignage semble encore aller dans le sens du négativisme, mais l'attitude de Barrett au mixage fait apparaître une note plus discordante : « il poussait les potentiomètres de haut en bas et de bas en haut, apparemment au hasard, et dessinait de beaux mouvements avec ses mains ». Nous avons là un

élément de maniérisme que nous pouvons évoquer aussi dans la démarche de Barrett, « sautillant sur la pointe des pieds, tels que les livres l'ont toujours décrit ». En concert, certains évoquent un Barrett « faisant des gestes de grand prêtre ». Pourtant, le plus souvent, son attitude est encore plus déconcertante: lors d'une répétition pour un show télévisé, il arrive avec une tenue de scène en haillons; une autre fois, il désaccorde sa guitare en frappant les cordes ; à Santa Monica, selon Waters, il se met une boîte entière de brillantine sur la tête, puis mélange un gel avec des pilules de Mandrax, se le met sur les cheveux avant d'entrer en scène...

Ces bizarreries qui semblent n'avoir de sens que pour le sujet lui-même marquent l'aspect dissocié du comportement de Barrett dès 1967.

Il semble que la situation de concert soit particulièrement éprouvante pour lui. Par exemple, il resta une nuit entière à jouer la même note, ce qui fait penser à la stéréotypie. Ou encore, il reste sur scène les bras ballants, le regard fixe, refusant de chanter pendant que les autres jouent en trio. Pendant une émission de télévision, en direct, il ne bronche pas à quatre ou cinq reprises quand l'opérateur crie « Moteur ! ». On se souvient que c'est à cette difficulté que les autres membres du groupe ont tenté de pallier, en proposant à Barrett de rester dans la formation, tout en ne montant plus sur scène. Dès la consécration publique du groupe, Syd Barrett est donc devenu incapable de quoi que ce soit sur scène, refusant parfois même d'y monter avant qu'on le lui interdise. Repli, négativisme, dévitalisation, dissociation, maniérisme, stéréotypie, catatonie: tel est le tableau de la psychose de Barrett en 1967. Ces signes nous évoquent la forme hébéphréno-catatonique de la schizophrénie et c'est ainsi que nous qualifierons cette « dépression » dont parle T. Willis.

Une fois posés les jalons sémiologiques décrivant le « cas Barrett », il reste à comprendre, sinon la cause, du moins le déclenchement de ses troubles. Le livre de T. Willis reprend en partie à son compte ce qui se véhicule dans la légende de Barrett. Du moins il pose clairement la question de la responsabilité des drogues dans la dégradation de l'état du musicien.

Tout d'abord, il faut dire un mot de l'époque, qui peut être caractérisée de ce point de vue comme celle où l'accès aux drogues et leur utilisation se répand. En 1960, on peut par exemple se procurer du « speed » sans ordonnance. En 1963, le LSD était répandu dans les milieux culturels de New York. Par l'intermédiaire de l'ex-attaché culturel britannique aux USA, un pharmacien anglais rentre au pays avec des doses de LSD et la formule pour en fabriquer. Bientôt, des étudiants de Cambridge se mettent à en produire et les « acides » se répandent, du moins jusqu'à leur interdiction en 1965. T. Willis dit qu'il était conforme à la mode de cette époque de prendre de la drogue dès l'âge de 14 ans.

Pour ce que l'on sait de Barrett, il avait recours au LSD, aux champignons hallucinogènes, au haschich dès l'âge de 16 ans, en compagnie de Gilmour. Le discours de l'époque véhicule ce recours comme support expérimental visant à outrepasser, à surpasser peut-être, l'ordinaire du fonctionnement psychique : « nous voulions explorer les états sub-conscients de notre esprit et en exploiter les potentialités... Nous cherchions à comprendre l'univers », explique Gilmour. Il s'agit donc également de trouver le chemin d'un accès plus direct, plus vrai, à la réalité extérieure et à son intelligibilité.

Ceci dit, chez Barrett, ce recours devient, à en croire ses proches, très vite envahissant. Dès 1965, il n'aurait, selon eux, pas raté une occasion de prendre du LSD. Gilmour dit que « s'il y avait de la drogue, Barrett en prenait à la pelle ». Et Waters pense qu'à cette époque, « Barrett se nourrissait d'acides ». Au LSD et au haschich, il ajoute bientôt les Mandrax, médicaments détournés à des fins stupéfiantes, de sorte que, bientôt, Barrett « n'avait plus le temps pour quoi que ce soit d'autre que la drogue ». Par ailleurs, il semble même qu'on en ait parfois versé dans son thé à son insu. Ceci dit, les témoignages ne se recouvrent pas totalement et sont de nature à nuancer le tableau toxique, au moins pour ce qui est de la quantité absorbée par Barrett. Ainsi, si d'aucuns estiment à 200 le nombre de « trips » faits par celui-ci en 67, Alistair Findlay, qui vécut un temps avec lui cette année-là, raconte qu'il a fait lui-même beaucoup plus que Barrett et que, cependant, son propre « score » n'était que de 15 « trips » seulement.

Certes, sa petite amie de 67, Libby Gausden, raconte qu'un jour, Barrett s'est présenté à elle vêtu d'un pull vert et d'un pantalon étroit, également vert, lui demandant : « Je rêve ou je suis un brin d'herbe ? ». Mais cet état de dépersonnalisation, de confusion oniroïde, s'accorde avec l'hypothèse toxique mais ne ressemble aucunement au tableau hébéphréno-catatonique que Barrett commence à présenter cette année-là. Gilmour, qui peut être considéré comme un témoin privilégié, du fait de l'amitié de longue date qui le liait à Barrett, ainsi que du fait de leurs expériences communes de la musique et de la drogue, distinguait bien la confusion toxique et l'inquiétante évolution psychologique de son camarade : selon lui, l'état de Barrett sous acides « n'avait rien à voir avec ce qu'il était devenu ».

En fait, il semble que la tentation ait existé, chez les admirateurs de Barrett et ses compagnons de l'époque, de recourir à l'explication toxicologique comme moyen de dénier la réalité proprement psychiatrique de l'état mental du musicien. C'était sans doute plus conforme à leur propre mode de vie de l'époque, d'abord, ainsi qu'à l'imagerie de la rock star... Il n'empêche que « l'emploi du temps de Barrett », au moment de la signature chez EMI, « fait mentir l'image d'un type constamment dans les vapes ». On a déjà mentionné la somme importante de concerts, d'enregistrements, de répétitions auxquels le groupe se prêtait. Et Waters assure qu'à cette époque, il n'a jamais vu Barrett faire un « trip » en concert ou en studio.

Les antécédents de Barrett dans l'enfance, comme nous allons le voir, nous incitent plutôt à faire l'hypothèse d'une psychose ordinaire avant que le tableau schizophrénique n'éclate. Par ailleurs, le début de la prise de drogues ne semble pas correspondre avec la date du déclenchement, de même que l'évolution de la maladie après 1968 tend à privilégier d'autres causes au déclenchement.

Né en 1946, Barrett a pour père un médecin légiste passionné par l'aquarelle et membre de la Société Philharmonique de Cambridge, donc musicien. Sa mère s'adonnait au jardinage et était la gérante d'un club où l'on pouvait déjeuner. Le père meurt alors que Barrett a 15 ans.

Dès l'âge de sept ans, Barrett dessine très bien et remporte un prix de piano. Sa sœur Rosemary raconte : « une fois que nous avons éteint la lumière, il se redressait et commençait à diriger un orchestre imaginaire. La musique était déjà dans sa tête ». Parallèlement, il se montre si timide qu'il a besoin que son père l'accompagne à l'école, pourtant située au bas de la rue. Cette timidité disparaît brutalement vers l'âge de 11 ans et Barrett devient même assez turbulent, ce qui s'accorde mal avec ce qu'il en serait d'une timidité névrotique. Plus tard, à l'adolescence, on note une prévalence de l'imaginaire, marquée dans les talents d'acteur de Barrett et dans son don pour les portraits (rapporté par Gausden). Il est à noter à ce sujet que Barrett a toujours été peintre et a d'ailleurs fait des études dans le domaine de l'art.

Mais surtout, il y a les bizarreries de Barrett qui peuvent confiner au hors-sens. Ainsi, il forme le projet d'acquérir un vélo et de le nommer Pink Witch, appelant par la suite toujours l'objet ainsi quand il y faisait allusion. Dans une de ses lettres à Gausden, il raconte aussi qu'il avait jeté à terre l'assiette de curry préparé par sa mère ; comme le chat l'avait léchée, il avait tué et enterré celui-ci ! Une autre fois encore, pendant un cours d'art, il se racle les orteils contre sa guitare cachée sous le bureau. On peut d'ailleurs noter que Barrett affectionnait de porter ses chaussures sans lacets ou d'y être pieds nus. Barrett est depuis l'adolescence décrit comme un original. Toujours dans le domaine pictural, il aurait un jour effectué un portrait de ses amis à la façon du diagramme de Venn. C'est bien ce côté bizarre qui, se manifestant dans les cadeaux que Barrett lui faisait, amena Libby Gausden à rompre sa relation avec lui. Mais l'évolution des symptômes de Barrett après 1968, surtout si on la met en relation avec le moment du déclenchement des troubles (les premiers concerts importants ainsi que l'enregistrement du premier album) ne cadre pas non plus avec l'idée d'un état psychotique généré par la prise de drogues.

Selon la classification de Maleval, « les syndromes hébéphréniques et catatoniques sont nettement corrélés à P0 » (in *Logique du délire*) mais Barrett n'en reste pas là. Se dessine en effet une évolution

vers P1 (délire paranoïde) voire P2 (paranoïa) même si les traits autistiques restent prédominants. Ainsi, sa relation amoureuse suivante, avec Lindsay Corner, évolue vers des accès de violence : il la brûle avec des cigarettes, lui casse une guitare sur la tête, finit par lui brûler tous ses vêtements, ce qui provoque sa fuite. Pour Gala Pinion, sa troisième petite amie, Barrett se met un jour à la bousculer, la pousser, la griffer en lui disant, ne semblant pas la reconnaître : « Qui es-tu ? Tu es une groupie ? Oui, une groupie ! ». En fait, Barrett a toujours eu avec ses fans une attitude de dérision, voire de mépris ; mais celle-ci pouvait tourner à la terreur, comme en 1974, où il sort en courant d'une conférence où il a été reconnu dans le public.

Mon hypothèse est que le passage à la postérité, caractérisé par les premiers grands concerts ainsi que par l'enregistrement du premier album, impliquait pour Barrett l'appel à une position subjective inassumable, ne pouvant être compris par lui que comme le risque de son anéantissement par l'Autre (par carence du fantasme fondamental). C'est donc un mécanisme forclusif qui nous paraît expliquer la décompensation psychotique de Barrett, mécanisme mis en branle par la consécration publique.

Ceci dit, nous avons été sensible à la thématique des couleurs dans la vie de Syd Barrett. Ainsi, Tim Willis signale chez le musicien un don de synesthésie, c'est-à-dire la capacité d'associer spontanément par correspondance des sensations appartenant à des domaines différents. Son camarade des premiers temps du groupe, Rando Klose, raconte que Barrett pouvait entendre par exemple un accord en do et dire : « C'est jaune ». Décrit comme le « peintre de paysages sonores, inventeur d'images », dont l'ambition était de « solliciter aussi bien la vue que l'ouïe », on peut le considérer comme un des précurseurs du mouvement psychédélique. Apparaissant dès 1965, celui-ci était notamment caractérisé par l'utilisation de light-shows : il s'agissait de projeter des images passées par le prisme de cellophanes colorés. Barrett se demande comment il pourrait combiner les lumières et la musique et c'est ce qui donnera le ton des premiers concerts des Pink Floyd, tel le « 14 Hours Technicolor Dream » de 1967. Barrett y apparaît « noyé dans des sculptures lumineuses en fusion ».

On connaît par ailleurs l'usage qu'a fait Barrett des substances hallucinogènes, qui modifient la vision des couleurs, ou, peut-être, en accentuent l'acuité (rappelons-nous l'épisode où Barrett, tout habillé de vert, se demande s'il est un brin d'herbe).

Mais avant même d'y avoir recours, Barrett nomme son vélo à l'aide d'une couleur (Pink Witch). Il offre à sa petite amie des objets bizarres, à la signification incertaine, mais toujours colorés, semblant spécifiés comme tels : bougie rouge, boule de pêcheur bleue, peinture abstraite rouge également, ou encore une autre, que Gausden ne peut appeler que « grand truc bleu », cadeau qui occasionnera la perplexité de Gausden et la rupture entre eux.

N'oublions pas que le nom du groupe, Pink Floyd, s'il est composé des prénoms de deux joueurs de blues, contient, par un de ces calembours dont Barrett était friand, une couleur, lui aussi. Et même la musique qui a toujours eu les préférences de Barrett, le blues, est aussi, à une lettre près, le nom d'une couleur, associée à un état d'âme. Plus tard, lors de l'évolution paranoïde et violente de Barrett, nous avons été frappé par l'irruption de deux épisodes, très similaires l'un à l'autre. Lors du premier, Barrett vient percevoir un chèque de royalties qu'il était déjà venu encaisser la veille. Même après consultation du registre, il nie être déjà passé : « Vous êtes en train de m'arnaquer, dit-il. Je ne pourrais jamais signer quoi que ce soit avec un stylo rouge ! ». Et il mord le doigt de son interlocuteur jusqu'à l'os. La deuxième fois, alors qu'EMI a encore l'espoir de tirer partie musicalement de Barrett, lors d'une session en studio, il mord pareillement la main d'un assistant qui lui tend une feuille imprimée en rouge. Il semble que Barrett avait un accrochage particulier aux couleurs, qu'elles étaient pour lui un aspect prépondérant de sa vision du monde et, de plus, qu'elles étaient chargées pour lui d'une signification personnelle. Selon nous, c'est ce trait particulier qui a induit aussi bien l'expérimentation répétée des drogues hallucinogènes, que l'engagement dans le courant psychédélique.

Nous vient alors une hypothèse, audacieuse peut-être. Si nous nous rappelons que le père de Barrett était aquarelliste et que Barrett lui-même pouvait dans sa jeunesse partir plusieurs heures et battre la

campagne avec son chevalet, nous postulons que les couleurs et leur lien au regard tenaient lieu de père pour Barrett. Ce trait de nouage venant compenser la forclusion du Nom-du-père. Tout se passe comme si Barrett avait pu dire : « Les couleurs, c'est mon père ». Après ce panorama du personnage Barrett, nous voudrions conclure en donnant, en contrepoint du portrait psychopathologique, un aperçu de l'apport de Barrett à la musique en général, à celle des Pink Floyd en particulier.

Car Barrett n'était pas qu'un malade. Nous donnons raison à Gilmour, qui pensait qu'une maladie mentale n'endommage pas l'esprit tout entier : « même lors de ses accès de folie, dit-il, Syd se montrait toujours incroyablement intelligent ». La qualité artistique du travail de Barrett, dont nous rappelons qu'il fut le compositeur intégral, paroles et musiques, des premiers singles et album des Pink Floyd, nous semble attestée par les propos que rapporte T. Willis : « Tous ceux qui, à cette époque (1966), ont pu voir le Floyd sur scène à Londres en parlent comme s'ils avaient été présents sur l'échafaudage de Michel Ange ». Dans un article de *Financial Times*, Barrett se montre visionnaire : « À l'avenir, dit-il, les groupes devront faire plus que de donner de simples concerts pop. Ils devront présenter un show théâtral parfaitement au point ». Nous connaissons le faste scénique des concerts des Pink Floyd, même après le départ de Barrett. Ne revenons pas sur l'apport visuel du style psychédélique de leurs light-shows, ni sur ces bizarres engins sonores que Barrett inventa, comme l'Interstellar Overdrive, où Barrett recyclait, à la manière des samples d'aujourd'hui, les jingles de publicité concoctés par son professeur d'art, Mike Leonard. Il y a aussi les mots et les histoires dont Barrett faisait des chansons, où il redonnait vie à la bibliothèque de sa jeunesse : Alice, Tolkien, les bandes dessinées, les brochures ésotériques.

Mais si, après le départ de Barrett, les albums du groupe « The Dark Side Of The Moon » et surtout « Wish You Were Here », contenant l'hommage de Waters à Barrett intitulé « Shine On You Crazy Diamond », semblent faire signe à l'idole déchue, comment ne pas voir, dans l'édification d'un mur entre le groupe et son public, pendant la tournée « The Wall », une sorte de solution à la confrontation, impossible pour Barrett, avec l'Autre spectateur ?

Bibliographie

- Willis, T., *Syd Barrett, le génie perdu des Pink Floyd*. Bordeaux : Le Castor Astral ; 2004.
 Maleval, J.-C., *Logique du délire*, Paris : Masson ; 2000.
 Maleval, J.-C., « Séminaire sur les psychoses ordinaires », Toulouse, 18 et 19 janvier 2003, inédit.
 Lacan, J., « Du traitement possible de la psychose », in *Ecrits II*. Paris : Seuil ; 1971.

F. BOSETTI, F. GASTAUD

Une psychose non ordinaire

Le titre de mon intervention – « Une psychose non ordinaire » – n'est peut être pas très heureux, s'il fallait entendre par-là qu'il puisse y avoir des psychoses (ou même des névroses) ordinaires. Sauf à soumettre ce signifiant « ordinaire » à un « travail de concept », tel que le définit Canguilhem et « lui conférer progressivement pour des transformations réglées, la fonction d'une forme », nous permettant dans notre champ de circonscrire une nouvelle entité clinique, qualifiée de « psychose ordinaire » par J.-A. Miller et J.-C. Maleval.

Le sujet dont je vais vous parler n'entre pas dans cette catégorie clinique dans la mesure où l'aspect formel de ses symptômes est paradigmatique d'une psychose paranoïaque avérée. Mais au-delà de nos critères sémiologiques ou structuraux, nous menant à inclure nos patients dans nos rubriques nosologiques, la clinique doit aussi nous conduire au repérage d'un élément *non ordinaire*, d'une atypicité, c'est-à-dire d'une singularité qui est le signe d'un sujet, signe du « procès vital » qu'il déploie au cœur même de son délire. Or, ce signe, s'il peut permettre d'entrevoir la dimension d'un impossible à symboliser, dont toute tentative de résorption peut conduire au pire, il peut aussi ouvrir sur une possibilité. Celle de permettre au sujet la poursuite d'une élaboration de savoir, y compris sous la forme d'un éventuel enrichissement *épistémologique* de son délire, pouvant faire obstacle – telle est mon hypothèse – au déferlement de la jouissance de l'Autre, notamment sur le mode d'une érotomanie mortifiante.

Je vais donc vous parler d'un patient, Alain, 49 ans, agriculteur de profession. Concernant son enfance, il ne réactualise pas de souvenir véritablement saillant, hormis la prégnance d'un discours – coté paternel plus particulièrement – prônant la moralité comme valeur essentielle.

Son parcours scolaire a été très correct. Il a obtenu un bac avec une année d'avance et est titulaire d'un DESS, dans le domaine agro alimentaire. Durant sa vie d'étudiant, il sort avec des camarades, mais n'a aucune relation amoureuse ou sexuelle. « J'ai jamais été en avance en ce domaine », dit-il et explique cela par le fait qu'il éprouvait alors un sentiment d'infériorité, tributaire de sa relative petite taille physique.

À l'âge de 27 ans, le sujet a sa première relation sexuelle, avec celle qui deviendra sa compagne. Quelque temps après, à son sentiment de petitesse physique, va s'ajouter une préoccupation corporelle plus spécifique, évoquant la notion de dysmorphophobie. En effet, Alain pense que son pénis est marqué par une anomalie. Je le cite : « Le filet prépuçial sur le coté tient toujours, comme si j'étais resté un peu vierge, à cause de mes rapports sexuels tardifs ».

Après 15 années de vie commune, le couple a son premier enfant, ardemment désiré par sa compagne. Par contre, pour Alain, sa paternité est apparue comme un événement quelque peu imposé et alimenté aussi des doutes sur sa capacité à être père.

En congruence avec ce climat de préoccupation anxieuse, le sujet a développé une suspicion sur la fidélité de sa compagne. Sa jalousie, favorisant des conduites de surveillance, ne remettait pas en cause explicitement sa biologique paternité, mais s'articulait à l'idée qu'il n'était pas un bon partenaire sexuel et que sa femme, insatisfaite, aurait pu être à la recherche d'un amant. Plus encore, dans son esprit, elle aurait dû avoir un amant dans la mesure où son insatisfaction, jamais pourtant formulée par elle, participait selon lui d'une indiscutable réalité. Et pourquoi donc ? Sa réponse tombe : « Je suis un éjaculateur précoce ».

Mais cette assertion du sujet ne va pas ponctuer sa cogitation qui va le conduire à établir une connexion paralogique entre homosexualité, éjaculation précoce et son hypothétique malformation phallique, séquellaire selon lui de rapports sexuels trop tardifs et générant l'illusion d'une partielle virginité. Notons au passage que sa pensée laisse entrevoir quelque chose de l'ordre d'un dénouage de l'imaginaire, dans la mesure où ses connexions significatives convoquent comme argument essentiel son corps et non pas des scénarii imaginaires d'ordre homosexuel. De ce point de vue là, Alain restait parfaitement amarré à la réalité immédiate de son objet, dans la mesure où sa cogitation n'entraînait pas en écho avec un désir refoulé, un choix d'objet inconscient : « Je n'ai jamais imaginé faire l'amour avec un homme, dit-il. Quand je fais l'amour à ma femme, je pense à elle, à son identité, à sa beauté d'âme. Rien d'autre ». Bref, le sujet aime sa femme, elle reste érotiquement son objet ; mais par le biais d'une pure pensée, d'une connexion significative sans le moindre arrimage fantasmatique, il pense son être dans le registre d'une possible homosexualité.

Ce thème peut bien évidemment être mis en perspective avec le coup de force épistémologique de Freud qui a consisté, dans son texte sur Schreber, en une déconstruction grammaticale des délires paranoïaques. Persécution, érotomanie, jalousie et mégalomanie sont ainsi déclinés à partir d'un énoncé fondamental, constituant selon Freud, « le noyau du conflit dans la paranoïa » Moi (un homme), je l'aime (lui un homme).

Par-là, si l'inconscient du délirant est un « inconscient à ciel ouvert », c'est-à-dire extériorisé, dissocié du sujet lui-même, Freud n'en a pas moins démontré l'intime articulation au registre du verbe, du signifiant. Mais la relance heuristique de Freud comporte une limite ; celle de ne pas pouvoir intégrer, à sa grammaire de la libido paranoïaque, l'hypocondrie. D'une certaine façon, l'hypocondrie résiste à sa combinatoire symbolique. Toutefois, Freud ne manque pas de souligner sa place centrale, constituante dans le registre de la paranoïa. « Je ne saurais tenir pour valable, affirme-t-il, aucune théorie de la paranoïa qui n'inclurait pas l'hypocondrie ».

Et Lacan en 58 va prendre à la lettre l'affirmation freudienne, en conférant précisément aux symptômes hypocondriaques de Schreber – son identification à un cadavre lépreux – sa signification structurale. Il s'agit, selon Lacan, « d'un désordre au joint le plus intime du sentiment de la vie », démontrant cliniquement l'absence d'identification phallique, l'élimination du phallus au plan de l'imaginaire. Par ce biais, Lacan est conduit à considérer que l'homosexualité n'est pas le facteur étiologique de la paranoïa, la cause du processus psychotique, mais un effet, c'est-à-dire « son symptôme, dit Lacan, articulé dans son procès ».

Pour peu qu'on en tienne compte, la clinique confirme cette thèse. J'ai rencontré récemment un jeune schizophrène, quasi paraphrénique, animé d'idéations délirantes plutôt florides, dont l'une consistait en une théorie sur l'homosexualité. Dans ce registre, le jeune homme discrimine quatre catégories de sujets : les homosexuels volontaires, les homosexuels complexés, les homosexuels prostitués et enfin, « les homosexuels malgré eux », c'est-à-dire ceux à qui la chose s'imposait sur le mode, selon ses termes, d'un « effet secondaire ». Ce sujet, absolument pas réticent, ne rapporte aucun scénario ou pratique homosexuelle, mais précise avoir été lui-même victime d'une « homosexualité secondaire », résultant, selon lui, de la masturbation qui provoquerait une lésion interne des organes génitaux. Lésion dont le sujet a d'ailleurs pu faire le constat lors d'une expérience. Méthodiquement, il s'est appliqué sur l'ensemble de son corps des glaçons et a curieusement constaté que ses parties génitales étaient parfaitement insensibles au froid. Or, cet éprouvé d'un corps affublé d'un organe insensible, mort, a été le corollaire d'une jouissance génitale intrusive, énigmatique, privée de toute référence au manque, que le sujet a tenté de résorber par sa théorie sur l'homosexualité, impliquant de fait une régulation, une limite à sa jouissance..

Chez Alain, par le biais d'un cheminement bien différent, on retrouve la même cohérence structurale. Du point de vue de sa libido concrète, il n'y a pas d'Autre que sa femme. Reste que selon sa logique, il ne serait pas le bon objet de sa compagne, source d'une intarissable insatisfaction féminine, à laquelle répond son éjaculation précoce et l'altération de son pénis. Dysmorphophobie le préservant, par forclusion si j'ose dire, de l'hétérosexualité dans la mesure où ses rapports sexuels tardifs le fixeraient dans une partielle virginité. Or, sa cogitation, ayant pour ancrage son corps, le maintient comme objet non décompleté par la castration, dans la mesure où il reste la source toujours possible de la jouissance d'un autre, sur la base d'une stricte inter-changeabilité femme homme. Autrement dit et en paraphrasant Lacan, faute de pouvoir donner ce qu'il n'a pas, le phallus qui manque à sa femme, il lui reste, sinon la solution, du moins l'hypothèse, d'avoir l'objet qui manque aux hommes.

Parallèlement et en réaction à sa cogitation sur l'homosexualité, Alain s'est alors engagé dans une fuite en avant qui va favoriser le déclenchement de sa psychose. Le sujet a éprouvé un attrait pour sa belle sœur, la sœur de sa compagne. Il précise néanmoins qu'il n'envisageait nullement une relation extraconjugale. Non, il s'agissait en fait pour lui d'une stratégie. Je le cite : « C'était un calcul pour faire bouger la balance, ma belle sœur dans la balance pour réanimer mon couple. J'avais l'impression que ça ferait bouger ma femme ». Autrement dit, le sujet a tenté d'introduire, une concurrence entre sa femme et sa belle-sœur. Toutefois et assez rapidement, il a été débordé par sa propre stratégie, qui va provoquer une première intrusion du signifiant. Lors d'une visite chez sa belle-sœur, en juin 2004, il remarque sur une étagère un ouvrage de Duras, *L'Amant*. Cette représentation a immédiatement provoqué une révélation érotomaniaque « J'ai compris à partir de là, dit-il, que ma belle-sœur s'intéressait à moi ».

Son interprétation érotomaniaque, le convoquant comme objet désiré d'une femme et ouvrant une brèche dans le registre de ses objets imaginaires (a-a'), a généré aussi une perplexité, démontrant une coalescence entre certitude et énigme. « C'est sûr, elle m'a fait une avance, dit-il. Mais corrélativement à cela, le sujet était en proie à un sentiment de menace indéterminé. « J'avais l'impression, dit-il, que j'allais être embobiné, mais je ne savais pas encore dans quoi ».

Trois mois plus tard, sans enthousiasme, il part une semaine en vacances avec sa compagne, sa belle-sœur et son beau-frère. Là, il va être troublé par la proximité de sa belle-sœur et par certains comportements et propos de son beau-frère. Ce dernier lui parle de l'un de ses amis qui serait manipulateur et qui aurait le pouvoir, par télépathie, d'agir sur les personnes à distance. En outre, durant cette période, son beau-frère aurait fait un usage fréquent de son portable pour converser, selon le sujet, avec le manipulateur.

À la fin de ses vacances, le sujet est en proie, selon ses termes, à « un phénomène incroyable ». Dès qu'il croise un homme, il éprouve une sensation pulsionnelle intense dans le bas ventre. « C'était incroyable, dit-il. Je n'avais pas d'érection, mais c'était automatique, dès que je croisais un homme, j'avais une pulsion ». Cette hallucination cénesthésique a ensuite été accompagnée d'hallucinations verbales et d'allusions, le désignant d'homosexuel.

Puis il explique l'hallucination cénesthésique dont il a été l'objet. Il s'agirait d'un complot impliquant sa belle sœur et surtout son beau-frère et le manipulateur. À la demande du beau-frère, le manipulateur lui aurait, par télépathie, imposé une pulsion homosexuelle. Mais si ce transfert d'une jouissance infligé résulte d'un complot, le sujet n'arrive pas véritablement à en cerner le motif, sinon en évoquant la possible frustration de sa belle sœur ou encore l'éventuelle jalousie de son beau-frère.

Ainsi, Alain est certain d'avoir été frappé par une pulsion homosexuelle. Toutefois, il ne sait pas véritablement s'il est homosexuel – « ma certitude est là », dit-il – dans la mesure où il n'a jamais eu de telles expériences. L'argumentaire du sujet convoque donc la réalisation d'un éventuel rapport sexuel qui après coup confirmerait ou invaliderait son homosexualité. Or manifestement, ce que souligne sa paradoxale certitude, c'est l'absence de tout choix d'objet et par-là même de toute

référence au fantasme. Fantasme qui dans la névrose vectorise un choix d'objet, anticipé sur toute expérience et orientant le sujet vers un partenaire incluant virtuellement l'objet petit a, cause du désir.

Alain a initialement été rencontré au CMP de Friville, par moi-même, puis par le Docteur Tirel, qui, compte tenu de l'intensité du vécu délirant et du risque suicidaire qui s'y articulait, a hospitalisé le patient dans le service de psychiatrie. Le sujet y est resté une quinzaine de jours et a plutôt bien réagi au traitement neuroleptique qui a favorisé une distanciation des idées délirantes, auxquelles il adhère toujours, mais sans grande participation affective.

Lors de ma première rencontre avec ce patient, sa posture au regard de ses symptômes m'a semblé *non ordinaire*, au regard de ce qui apparaissait par ailleurs comme un tableau typique de la paranoïa. En effet, le sujet s'appropriait une part de responsabilité dans l'émergence de ses troubles. « J'ai failli à mes principes, dit-il. J'ai fait *une faute* »

Le sujet a donc délimité ce qui participait de sa responsabilité et ce qui relevait des manifestations de l'Autre, c'est-à-dire cette intrusion d'une jouissance indicible éprouvée en son corps, le conduisant à qualifier son délire de « *dépression pas normale* ». Alain se sentait donc fautif. Dans le cadre des séances après son hospitalisation, je n'ai pas cherché à l'exonérer de sa faute, à en relativiser la gravité, dans la mesure où elle m'a semblé être une opportunité pour établir un pacte avec le sujet. D'un commun accord, nous avons fait le constat de sa faute.

Au cours d'une séance, j'ai reconvoqué cette notion de faute. Alain m'avait indiqué qu'il avait reproché à sa compagne son manque de démonstrativité amoureuse et qu'elle avait ainsi favorisé sa dépression. Je lui ai alors fait remarquer qu'il cherchait probablement là à se dédouaner de sa propre responsabilité. Le patient m'a alors fixé du regard l'air perplexe, a froncé les sourcils et m'a dit : « C'est drôle ce que vous dites là, j'y ai *déjà pensé* ».

Qu'il l'ait ou non pensé, sa réponse marque, me semble-t-il, clairement une limite de ce qu'elle démontre du point de vue de la relation transférentielle et de son étayage imaginaire. Toutefois, cette limite n'est pas identifiable à une impasse, car si ma pensée peut venir en écho à la sienne et le troubler à l'occasion, mes dires restent pour lui acceptables s'il y a pensé préalablement.

Or, Alain n'est pas un sujet en déficit de pensées. L'énigme du sexuel a généré en lui un rationalisme introspectif le menant à son hypothétique homosexualité. Ce faisant, je crois que le sujet a institué un savoir, mais dans le registre d'une cogitation se fondant d'une exclusion de l'Autre. Sans le détour par le grand Autre par où le sujet reçoit son propre message sous une forme inversée, le parlêtre est paradoxalement exposé à ne plus pouvoir assumer la paternité de ses pensées dans le registre d'une confusion imaginaire, écholalique si j'ose dire, entre son Moi et son petit autre.

Par son délire, Alain a d'une certaine façon reçu son propre message, mais sous une forme directe, non inversée et unilatéralement situé du côté d'un autre persécuteur. Ainsi et à aucun moment, il n'a établi de rapport entre sa préalable cogitation sur l'homosexualité et ce qui s'est manifesté ultérieurement sur la forme d'une manie de jouissance homosexuelle, strictement imputée par le sujet à une « marionnette » (beau-frère), à son petit autre en connivence avec un grand Autre, tout puissant et opaque : le manipulateur.

À propos du pouvoir de ce manipulateur, le patient nous fournit une précieuse indication. Telle une métaphore délirante du grand Autre, « *reconnu mais non connu* », Alain ne connaît pas le manipulateur. Par contre, il est persuadé que cet Autre est détenteur d'un savoir exhaustif sur son être de sujet. Bref, le manipulateur sait et ce savoir est le moyen par lequel il l'a manipulé, lui a infligé un transfert de jouissance.

La réflexion d'Alain n'est pas vaine et il faudrait probablement y repérer un « effort de rigueur ». En effet, le sujet est conduit à un savoir, non pas sur l'Autre de l'inconscient, mais à un savoir sur la



jouissance de l'Autre. Et son modèle explicatif, aussi délirant soit-il, me convenait assez bien de par la déconstruction potentielle qu'il comportait entre savoir et jouissance. J'ai toutefois proposé à Alain d'enrichir sa réflexion en lui signifiant que le pouvoir de manipulateur ne tenait peut-être pas tant d'un savoir quelconque sur lui-même, mais d'un savoir qu'il ne savait plus, mais auquel il avait *déjà pensé*. J'ai alors convoqué là comme arguments ses dires concernant sa préoccupation corporelle, l'insatisfaction de sa compagne et son hypothétique homosexualité. La réaction du sujet fut double, entre perplexité et acceptation distancée. Il m'a d'abord lancé : « C'est curieux ce que vous dites là » et sans y ajouter qu'il y avait déjà pensé, il a ponctué par un : « C'est possible ».

Cette psychothérapie est relativement récente et l'évolution actuelle du patient, stabilisée par un traitement neuroleptique minimal, ne me permet pas d'en dire plus. Pour conclure, je vous propose donc juste une synthèse sur ce qui oriente ici ma pratique. Le délire du sujet institue un savoir sur la jouissance de l'Autre. Or, son savoir ouvre, me semble-t-il, sur une possibilité : soustraire à l'Autre son savoir, c'est-à-dire ici le moyen de sa jouissance. Pour cela, je prends bonne note des pensées du sujet, au sens propre du mot et je les réactualise quasi textuellement, dès qu'il m'en donne l'occasion. Ce faisant, je deviens peut-être son partenaire à penser, favorisant un plus de savoir sur la jouissance de l'Autre qui pourrait provoquer son impuissance, non pas de jouissance, mais d'action, de manipulation et par-là, réduire le délire à son ombilic : le postulat qu'il existe un Autre jouisseur... mais distancé et en définitive privé d'emprise directe sur le corps du sujet.



P. WARTELLE

Travail clinique en institution avec une adolescente psychotique

Introduction

Le cas Gabrielle, dont je vais vous parler, est une adolescente de 13 ans, qui est entrée à La Baie, un IME (Institut Médico-Educatif) non loin d'ici, il y a deux ans.

Son entrée s'effectue dans l'urgence, c'est le jour de rentrée en septembre 2003 que nous l'accueillons, elle savait elle aussi depuis peu qu'elle pourrait venir dans cette école. Son entrée se fait d'une manière particulière, inhabituelle, sachant que le temps de l'admission est déterminant pour le séjour. Nous venions, juste l'année précédente, de mettre au point une démarche un peu plus précise sur l'admission.

Elle est orientée par la CDES (Commission Départementale d'Education Spécialisée), suite à une année déjà en établissement spécialisé, pour « troubles du comportement et lacunes dans les acquisitions ». Mais ce qui motive le changement d'établissement est une dénonciation de Gabrielle d'abus qu'elle aurait subi de la part du Monsieur dans la famille d'accueil dans laquelle elle était accueillie. Elle parle de cela en juin, change deux fois de famille d'accueil pendant les deux mois d'été, et entre en septembre à La Baie.

Si j'ai choisi de vous en parler aujourd'hui, c'est parce qu'il me semble qu'elle est un cas exemplaire de psychose (schizophrénie) à l'adolescence, et c'est aussi une adolescente vive et intelligente. D'autre part, c'est pour l'institution un cas d'école, elle m'a beaucoup appris, et aussi à chaque membre du personnel qui a été confronté à cette adolescente, sur : comment se positionner, comment travailler avec elle. Et cela est toujours à l'œuvre, c'est-à-dire que l'on apprend, à chaque fois que l'on est avec elle. C'est encore très fragile, le travail est encore à poursuivre, c'est aussi la mise au travail avec cette adolescente qu'il m'a semblé important de transmettre, et sa mise au travail. Lacan soulignait combien il ne fallait pas reculer devant la psychose, et que celle-ci enseignait à qui voulait bien y entendre quelque chose.

Premier repérage:

Ce qui apparaît au premier plan, vont être les troubles du comportement qui se traduisent par une alternance entre une agitation constante et un retrait mutique, entraînant des difficultés de concentration, de mise au travail, comme dans une position de refus, des difficultés d'apprendre. Ses relations avec les autres vont être contrastées entre un collage massif ou une fuite.

Ce qui va trancher avec ses troubles, c'est son rapport à la parole avec les autres. Elle parle facilement, elle est gaie, souriante, dynamique, elle s'accroche à l'un ou à l'autre et s'appuie sur son épaule. C'est ce qui, précisément, va mettre chacun au travail, à la question, de comment répondre à sa parole, à ses « câlins » qu'elle impose?

Ce que je vous propose, là, est un premier repérage simple de ce qui est manifeste, de ce que l'on voit, qui est aussi au premier abord interprété par les membres de l'équipe et ses référents ASE (Aide Sociale à l'Enfance) de cette manière : on pense qu'elle souffre de ce qu'elle a dénoncé, et des conséquences qui en découlent ; séparation d'avec la dame de la famille d'accueil qui l'a élevée depuis l'âge de deux ans, mise en préventive du monsieur. Or, les référents ASE décrivent Gabrielle, avant cet événement, telle qu'elle se présente dans l'établissement, en articulant sa souffrance à l'absence maternelle aux rendez-vous proposés et aux droits de visite. Si on en reste là, une explication de cause à effet, comment pourrait-on aider cette jeune adolescente? Est-ce qu'on essaierait de lui faire accepter

les multiples séparations auxquelles elle a eu à faire? Attendre le jugement en pensant que c'est ce qui va la stabiliser? De même, comment remédier aux troubles du comportement ? Vous savez que c'est une question cruciale à l'heure actuelle des réponses à tout crin, TCC (thérapie cognitive comportementaliste) où l'on croit qu'à force d'apprentissage, stimulé par une récompense quand c'est bien, on pourra faire disparaître les troubles. Dans l'institution où elle est accueillie, je dirai de manière générale, on pense qu'il faut un cadre, que ce cadre, on l'apporte en rappelant les règles, en tentant de raisonner l'adolescent. Or, Gabrielle va, une fois de plus, démontrer que si un cadre est nécessaire, ce n'est pas celui auquel pense l'équipe ; si des règles sont nécessaires, ce ne sont pas non plus celles sur lesquelles l'équipe s'appuie. La raison, quant à elle, Gabrielle a vite fait de la démonter.

Il s'agit donc, pour nous, de s'appuyer avec l'équipe sur des concepts et théories solides, qui donnent des clés pour repérer ce qui se passe pour Gabrielle, et comment nous pouvons régler notre position, afin de permettre une pacification de ce à quoi elle a affaire. Permettre une mise au travail du sujet afin qu'elle puisse nouer les trois registres Réel, Symbolique, Imaginaire, à partir de repères psychanalytiques lacaniens.

Les conséquences du défaut de nouage

C'est un cas de psychose où il n'y a pas de phénomènes élémentaires comme les hallucinations, le délire par exemple. La psychose étant le résultat de la forclusion du Nom-du-père, on peut l'approcher par d'autres phénomènes qui en sont l'effet. Je vous propose donc de repérer chez Gabrielle une série de conséquences de ce défaut de nouage des registres Réel-Symbolique-Imaginaire.

Puis, dans un second temps, je vous déploierai quelles ont été les modalités de travail, à la fois dans les séances avec moi, mais aussi le travail avec l'équipe.

Nous avons affaire à une clinique du réel, Gabrielle a affaire au réel. Illustration/au réel : quelqu'un se débat dans l'eau, pour essayer de maintenir la tête hors de l'eau. C'est pourquoi je partirai du nœud qui est au cœur de la structure de chaque sujet. Ce nœud fait tenir le corps (Imaginaire), le langage (Symbolique), et la Jouissance (Réel). Ce qui fait tenir debout, c'est le nœud.

Au niveau du symbolique

Comme je vous le disais, Gabrielle parle volontiers, dans un débit rapide, elle s'essouffle, s'emballe, comme une langue dispersée, dit une chose et son contraire dans un traitement ironique du signifiant : par exemple; « Je sais pas lire, non je rigole, je sais lire ». « J'ai fait une nuit blanche, non c'est pas vrai, je rigole ». Elle passe d'une idée à une autre, dans un glissement métonymique, par exemple : « Je fais un dessin pour ma mamie (c'est ainsi qu'elle appelait sa nourrice). Je voudrais la revoir, mais ça sera possible après le jugement, ma mamie m'a envoyé un castor, trop beau, tous mes secrets dedans, une maison de travers faut le faire ! Mon frère a la gastro, moi j'ai mal au ventre depuis tout à l'heure, Catherine m'a donné un cachet, là ils sont en synthèse. Mme B n'est pas dans son bureau, on m'a coupé mon travail, dans la classe 4 ». Si elle sait lire et écrire, le sens fait défaut. Elle apparaît plutôt comme habitée par le langage. Il lui arrive de répéter des mots qu'on lui dit, en écholalie. Quand on se quitte, elle répète les mêmes mots que moi, elle redit la date où l'on va se revoir plusieurs fois. Elle peut utiliser les insultes sans aucune retenue. Elle répète la même histoire, celle qui la représente dans un premier temps, sans aucune limite, elle en parle à tout le monde. Comme si un signifiant renvoie à un autre sans produire de signification, le signifiant ne représente pas le sujet dans ces cas-là.

Au niveau de l'imaginaire

Il apparaît un dédoublement du Moi :

– par exemple, elle s'appuie sur ses semblables pour venir en entretien, ou sur les éducateurs. Pour se rendre à un rendez-vous extérieur, elle veut que ce soit un adulte en qui elle a confiance qui l'accompagne. Comme dans l'exemple plus haut, son frère est malade, elle aussi.

Elle se fait objet de l'Autre :

- par exemple, elle s'offre à l'Autre, l'enlace, lui accroche le bras.
- Ou bien, elle s'énerve vis-à-vis de l'autre, elle peut alors l'agresser physiquement ou verbalement, ou bien elle erre dans les couloirs, le parc.

Le rapport à l'autre pourrait faire penser à de la séduction, versant hystérique. Cependant, elle donne aussi parfois l'air de se moquer de l'autre, cela évoque plutôt l'ironie. Il s'agit plutôt d'un rapport à l'Autre qui est différent de celui dans la névrose.

Ses déplacements font penser à un pantin articulé. Son corps est l'objet de maux changeants, elle a mal à la tête, dit trembler, et ne plus tenir debout, a mal au doigt. Récemment une éducatrice remarque qu'elle garde ses fèces dans une boîte en-dessous de son lit. « J'ai 'cor couru » peut-elle dire encore ».

Au niveau du Réel

La séparation est très difficilement supportée, pendant toute une période, il lui sera difficile de se rendre d'un lieu à l'autre, de quitter l'établissement, de revenir. Pour elle, c'est un effort permanent, un arrachement, qui se traduit par des cris, la fuite, le refus de partir. Pour venir dans mon bureau, elle vient bien souvent avec un objet, mais aussi avec un autre. L'objet détachable du corps, qu'à l'occasion elle peut garder comme un trésor, l'objet qu'elle transporte, dont elle est envahie faute de séparation avec l'objet de jouissance, elle a l'objet en poche.

Cette adolescente a affaire à une Jouissance hors limite, non phallicisée. C'est cette séparation fondamentale et structurante qui n'a pu se réaliser, qui l'angoisse, et qu'elle essaie de traiter à chaque fois qu'elle se présente, non par des mots, elle ne peut dire ce qui se passe, mais par l'agitation.

Tout le travail est de repérer ce qui peut pacifier la jouissance, et l'aider à se construire une suppléance au défaut de la fonction paternelle. Ce qui n'est pas une mince affaire.

Il s'agit d'opérer un traitement de l'Autre auquel elle a affaire, et d'introduire des points d'appui.

Les traitements de la Jouissance

L'idée est que l'enfant est déjà au travail de mise en œuvre de ce qui va le pacifier.

Dans le premier temps, Gabrielle est dans une forme de lien social. Elle se raconte, elle raconte précisément ce qui l'a séparée de sa famille d'accueil. Elle se montre donc comme victime, c'est ce qui la représente. Ceci fait lien avec l'autre qui l'écoute volontiers. Très vite, chacun va être débordé par cette histoire envahissante, à la fois pour Gabrielle et pour l'intervenant. Ma proposition de travail va être de proposer à Gabrielle de venir m'en parler, dans l'objectif de localiser un lieu où ça peut se dire et un autre lieu où d'autres choses sont possibles. Ainsi, cela peut permettre une limite tout en mettant au travail sur ce qui l'envahit. J'indiquais aussi aux intervenants, que de tenter de mettre une limite en passant par un tiers, sur eux-mêmes, serait plus structurant pour elle.

Avant de la recevoir régulièrement, je l'avais reçue quelques jours après la rentrée. Je vais la chercher dans l'atelier cuisine, elle avait oublié son rendez-vous. Elle veut me donner la main, je lui dis « on ne va sans doute pas se perdre jusqu'au bureau », elle en convient. Elle évoque le fait qu'elle « va aller voir le juge, ce soir ou demain », puis elle passe à la visite d'une personne de sa précédente institution qui est venue déjeuner avec elle et revient à son papi qui va aller en prison. « C'est pas la peine », dit-elle, elle veut qu'il sorte. Puis elle passe à nouveau à autre chose, quelque chose qui ressemble à une création langagière, comme un Witz, mais qui touche au Nom-du-père. Elle transforme le nom de la directrice en redoublant la première consonne, mais cela ne lui fait penser à rien, juste le nom modifié sans autre signification. Le chef de service est, quant à lui, complètement renommé, elle lui conserve son nom qui devient le prénom et lui donne le nom d'un animateur télé bien connu. Tout le premier entretien est ponctué de rires. Déjà le jeu sur le nom me fait poser la question d'un défaut de symbolisation, l'excès pulsionnel m'interroge aussi. Au moment de l'arrêt, elle veut me réserver une gaufre de l'atelier cuisine, elle m'indique que le chef de service veut tout

garder pour lui. On peut remarquer que, dès ce premier entretien, que j'ai repris après-coup pour ce travail, il y a beaucoup d'éléments qui vont être mis au travail par la suite :

– L'accrochage à l'autre, si l'intervention porte sur quelque chose qui fait tiers, elle peut se soutenir seule à ce moment-là (imaginaire).

– On remarque aussi la perte dans le temps, et la fuite des idées, accompagnées par le rire. (symbolique)

– Le nom propre est touché, pour les deux représentants de l'autorité. Vous allez voir qu'elle va pouvoir se servir de cela qui participe de ce à quoi elle est au travail, s'inventer un Nom-du-père qui fasse tenir ensemble le Réel, l'Imaginaire et le Symbolique. (symbolique)

– L'objet qu'elle veut me donner, décalé donc par rapport à elle-même, ce n'est pas elle qui s'est offerte en tant qu'objet. Je mets une barre là-dessus, elle veut m'offrir un objet oral, en faisant opposition au tout. Le chef de service veut tout garder, moins un alors, elle l'en dépossède au moins d'un (Réel).

C'est avec l'équipe, et la multiplicité des demandes qui me sont adressées pour réfléchir à l'accompagnement proposé, que s'effectue l'offre de la recevoir. Dans un premier temps, il semblait important de localiser un lieu où elle pourrait y déposer et border ce qui l'envahit à chaque instant, où qu'elle soit. Elle ne peut tenir en classe, l'enseignante devient le persécuteur, elle l'accuse par écrit d'être l'auteur de l'emprisonnement de son « papi ». Une séparation est nécessaire, un aménagement du temps est proposé, qui se partage entre les différents ateliers et la classe.

Nous remarquons que, si dans les premiers temps, l'institution faisait fonction de contenant et de protection, suite aux venues de sa référente ASE qui l'accompagne aux rendez-vous avec l'avocat, le juge, Gabrielle est très agitée. Nous demandons alors que les entretiens, les rencontres avec les partenaires extérieurs à l'institution, s'effectuent à l'extérieur. C'est Gabrielle qui nous indique cette nécessité qui est encore actuelle, quand sa référente arrive dans l'institution, car elle est entrée par une autre porte (autre statut). Elle fuit, dit qu'elle ne veut pas la voir, ne lui fait pas confiance (l'agitation reprend).

Gabrielle va se saisir de ce lieu, elle y apporte le classeur où sont rangés dessins, courriers, qu'elle va classer dans trois pochettes : une pour moi, une pour « mamie », une pour « papi ». Dans le même temps, elle déclare « le manteau et la chemise c'est sa tata qui lui a achetés, c'est violet, ma couleur préférée – aurait voulu rose – mais il n'y en avait pas – orange, rose, violet – mes couleurs préférées ». Une fois qu'elle a posé cette préférence, où le violet apparaît dans la série des couleurs préférées, dans un rapport métonymique au mot, elle peut s'inscrire a-minima dans une histoire, puisqu'elle parle de l'âge de son arrivée chez sa mamie, de son frère et des autres enfants qui y étaient, avec qui elle jouait. Elle m'invite à un repas à l'atelier cuisine.

L'angoisse de dévoration viendra par la suite, énoncée de cette manière: « les livres vont me manger si je les touche ».

Lors de cette première année, les entretiens sont à peu près possibles jusqu'en février (depuis novembre). Au retour des vacances, il lui est difficile de venir jusqu'à mon bureau. Les multiples rendez-vous pour le jugement, les allers-retours institution-famille d'accueil produisent l'angoisse, l'institution demande qu'elle soit reçue par un psychiatre sur le secteur. Dans l'institution, avec Gabrielle, la famille d'accueil, on envisage un retour en milieu de semaine, afin de rompre cette séparation qui semble trop longue. Pour quitter l'institution, on se rend compte à nouveau que ce n'est pas facile. Les éducateurs vont apprendre à l'accompagner par des paroles, lors de ce moment de séparation d'avec l'institution.

J'interviens moi-même quand Gabrielle m'en donne l'occasion, et ce, en dehors du bureau. Par exemple, lors d'un spectacle de danse qui a lieu dans une salle de la mairie du village. Gabrielle s'accroche au bras d'une intervenante, se colle à elle, lui parle, s'agite. L'angoisse est manifeste, je m'adresse alors à l'intervenante : « Et bien alors Mme A, vous allez lâcher Gabrielle, vous êtes grande

maintenant, ce n'est plus nécessaire que l'on vous donne la main, vous allez voir le spectacle va être superbe !!! ». L'effet de surprise est manifeste pour l'une comme pour l'autre, et Gabrielle est enfin dégagée de l'emprise de l'Autre pour cette fois-là, et peut prendre ses distances. Elle va s'appuyer là-dessus pour amener pendant les entretiens, l'année suivante, les éducatrices, une par une, afin que la barre, la limite sur l'Autre soit travaillée. Récemment, par exemple, elle fait entendre à une éducatrice « qu'elle la force à prendre ses médicaments, à mettre des sous-vêtements ». Elle fait part d'un Autre capricieux à qui elle a affaire. Je m'adresse alors à l'éducatrice, la mettant au travail dans cette question, elle fait part de son embarras, ne savait pas, va s'y prendre autrement. À l'entretien suivant, Gabrielle fera part de son contentement, on la force moins, l'éducatrice acquiescera et fera part d'un mieux-être depuis cet entretien. Gabrielle s'arrangera même pour amener, avec mon aide, une éducatrice qui ne voulait pas : « ah, dit-elle, tu vois, je la force à venir !!!! ». Le lien difficile, le transfert qu'elle établit avec cette éducatrice l'empêchent de participer aux sorties, d'être avec elle dans les activités, alors que Gabrielle dit vouloir aller avec elle. Nous en parlons avec l'éducatrice. Gabrielle dit qu'elle est énervée avec B., ne sait pas pourquoi. Par contre, B. dit que cela va mieux, on arrive mieux à communiquer. Gabrielle fait des rimes avec les prénoms, je l'encourage dans ce travail, nous nous arrêtons sur ce nouage avec l'éducatrice. Nous convenons que Gabrielle peut rester et B. partir pour le second temps de l'entretien. Elle peut alors posément parler de l'entretien prévu chez l'avocat, elle n'a pas envie d'y aller, c'est toujours les mêmes questions. Elle fait donc part, suite à un nouage possible par le nom, et d'une limite posée sur l'Autre, de ce point d'arrêt à mettre sur ce qui ne cesse de s'écrire, sur cette nécessité actuelle pour elle de l'accompagnement physique (elle veut que quelqu'un d'autre l'accompagne en plus de sa référente ASE, en qui elle n'a pas confiance).

L'accompagnement physique ; elle réclame une présence, nécessaire, tel un soutien de son être, qu'elle réalise elle-même par le biais de la rime et alors l'Autre peut partir sans qu'elle ne risque de se perdre.

Dans le registre de l'imaginaire, elle se branche sur l'Autre. Par exemple, elle veut être éducatrice, cela la soutient. Éducatrice ou policière, pompière ou coiffeuse, on voit donc qu'elle peut s'appuyer sur différents soutiens imaginaires.

Récemment, elle s'impose dans une réunion : « Ah non, me touche pas » dit-elle à celle qui l'invite à partir, « lâche-moi ! ». J'interviens : « Oui, Mme, lâchez-la enfin ». Mais elle ne bouge pas, j'invite alors chacun à poursuivre leur réunion dans un bureau, ils se lèvent, elle aussi et me suit. Elle continue : « Ben si elle a le droit de me toucher ! ». Je lui rétorque : « Ah ! non ! ici comme ailleurs, on n'a pas le droit, on dit avec des mots ». « Non », me dit-elle. Elle s'adresse à une stagiaire dans un bureau : « Elle, elle me fait la bise ! », « Ah ! Non ! On dit bonjour en se serrant la main ! ». Quelqu'un entre : « Tiens, la Sylvie de Mr P. ». Sylvie réplique : « Ah ! non !, je ne suis la Sylvie de personne ». Gabrielle lui tend alors la main, pour la saluer. Elle repart en classe.

Le travail autour du nom et la rime

Un travail d'écriture, autour aussi du nom, va d'emblée être présent, et mis au travail. Son nom de famille va être l'objet d'un traitement particulier, tout d'abord elle va dire : « Je ne sais plus écrire mon nom de famille ». Puis, elle va remarquer qu'elle écrit enfin bien son prénom, qu'elle mettait un -e en plus. Puis elle se renomme, « Je m'appelle Lorie, elle travaille dans la star ac, je vais aller la voir ». Elle peut écrire aussi son nom en supprimant quelques lettres et s'interroge : « Ça veut dire quoi ? »

En fin d'année, elle écrit une histoire à propos de sa famille d'accueil et de son frère, quelque chose de mortifère. En début de cette année, elle parle d'insultes, que sa famille d'accueil veut la mettre en foyer. Peut-on parler à ce moment là d'hallucination, d'ébauche de délire comme tentative de guérison des phénomènes auxquels elle a affaire. Ce qui permet à nouveau un temps d'historisation : « Je veux bien y aller en foyer, j'y suis déjà allée quand j'étais petite. Ma mère m'a abandonnée, mon frère et moi. Elle avait pas d'argent, elle avait pas de maison ». Je lui dit qu'alors sa mère a pensé qu'elle serait mieux dans un foyer puis dans une famille d'accueil alors ? « Oui », dit-elle, puis elle enchaîne :

« J'ai eu une première famille d'accueil, puis à cause d'un con je suis partie, mon petit frère, à cause de rien. Ma mamie est venue me voir dans la famille d'accueil, elle avait pas le droit, alors on a changé de famille d'accueil ». « Je sais plus mon nom », dit-elle au moment de l'écrire. L'histoire ne permet pas d'inscrire le nom, de l'écrire. C'est du côté de quelque chose qui ne cesse pas de ne pas s'écrire.

Puis elle situe son nom, du côté de sa mère, « C'est le nom de ma mère ».

« Lorie, c'est mon deuxième prénom, non je rigole ».

Elle nous fait jouer au mot pendu, et c'est un prénom.

Elle peut dire une chose et son contraire, ou bien elle fait un cauchemar et veut s'assurer que ce n'est pas vrai. Je lui dis que c'est cela qui est difficile, « vous ne savez plus bien ce qui est vrai et ce qui n'est pas vrai ».

Elle dit voir une éducatrice à la télé, évoque à nouveau des phénomènes hallucinatoires, sans qu'elle puisse en dire plus, car elle annule en disant « Je rigole, hein ». Elle demande à prendre son baladeur en promenade, elle tente de s'appareiller en sortie extérieure, mais ce n'est pas possible, il y a le chant des oiseaux.

Elle fait rimer les prénoms, celui de l'éducatrice, en prenant un trait particulier chez elle, elle fait de même avec des noms, puis avec le sien, Gabrielle, la belle. C'est ce phonème elle, que l'on peut réduire à la lettre L, qui vient arrimer son être. Les personnes avec qui elle accroche, le prénom ou le nom comportent cette lettre, que l'on retrouve dans son prénom, dans son nom, dans le nom d'épouse de sa mère, dans mon nom.

La lettre L, peut-elle faire fonction d'agrafe ? Va-t-elle pouvoir développer cela qui fait fonction de l'arrime, l'arrimage, et qui peut contrer le réel auquel elle a affaire.

Conclusion

Reprenons les modalités du traitement de son Autre. On voit qu'elle a affaire à un Autre capricieux, déréglé, qui présente une volonté de jouissance dans le réel. Il s'agit comme l'a développé Alfredo Zenoni : « d'un retour dans le réel de la volonté de jouissance »¹. Chez Gabrielle selon les différentes modalités, dans le corps, dans l'agir, par la voix, elle ne peut distinguer sa propre pensée. Si la psychose dérange, c'est par son rapport à l'Autre. Il s'agit, pour moi, d'introduire un traitement de cet Autre, quand elle vient accompagner, ou dans les situations dans l'institution. L'adolescent, qui a affaire à ce Réel, ne fait pas exprès de s'agiter, de garder l'objet que l'on jette normalement. Cependant, cela ne rejette pas l'idée de responsabilité du sujet ainsi que nous l'indique A. Zenoni : « La forclusion d'un signifiant, celui du Nom-du-père, est analytiquement impensable sans l'implication d'une position subjective ». « Insondable décision de l'être », pour reprendre une formulation plus ancienne de Lacan.

Même si cette décision n'est pas celle d'un sujet, au sens où le sujet en serait la cause, mais est plutôt une prise de position, un choix, une volonté dont le sujet est l'effet, il reste que la possibilité d'en assumer la causalité - comme en témoignent à l'occasion divers sujets - est logiquement inscrite dans la dimension de la psychose elle-même. Si toutefois nous ne l'abordons pas en termes de déficit ou de dissociation des fonctions »². Il s'agit alors de barrer, de remettre la barre sur l'Autre, le rendre manquant, creuser cette volonté en en passant par le droit, comme dans la séquence où Gabrielle dit « elle a le droit de me toucher », en appeler au droit « vous n'êtes pas obligé de... » ou « nous n'avons pas le droit de... », en opposition aux règles institutionnelles qui ne sont pas opérantes. C'est un moyen de dire non à la jouissance, de contrer le réel auquel elle a affaire, de lui envoyer une bouée afin qu'elle reste à la surface avec un effort moindre. La règle qui éduque, dresse, s'inscrit dans le champ de la volonté, et ne soulage pas le sujet de l'Autre.

Gabrielle a pu historiser son rapport à l'Autre dans les événements qui ont dénoué RSI : le laisser-tomber de la mère, l'abus du papi, le changement de famille d'accueil.

Les points d'appui qui sont à développer, à consolider, sont les identifications qui sont soutenues

par sa production qu'est la rime. Pour l'instant, l'on voit qu'il n'y a pas de demi-mesure, entre être une star ou de la merde. Elle avait avancé, cependant, en série, être éducatrice ou policière, pompière ou coiffeuse, qui sont les points à soutenir. Le nom, par la rime ou le changement de nom, tout ce travail sur le nom est aussi à consolider, à poursuivre. Tel que le développe Lacan dans le Séminaire dernièrement paru, *Le Sinthome*, les noms servent à se défendre contre la Jouissance.

Si la psychose dérange, provoque du dérangement dans notre quotidien, c'est qu'elle remet en question notre manière de fonctionner. Elle nous remet en question un par un, et nous renvoie à la nécessité d'une orientation théorique solide pour baliser la clinique. Ainsi, la structure borroméenne, le nœud, apporte une lecture et une orientation dans le travail quand une erreur de nouage a été commise, qui peut se lire comme un sinthome.

1. A. Zenoni, « Volonté de Jouissance et responsabilité du sujet », in *Quarto* n°73, mars 2001.

2. *Idem*.



*3ème Journée du Collectif Psy Abbeillois
jeudi 13 mai 2004
sous la présidence de Pierre Delion*

Passages

Nous proposons cette année d'échanger à Abbeville sur le thème du « passage ». Ce thème est le plus souvent lié à la pédopsychiatrie : passage de stades, de crises, passage de l'adolescence à l'âge adulte... Mais il s'agit aussi d'un thème central dans la réflexion et la pratique psychiatrique en général : passage d'une institution à une autre, d'une posture thérapeutique à une autre, passage par un état, mauvais passage d'un patient ou d'une équipe. Il s'agit donc d'interroger ce qui, dans un mouvement continu fait rupture. Nous souhaitons, d'autre part, que puissent s'exprimer les diverses pratiques : infirmières, psychiatriques, psychothérapeutiques, psychanalytiques etc., dans le champ tant clinique (descriptif) que théorique (élaboratif).

P. BOURDUGE : Réflexion autour d'une pratique de l'improvisation théâtrale en milieu psychiatrique

C. JACQUELIN : Passage à l'act-eur

C. CHAPEROT : Passage par le rire (*texte indisponible*)

C. PISANI : Ce qui ne passe pas (*texte indisponible*)

R. MILLE : Périples institutionnels des enfants autistes (*texte indisponible*)

N. NIESEN, D. LOYER : Le fil d'Ariane ou le passage d'un adolescent par l'institution psychiatrique
(*texte indisponible*)

C. ROBILLARD-VINDRAS : Dans le cadre d'entretiens proposés aux membres d'une famille pour leur enfant, qu'est-ce qui peut faire que quelque chose passe, se passe... (*texte indisponible*)

P. DELION : Pas sages du tout à la partie



P. BOURDUGE

Réflexion autour d'une pratique de l'improvisation théâtrale en milieu psychiatrique

En se nommant Théâtre des Gens, le TFIEG voulait affirmer son double objectif : celui de pratiquer le théâtre, au sens le plus noble du terme, et celui de combattre toutes les formes d'exclusion, en ouvrant à tous cette pratique. Nos années d'expérience, dans les contextes et avec les gens les plus divers, nous ont amené à forger petit à petit une pratique du théâtre qui répond à ces deux exigences.

C'est ainsi que depuis trois ans existe à l'Hôpital de jour d'Abbeville un atelier-théâtre, qui a donné lieu à deux spectacles représentés et qui se prépare dans les jours prochains à donner à voir un nouveau spectacle, fruit du travail de l'année écoulée. Cet atelier permet à des gens coupés de la vie de tout le monde et repliés sur leurs fêlures et sur leurs crispations de prendre l'air, comme elle permet la rencontre sur un même terrain neutre de gens que distingue leur statut respectif de soignants et de soignés. Mais plutôt que de m'en tenir à cette seule expérience, je préfère vous parler aujourd'hui de ce que j'oserai appeler notre méthode. Car qu'on la mette au service des gens d'une cité de banlieue, des enfants d'une école où se retrouvent tous les recalés d'ailleurs, ou de gens appelés à enseigner, qu'elle fasse enfin travailler ensemble des gens aux âges, aux cultures, aux milieux les plus divers, elle est partout la même. Elle est toujours cette rencontre réciproque de gens avec le théâtre, jusqu'à la création d'un spectacle qui ira à la rencontre d'un public. Seule importe donc la façon dont elle permet à chacun de faire avec les moyens de tout le monde et de s'y révéler comme personne.

La pratique du théâtre nous la voyons d'abord comme une possibilité pour chacun de remettre en chantier aussi bien sa présence à soi que sa relation à l'autre et aux autres. Partage d'émotions, échanges de regards, de touchers, de gestes, de paroles et de silences, le théâtre est cette occasion unique de créer une vie ensemble, où, loin des étiquettes collées sur les âmes et par-delà les handicaps dont on a fini par se faire une raison, on peut, en jouant, réinventer ses possibles en les articulant avec ceux des autres. Pas question ici d'un théâtre qui recouvre la force ou la délicatesse des émotions d'un déluge d'effets clinquants et sophistiqués, ou qui masque les dynamiques vivantes des acteurs par des décors hypertrophiés. Nous nous reconnaissons dans Stanislavski, dans Artaud, dans Peter Brook, dans Grotowsky, parce qu'ils ont fait le choix sans concession de l'acteur comme pôle central de la dynamique théâtrale. Pas question non plus de se servir ici du théâtre comme support thérapeutique. On ne vient pas sur le théâtre pour questionner son histoire. On y vient pour s'y mettre en vie et pour donner une expression et une forme à ce qui nous habite au plus profond, sans besoin de le reconnaître. Non, nous voulons que ce théâtre se fasse avec les gens tels qu'ils arrivent, et sans chercher à déguiser ou à corriger leurs maladresses par un quelconque dressage au « bien faire ». Ce sont eux qui le nourriront de leurs façons uniques de devenir beaux en devenant vrais, par la voix, par un mouvement du corps, par l'échange d'un regard ou d'une caresse, par la force d'une colère osée. Charge à ceux qui les regarderont de se laisser émouvoir.

Comment arriver à cela ? D'abord et avant tout en permettant à chacun d'accéder à ce que j'appellerais *l'état de jeu* qui, au fil des hésitations traversées et des audaces risquées, conduit à ce sentiment de liberté, où tout devient simple et joyeux, sans qu'on sache vraiment pourquoi, et ce, même si la chose jouée est sérieuse. Et toutes les premières gammes de ce travail qui dégourdissent les corps et libèrent les voix et les échanges ne doivent viser qu'à rendre possible le passage à cet état où tout devient possible dans l'espace réservé au jeu.

Évocation de deux souvenirs, liés à deux façons de passer à l'état de jeu :

1) Laurent, jeune garçon de 11 ans, ayant abouti à l'école de Garges-lès-Gonesses parce que refoulé

de partout ailleurs, refuse à chaque séance non seulement de jouer, mais fait tout son possible pour empêcher que les autres puissent jouer. On décide d'improviser une scène de métro que le groupe, prêt à jouer, installe sur la scène en positionnant des chaises. Une chaise est placée juste à la limite de la coulisse, symbolisant le tourniquet où l'on insère les tickets pour entrer dans le métro. L'improvisation commence... voyageurs, contrôleurs, mendiants se mettent à exister... soudain Laurent se lève brusquement de sa chaise, va dans la coulisse et saute par-dessus le tourniquet pour venir jouer dans la wagon du métro. Cette entrée dans le jeu « par effraction », ressemblant fort à ce que Laurent vit tous les jours, lui permettra de s'intégrer dans l'improvisation comme « jeune loubard perturbateur ».

2) Jacqueline est arrivée le premier jour dans l'atelier pour s'asseoir aussitôt près de la porte et ne plus en bouger, disant : « Je viens juste voir. Je n'y arriverai pas ». Quelques séances plus tard, je propose à Jacqueline qui est toujours là, une improvisation toute simple – à mon sens – pour l'amener à jouer, à entrer dans une histoire. « Il y a un banc sur la scène. On dirait que c'est un jardin public et que Pascal est un Monsieur assis sur le banc. Tu viens des coulisses et tu es une dame qui vient demander ou dire quelque chose à ce Monsieur ». Jacqueline va dans la coulisse, entre sur la scène et s'arrête au milieu, regardant partout, les coulisses, la scène, l'air égaré. Puis elle dit, en s'adressant à nous, spectateurs « Qu'est-ce que je fais là ? Qu'est-ce que je dois faire ? ». Aujourd'hui, alors que nous en sommes aux dernières répétitions du troisième spectacle, et où Jacqueline joue une fermière qui cueille des pommes dans un arbre, au moment où je dis : « Bon, on va faire la scène du verger », Jacqueline, assise à côté de moi, côté spectateurs, me donne une bourrade du coude et me dit en rigolant : « Allez ! On va aller ramasser les pommes ». Non seulement aujourd'hui elle sait ce que c'est que jouer, mais en plus elle arrive à en jouer.

Savoir par où l'on passe, c'est bien. Mais pour aller où ?

Pour en rester à l'essentiel, je dirais qu'il s'agit de faire advenir de la présence. Qu'est-ce que la présence ? Sans m'aventurer dans une approche théorique de la chose, je sais qu'une fois précisé et reconnu l'espace où l'on joue (et donc un espace où l'on ne joue plus), la condition première au surgissement de cette présence dans l'espace de jeu est aussi bien du domaine du théâtre que de la vie de tous les jours : il faut être à ce qu'on fait, il faut n'être plus que ce qu'on dit ou ce qu'on fait, c'est-à-dire qu'il faut en fait être à mille lieues du faire semblant, et ne pas jouer pour être vu, mais se risquer à engager là, maintenant tout son être. Si cette « présence » passe par l'acteur (celui qui agit), elle doit être pour celui ou celle qui propose, qui conduit, qui accompagne, son objectif premier dans la façon dont il regarde du dehors ce qui se passe. Et si l'écoute de l'animateur doit être vigilante sur la façon dont les choses s'organisent dans la construction théâtrale, elle doit être essentiellement sensible et poétique face à tout ce qui advient.

Moment de pure poésie, qui se vit, mais qui ne s'explique pas :

Adrien, se tient la plupart du temps immobile, muet, le regard ébahi, et amorçant à peine un sourire. Un jour, alors qu'il est demandé à certains d'exprimer avec leur corps ce que leur évoque tel thème général ou telle émotion, il se retourne soudain – j'ai oublié ce qui était proposé, mais qu'importe ! – et il penche alors tout son corps vers l'avant avec une lenteur, une légèreté... une grâce telles que soudain ceux qui regardent ne voient plus que lui et se signalent discrètement entre eux qu'il se passe quelque chose. Une présence. Quand je lui demanderai après ce que ça représentait pour lui, il dira : « Quelque chose de fragile !... ». Le spectacle qui suivra a pu bénéficier de cette belle « fragilité ».

L'essentiel me semble maintenant posé pour que la mise en théâtre devienne mise en vie, et pour que ceux qui sont en bout de course, les spectateurs, y trouvent de quoi sentir frémir et résonner en eux quelque chose de l'ordre du vivant.

Parlons techniques, maintenant. À dire vrai, je n'aime pas ce mot. Des techniques il y en a plein les manuels. Et ce qui compte c'est surtout la façon dont on s'en sert et dans quel objectif on les choisit. Une chose est sûre : elles doivent proposer des modes de travail pouvant être pratiqués par tous, et

chacun doit avoir la liberté de s'y investir à sa façon. Dans cette optique, tout ce qui peut être l'occasion pour les corps, les voix, les paroles, les imaginaires, les émotions, de trouver à s'exprimer, est bon à prendre et à essayer. Ce sont des occasions de faire ses gammes, d'explorer ses possibles, sous la conduite de celui qui n'en attend que des abandons au jeu, et qui guette l'émergence de présences.

Sur l'abandon au jeu et la présence, deux évocations, ici, qui me tiennent à cœur et qui seront pour moi à jamais présentes :

Le corps de Léon est recroquevillé, crispé. Sa parole est saccadée et difficilement compréhensible. Il semble comme tétanisé. Sur une proposition de jouer à partir d'animaux, Léon choisit de jouer un singe. Le jeu commence et donne vie peu à peu à une jungle où se côtoient les fauves, les chats, les reptiles et les grands oiseaux. Soudain le chimpanzé se met à virevolter, à sauter d'un endroit à l'autre, se grattant les aisselles et poussant de petits cris stridents pleins de jubilation. Quelque chose se passe qui ne peut que mériter de prendre vie sur le théâtre. Autant l'abandon au jeu est ici une source de libération, corporelle et émotionnelle, autant il fournit au théâtre une matière et une esthétique. Mais la question se pose alors pour le metteur en scène de savoir s'il montre Léon, dans ce qu'il faut bien appeler sa difformité, sous des traits grimaçants, grotesques et pouvant friser la vulgarité. J'ai fait le choix de ne pas nous autoriser cela.

Une petite fille, toute petite fille, dont j'ai oublié le nom, mais que j'appelais, pour moi, « ma petite griotte ». Même école pour les rejetés de partout, où elle était quasiment inexistante et se blotissait la plupart du temps dans les coins (this sentence is not clear for me, il manque quelque chose non ?). Au cours d'une séance d'atelier, nous faisons le même travail à partir des animaux : la « petite griotte » choisit une souris. Le jeu s'amorce, jusqu'à donner lieu à des lions qui rugissent, à des chevaux qui gambadent, à des chats qui s'étirent, qui se donnent des coups de griffes, qui jouent ensemble... quand soudain apparaît la petite souris qui se pose au beau milieu de la scène, légèrement apeurée et grignotant un morceau de fromage imaginaire, indifférente au vacarme qui l'entoure. Personne n'avait vu par où elle était arrivée là, mais on ne voyait plus qu'elle. Présence !

S'il est une même technique, par contre – mais est-ce une technique – qui s'est révélé pour nous un outil d'une grande richesse, et à laquelle nous avons consacré jusqu'à ce jour l'essentiel de notre pratique et de notre réflexion, c'est *l'improvisation*. Plutôt que d'une technique, je dirais que c'est une façon de faire qui préside à tous nos choix, et à notre façon de conduire et d'intervenir dans le travail. Elle est déjà présente dans les premiers échauffements où l'on se dégourdit, où l'on ose sa voix et où l'on risque les rencontres. Mais elle est aussi le mode sur lequel se construisent des histoires avec un début et une fin (car il faut bien apprendre à finir). Elle est enfin la façon dont va se construire le spectacle final, au risque de ne trouver la fin qu'à la fin.

L'improvisation telle que nous la pratiquons exige toujours de s'appuyer au départ sur le support le plus minime. Un objet, une position corporelle, une façon de se déplacer imposés (pbl mais je ne sais pas imposée si c'est la façon ?), suffisent. Tout ce qui suit se construit au fur et à mesure, en se nourrissant des apports des uns et des autres. Empêché de prévoir à l'avance ce qu'il va jouer – car il utiliserait sinon des images ou des idées préconçues – l'acteur, lorsqu'il improvise, se trouve confronté à la nécessité de faire avec ce qui lui vient, de le poser, de l'agir. Une fois passé le premier temps de la peur de ne rien trouver, de « ne pas avoir d'idée », les premiers mots, les premiers actes osés sans anticipation donnent alors la possibilité d'expérimenter la vie qui se pose là, sans recours aux clichés et aux logiques toutes faites, avec des choses simples qui pèsent leur poids d'existence, et de s'apercevoir qu'en fait il y avait quelque chose derrière ce vide qui faisait si peur.

Ce qui est alors sorti de soi et ce qu'on en a fait doit ensuite – quand ça marche ! – s'articuler avec ce que les partenaires de jeu en font ou avec ce qu'ils proposent eux-mêmes. Position d'écoute, de

réception, qui ouvre sur un jeu complexe et imprévu, d'approches et d'évitements, d'abandons et de réserves, de séductions et de conflits, au cours desquels s'élaborent des lieux, des personnages et des situations imaginaires, et qui donne lieu à une sorte de consensus tacite grâce auquel on se met à exister ensemble dans une même histoire. Puis vient le temps de *l'élaboration du spectacle*, qui nécessite à un moment de se dire « on part de ça », et où l'on sait que ce que l'on va raconter ne peut plus se trouver sur le tas et dans le temps d'une seule improvisation. Moment souvent reculé parce que toujours redouté où l'animateur devient metteur en scène. On fait défiler les images qui ont ému, les moments, aussi furtifs soient-ils, qui restent en mémoire. On se dit « untel était si beau dans ses cabrioles, une telle si touchante quand elle jouait la voisine draguant le voisin de palier... et cet autre qui surgit sur la scène dans sa masse imposante, il faut bien que cela existe, prenne sens »... Mais il faut décider. Alors la prise en compte des gens vus à l'œuvre, le climat et les préoccupations du groupe, les modes d'expression dans lesquels chacun se sent à l'aise et donne de lui, la beauté ou la force de telle ou telle improvisation vont servir de point d'ancrage pour proposer une trame théâtrale la plus ouverte possible, de façon à préserver jusqu'au bout une dynamique d'invention seule capable de faire toute leur place aux spécificités et aux avancées de chacun. La trame va se développer et s'enrichir au fur et à mesure de la reprise des improvisations ou de la tentative de nouvelles. Et cela va permettre peu à peu de préciser des trajets, des repères, et de les poser comme les cailloux du petit Poucet, pour retrouver son chemin le jour de la représentation, où la plus grande part restera laissée à l'improvisation.

Comment cette aventure, ces aventures, vécues par chacun de ceux qui y ont donné d'eux-mêmes, une ou plusieurs fois, ont-elles trouvé un prolongement dans leur façon de se vivre et dans leur vie sociale ? Je peux dire qu'arrivé au port, j'ai le sentiment chaque fois que des choses se sont assouplies, déliées, autorisées. Je peux dire mon sentiment que les gens qui ont participé au voyage ont gagné en relief et en chatoiement. Je peux dire aussi que j'ai vécu une histoire d'amour que j'ai sentie partagée. Et je pense que par cette expérience d'un théâtre, qui, comme tout théâtre digne de ce nom, fait appel à leur être et qui, sans vouloir leur enseigner un savoir-faire, leur ouvre un espace de jeu avec les autres. Les participants à nos ateliers se retrouvent dans le monde plus attentifs, ou plus capables d'émotions, ou plus curieux, c'est selon... mais certainement, pour la plupart, plus présents et plus vivants. C'est en tout cas, avec celle de faire du vrai théâtre, la principale ambition de notre travail.

C. JACQUELIN

Passage à l'act-eur

Le passage à l'acte

Dans le passage à l'acte, c'est toujours du côté du sujet que se repère ce « se laisser tomber », l'évasion hors de la scène, et c'est toujours au moment d'un grand embarras, d'une émotion extrême, voire d'un temps de perplexité - lorsque le sujet se trouve en difficulté de symbolisation ou d'impossibilité - que le passage à l'acte surgit.

Dans le cas freudien de « la jeune homosexuelle », c'est lorsque la jeune fille est confrontée au regard réprobateur du père, alors qu'elle est au bras de sa dame, qu'elle s'arrache de son bras et se précipite de haut d'un parapet, sur une voie de chemin de fer désaffectée. « Elle se laisse tomber », dit Freud.

Lacan complète l'analyse faite par Freud, en soulignant que lorsqu'un sujet est confronté radicalement à ce qu'il est comme objet pour l'Autre, il peut réagir sur un mode impulsif, en se laissant choir, pour se soustraire d'une intolérable jouissance. Cette insupportable clinique, exposant le sujet à l'errance ou à la mort, oriente notre pratique à plusieurs, et nous engage à offrir au sujet en état de souffrance, des cadres multiples, d'autres scènes possibles, tel un devoir d'humanité.

Lorsqu'une certaine inconsistance du sujet ne permet pas un embrayage hors institution, le travail en psychiatrie peut s'appliquer à consolider certaines identifications imaginaires. Un des cadres partiels (que nous avons proposés à l'Hôpital de jour de Psychiatrie Adulte d'Abbeville) est le Théâtre. L'originalité de cette offre fut la possibilité de jouer, hors murs institutionnels, avec un professionnel.

Par cadre partiel, nous nous appuyerons sur les textes du Dr Chaperot, de M. Pisani, du Dr Goullieux et du Dr Guedj, le cadre partiel étant défini comme un espace vide, une marge où le sujet peut trouver à se loger, n'étant pas épinglé par le signifiant psychiatrique ou un discours thérapeutique.

C'est supposer que le travailleur en psychiatrie s'éloigne de son idéal : soigner.

Il s'agit d'inventer un style de relation, du « pas trop sérieux », un espace de jeu, un entredeux entre de l'attentif et du distrait. On pourrait parler d'une forme de délestage de la blouse blanche pour un autre costume non identifié, c'est-à-dire qui reste à construire, en convoquant le sujet au-delà du rôle qu'il tient. Il s'agit de présentifier une figure pacifiante de l'Autre, afin de promouvoir une certaine atmosphère de vie en commun. On retrouve cette attention particulière à l'ambiance chez Jean Oury. Une des conditions pour que le jeu soit opérant : le vidage du savoir et du vouloir, quitter l'entretien formel au profit d'une conversation, d'une interlocution plus spontanée.

Le passage à l'act-eur : qu'en est-il du jeu ?

Être dans le « comme si », quoi de plus banal me direz-vous ?

Pourtant, n'avons-nous tous pas été confrontés à des parties de jeux de société qui finissaient en pugilat ?

Dernièrement, j'ai assisté à l'effondrement d'un acteur qui avait été classé mauvais fermier à la Ferme Célébrités.

Simulacre, me direz-vous ? Peut-être pas.

Quand le jeu s'opère dans une distanciation, une illusion, ça fonctionne. La raison reprend ses droits. L'acteur qui a craqué en public s'excuse, rattache sa souffrance du moment à un autre événement teinté d'affect.

Mon amie, qui avait balayé le jeu Risk en cours de partie, s'est décollée de sa position de super conquérante, pour relier son acte au tourment du moment. Les difficultés qu'elle traverse sont évoquées, elle se rend compte qu'elle a dépassé la mesure, mesure il y a.

Pour faire simple, il y a de l'Œdipe, c'est-à-dire du jeu, des exutoires métaphoriques. L'homme, à

l'occasion, pour séduire sa belle, peut jouer à être Batman, mise en scène ludique, mais il sait qu'il n'est pas Batman.

Qu'en serait-il d'ailleurs des sujets psychotiques qui joueraient la tragédie ?

Le prêt de leur corps pourrait-il aller jusqu'au don, jusqu'au sacrifice ? Aliénation radicale au rôle, une mise en drame du drame.

L'exemple le plus dramatique étant Johnny Weissmuller qui, jusqu'au fin fond de sa cellule asilaire, continuait à pousser des cris de Tarzan. Weissmuller et Tarzan sont une même personne, au-delà de la scène cinématographique, pas d'éloignement possible.

Tragique aussi, Béla Lugosi qui avait trop incarné de vampires au cinéma, finissant, dit-on, dans un château d'Europe Centrale, entourée de capes et de cercueils.

Cependant, le travail d'improvisation sur la scène permet une production du sujet, une construction, une esthétisation de son dire. Il soutient la particularité de chaque sujet, tout en l'inscrivant dans un groupe. Véritable événement, où le sujet va pouvoir mettre en scène un imaginaire et rendre compte de son style. Chaque parole a un poids.

L'improvisation permet d'échapper à l'effet marionnette, le sujet deviendrait l'employé du texte de l'Autre, le vouant à incarner l'objet de la jouissance de l'Autre, ce qui n'est pas sans conséquence ravageante pour le sujet.

Dans l'improvisation, il s'agit de soutenir les créations de chacun, permettre une déclinaison d'idéaux humbles.

Pour cet acteur, par exemple, jouer sur la scène un frère honnête, un serveur relationnel et jouer un père qui dit oui, la figure autoritaire paternelle des premières scènes s'étant adoucie du côté d'une figure tolérante. Proposition des acteurs et du metteur en scène que le sujet reprend à son compte, cette création est possible grâce à une tempérance du groupe.

Nous pouvons faire l'hypothèse que l'exemple de cette déclinaison – du père vachard en père qui dit oui – a pu avoir des effets hors la scène, sur sa propre relation à son père. Il a pu lui écrire après avoir lu *Lettre à mon père* de Kafka, pour lui manifester son affection, lui signifier sa maladie.

La prévalence de la persécution, d'un Autre féroce pour ce sujet, se tempère au fil de séances au profit d'un relationnel, permettant une rencontre plus pacifiée avec son semblable et l'Autre.

Le style de chaque sujet peut trouver expression, mais la parole n'est pas toujours efficiente.

Heureuse trouvaille pour cet autre sujet, très inhibé, quasi catatonique, de se saisir d'une mobylette imaginaire pour mimer une chevauchée vertigineuse. Quand le rapport à l'Autre est trop menaçant, le passage à l'objet médiateur se fait plus facile.

Cette année, dans l'institution, il est passé de la mobylette au cheval, peut-être du cheval au palefrenier, passage réussi de la métonymie. Par ailleurs, son style, c'est d'être un peintre, il a participé au décor du théâtre, moment d'émotion lorsque le sujet quitte un état de pétrification en un état d'action.

Quand on est soignant, revenons au moment précis où l'on quitte la blouse blanche pour un autre costume non présentifié.

Qu'en est-il du jeu ?

Qu'est-ce qui est donc en jeu ?

Essayons de préciser ce que pourrait être, pour le soignant, le passage de la scène institutionnelle à la scène théâtrale.

On peut faire l'hypothèse qu'être soignant, c'est aussi jouer un rôle, en résonance à un idéal : soulager la souffrance, aider, être dans le relationnel ... bref, l'idéal du moi est composé d'un ensemble de valeurs qui vont circonscrire l'identité soignante.

Quand les choses se déroulent presque normalement, on essaye de coller au plus près à un idéal, poussant d'ailleurs le soignant au pire, comme au meilleur, le pire se situant du côté de cette infirmière qui a défrayé la chronique, parce qu'elle euthanasiait ses patients, pour soulager leurs souffrances. Pour le coup, elle avait à faire à un idéal radical.

Parlons du meilleur : Sœur Thérèse. Même idéal, mais destins différents.

Disons que, pour me situer, je ne suis ni cette Christine..., ni sœur Thérèse, et en plus, j'accepte de m'engager dans l'aventure théâtrale.

Je quitte le sujet supposé savoir, pour un sujet supposé non savoir. Quand je dis cela, je ne dis pas que je vais jouer à la bête pour de faux. Je dis qu'être acteur, jouer avec des sujets psychotiques, sur mon temps de travail de surcroît et me mettre en scène, c'est l'effet de surprise, l'ignorance la plus totale. Ça mobilise un contenu psychique méconnu, non représenté, une mise à distance du savoir.

Je me souviens des premières improvisations, sorte de saynètes orientées par un thème.

Je m'appliquais à jouer une vieille femme démente, amnésique. Je déambulais dans un hall de gare imaginaire, m'adressant aux uns et aux autres, sans jamais comprendre un fichre mot de ce qu'ils me disaient, tout l'envers de mon idéal de soignante.

Je vous rappelle en passant que, normalement, quand on me cause, je réponds. Et en plus, je suis payée pour faire causer un petit peu.

Alors cette dame démente, amnésique, déambulante, hors lien social, c'était qui ?

C'était moi parce que je l'avais créée, mais c'était pas moi quand même, une autre qui jouait. Ça m'a échappé, ça venait de quelque part, comme une formation de l'inconscient. Et nous retiendrons cette hypothèse, au même titre que le rêve, le lapsus, le mot d'esprit. C'est embarrassant d'ailleurs, un lapsus, quand ça arrive, on est toujours un peu gêné, surpris, on a presque envie de s'excuser.

Même embarras pour moi, pour cette création.

L'improvisation est un dispositif théâtral qui rend peut-être plus perméable aux formations de l'inconscient et qui se rapprocherait plutôt du principe des associations libres dans la cure. L'analysant improvise tout le temps.

Par ailleurs, ma prestation produit le même effet et le même étonnement.

Même si je peux avoir une petite idée, une petite représentation du sens de cette production... Le travail psychique suit son cours, on passe à autre chose, une autre figure. Dans la psychose, le sujet colle avec le rôle. Ça ne s'arrête pas forcément le jeu, hors la scène. Le sujet vient se saisir de traits imaginaires qu'il applique à la lettre, mais qui parfois débordent. L'intervention du metteur en scène « c'est terminé ! » ne fait pas toujours scansion. Il n'y a pas toujours de limite entre la scène et l'institution. Certaines identifications peuvent faire enfler une composante mégalomane.

En référence au texte de Monsieur Pisani, proposé au Collectif Abbevillois en 2002, dans la psychose « l'idéal est d'autant plus exclusif et exigeant qu'il n'est pas noué donc limité, arrêté comme peut l'être l'articulation Moi idéal-idéal du Moi. Cet idéal est donc sans mesure, absolu dans sa prétention et peu sensible aux contraintes ». Ainsi quelle ne fut pas notre surprise à l'Hôpital de jour, lorsque nous vîmes arriver un jet-setter. Tout y était : lunettes noires, pochette, dédain, emphases verbales. Farce bouffonne ? Détrompez vous ! Son costume, c'était lui.

Ce jour-là, son rapport au monde s'articulait à son rapport au vêtement, pas de jeu possible à première vue.

Intervenir certes, mais pas n'importe comment.

Il est de bon ton, il me semble, d'intervenir sous forme négative : « cher monsieur, excusez-moi, vous n'êtes pas au théâtre aujourd'hui ». Une manière, en sorte, de viser la différence des lieux. Il est coutume d'éviter l'intervention impérative qui pourrait faire écho à l'injonction hallucinatoire : « tu es ça, fais ça »

Par ailleurs, il en lâcha un peu du côté de son costume, mais n'abandonna pas ses lunettes noires. Dans l'après-coup, nous comprîmes qu'elles le protégeaient du regard envahissant de l'Autre ; les lunettes noires, sorte de pare-psychose, de protection d'un Autre qui le regarde, furent ce jour-là une solution à sa psychose.

La représentation

Pour qu'il y ait une pièce de théâtre, il faut qu'il y ait une représentation théâtrale. La

représentation implique discours, acteurs, scène et spectateurs. Le théâtre a pour finalité d'éveiller de notre vie affective des sources de plaisir.

Selon Freud, « le jeu et l'imitation artistique auxquels se livrent les adultes, visent directement la personne du spectateur, en cherchant à lui communiquer, comme dans la tragédie, des impressions souvent douloureuses qui sont cependant une source de jouissance élevée ».

Il y a dans le jeu de l'acteur une relation transférentielle au spectateur, l'acteur attend un retour. Le jeu demande une adresse.

Cela suppose un effet de catharsis et d'identification chez le spectateur, le spectateur n'est pas un voyeur. Le héros n'est pas pathologique, sinon nous restons le nez sur sa maladie et la représentation produit effroi et angoisse.

Au théâtre, on ne s'identifie pas au fou, au malade.

Il faut qu'il y ait une marge, une barrière entre le jeu et l'illusion.

Si l'impression du spectateur est du côté « c'est pour du vrai », il n'y a pas d'effet de théâtre, tout au plus de la compassion.

L'effet produit par la représentation est-il de l'ordre de la compassion ou de la sympathie, ce qui revient au même, ou d'autre chose.

Est-ce le même sentiment lorsqu'on va voir le spectacle de fin d'année de nos enfants ? Qu'est-ce qui nous émeut ? Peut-être pas seulement la qualité du spectacle.

Pas de théâtre sans représentation, et pas de représentation sans metteur en scène. Si chaque sujet construit une histoire singulière, il appartient au metteur en scène, passeur vers la représentation, fondateur de l'unité groupale, d'unifier l'œuvre qui appartient au collectif. Le metteur en scène consolide une histoire qui fait sens pour le groupe, authentique travail de liaison, véritable acte pour soutenir l'identification imaginaire de chaque sujet.

Il permet, par une intervention ou pas, d'inscrire l'imaginaire de chacun dans une dimension groupale.

Le metteur en scène ne soutient pas tout et n'importe quoi, lui même étant inscrit dans un champ social, culturel, soumis à des règles théâtrales, lui même étant régulé par une loi. Mais à lui de soutenir la singularité de chaque sujet, la trouvaille qui permet de mieux ordonner le monde.

Pour ce sujet, par exemple, favoriser la lecture de ses poèmes, pour cette dame permettre d'exprimer son humour et sa joie.

Pour conclure, je dirais que travailler en psychiatrie, c'est supposer que s'opère une transformation, une modification, et ce à chaque fois qu'il y a une rencontre avec un sujet, un passage de l'amnésique au désir de savoir.

Véritable ouverture vers un champ de responsabilité clinique partagée.

C'est pouvoir dire : je peux obtenir, apprendre, faire, communiquer, en travaillant, si je veux.

P. DELION

Pas sages du tout à la partie

Cela m'évoque la musique : passage d'un mode à l'autre, modulation, mais aussi passage d'un thème à son développement et à ses variations, avec ses exercices les plus achevés dans la musique classique, la fugue et le contrepoint ; passages donc pour enrichir la musique sur le plan des sensations qu'elle procure.

Mais pourquoi la musique ? Parce que les débuts des interactions entre bébé et sa maman, son papa passent par ce canal avec beaucoup de force.

Golse parle de l'opéra maman-bébé et de ses voix.

Stern a beaucoup insisté sur l'importance de la prosodie maternelle dans l'accordage affectif.

Trevarthen insiste lui sur le bébé chef d'orchestre de l'interaction.

Bach a écrit des exercices progressifs pour aider ses enfants-élèves à apprendre la musique : les inventions à deux et trois voix, les passacailles, les préludes et fugues.

De quoi est-il question ? De « marier » les voix ensemble, en les distinguant de l'unisson, des harmonies verticales et massives, pour permettre à chaque voix de chanter sa partition tout en « écoutant » celles des autres. Si on transpose cette métaphore aux autres canaux, on a tous les éléments du dialogue interactif : le sonore, le visuel, le tonique etc., et surtout la capacité du bébé d'extraire les invariants du « message » quel que soit le mode dans lequel il est adressé. Donc passages et transmodalité.

Passages et continuité d'exister, continuité des soins, continuité de la fonction phorique.

Pour tenir les changements de rythmes, les ruptures, les pareils/pas pareils, une fonction de soutènement est indispensable ; c'est au départ la fonction de la « consensuality » de Meltzer, qui permet de rassembler les îlots de sensations en archipels, puis en ensembles, qui aboutissent à ce concept d'image du corps si important dans notre élaboration psychopathologique.

C'est toute la question de la dialectique basale entre Objet d'Arrière Plan (OAP) et Interpénétration des regards (Grotstein et Haag) : pour échanger des messages entre deux sujets, deux personnes, une stabilité existentielle est nécessaire, représentable par l'intériorisation de l'OAP. Cette intériorisation est elle-même très dépendante de ce qui s'est passé dans les générations précédentes.

Transgénérationnel et intergénérationnel (Lebovici).

La tranquillité est une qualité d'ambiance importante (la mère de la tranquillité).

Rappel sur le bloc magique : pour la surface d'inscription, un pare-excitations, sinon rien !

Donc pour éprouver un passage sans que cela soit une rupture ou un arrachement, nécessité d'une possibilité de représentation, donc d'inscription, donc de pare-excitations. Sinon, retour des arrachements, chutes style « ne pas cesser de tomber », précipitation, etc. : angoisses archaïques, agonies primitives, qui viennent « plomber » le travail de représentations. Exemple : j'ai besoin de maman pour telle fonction ; la relation d'attachement avec elle me laisse à penser que ce n'est pas sûr qu'elle soit disponible ici et maintenant, donc plutôt qu'un travail d'anticipation sur la mise en forme du besoin que déclenche chez moi tel ou tel type de manque, je m'attache à savoir dans quel état sera maman. La représentation de l'objet de mes besoins, désirs, demandes, va se focaliser sur la personne ressource qui sur-détermine leur obtention et fragilise le travail de représentation, donc difficultés à me séparer de celle qui pourrait m'aider à la satisfaction de mes besoins.

Donc passage, bébé et continuité.

Mais dans notre pratique professionnelle, je reste très attaché à ce qui fait vivre et rend possible le passage dans la continuité, autrement dit la prise en compte de la relation transférentielle : l'opérateur

fondamental de la psychiatrie de secteur, à savoir la continuité des soins. Le passage de la situation du bébé déprimé présentant un quasi-syndrome autistique de ses seuls parents qu'il inquiète de plus en plus, au pédiatre du CAMSP (Centre d'Action Social Précoce) départemental qui le reçoit, l'accueille, l'examine et fait un bilan approfondi de ses difficultés développementales et de sa souffrance psychique, puis au pédopsychiatre et à son équipe qui vont le prendre en charge en tenant compte de la manière la plus importante possible de la souffrance des parents, montre à l'envi que des conditions de ces relations vont dépendre la qualité des passages en question. Mais il ne me semble pas qu'il faille s'arrêter en si bon chemin : ce type de passage diachronique n'est rien s'il n'est pas corrélé à une pensée synchronique des passages de fonctions et de compétences. Il s'agit là des fameux « rapports complémentaires » décrits par Eugène Dupréel, que Jean Oury a préféré appeler « rapports de-complétude » pour bien marquer la nécessaire néguentropie qu'elle suppose. En pratique, les parents continuent d'exercer leur parentalité, le pédiatre de suivre l'enfant tout au long de son enfance, et le pédopsychiatre de proposer une thérapeutique subtile et éclairée. D'ailleurs, souvent, ce dernier va être rejoint par des éducateurs, des pédagogues, etc., qui vont venir assurer une fonction spécifique dans la trajectoire de cet enfant. On le voit, la conception du passage est bien celle de la diversité, de la compétence et sommes toutes, de la dimension du partage, notre maître à tous disait Pindare.

Donc partage, passage et continuité synchrono-diachronique.

Dans l'équipe, puis les équipes en relation qui soignent et éduquent l'enfant sous l'égide des parents, il ne peut être question de décréter que le passage est obligatoire. La qualité du passage est le résultat d'un long travail institutionnel qui permet et facilite les vertus cardinales de notre métier de psychiste : le prêt de notre appareil psychique à l'autre, la subjectale, le respect de l'historicité, la formation continuée à perpétuité, les relais avec la cité, la permanence des institutions soignantes... Toutes qualités facilitatrices des passages d'une fonction à une autre, d'une position à une autre, d'une réflexion à celle d'un autre, d'une proposition thérapeutique à une autre... Et pour tout dire, d'une reconnaissance de la pluralité et de la diversité, ou de ce que Derrida nomme la « différance », sans lesquelles la totalisation retotalisée décrite par Sartre comme la plaie stalinienne des groupes est inévitable.

Il n'est que de se reporter aujourd'hui à certaines sectes pseudo-psychanalytiques, à certaines associations défendant une position intransigeante en matière d'autisme, à l'exclusion de toute autre, suivez mon regard comme disait Bonnafé... pour mesurer que cette diversité, que j'appelle de mes vœux, n'est pas si simple à réaliser. Nous sommes désormais dans un monde de la complexité, bien mis en évidence lors du congrès de la SFPEA (Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent) organisé à Reims par G. Schmit il y a quelques années.

Donc passage et complexité.

Enfin, il est un type de passage qui n'est pas simple à régler, celui de la transmission de notre travail de soin de l'équipe de pédopsychiatrie à l'équipe de psychiatrie d'adultes. Histoire de Corinne et Xavier. Le syndrome de l'automne.

Passage et changement.

*2ème Journée du Collectif Psy Abbevillois
jeudi 29 mai 2003
sous la présidence de Vassilis Kapsambelis*

Caractère, personnalité, tempérament, style, structure, et changement

« Manière d'être, style, caractère, personnalité, tempérament, structure, ces termes renvoient à l'expression d'une logique en l'abordant de manière plus ou moins superficielle, biologique, objective, analytique ».

Nous souhaitons cette année interroger ces repérages dans leur articulation avec la possibilité, ou l'effectivité, du changement. Modification, évolution, élaboration, symbolisation, répétition, ces mouvements concernent tant les parcours individuels (soignants, patients, thérapeutes, analystes, analysants...) que les institutions qui elles adoptent, ou portent un style propre. Quels mouvements, quels repérages, et quelles incidences des styles, voilà nos questions pour l'année 2003.

C. CHAPEROT : Il ne faut pas prendre la structure pour le bâtiment

L. DOUCHIN, L. PRINCE : Graines de psy

F. TIREL : Le Fiu, ou l'avenir hasardeux d'un trait de caractère polynésien (*texte indisponible*)

G. COTTE : Le symptôme entre demande des parents et parole de l'enfant. Changer : à quel prix.

M.-C. BOUSSEYROL : Du style

A. BOURGAIN : Logique inconsciente du mot d'esprit et subversion de la langue

E.B. POUILLAUDE : Je suis ténébreux (*texte indisponible*)

J. DELAHOUSE : L'efficacité de la cure psychanalytique est-elle exportable ? (*texte indisponible*)



C. CHAPEROT

Il ne faut pas prendre la structure pour le bâtiment

Introduction

Cela peut paraître anachronique de parler de structure, de structuralisme, en 2003. En effet, si le structuralisme a connu un engouement très important dans les années 60, il est passé de mode. Pourtant, je pense qu'il a non seulement sa place, mais sa nécessité, dans le contexte psychiatrique actuel.

a) S'il est passé de mode, cela ne tient pas seulement à ce qu'il serait dépassé, mais peut-être à ce qu'il a été falsifié en son esprit. Comme tous les courants de pensée à la mode, il a généré des dogmatismes suspects le réduisant à une sémiologie univoque, particulièrement en positivant ses concepts. Je vais essayer dans une première partie de rappeler l'esprit général du structuralisme, et donc la dimension relativiste, provisoire, éphémère, des modèles théoriques. Il ne faut pas prendre la structure pour le bâtiment, manière ici de rappeler la prudence freudienne, quant à ses propres échafaudages théoriques. Marx¹, structuraliste de la première heure, disait de même qu'il ne fallait pas prendre les choses de la logique pour la logique des choses.

b) Le second aspect, l'actualité du structuralisme, est lié au contexte actuel. Akiskal², auteur mondialement influent sur la psychiatrie, disait récemment quelque chose qui peut se résumer ainsi : si deux maladies (psychiatriques) répondent favorablement au même traitement chimique, il n'est pas utile de les différencier. Or, le degré très faible de nos connaissances sur le fonctionnement cérébral fait que l'industrie pharmaceutique propose des molécules dont l'action est extrêmement peu précise, si bien qu'une molécule traite plusieurs pathologies. Que signifie cette logique proposée par Akiskal ? Tout simplement la fin de la tradition (européenne) d'une clinique fine, subtile, sémiologique, psychopathologique, reposant sur l'écoute attentive du patient. Autrement dit, le discours du patient et la relation thérapeutique deviennent des valeurs de second ordre, au profit d'un pragmatisme, d'un fonctionnalisme très asséchant et très engagé dans une direction qui comporte des résonances dépassant la compétence du champ psychiatrique. Il s'agit, en effet, ni plus ni moins, de juger de la valeur, de l'intérêt, de la circulation du discours entre les hommes. La portée d'un tel discours n'est pas strictement psychiatrique, pour être également morale et politique. Le structuralisme constitue une des alternatives à cet appauvrissement. D'ailleurs, la même problématique se retrouve lors de l'élaboration du DSM III, dans les années 80. Lors de son élaboration, les auteurs avaient comme consigne de se limiter, pour la description des syndromes, à des données empiriques et symptomatiques (optique néo-kraepelienne pure). Le concept de névrose identifié à la pensée de Freud, faisait problème, car il associait une dimension descriptive (symptomatique) et étiopathogénique³. Ainsi, le terme de névrose est discuté dans le DSM III, et disparaît totalement dans le DSM IV. Or, dans une optique structuraliste, synchronique, il est très logique qu'une expression symptomatique soit homogène à son modèle étiopathogénique, il n'y a pas de raison de séparer. Il est vrai que les auteurs du DSM ne voulaient pas privilégier un quelconque courant de pensée, notamment psychanalytique. Ils y ont très bien réussi.

c) Le structuralisme est une conception, une méthode de lecture des faits (des faits cliniques par exemple, ou du discours), qui dégage un style.

C'est ce que je vais essayer de montrer : le style du transfert oriente sur le style du sujet, et l'art thérapeutique consistera en un travail du style. Il faut travailler le style, là où la pensée de Alkisal

propose d'en gommer toutes les expressions, soupçonnant des excès baroques dès l'apparition de la moindre nuance.

Les origines du structuralisme

On s'accorde à dire que la première structure, logico-mathématique, a été conçue par un mathématicien français, nommé Galois, en 1832⁴. Galois ne manquait d'ailleurs pas de style. À 19 ans, il entre à l'école normale, et en est exclu moins d'un an plus tard à cause de ses opinions politiques qu'il était incapable de dissimuler. À l'âge de 20 ans, il meurt dans un duel. La nuit précédant sa mort, il rédige une lettre, un mémoire, qu'il adresse à un ami, Auguste Chevalier. Dans ce texte, il pose les bases de la notion de « groupe ». Il s'agit d'une structure mathématique, qui ne peut se superposer à la notion de « structure de l'échange » au sens anthropologique, mais qui porte une logique interne que l'on retrouve dans les structures de l'échange. Un « groupe », selon Galois, est un ensemble d'éléments (par exemple les nombres entiers) associé à une loi (par exemple l'addition). Il faut que la loi, appliquée à n'importe quel élément, redonne un élément qui fait partie de l'ensemble. Il faut également un élément neutre (par exemple 0) et une loi inverse (par exemple la soustraction). Ce type de pensée, familière pour nous, était à l'époque révolutionnaire. On voit bien une application possible à l'humain, et à la conception du psychisme. Le psychisme comme composé de représentations qui sont articulées entre elles par certaines lois.

Bien sûr, il ne s'agit pas de superposer, ce n'est pas superposable sauf à simplifier abusivement. Mais, le structuralisme s'est nourri de cette conception du phénomène humain comme ayant sa logique propre.

Saussure

Ferdinand de Saussure (1857-1913) n'a pas écrit de livre, ni utilisé le mot « structuralisme ». Il s'est contenté d'enseigner la linguistique, à l'université de Genève, et son cours, donné entre 1906 et 1911, a été mis en forme et publié après sa mort par deux élèves : Charles Bailly et Albert Sechehaye, sous le titre *Cours de linguistique générale*⁵. On y trouve les bases d'une méthode, la sémiologie appliquée à un objet, le signe, ou plus précisément à l'ensemble de signes qui composent une langue.

Une erreur souvent rencontrée consiste à résumer l'apport de Saussure à l'invention du signe, constitué d'un signifiant et d'un signifié, relié par un lien de correspondance unique. Or, l'apport de Saussure est bien plus riche, et Saint Augustin, comme le rappelle Jakobson^{5bis}, parlait déjà du rapport entre « signans » et « signatum ». Pour résumer deux aspects décisifs de la vision saussurienne, qui constituent la base du structuralisme, on peut dire :

– Premier aspect : le sens d'un mot dans la langue n'existe pas de manière isolée. Le sens n'apparaît que par l'opposition entre elles des valeurs contenues dans une langue. Une langue ressemble à une structure logico-mathématique de Galois, c'est un ensemble codifié, qui ne vaut que comme ensemble. Cela rappelle la théorie de la Gestalt, où la somme des parties d'une forme n'est pas équivalente à la forme elle-même. Autrement dit, le sens d'un mot ne se dégage que du sens de tous les autres mots, si bien que seul, imaginons quelqu'un qui ne connaîtrait qu'un seul mot, ce mot n'aurait pas de sens.

– Second aspect : pour un signifiant, c'est-à-dire le son d'un mot que l'on reconnaît, il n'y a pas un seul signifié, signifié c'est-à-dire le concept qui s'y rattache. Il y a des signifiés qui se déroulent de manière automatique sans le signifiant. Saussure décrit un ruban de signifiés, qui se déroule à partir d'un mot, et qui produit des significations. Saussure qualifie de « latent » et de « subconscient » ce déroulement associatif. C'est la révolution qu'il propose : le sujet qui parle ou qui écoute n'est pas maître des significations qui défilent. Cela relativise l'autonomie Cartésienne, le sujet ne fait pas que décider du sens, il est lui-même décidé par du sens qui lui échappe. La grande idée, c'est que la structure de la langue commande aux associations psychiques. L'homme n'est donc plus ce sujet cartésien purement décideur dans une optique volontariste. Cette pensée, cette élaboration, est

contemporaine de celle de Freud, qui écrit des choses très comparables, à Vienne, à la même époque donc, sans qu'ils se soient rencontrés. C'est Lacan qui essaiera, fera en sorte, de les faire se rencontrer de manière posthume, avec son fameux « l'inconscient est structuré comme un langage ».

Freud

Freud dit, dans « Une difficulté de la psychanalyse », que « le Moi n'est plus maître dans sa propre maison ». Autrement dit, les processus inconscients produisent des rejets dans la conscience, si bien qu'une part des processus conscients échappe au contrôle du sujet.

D'autre part, Freud décrit, notamment dans l'interprétation des rêves, le fait que « les activités de pensée les plus compliquées peuvent se produire sans que la conscience y prenne part »⁷. Si bien que l'inconscient se compose de deux types d'éléments. Tout d'abord, des traces régies par le processus primaire, des images en quelque sorte qui s'organisent entre-elles afin de produire une décharge pulsionnelle. Ensuite, d'autres éléments, refoulés, correspondent à des organisations complexes, très élaborées. Ces organisations que Freud nommait « sangs mêlés », ne sont pas de simples organisations « stockées » dans l'inconscient. Ces organisations refoulées participent à organiser la conscience du sujet, à son insu. L'effet conscient n'est qu'un résultat éloigné du processus inconscient. Freud⁶ décrit trois blessures narcissiques infligées successivement par Copernic, Darwin, et lui-même. Copernic affirme que la terre, l'homme, n'est pas au centre de l'univers comme on le pensait. Darwin enfonce le clou en proposant que l'homme descend du singe. Freud, quant à lui, défend que l'homme ne décide pas de ce qu'il pense, en tout cas pas entièrement. Il s'agit de trois thèses résolument antihumanistes, l'homme n'est plus son propre objet. Le Moi devient trompeur et l'univers n'est plus anthropocentré.

Antérieurement à ces avancées, Freud, le 15 octobre 1897, écrit à Fliess et décrit une compulsion qui existe en chacun, compulsion qui ressemble trait pour trait au mythe d'œdipe écrit par Sophocle⁸. L'œdipe, qui apparaît ici pour la première fois sous une forme explicitement psychologique, en 1897 donc, organise la jouissance : l'œdipe représente ce qui régule la jouissance comme l'interdit. Il faut bien insister sur un point : l'œdipe illustre une donnée humaine universelle, en l'occurrence l'œdipe illustre qu'une jouissance est interdite. C'est-à-dire que le complexe d'Œdipe, dont Freud parlera d'ailleurs très peu, beaucoup moins que ceux qui se réclament de sa pensée en tout cas, représente mais ne consiste pas telle une donnée positive. L'œdipe est une approximation, qui se vérifie en clinique, et découle d'un mythe, qui lui-même découle de la structure. Mais c'est là déjà anticiper sur Levi-Strauss.

Levi-Strauss

Saussure pensait que sa « méthode sémiologique », c'est-à-dire l'analyse des signes et des rapports qu'ils entretiennent entre eux, était applicable à d'autres disciplines dont la psychologie ou l'étude des rites. Il pensait que sa méthode pouvait aider à comprendre, déduire, analyser, ce qui dans l'humain est déterminé par des ressorts « subconscients », inconscients.

L'idée de Saussure, sa véritable invention, était donc que des lois complexes et inconscientes organisent l'humain, et que la méthode sémiologique peut permettre de les étudier. Levi-Strauss va nommer « méthode structurale » la sémiologie de Saussure appliquée à la culture. Il est dit extrêmement clairement, par Levi-Strauss, que le structuralisme se résume en deux points.

Tout d'abord, le structuralisme est une méthode (d'analyse des signes qui circulent par exemple au sein d'une ethnie). Ensuite, le structuralisme présuppose des lois inconscientes, par exemple culturelles, qui organisent les groupes et qui expriment par des rites l'organisation des interdits⁹. (À ce sujet, Levi-Strauss laisse à Boas la paternité de l'idée selon laquelle les phénomènes culturels sont de nature inconsciente).

Classiquement, il est convenu de considérer que chaque culture est particulière, que chaque peuple est organisé par un ensemble de rites qui lui sont propres. Ces rites forment le style d'un peuple. D'autre part, les rites organisent l'interdit d'une jouissance. C'est là ce que Levi-Strauss repère, une

sorte d'anomalie effrayante. Là où chaque culture est particulière, toutes les cultures contiennent la prohibition d'une jouissance⁹. Le particularisme culturel est entamé par l'universalité de la prohibition de l'inceste. Le style d'un peuple, ce sera sa manière particulière d'organiser la jouissance et son interdit. Je proposerai tout à l'heure d'étendre cette définition du style au sujet, en disant que le style d'un sujet réside en sa manière d'organiser sa jouissance relativement à l'interdit.

L'anthropologue, par l'analyse des signes qui circulent dans un groupe, se donnera pour tâche d'essayer de repérer l'organisation inconsciente du groupe. Puis, il établira un « modèle structural ». Le modèle, ce n'est pas la structure. Le modèle est l'élaboration intellectuelle pour essayer de rendre compte au plus près des effets de la structure. En vérité, la structure n'existe pas¹¹, au sens où elle n'est toujours qu'implicite. En cela, le structuralisme est anti-positiviste. Le complexe d'œdipe, la forclusion du Nom-du-père, sont de simples modèles malheureusement quelquefois abusivement positivés, là où leurs inventeurs ne leur attachaient qu'une importance assez secondaire, accessoire, contingente de la clinique.

Lacan va tenter, durant tout son enseignement, d'opérer une synthèse entre Freud, Levi-Strauss, Saussure, Hegel, Spinoza, etc., et sa clinique. Il veut appliquer la méthode structurale à la psychanalyse, ce qui est fidèle au vœu de Saussure. En ne retenant de Lacan que ce qui nous intéresse ici, que pouvons nous dire ? Avec Levi-Strauss, nous sortons totalement de la simple structure logico-mathématique de Galois, pour une structure qui devient une structure de l'échange entre les hommes. Autrement dit, les échanges entre les hommes sont organisés par une structure inconsciente que l'on tente d'approcher par la méthode structurale, et de formaliser sous la forme de modèles obligatoirement imprécis.

Avec Lacan, nous dirons que la structure s'exprime dans le transfert, et que l'analyse du transfert permet de déduire des modèles. Nous avons évoqué les liens entre structure, culture, jouissance et style.

Dans le transfert, un certain style va apparaître, se déployer, qui représentera le type d'organisation du sujet par rapport à la jouissance comme à son interdit. Le style du transfert inclut l'analyste qui est partie prenante, car impliqué dans cet échange, dans ce que l'on nomme souvent le « colloque singulier ».

Le style du transfert va se décliner selon deux modalités : l'invariant et le singulier. L'invariant correspond à un abord catégoriel. Il existe un style hystérique, schizophrénique, obsessionnel, paranoïaque, etc. Pour des raisons finalement assez difficiles à saisir, les sujets semblent se ranger d'eux-mêmes dans une catégorie. Le rapport à la jouissance des obsessionnels, leur style, est en partie commun à tous les obsessionnels, idem pour les hystériques, les schizophrènes, etc. Je me refuserai ici à feindre de répondre à cette énigme par une affirmation du type « c'est un effet de la structure » ou « c'est un effet de la culture », d'autant que, tel le magicien qui trouve un lapin dans son chapeau parce que c'est lui-même qui l'y a mis, le clinicien peut trouver dans la clinique sa propre nosographie. Ce style, appelé abusivement la structure, n'est pas, à priori, fixé. Une structure peut se modifier dans le temps, c'est le principe même de la « mutativité ». Il se trouve qu'en clinique, on observe empiriquement une relative stabilité, un schizophrène reste le plus souvent un schizophrène. Mais, on peut observer une évolution, par exemple paraphrénique, ou l'inclusion d'une dimension phobique. Cette mutativité, assortie d'une continuité (il s'agit d'une terminologie saussurienne), permet de concevoir le mouvement. Le structuralisme n'est pas fixiste, mais reste vivant, pour reprendre une terminologie vitaliste chère à mon ami Vassilis Kapsambelis. D'autre part, ce que l'on appelle la structure du sujet, ce n'est finalement que le repérage dans l'après-coup du transfert d'un style, qui engage le style du clinicien. Si bien, que dans l'absolu, une structure peut se déployer dans une rencontre transférentielle, et peut apparaître radicalement différente au cours d'une autre rencontre.

Si un style invariant définit des catégories stables en exprimant grossièrement le rapport à la

jouissance, il existe un style propre à chacun, singulier. Ce style singulier est celui qui intéresse plus spécialement la psychanalyse, mais il me semble que si la psychiatrie n'est pas la psychanalyse, elle a tout intérêt à s'y intéresser également. Le style singulier représenterait l'aménagement, avec ses réussites et ses ratés, qu'un sujet invente par lui-même et pour lui seul. C'est-à-dire que, superposé à un style invariant toujours imparfait, le sujet ajoute sa touche personnelle de style, qui l'articule plus finement à la jouissance.

Clinique et travail du style

Sous un angle analytique, la souffrance et la jouissance sont liées. Autrement dit, la maladie mentale peut se considérer comme un défaut du style.

Si bien que l'art thérapeutique peut s'entendre comme travail du style, incluant analyse du style et implication du style propre du thérapeute. C'est là où le structuralisme peut proposer une méthode, une posture, à la condition de ne pas prendre la structure pour le bâtiment, c'est-à-dire de ne pas trahir la structure en voulant la positiver. Cela me semble une alternative nécessaire au positivisme actuel, et ce qui me semble une tentative de destruction du style, j'aborderais pour commencer les indications de Akiskal, pour fondre ensemble les catégories nosographiques répondeuses à un même traitement, de même que l'impossibilité de concevoir, dans le DSM III, qu'une pathologie de l'esprit contienne une logique liée à son expression. À leur corps défendant, lutter ainsi contre le style n'empêche pas d'en avoir un, que je laisse à d'autres le soin de qualifier.

Enfin, j'espère avoir montré que l'objectivation positiviste n'était pas une méthode compatible avec l'étude de l'objet humain qui ne se définit que par la structure de l'échange qui le fonde.

1. Marx, K. cité par Pascal J.-C., Trémine T., « La question des neurosciences posée au psychiatres ». *L'information psychiatrique* 2003, 79 : 10-18.
2. Akiskal H., Classification et nosographie des troubles bipolaires. Symposium, 14 mars 2003. Versailles, Palais des Congrès. « Traitement des épisodes maniaques dans les troubles bipolaires ».
3. Young A., « L'auto-victimisation de l'agresseur ; un éphémère paradigme de la maladie mentale ». Traduction par R. Rechtman. *Evol Psychiatr* 2002. 67 : 651-75.
4. Piaget J., *Le structuralisme*. Paris : P.U.F., Coll. Que sais-je ; 1996.
5. Saussure F., *Cours de linguistique générale*. Paris : Payot et Rivages, ;1995.
- 5bis. Jakobson, R. *Essais de linguistique générale*. Paris : Les éditions de minuit ; 1963.
6. Freud S., « Une difficulté de la psychanalyse », in : *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris : Gallimard ; 1983.
7. Freud S., *L'interprétation des rêves*. Paris, P.U.F. ; 1976.
8. Freud S., Lettre du 15 octobre 1897. In : *Naissance de la psychanalyse*. Paris : P.U.F. ; 1991.
9. Levi-Strauss C., *Anthropologie structurale*. Paris : Plon, Coll. Agora ; 1974.
10. Levi-Strauss C., *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris : P.U.F. ; 1949.
11. Chaperot C., *Structuralisme, clinique structurale, diagnostic différentiel névrose-psychose*. Paris : l'Harmattan ; 2003.

L. DOUCHIN, L. PRINCE

Graines de psy

Je voudrais intervenir au sujet d'une activité qui nous tient à cœur en ce moment dans notre service de psychiatrie : c'est l'activité jardin. Mais avant de commencer, je voudrais citer une phrase qui a débuté une des journées SERPSY (Soin Étude et Recherche en Psychiatrie) l'année dernière.

Cette phrase disait cela : « Au grand supermarché du soin, tout est thérapeutique : les séjours, les repas, les entretiens, le baby-foot, le tarot, les chambres d'isolement, les bandes de contention, le chien du concierge, les paires de claques et les coup de pieds au cul. Et même mon raton laveur ».

Tout est résumé dans cette phrase. Il est vrai que ce mot « thérapeutique » est utilisé et usé à tout bout de champ. Qu'est ce que ça peut bien cacher. À notre époque, c'est-à-dire à l'époque du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), de l'accréditation etc., on se sent obligé d'être rentable. Pour le secteur de la santé, être rentable, c'est guérir. Et pour guérir nos patients, il faut être thérapeutique, au risque d'oublier la personne qui est derrière la maladie qui se pose devant nous. Et pour nous, soignants en psychiatrie, guérir n'est pas le mot qui convient. On ne peut en effet pas guérir d'une psychose, d'un alcoolisme... On se stabilise, on est en rémission.

Nous travaillons pour notre part dans un hôpital général, ici à Abbeville, et il est vrai que l'hospitalisation en psychiatrie est toute jeune pour cet établissement. Nous sommes soumis au regard des autres, et surtout de nos collègues des services de soins généraux. On peut se demander ce que pensent ces collègues, en nous voyant jouer à la pétanque, à la belotte, faire des colliers de perles, etc. Nous pourrions culpabiliser si nous n'étions pas sûrs que cela est thérapeutique. Nous posons déjà assez d'interrogations dans les autres services, lorsqu'ils nous voient bras dessus dessous avec un ou une de nos patients, au détour d'une allée de jardin ou dans un couloir qui mène au laboratoire.

Et justement, ce regard des autres vient depuis peu se poser sur une autre de nos activités, qui se déroule à ciel ouvert, qui laisse des traces de jour comme de nuit : c'est l'activité jardin. Et oui, nous jardinons au sein de l'hôpital général d'Abbeville, sous les fenêtres ou presque des services de chirurgie et de la direction.

Je vais vous faire juste un petit peu d'histoire :

Il faut rappeler que les asiles du 19^{ème} siècle étaient construits en fonction du terrain qui devait être propice à la culture et à l'élevage. En effet, à l'époque déjà, le problème de rentabilité se posait déjà. Il fallait que les asiles se suffisent presque à eux seuls. Un rapporteur au conseil régional de l'Eure déclarait en 1839 : « Nous rêvons d'un asile d'aliénés dont l'aspect serait celui d'une grande ferme, dont les travaux seraient ceux des champs et dont la vie serait celle d'un village ». Les patients étaient alors employés au côté des ouvriers agricoles comme à Clermont de l'Oise ou à la ferme Sainte Anne pour l'hospice Bicêtre.

Comme il s'agissait tout de même de lieu de soin, le travail fut très vite qualifié de thérapeutique. Il était déjà un support pour la prise en charge des patients malades mentaux. Autrefois, les asiles étaient construits autour d'un champ... aujourd'hui nous avons amené un morceau de campagne à l'hôpital.

Revenons à notre sujet initial. Dans l'esprit de tous, ce qui est thérapeutique, c'est ce qui sert à soigner. Cela correspond à l'exécution des prescriptions, ou aussi aux actions qui relèvent de notre rôle propre comme les soins de nursing. Il y a aussi les actes plus techniques, comme la pose de cathéter veineux, les ablations de drains et tout ce qui fait que l'on est un ou une vrai(e) infirmier ou infirmière.

Planter des dahlias, arroser les carottes, semer de la grosse blonde paresseuse, (et là je ne parle pas de mes collègues, c'est de la laitue), ça ne figure dans aucun décret de compétence. Pourtant nous, c'est ce que nous faisons, ...entre autres.

En psychiatrie, pour prendre en charge le plus efficacement possible ces personnes, pouvant être qualifiées d'handicapées du lien social, le soin ne peut exister que s'il est entouré de relationnel. L'activité thérapeutique vient servir de prétexte, de médiateur afin non seulement de rentrer en contact avec le patient, mais aussi de l'aider à verbaliser, à l'aide d'un support manuel, culturel ou intellectuel. Ces moments permettent également au soignant de pouvoir repérer des signes cliniques passés jusqu'alors sous silence.

Mais pourquoi plus particulièrement le jardin ?

Le principe est simple. Une activité ne vit que sur le principe de plaisir. Il faut que le patient s'investisse un minimum dans celle-ci afin de pouvoir, peut-être devenir thérapeutique. Dans notre région, le jardinage est une tradition. La plupart des personnes qui possèdent une parcelle de terrain, cultivent ses salades ou ses radis, et plus. Il s'agissait donc ici d'utiliser un centre d'intérêt des patients afin de s'en servir comme support dans une relation soignant-soigné.

Cette activité a donc quelque chose de particulier. Normalement, pour animer une activité, le soignant doit avoir un savoir ou au moins une technique à transmettre, expliquer et mettre en œuvre pour le patient. Ici, tout le monde est sur un pied d'égalité, et souvent nous apprenons même beaucoup de nos patients. On peut donc se rendre compte, plus précisément ici, que le but d'une activité n'est pas la finalité de son sujet, mais bel et bien d'être un support pour une rencontre avec le patient.

Il y a autre chose d'intéressant dans cette activité. C'est le fait d'aborder le cycle de la vie. La vie, la croissance, la mort parfois ; beaucoup de chose vont venir nourrir notre atelier et vont être un support de travail. Le fait de se projeter dans le futur permet de concrétiser des projets. Le moment de la récolte, ou la période de bêchage, correspondent sans doute à un moment particulier de la vie du patient. Ce sera le moment de poser des mots sur des faits, des projets et certainement des angoisses.

Pour notre part, l'activité jardin s'est bâtie autour d'un nouvel élan thérapeutique. L'arrivée de notre nouveau chef de service, M.-C. Chaperot, dont vous avez pu apprécier l'intervention il y a quelques instants, a permis de mettre en place une dynamique basée sur la prise en charge globale du patient au niveau du secteur. L'idée est de gommer les scissures entre la psychiatrie intra- et extra-hospitalière. Nous ne formons plus qu'une grande et belle famille, famille thérapeutique elle aussi. Tout cela dans le but de pouvoir être au plus près du patient, de son vécu et de son histoire. Ainsi les soignants de l'extra-hospitalier sont amenés à rencontrer les patients au sein de notre service, et les infirmiers et infirmières du service vont de plus en plus à la rencontre des patients chez eux. Il existe donc maintenant un collectif soignants en psychiatrie à l'hôpital d'Abbeville.

Pour le jardin, ce mode de fonctionnement à plusieurs intérêts. Il permet un plus grand partage des savoirs, mais aussi une mise en commun des moyens. Pour être plus terre à terre, il permet de partager les dépenses entre les services d'intra et d'extra qui, au niveau budgétaire, sont encore bien distincts. Un autre intérêt est que, la psychiatrie B étant redevenue un vrai centre de crise où les patients vivent leur folie en phase aiguë, la durée de séjour est très courte, de l'ordre de trois semaines. Les patients qui s'investissent dans l'activité se voient proposer de revenir hors période d'hospitalisation, pour jardiner avec nous, pour avoir une continuité dans la prise en charge.

Pourquoi ce jardin est si particulier ? Là encore, je vais faire un peu d'histoire. Imaginez, il y a quelques années, la psychiatrie Abbevilloise se limitait à un suivi extra-hospitalier des patients sur les deux secteurs que regroupe Abbeville. Les politiques de l'époque avaient en effet refusé toutes les propositions de services intra-hospitaliers, voulant alors garder leur électorat en préservant une image

de marque de la ville, propre et sans histoire, en épargnant à la population la vision de la folie dans leur hôpital.

Quelques années plus tard, au détour d'élections et de tout ce que cela entraîne, les décideurs ont changé. Ainsi deux unités d'hospitalisation à temps complet sont nées. Et aujourd'hui, nous avons l'accord de retourner une centaine de mètres carrés afin de planter des légumes, et tout cela sur notre temps de travail. C'est tout de même un grand pas effectué dans les mentalités au sujet de notre discipline, qui rapporte tout de même 30% du budget de notre hôpital.

L'activité était donc lancée. Les légumes ne poussaient pas encore, que la clinique était déjà très riche, tant au niveau des patients qu'au niveau de l'institution. En effet, l'ouverture d'esprit, que je mentionnais il y a peu, a montré très vite ses limites. En effet, nous avons pu voir surgir de terre une haie de thuyas d'environ 1m40. Ces arbres ont la propriété de grandir de presque 1 mètre par an. Il s'agissait aux yeux de la direction de séparer le sale du soin. Le jardin se situe en fait juste en face de la blanchisserie. Le sale, donc ce n'est pas nous, enfin je crois.

Mais le plus important est que l'activité portait déjà ses fruits au niveau des patients. La clinique se révéla très vite riche. Une partie des patients s'est investie dans la mise en place de l'activité. Au début, tout était à faire et il n'était pas évident de se lancer dans une tâche de cette ampleur. Aujourd'hui, les premiers légumes sont sortis de terre et, avec eux, les premières discussions, les premières prises en charge, les premières analyses.

Du comportement paranoïaque avéré d'un patient, qui n'était pas évident aux yeux de tous, jusqu'à la phrase d'une patiente psychotique qui a une longue carrière psychiatrique, et nous disait lorsque nous lui avons proposé l'activité : « Ah non, je ne suis pas morte, je ne suis pas sous terre, je ne suis pas comme une graine ! »

Nous pouvons aujourd'hui tirer un premier bilan de cette activité après environ huit mois d'existence. L'activité fonctionne, nous tirons des éléments cliniques de ces temps passés près des légumes. Nous avons réussi à raccrocher des patients en rupture de contact avec le soin psychiatrique. Pour ce qui est des légumes, nous avons pu pour l'instant déguster les premiers radis, et également pu apprécier les laitues, encore avant hier, en complément, et souvent à la place des courgettes qui étaient plutôt gratinées à l'eau.

Voilà, en conclusion, je voudrais dire que ce n'est pas la terre que nous cultivons qui soigne nos patients, mais plutôt ce qu'ils en font et comment nous les percevons.

À Abbeville, la psychiatrie a réussi à planter ses graines dans l'univers des soins généraux. Il est temps de rapprocher les esprits pour faire reconnaître les valeurs de la psychiatrie, et là, c'est à nous, personnel soignant, de montrer une grande ambition pour notre discipline et de nous faire reconnaître comme discipline à part entière, voire même comme une spécialité pour nous infirmiers. Pour anecdote, certains patients nous ont suggéré de faire pousser du pâté pour le marier avec les échalotes et la salade. Après avoir pensé à une vache ou un cochon, nous sommes en discussion avec la direction pour mettre, à côté du jardin, des clapiers à lapins. Rassurez vous, ce ne sera pas pour faire du pâté. Nous les laisserons mourir de leur belle mort, si bien sûr, belle mort il y a.

M.-C. BOUSSEYROL

Du style

Nous savons également, pour l'avoir entendu dire à l'école, que le style c'est l'homme, et que, et pourtant, elle tourne. Que et pourtant elle tourne je veux bien le croire avec tout ce qui s'ensuit mais... je ne m'en serais pas doutée. Sauf du « et pourtant » peut-être. Alors que le style c'est l'homme j'image que j'ai toujours su quelque chose qui pouvait se dire comme ça. Comme avec toutes ces choses qu'on a toujours sues, je travaille. C'est de cela que je vais essayer de parler. Drôle d'affaire, parce que le style d'un sujet dans son parler, son style de jactance, il n'est pas sûr que ce soit un objet. Un objet d'étude, un objet de colloque. Il se pourrait que ce ne soit que la cause que je formule de mon désir de les entendre. Les sujets. Jacter. Dans ce cas il serait effectivement question de style, mais seulement du mien, comme thérapeute. Il y aurait là quelque impudence. Une impudence d'énoncer (avec un d apostrophe, quand même) qu'il me faut risquer, sans doute, dans l'espoir que cet objet existe, sous un autre nom peut-être, dans vos pratiques. Je postule qu'il existe un style de la langue parlée, auquel on va pouvoir appliquer l'essentiel des catégories et des réflexions qu'on met en œuvre pour le style de la langue écrite, à quelques différences près. Je vais essayer de faire ça, puis je vous proposerai quelques hypothèses sur ce que le sujet trafique ou pas, pour s'y livrer, ou pas, à son style. Enfin, nous verrons ce que, d'après moi, on peut en faire, dans la pratique des entretiens. À mesure, je vous signalerai des chemins qui m'apparaissent et qu'on ne prendra pas, parce qu'on n'a pas le temps ou parce que je m'y perds. Pour que vous apportiez, dans la discussion, vos lumières.

Un petit détour par l'histoire du mot, c'est une tradition toujours éclairante. Allez voir dans le dictionnaire historique de la langue française, j'ai dû négliger plusieurs pistes intéressantes qui s'y trouvent. Pour l'essentiel, style vient du latin *stilus*, qui désignait un instrument muni d'une tige pointue, comme les tiges des cadrans solaires et surtout les poinçons qui servaient à écrire sur la cire des tablettes. L'engin avait un bout pointu pour tracer, mais aussi un bout plat pour effacer. De là, on est parti dans l'écriture, au sens du tracé mais aussi au sens de la manière de parler.

Dès la Renaissance, on trouve la notion de style littéraire, qu'on définit comme ça : « une manière de composer, d'écrire, de discourir qui s'acquiert par l'étude, qui est définie par des procédés techniques et dépend du genre et du sujet ». Pendant toute l'époque classique, il règne dans ces « manières de » une hiérarchie assez implacable. Il est question de haut style et de style bas, et, indépendamment de l'intérêt technique indéniable de l'affaire, on a quand même l'impression qu'il est question de rester entre soi. Même dans le dictionnaire de Voltaire. Pourtant, pendant le 18^e siècle, parallèlement à cette valeur rhétorique du style, autre chose émerge : avoir du style, c'est avoir une manière personnelle de s'exprimer et c'est là qu'arrive Buffon « le style, c'est l'homme même ». En même temps, l'idée rode, en connexion avec cette conception du style, d'une authenticité. Idée nouvelle, et pas si simple, dont on va s'occuper tout à l'heure.

Et maintenant ? Les deux sens persistent, le sens rhétorique et le sens, disons, individuel, avec une petite réminiscence de la notion de hiérarchie sociale du côté du verbe au participe passé. Quand on est stylé, on est plutôt domestique que patron, et quelques sens annexes. Par exemple, le style, c'est l'organe de copulation chez les araignées...

Si on regarde maintenant, synchroniquement, ce qu'il en est de la stylistique, on trouve beaucoup de choses intéressantes, en particulier dans les rapports du style aux codes, et on remarque que la notion de style fonctionne toujours en couple d'opposés. Je reprendrai le couple essentiel, proche de celui qu'on vient de voir :

– le style est d'une part un système, un système de moyens ou un système d'effets, mis en jeu dans

la production d'une œuvre. Dans ce cas là, on le définit comme collectif, il est du côté du genre, et c'est un instrument de généralisation, de classement. En gros, une église sera romane comme une musique sera baroque, un tableau impressionniste, un discours, pour ce qui nous intéresse, adolescent, urbain, psy, etc.

– le style, d'autre part, et c'est ce côté là bien sûr qui nous intéresse, c'est, dans ce système, la marque de la singularité. Ce n'est plus un instrument de généralisation, c'est un instrument de singularisation. Le style de Monet n'est pas celui de Renoir. Bien sûr, ce style là ne s'exerce que par rapport au premier. On échappe difficilement à un style, ou à des styles, c'est à l'intérieur d'eux, voire contre eux, qu'on inscrit *son* style.

Nous réduisons, donc, notre propos sur le style à la langue. Nous choisissons de nous intéresser, dans les couples d'opposés qu'on vient de voir, au style selon Buffon et non aux règles de rhétorique, au style comme instrument de singularisation et non au style comme genre. Et nous examinons, de notre modernité, ce qu'on peut dire du style de la langue écrite, pour essayer de le faire fonctionner, tout à l'heure, avec la langue parlée.

Roland Barthes, à ce propos, en 1953, justement, en a écrit de belles. Il a fait un grand pas de côté, particulièrement intéressant pour nous, par rapport à cet héritage dont je viens de vous résumer quelque chose. Il faudrait tout lire, c'est dans *Degré zéro de l'écriture*. Je vais vous en dire des bouts : « Langage autarcique qui ne plonge que dans la mythologie personnelle et secrète de l'auteur, où se forme le premier couple des mots et des choses, où s'installent une fois pour toutes les grands thèmes verbaux de son existence ». On est bien toujours, pour le moins, du côté de l'individuel. Plus précisément, du côté du sujet, dans son rapport intime, unique, fondateur, avec la langue.

Je laisserai de côté la question de l'image qui se pose avec celle de la mythologie, avec celle du couple des mots et des choses, notion qu'on retrouve dans la citation suivante et que je ne traiterai pas : les rapports du style et de l'imaginaire...

Une autre définition : « des images, un débit, un lexique, naissent du corps et du passé de l'écrivain, et deviennent peu à peu les automatismes mêmes de son art ». Fichtre. Si le style naît du corps, de quel corps ? Qu'entend donc Barthes par « corps » ? Plus loin il parle de « chair », de « biologie », d'« humeur », parlerait-il du Réel du Corps ?

Même si on laisse de côté encore, ce qu'automatisme peut nous suggérer d'automaton, nous voilà embarqués vers le Réel, on va dire l'innommable. On dirait bien que oui. « Ce qui tient droit et profond sous le style, rassemblé durement ou tendrement dans ses figures, ce sont les fragments d'une réalité absolument étrangère au langage ». Nous y voilà. « Une réalité absolument étrangère au langage », voilà bien le Réel tel que nous l'entendons en psychanalyse.

On va faire avec ça. Le style comme étant entièrement celui d'un sujet, qui s'origine dans le rapport intime, premier, fondateur, de ce sujet avec la langue, qui s'origine aussi de son corps au sens du biologique et qui, pire encore, pousse du Réel. On va faire avec ça et décider que ça marche aussi avec le style de jactance. Pourquoi pas ? Où est la différence ? Il y en a quelques unes. La littérature bien sûr, mais on n'en parlera pas ici.

La présence du corps bien sûr. Justement. La voix qui porte la jactance, qui la module, le souffle qui la rythme. La ponctuation, essentielle pour le style, est toute, dans la parole, confiée au corps. On peut penser à la voix d'Artaud, à sa déclamation suraiguë, grinçante de théâtralité distordue, ou au stade oral de Lacan, avec ses gros soupirs qui n'étaient pas des virgules. On pourrait en parler, de comment ces corps là parlaient le style, si vous voulez. En tout cas, que le style oral s'incarne évidemment, ce n'est pas un problème par rapport à notre définition du style écrit « lien du langage et de son double de chair », dit Barthes.

Il faudrait bien sûr aussi examiner la question du temps, qui se joue très différemment dans le style oral et dans le style écrit. Une autre fois...

Considérons, donc que c'est possible de tenir comme efficiente pour la langue orale, la définition du style de Barthes, et examinons ce qui se passe, pour un sujet, quand il parle, avec ou sans ça.

Qu'est-ce qu'on trafique quand on parle ? La question est vaste, je vais la réduire à un fil, le plus scandaleux : quand on parle, ça marche pas. C'est l'expérience la plus commune, elle n'est pas si facile à faire entendre, justement parce que scandaleusement elle nous constitue. Et pourtant, on s'y coltine tout jeune. L'enfant fait assez tôt l'expérience de la séparation du monde que lui impose la langue, en même temps qu'il fait l'expérience que seule la langue peut lui permettre de supporter cette séparation, c'est-à-dire de se la représenter. On dit « le mot tue la chose », en lacanien on dit que le signifiant est destiné par nature à signifier l'annulation de ce qu'il signifie... Duras dit qu'on n'écrit jamais que sur le cadavre du monde... À l'adolescence, on remet ça. Dans l'urgence de se dire, qu'il croit, l'adolescent s'empoigne avec la langue. Et la douleur de ce ratage n'est pas pour rien dans ce qui le fait se précipiter si fréquemment dans l'acte. De la jactance au se jeter, ou se ruer, vers les codes de langage, phénomène qu'on connaît bien et qui fait signe, au moins, d'appartenance.

Adulte, quand on est rescapé de ça, on s'en méfie. Tous les gens ont, de cette rencontre, une cicatrice, certains en ont la nostalgie d'ailleurs, comme d'un amour impossible et ce n'est pas sans rapport, on en reparlera. On s'en méfie, et on se débrouille. On met en place des dispositifs, puisque c'est comme ça, pour réduire la langue :

- À un code.
- À un signal de déclenchement de comportement. « Passe moi le sel », et ses variantes plus sophistiquées, ça a fait ses preuves.
- Ou bien à un signe d'appartenance, comme les ados, en plus mélangé, en plus discret. C'est là qu'on se niche dans un petit cocktail de styles au sens collectif, vous vous souvenez, au sens du genre. On va causer chez nous psy des villes ou psy des champs, psy littéraire ou psy scientifique, psy gestionnaire, même, y en a...

On peut aussi s'échiner au « bien dire », c'est un autre dispositif, pas incompatible avec les précédents. On retrouve là le style comme valeur rhétorique, qui a quand même fonctionné quelques siècles, il faut croire que le bien dire contenait quelques chose du ratage intrinsèque du dire. Pourquoi ça n'a plus suffi, c'est une autre question.

L'essentiel en tout cas est de ne rien en savoir. De ce ratage constitutif de la langue. De ce meurtre de la chose. D'autant que, si on y va par là, à le savoir, si on le sait, que tout ce qui naît au langage meurt, on est en tant que sujet parlant tout à fait menacé, puisque le sujet n'est qu'en tant qu'il est représenté par le langage...

Voilà comment on se débrouille. Alors, qu'est-ce qu'on a à faire du style, au sens où nous l'entendons ? On a dit que le style avait à voir avec le premier couple des mots et des choses. D'après ce qu'on vient de voir, ce couple là, il est attendant à la mort. On a dit qu'il avait à voir avec l'innommable, au point d'y trouver sa source, alors il a à voir avec la jouissance. Quoi d'autre pour l'horreur que la jouissance et la mort ? Comment ne pas avoir horreur de son style ?

Pourquoi un sujet, aux prises avec la langue comme on l'a vu, muni forcément de quelque dispositif pour faire avec, irait-il, en risquant son style, retrouver ce scandale qu'il s'évertue à éviter, avec l'horreur en plus ?

Est-ce qu'il a le choix, le sujet ? Barthes encore dit que le style est une équation entre l'intention littéraire et la structure charnelle de l'auteur. Je parlerai d'intention de parole, je parlerai de « faire œuvre » de parole. Je dirai que le style dont je parle, à la fois il est toujours déjà là, et il n'est là que si on fait œuvre de parole, à sa rencontre. Ce qui ne résulte pas forcément d'un explicite pour le sujet, mais, oui, il a le choix.

Alors, j'insiste, au prix que ça coûte, pourquoi s'y risquer ?

D'abord parce que, probablement, ça coûte aussi de ne pas faire avec. Parce que ça pousse. « Le style fonctionne à la façon d'une nécessité, comme si, dans cette espèce de poussée florale, le style n'était que le terme d'une métamorphose aveugle et obstinée, partie d'un infra langage qui s'élabore à la limite de la chair et du monde ». Ça pousse, pour ne pas faire œuvre de ça, faut contre-pousser. En général ça coûte, de contre-pousser. Il doit y avoir des frais d'ignorance de ça, on en a parfois l'intuition en clinique. Il y a une autre solution, c'est de faire œuvre de ça, ailleurs que dans la parole. Dans une autre création. Mais on n'en parlera pas maintenant. Il y a une circonstance en tout cas où il s'y risque, notre sujet, et elle n'est pas des moindres, c'est l'amour.

Kristeva, parlant de l'écriture de Colette, décrit son style comme « transmutation de l'amour ». On peut sérieusement considérer le roman d'amour, la lettre d'amour, comme paradigmatiques du roman, de la lettre. On a pu dire qu'il n'y aurait pas d'amoureux si le mot Amour n'existait pas, on sait en tout cas que l'amour met chacun à la tâche de dire, si possible comme lui seul. Ce serait bien de s'attarder, là, mais on va juste poser ça, que l'amour fait risquer son style. Alors, le transfert fait risquer son style. Alors, il n'est pas absurde, dans notre pratique, de l'attendre.

Qu'avons-nous à en faire ?

Je tente de le repérer, j'en vise l'apparition ou le retour, j'entends, si possible, qu'on fasse œuvre, avec.

Comment, dans le lieu supposé du déboutonnage et de la langue non corsetée, de l'intime, du débraillé du comme ça vous vient, peut-on attendre quoi que ce soit du style ? Si on l'entend comme Camus, qui écrivait « le style, comme la popeline, dissimule trop souvent l'eczéma », bien sûr, c'est pas cela qu'on vise. On aura compris que le style que j'attends est plutôt du côté de l'eczéma. À choisir. « Le style... » ce sont les deux premiers mots de l'ouverture des *Écrits* de Lacan. Très vite il est question de linge d'ailleurs, rigolo avec notre affaire de popeline, linge destiné à « soutenir l'inattention », pour que du style on n'entende qu'un vouloir dire, (pour l'instant on n'a pas faux), là où il y aurait aussi du vouloir jouir. En tout cas, c'est une question d'adresse : « le style, c'est l'homme à qui l'on s'adresse », ce qui m'autorise, me semble t'il, à l'étudier dans le transfert. Après, Lacan lui fait un sort, au style, en écrivant que c'est l'objet, le a qui répond à la question du style. On est d'accord, et on va finir de la poser, la question.

Voilà, l'attendre, l'entendre, le style, c'est une posture.

L'effet de cette posture, l'essentiel, est qu'elle décale du psychologique.

Guetter le style, c'est pas guetter le Moi au coin du bois. Le sujet n'est pas un citron, il ne s'exprime pas, le style n'est pas le jus du Moi. Ce n'est pas montre-moi ton style, je te dirai qui tu es, mais plutôt quelque chose comme si tu risques ton style, on entendra comment tu fais – avec ce scandale qui te constitue avec... tout ce qu'on a dit plus haut. On l'entendra mais je ne te le dirai pas, le style, ça ne s'interprète pas.

Bien sûr, et c'est comme ça aussi que ça décale du psychologique, ça décale du sens. Donc, c'est propice au surgissement de l'interprétation, ça le favorise, mais ça ne le dicte pas.

Ca décale aussi en ce que ça fournit d'autres outils de repérage que les cliniques dont nous disposons. Par exemple, quand les gens disent qu'ils ont une dépression et que je les entends se coltiner à leur style, c'est pas rare qu'en fait, ils soient angoissés ou en train de décompenser une psychose ou autre chose, mais finalement pas si déprimés. Quand ils le sont, il y a le plus souvent une remarquable abdication du style, et moi ce que j'attends c'est que ça vienne, ou que ça revienne. Attendre le style, ça déglue de toutes ces attentes dont ils sont cernés, les sujets déprimés, et ça peut même aboutir à d'assez réjouissants paradoxes, cette idée qu'on a que quand ils cèderont plus sur leur style, peut-être on aura atteint un essentiel, même s'ils sont très malheureux.

Peut-être ça pourrait servir de repérage, par exemple, diagnostique. On peut concevoir que le symptôme dépose sa trace dans le style, très directement. La rétention obsessionnelle par exemple, ou l'emprise agressive, ça modèle une phrase, un débit. Il y aurait un style pour chaque névrose, un style pour la psychose, etc. Mais on n'est pas loin du genre, ce n'est pas ce style là que j'utilise, même si, dans les cas d'entretien unique, en expertise par exemple, ça me guide.

Peut-être à partir de cette posture, des fois, je bricole quelques choses. De la couture, il m'arrive d'utiliser le style que je recueille comme du fil, particulièrement dans les histoires traumatiques, le style des gens serait le fil ou le pansement, vous pouvez l'écrire avec un a ou un e, en un ou deux mots, qui permettrait d'explorer et de consolider les bords de l'indicible, on voit bien pourquoi, si on se souvient qu'il y est ancré, dans l'indicible pour chacun.

C'est du bricolage, parfois même c'est du bricolage réussi. Dans ce cas là, on se sera écarté du psychologique, peut-être, mais ce qu'elle fonde, cette posture, quand on fait ça avec, c'est de la psychothérapie. D'autre fois, quand je le mime rarement, mais ça m'arrive, je me surprends à le mimer, le style de quelqu'un, il me semble que c'est un acte, mais je ne sais pas dans quel registre le situer.

Il y a quelque chose qui fait ligne de partage, quand même, c'est l'horreur. Pour ce qui est de savoir si ça fonde un registre et lequel, cette posture. L'analyste a horreur de son acte, le sujet a horreur de son style, pour des raisons sans doute voisines. Il y a dans cette posture quelque chose, j'ose à peine le dire, qui console. Qui ne rend pas dupe, au contraire, mais qui console quand même. Qui ? Le sujet ou celui qui l'écoute ?

G. COTTE

Le symptôme entre demande des parents et parole de l'enfant

CHANGER : À QUEL PRIX

Demande des parents et parole de l'enfant

La particularité du symptôme chez l'enfant est qu'il trouve dans une position d'entre deux, expression d'une difficulté pour les parents qui ne sera pas forcément perçue comme telle par l'enfant. Le symptôme est à la fois l'expression d'un conflit intra psychique mais aussi un enjeu inter psychique sur la scène actuelle des acteurs de la vie familiale. La névrose chez l'enfant a ainsi un caractère inévitable de névrose actuelle, s'il a à faire à l'Autre symbolique tel qu'il s'est constitué autour du refoulement originaire, il est aussi confronté aux autres réels et actuels que constituent ses parents auxquels il se trouve assujéti. Robert Lévy fait l'hypothèse que l'enfant, avec ses symptômes, peut constituer une fonction de sinthome des parents, il constitue un espace de leurre où va se nouer une tentative de restaurer les failles symboliques parentales. Face aux difficultés d'assumer sa propre castration, l'enfant représente une opportunité d'incarner de façon imaginaire soit la réalisation de la brillante phallique, soit de façon plus radicale les retrouvailles d'avec l'objet originaire. La difficulté de la cure avec les enfants tient au fait que toucher au symptôme de l'enfant, c'est risquer de déstabiliser le sinthome des parents. Dans la demande de consultation, les parents se trouvent renvoyés plus ou moins brutalement à leur propre castration.

Le symptôme peut être considéré comme une construction de l'enfant à partir de l'angoisse de l'un ou des deux parents. Il a une fonction de langage où un sens peut être décrypté, mais aussi, une fonction d'écriture qui vient structurer le psychisme face à une menace d'invasion pulsionnel. On peut considérer le symptôme comme une trouvaille, une création où l'enfant tente de sauvegarder quelque chose de sa subjectivité, même si le prix à payer est souvent très cher. On insiste à mon avis trop souvent sur la valeur de jouissance du symptôme qui est réelle mais qui ne représente qu'un des aspects de sa fonction, l'autre dimension à prendre en compte est sa fonction d'inscription, de structure, de défense. C'est ce que soutient Suzanne Ginestet dans son livre *la terreur de penser*. « Entendre le symptôme quel qu'il soit dans sa fonction nécessaire ouvre à une autre écoute : l'analyste est amené à entendre pourquoi le symptôme est nécessaire, alors que, s'il l'interprète comme jouissance, il le pose comme une fin en soi. Il jouit ».

Le symptôme peut devenir l'ultime rempart contre la psychose : « le symptôme construit le dernier bastion de la subjectivation de la jouissance ». Dans cette perspective, toucher au symptôme n'est pas sans risque, le prix à payer pour l'enfant de son renoncement au symptôme peut être la folie.

Je voudrais illustrer ces questions à partir d'un type de symptômes fréquents qui concerne les difficultés avec l'écriture, cette façon très active dont certains enfants se montrent absolument hermétiques à cet apprentissage. Ils mettent à mal par cet échec le narcissisme des parents et l'idéal pédagogique de l'école ; ce sont des résistants ! Ils font scandale et malgré les multiples tentatives éducatives (sanctions, récompenses...), pédagogiques (rééducation, orthophonie, classes aménagées...) ils restent étrangers à ce monde de l'écrit. Souvent c'est en désespoir de cause qu'ils arrivent chez le psychanalyste, après tout pourquoi pas essayer... L'accès à l'écriture suppose la confrontation à la séparation, à la rupture d'un certain nombre de liens infantiles, encore faut-il que le groupe familial lui reconnaisse ce droit. Quand la demande de réussite émane de celle-là même dont il est impossible de se séparer, on assiste à un blocage sans issue.

Xavier et ses fautes d'orthographe

Xavier, 11 ans en CM2, est amené par sa mère en consultation au CMPP sur les conseils d'une orthophoniste qui après un bilan avait posé l'indication d'une psychothérapie. Cette nouvelle demande de soin est formulée, après une première rééducation orthophonique qui a duré deux ans et qui s'était terminée deux mois plus tôt. La plainte de la mère est la suivante : « Xavier fait du sur place au niveau scolaire, il ne mémorise pas l'orthographe des mots, ses résultats en français sont catastrophiques. L'arrêt de la rééducation orthophonique me paraît prématurée ». Chaque soir, il y a des scènes d'énerverment qui se répètent entre Xavier et sa mère autour des devoirs scolaires. L'angoisse maternelle venant redoubler l'inhibition et le manque d'attention de Xavier.

Xavier lors de la consultation suit sa mère en traînant les pieds, habitué semble-t-il à entendre les plaintes maternelles et à jouer la résistance passive. Il est dans l'impossibilité d'exprimer une parole propre, il ne manifeste aucun mouvement de révolte, il subit son sort. Par un premier dessin, il exprime son désarroi et ses questions. Il dessine une forêt où les arbres sont hérissés de branches qui ressemblent fort à des sexes érigés. Il commente en parlant de ses cauchemars : il se trouve perdu dans une forêt où il rencontre plein de choses bizarres, il n'arrive pas à courir pour se sauver. Xavier se trouve menacé par ces phallus qu'il rencontre de façon quasi hallucinatoire faute de pouvoir repérer dans la configuration familiale quelqu'un qui puisse se faire porteur du phallus en réponse au désir de sa mère. En effet, dans la réalité, Xavier ne connaît pratiquement pas son père. Quand il a été conçu, celui-ci était marié avec une autre femme que sa mère et il attendait simultanément un enfant de sa femme et de sa maîtresse, la mère de Xavier. Très rapidement, il abandonne cette dernière qui en reste profondément déprimée car elle avait l'espoir que son amant quitterait sa femme pour aller vivre avec elle. Peu à peu, elle organise sa vie autour de son fils. Elle ne connaîtra pas d'autres hommes et ne sollicitera pas davantage le père de Xavier dans l'éducation de celui-ci en donnant ce commentaire : « j'avais peur que Xavier soit déçu par son père ». Xavier porte le nom de jeune fille de sa mère.

Xavier, prisonnier de la demande maternelle, ne peut y répondre sous peine d'être menacé d'anéantissement. Les fautes d'orthographe ont donc toute leur raison d'être; symptôme structurant qui vient barrer la jouissance de l'Autre.

Au cours de la psychothérapie, la mère acceptera à la fois de reprendre contact avec le père de Xavier tout en reformulant une demande de rééducation orthophonique : « la psychothérapie n'est pas assez efficace, il a toujours des mauvaises notes en français. Si je ne suis pas là derrière lui, il ne fait rien ». Il a fallu à nouveau l'intervention dédramatisante de l'orthophoniste pour qu'elle accepte de mettre ces difficultés au second plan et remette en cause ses propres rapports avec son fils. Nous n'irons pas plus loin dans l'observation de cet enfant qui a poursuivi sa psychothérapie tout en ayant beaucoup de mal à se situer comme sujet dans cette démarche. Il n'est pas étonnant qu'il ait quelques difficultés à intégrer les règles de grammaire qui supposent notamment de repérer les places respectives de sujet et d'objet.

L'histoire de Raphaël

Pour Raphaël, la question est plus radicale, il vient soutenir à son corps défendant (corps d'ailleurs très remuant) la dépression maternelle. Raphaël est venu consulter, alors qu'il terminait sa seconde année de C.P. sans avoir encore acquis les bases de l'écriture et de la lecture. Il ne savait pas encore écrire son prénom. Il présentait également des troubles du comportement qui mettaient sa mère en grande difficulté. Il se comportait en fils tyrannique qui ne respectait aucune règle et qui venait la déborder sans arrêt. La mère se demandait même si elle allait pouvoir continuer de travailler, tant R. mettait à mal l'organisation de son emploi du temps. « je n'en viens pas à bout ! »

R. vivait seul avec sa mère depuis l'âge de deux ans. Son père, qui s'en était beaucoup occupé durant sa première année car il était au chômage, était devenu très violent dans son couple sous l'emprise de l'alcool. La mère a choisi de fuir pour aller se réfugier avec son fils âgé de deux ans dans un foyer pour femmes battues. Depuis, elle a organisé sa vie seule avec R. Le père, à la suite de cette

séparation, s'est beaucoup marginalisé, vivant de petits boulots d'un bout à l'autre de la France et traverse des périodes de clochardisation avec des tentatives de cure de désintoxication. Il a gardé un contact très épisodique avec son fils où il se présente comme fort diminué et en position de quémandeur d'argent auprès de la mère de R. J'arriverai à rencontrer ce père au bout d'un an de thérapie avec R., il aura beaucoup de mal à imaginer qu'il puisse avoir quelque chose d'intéressant à dire à propos de son fils.

La mère se présente comme une femme dépressive qui a longtemps vécu seule. Elle a rencontré le père de R. à 35 ans. Elle ne s'attendait pas à être enceinte mais a décidé de garder cet enfant sans être bien sûre de sa relation de couple. Il est intéressant aussi de signaler qu'au moment où elle s'est séparée du père de R., elle a perdu sa propre mère dont elle se disait très proche.

La façon dont R. s'est exprimé dans la première séance m'a paru de bon augure pour engager un travail avec lui. D'emblée, il m'interpelle à une place de tiers libérateur dans le transfert. Il dessine une araignée qui tient prisonnier un garçon. Un homme avec une épée vient délivrer le garçon en blessant l'araignée. Elle saigne, elle a un trou. Le garçon libéré peut courir et il va vers sa maman pendant que Superman va détruire définitivement l'araignée.

Comment ne pas entendre la demande de R. qui se trouve en prise avec une relation vécue comme envahissante et menaçante. De fait, dans un premier temps le travail va s'engager de façon très dynamique, R. s'investit dans sa thérapie en apportant un matériel fantasmatique important qui tourne autour de la question du tiers où il met en scène sa problématique œdipienne. Ce tiers, souvent un intrus, avec lequel il se bat pour conserver un trésor. Ce tiers prend souvent une connotation persécutive, il le cherche tout en le redoutant, parfois il le tue pour ensuite lui prendre son cœur, mais, il ne peut le référer à rien de consistant dans la vie de sa mère qui est tout entière consacrée à lui.

Assez vite, ce travail thérapeutique qui semblait bien engagé patine. R. reste dans une position de défi à sa mère qui, de manière régulière, vient renouveler sa plainte. À plusieurs reprises, il va jouer à cache-cache lors de son rendez-vous, s'enfermant dans les toilettes avec sa mère à la porte qui le supplie de sortir. Autre figure : il s'accroche désespérément à sa mère au moment où je viens le chercher, comme s'il me demandait de l'arracher à sa mère. Jeu à double face où il simule une relation fusionnelle tout en mettant sa mère hors d'elle en lui échappant sans arrêt. Parallèlement, R. reste toujours aussi hermétique à l'apprentissage de la lecture, et, son institutrice fait pression sur la mère pour qu'il rencontre une orthophoniste. Comme je sentais à ce moment là R. un peu plus réceptif, je lui propose de rencontrer s'il le voulait l'orthophoniste du CMPP. La rééducation s'est engagée sur ce que cette collègue avait perçu comme une réelle demande d'aide de R., mais, au bout de six mois assez éprouvants, elle jette l'éponge. Lire et écrire supposent en effet un certain refoulement de la valeur de jouissance accordée à la lettre en tant qu'écriture de l'image pulsionnelle du corps. R. est beaucoup trop en prise avec la jouissance de sa mère pour accéder à l'intelligence de l'écriture qui ne peut s'effectuer que dans un mouvement de séparation. Ce qu'il a très bien compris en demandant à sa mère d'être là lors de sa séance d'orthophonie, neutralisant ainsi les conditions même d'un accès à l'écriture.

On pourrait dire à la suite de ces observations que R. ne voulait (pouvait) en rien céder sur son symptôme. On a pu voir avec quel acharnement il s'est appliqué à mettre en échec les différentes tentatives rééducatives et thérapeutiques. Si la valeur de bénéfice secondaire du symptôme apparaît au premier plan avec les satisfactions régressives qu'il permet, celle-ci ne permet pas de rendre compte à elle seule de la fonction du symptôme. Face à cette mère dépressive et solitaire, R. devait aussi ériger une barrière qui vienne faire frontière, et, faute de pouvoir s'appuyer sur une figure paternelle efficiente, il lui fallait, d'une façon ou d'une autre, mettre en échec le désir de sa mère envers lui.

D'une certaine façon, maltraiter sa mère constituait, malgré tout, un point d'identification possible avec son père. En présentant l'histoire de R., on est frappé de constater la façon dont il a pris la succession de son père dans son rôle de tyranniser la mère.

La thérapie a abouti donc à une impasse dont R. s'est fait l'écho en déclarant face à sa mère désemparée: « je ne veux plus venir ». Il ne me restait plus qu'à prendre acte de son refus tout en lui disant que je me réservais la possibilité de recevoir sa mère de façon à garder cette place dans le transfert comme lieu d'adresse tiers de la parole entre mère et fils. Nous devions reparler ensemble de cet arrêt la semaine suivante quand je reçois un appel téléphonique d'une éducatrice de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) m'apprenant que la mère était hospitalisée d'urgence pour une leucémie aiguë et que, n'ayant personne à qui confier R., elle avait du le placer. La mère m'a téléphoné de l'hôpital, très affaiblie et inquiète du devenir de son fils. Elle est tout à fait lucide de la gravité de son état et du pronostic très réservé des médecins. Elle me demande de continuer le travail avec R. Deux mois après, la mère meurt, sans avoir revu son fils du fait de son isolement thérapeutique en chambre stérile (elle lui parlait régulièrement au téléphone)...

J'ai bien sûr été sous le choc de cette évolution si brutale avec l'irruption inattendue du réel de la mort. Cela soulève évidemment bien des interrogations. J'ai continué le travail avec R., non sans difficultés mais, dans l'après coup, je ne peux m'empêcher de penser à cette séparation impossible entre mère et fils, à mon impuissance à les aider à remanier cette relation d'emprise. La mort de sa mère surgit dans le réel de la vie de R. avant même qu'il ait pu symboliser la séparation d'avec elle. Faute d'un père à tuer, c'est sa mère (toute) que R. cherchait désespérément à supprimer dans le fantasme. La conjonction traumatique du fantasme et de la réalité risque d'accabler R. d'une culpabilité insupportable. Culpabilité renforcée par le discours du grand père qui ne manquera pas de lui dire : « tu vois comment tu as rendu ta mère malade... »

Conclusion

S'il s'agit d'entendre la demande qui se formule autour de la souffrance engendrée par le symptôme, il faut aussi prendre en compte la fonction tenue par ce symptôme pour l'équilibre psychique du sujet. Dans le travail avec les enfants, la place occupée par le symptôme répond à une logique intra psychique, mais aussi à la configuration des relations actuelles vécues avec ses parents..

Dolto raconte l'histoire d'un enfant qu'elle a soigné avec un retard scolaire important. Suite à sa cure, il a pu reprendre une scolarité normale, il est même devenu brillant. Cette cure s'est interrompue prématurément à la puberté, et il est devenu par la suite un grand délinquant. L'enfant avait cédé sur son symptôme, « le père s'est trouvé narcissisé par son fiston ; la mère était, elle, toujours aussi gaga ».

La conclusion qu'en tire Dolto est radicale : « Et voilà un garçon qui a eu sa vie gâchée parce ce qu'on lui a rendu son intelligence, alors qu'il aurait peut-être mieux valu qu'il reste un peu éteint, à la mesure de ce que son milieu lui permettait. Lui n'avait rien demandé... c'étaient les maîtresses, puis le père qui avaient insisté ».

Cela pose deux questions, savoir à quelles conditions entreprendre un travail analytique avec un enfant et ensuite jusqu'où mener ce travail. Ces questions sont en rapport avec ce que la famille de l'enfant peut supporter comme changement. La levée du symptôme n'est pas l'objectif d'une psychanalyse, il y a même des symptômes qui ont une valeur de suture et auxquels il ne faut pas toucher. C'est bien l'interrogation des impasses relationnelles auxquelles le symptôme répond qui permettra un éventuel remaniement. Les conditions d'un tel changement chez l'enfant ne sont pas uniquement intra-psychiques, elles dépendent aussi des capacités d'évolution des parents et des réponses que le champ social peut fournir face à tel ou tel signe de souffrance.

A. BOURGAIN

Logique inconsciente du mot d'esprit et subversion de la langue

« Tu ne peux pas parler français ? » m'a fait remarquer ma collègue découvrant mon titre à la lecture du programme. Ce qui m'a aussitôt inspiré cette réflexion : « et encore, j'aurais pu le dire en allemand... ». Il est vrai qu'il y a quelque chose d'irréductiblement autre dans la langue, et que l'on reste toujours un étranger dans sa propre langue... ici la langue étrangère, n'est-ce pas celle de l'inconscient ? car, à n'en pas douter, il y a du savoir inconscient.

Je voudrais tout à l'heure en venir à la clinique du mot d'esprit, à sa logique inconsciente, et à la subversion de la langue : j'essaierai de montrer, si peu que ce soit, comment fonctionne l'inconscient, (achoppement, trébuchement, bévues...) comment il est soumis à la loi de l'équivoque, comment la psychanalyse en fin de compte est une histoire de lettres, et partant, de rappeler ce que la clinique psychanalytique doit à la linguistique.

Auparavant, je ferai un petit détour : j'aborderai en introduction (pour parler français) la fonction de l'humour – cette très haute réalisation de l'esprit selon Freud – qui a toujours à voir avec le jeu, dans le sens de la distance, entre la réalité et l'imaginaire : l'humour serait, devant l'affect désagréable, un pas de côté, une pratique de l'écart, voire du grand écart ...

De l'humour à tout prix ... à l'humour en clinique

Ce qui tient lieu d'humour, le plus souvent, c'est une pâle version, ce sont les rires convenus, la chute attendue... la triste musique des machines à calembours des soirées festives. On est prié de rire sur commande. Le problème, c'est quand on veut fabriquer le rire en laboratoire : le fantasme de la science, c'est toujours l'absence de limites.

Selon une technique américaine très en vogue, on trouve à présent, sur le marché florissant des thérapies, des stages ... de rigolothérapie. Manquerions-nous d'humour à un point tel qu'il nous faudrait maintenant l'acheter à d'autres ?...

Payer sérieusement pour se faire rire relève de l'absurdité, du forçage. Le rire ne se prescrit pas sur ordonnance.

L'humour en clinique permet d'introduire de l'Autre, du tiers, (*die dritte Person*) ce qu'on appelle la triangulation. C'est parfois une façon de désamorcer une relation duelle ... qui tourne d'ailleurs souvent trop au duel. On assiste alors à l'émergence du rire.

Cela peut avoir des effets thérapeutiques pour le patient que le soignant accepte d'être placé en situation inconfortable, déstabilisé, sans être le seul détenteur de la vérité, même s'il est mis en place de supposé savoir...et si je peux me permettre un pas de plus, un pas de côté : il faudrait que le clinicien (appelons-le ainsi, c'est pratique) sache en tout cas que ce savoir, c'est du semblant (faute de quoi, nous serions dans la certitude, l'absence totale d'humour.)

S'il y a un langage sans humour, c'est bien le codage informatique, comme celui du PMSI, cette novlangue administrative, qui nous impose de rentrer nos actes dans l'ordinateur, de résumer nos consultations, de les modéliser sous prétexte que « ça rapporte des points » ... On nous l'a dit, si nous voulons être « accrédités », l'heure n'est plus à la réflexion, encore moins au rire. Car si on commence à faire de l'humour avec les patients, où allons-nous ? me direz-vous...

– Peut-on rire de tout ? – « oui, mais pas avec n'importe qui », suggérait Pierre Desproges. Peut-on rire de tout en psychiatrie ?

L'humour comme traversée ou l'ouverture du sens

C'est à jamais un risque à prendre. On engage de soi. C'est un chemin de traverse, dont chacun fait la moitié. L'humour serait quelque part entre les tristes sires qui en sont complètement dépourvus et les bouffons de service qui sont tombés dedans... et qui depuis sont dans le forçage, l'affût du bon mot. Le mot d'esprit, le Witz, c'est autre chose. C'est l'inverse, ça nous tombe dessus. Nous y reviendrons. Accepter le trouble que provoque l'humour, c'est une disposition mentale, une faculté d'accepter l'inconnu, l'étrange : à l'image de l'inconscient, l'humour est une trouvaille, on fait de l'humour comme on rêve. Or, ni rêver, ni rire, ne s'enseignent.

Par exemple, il peut y avoir passage d'un sens à l'autre, une ouverture sur une autre dimension, une discordance entre la réalité et le concept, d'où la surprise.

L'humour a le pouvoir de créer des situations étranges, qui font sortir du quotidien : on peut passer à travers un mur dans l'imaginaire, comme dans un dessin de Tex Avery, prendre les mots au pied de la lettre : « le loup avait un pied dans la tombe, la famine le regardait dans les yeux... ». Mais aussi dans la réalité : on marche dans la rue, on passe du 28 au 32, où est le 30 ? on a sauté un numéro, il y a une porte ouverte quelque part...

Les vertus créatrices de l'humour transforment l'absence en présence, par le détour du fantasme. L'humour aide à déjouer les embûches de la vie. Accepter d'éprouver la pensée, de la remettre constamment en jeu est une tâche fatigante, mais intéressante.

Cette forme d'esprit peut ressembler à une dérision de la pensée, mais dont celle-ci sortirait indemne. Cela suppose une distanciation, l'aptitude à ne pas se prendre au sérieux.

C'est une manière d'accommoder la réalité : c'est le propre du névrosé, de savoir y faire avec son symptôme. Même si parfois l'humour est involontaire :

– La mère juive : mon fils a la maladie terrible d'Œdipe, qui coûte très cher...

– L'amie qui veut la rassurer : ça ne fait rien, du moment qu'il aime sa mère... L'humour algérien, celui de Fellag par exemple, utilise l'autodérision à partir d'erreurs linguistiques. Pour ce comique, chaque Algérien est à lui seul un laboratoire linguistique, qui mélange les langues pour contourner le tabou, utilise le français pour dire l'indicible : « Mohammed Freud, il en a parlé beaucoup, des problèmes textuels, comme des... allez, je vais vous le dire en français, ça passera plus facilement : les compotes anglaises » : cette forme d'humour permet de dire quelque chose sans le dire.

Du pire au rire

C'est bien pourquoi le projet de Fellag est de rendre la langue aux gens, de permettre qu'ils se l'approprient. Il n'hésite pas à conjuguer ainsi l'horreur et l'absurde : « à l'intérieur des camions bleus, il y a des hommes bleus, c'est des paquets de douze, ils ont des bâtons qui produisent un drôle de son : a, i, tréma, e ... » – et les droits de l'homme ? – moi je te tape en arabe, et toi tu cries en kabyle, comment voulez-vous qu'on construise une nation, si on n'est même pas synchro ? Car la fonction de l'humour n'est-elle pas de divertir – au sens fort – de détourner du pire ? Tenter une échappée par l'esprit, c'est une défense - et peut-être même une des plus hautes - une défense possible contre la cruauté, et pour reprendre la formule de Freud dans son travail sur le mot d'esprit dans ses rapports avec l'inconscient : « l'humoriste se cabre comme un cheval contre le destin ». Freud qui eut l'esprit, face à la gestapo qui lui demandait de signer une déclaration assurant qu'il n'avait pas été maltraité, d'ajouter cette antiphrase : « d'ailleurs, je recommande chaudement la gestapo à n'importe qui... » Car il y a du défi dans l'humour, qui peut braver la dictature, en luttant contre les inhibitions, les tabous, le conformisme. Miguel Benasayag, philosophe, psychanalyste, rapporte que l'humour lui a permis, au cours de son expérience de l'enfermement en Argentine, de résister dans une certaine mesure à la torture. « J'étais mort de peur. Il m'est arrivé quelque chose de vraiment magique. Je me suis fait une blague à moi-même. (...) un vrai rire m'a échappé, que, heureusement, ils n'ont pas entendu, je ne sais pas ce que ça leur aurait fait de voir un imbécile, qui, dans l'imminence de se faire torturer, rigolait ! ce rire-là, tout à coup, c'est ce qui m'a sauvé d'être submergé par la panique ». L'humour est alors un

filtre de l'angoisse de mort, une position du sujet face à l'angoisse, une victoire symbolique sur la mort. Rappelons-le : il n'y a pas de clown fasciste, pas davantage de taliban humoriste, et les colonels grecs interdisaient l'humour comme les nazis les mots croisés. Ce détour par le mot d'esprit volontaire nous conduit à présent à la logique inconsciente du mot d'esprit :

Logique inconsciente du mot d'esprit...

Pour introduire la question du *Witz*, du trait d'esprit, avant d'aborder la situation analytique, il suffit de penser à un exemple de la vie quotidienne, de lire un écrit d'adolescent : Souvent, une rupture dans le discours, un raté, quelque chose d'inaperçu, permet l'émergence d'un sens nouveau : ce n'est pas pour rien si on l'appelle perle : comme dans ce raccourci intéressant, dans un humour involontaire, parce qu'inconscient ? :

« Tout comme des milliers de Français, Jean Moulin tomba victime de la Barbie nazie ... » on appréciera ce glissement de la barbarie à la poupée Barbie en passant par Klaus Barbie. C'est un parfait condensé.

D'ailleurs, est-ce une banalité de souligner que c'est souvent l'inconscient qui parle ? « les Français sont de plus en plus intéressés par leur arbre gynécologique ».

Ce mot m'évoque une jeune patiente que je rencontrais à l'IME : elle associait souvent psychologue, gynécologue. Elle disait souvent l'un pour l'autre. Elle avait une structure psychotique – qui pouvait évoquer un dédoublement de la personnalité – un jour, elle m'écrit qu'elle est enceinte de deux moi...

Le *Witz* provoque un effet de sidération, il effleure la surface des choses tout en piquant au plus profond. Il fait un trou (dans l'Autre) pour introduire un sens nouveau (subversion de la langue, transgression des codes) il ouvre une brèche. C'est une boîte à outils, qui nous vient de notre condition de sujet parlant : dès que nous parlons, sauf à tout maîtriser – rien ne se dit alors – nous nous exposons à bégayer, que cela s'entende ou non... dès que nous parlons, nous sommes dans la métaphore et la métonymie...

Le *Witz* vient par surcroît, à l'insu de son auteur, il obéit à une logique inconsciente : avec la dimension d'inattendu, d'inconnu, de surprise qui en est la marque. Il ne peut mieux surgir que dans l'accueil sans limite du dire, de l'*einfall*, de ce qui vient. La séance analytique, par son hospitalité sans limite, en est en principe le lieu privilégié. Le *Witz* permet de dire ce qui ne se laisse pas dire autrement, de dire entre. Car, comme l'a énoncé René Major, « rien n'arrive à se taire en ne se disant pas ».

Cet humour inconscient autorise en tout cas une indécision, un flou, une incertitude, une nuance. Il ouvre le sens, permet l'équivoque, et par extension, ce que la psychanalyse avec Lacan a nommé l'équivoque signifiante. C'est-à-dire que l'écoute clinique, branchée sur la langue, va être sensible aux achoppements, à toute rupture dans le ronron du discours, va jouer sur l'homophonie, pour dévoiler les équivoques de la langue. (ainsi dans ces formulations : « je m'auto-culpabilise (moto-culpabilise) », « des cédés » (pour décédés), les poux (l'époux) dans la tête, « je boulimise » (miser sur la boule), je « freudonne », « le mal(e) entendu » ... Moment de bascule dans une structure névrotique, le mot d'esprit a un effet révélateur dans sa tendance à dénuder, découvrir d'un trait, brutalement, dans une déchirure, une « vérité qui se dérobe » : il en est la métaphore.

Freud et Lacan en ont souligné la concision, l'économie : cette langue écorchée se donne à entendre dans tout lapsus qui fait *Witz*, dans ces ratages et dérapages linguistiques, et autres glissements qui donnent les néologismes.

« J'ai vu des punks place grand bêta » me dit ma patiente avant d'évoquer le rendez-vous chez le pierceur qui constitue son cadeau d'anniversaire.

« Je vais me faire incarcérer », anticipant une hospitalisation qu'elle réclame pour échapper à la colère maternelle. Incarcérer en place d'interner, ou plus simplement hospitaliser condense l'enfermement (celui de ceux de la famille paternelle qui ont abusé d'elle), celui qu'elle réclame pour elle-même comme contenant ou comme exutoire à la culpabilité d'avoir dévoilé les choses ?

La « c(r)onfrontation » chez le juge demeurera un terme imprononçable, un terme à accrocher, dont la seule évocation met à mal la langue (*die Sprache – die Zunge*). D'où son soulagement quand elle obtiendra de la justice la non confrontation : « je serai pas confrontée » dans une formule qui me révèle en un éclair combien lui est insupportable l'idée d'être mise en contact avec sa propre souffrance psychique.

On dit souvent autre chose que ce que l'on croit dire : « Mon petit frère, cet été, ils l'ont mis dans un centre arriéré ».

Ou on ne croit pas si bien dire :

Telle cette mère, mise en garde par son fils unique, entendant le rester : « si vous en faites un autre, je le jette », et qui me dit en aparté : « le deuxième est en route – puis, désignant son fils, elle ajoute – mais c'est bon, on va lui faire avaler la pilule ».

Souvent, l'interprétation en clinique va se limiter à un « presque rien » : souligner un Witz énoncé par le sujet à son insu, pour qu'il l'entende. Donc, ce presque rien est déjà beaucoup, c'est un levier, qui peut faire bouger le sujet.

On sait bien que derrière les demandes scolaires faites au psy, il y a souvent la question du corps et le mythe œdipien : pour jouer d'équivoques faciles, il en est ainsi du calcul qui torture les enfants, de ces mères qui se plaignent du temps passé sur les « tables d'opérations », des divisions impossibles à poser, des problèmes avec les problèmes.

Les mots se jouent encore de l'enfant quand le corps de la lettre – ses jambes, ses queues, ses ponts – est bien trop réel pour que l'enfant puisse l'approcher, quand le O équivaut au zéro, et que la grammaire représente par parophonie la grand-mère.

L'inconscient surgit dans la surprise, par ricochet, comme dit Freud, comme l'illustre le trait d'esprit : la voie directe lui est fermée, il en trouve une autre : l'inconscient sous la forme d'une idée subite décoche un trait d'esprit, le sujet est soulagé, il rit, en un fugace éclair de jouissance, la barrière du refoulement est levée. Le barrage de la censure a été dynamité.

La langue, et Mallarmé l'a bien montré, est imparfaite. Les mots ne collent pas aux choses, sauf dans la psychose. Il y a de l'indécidable. Arbitraire, défaillante, la langue manque toujours à dire, elle rate la chose à dire, il y a toujours du malentendu. Autant faire avec ... Ce malentendu, c'est une chance. Car il faut que « ça boîte » pour que ça marche. Et en fidélité à Œdipe (qui signifie pied enflé), on pourrait faire l'éloge de la boîterie et de la bâtardise – « boîter n'est pas pécher » – de la claudication : il faut que ça cloche du latin *cloppus* (boîteux), qui donne *clopicare* : clocher. *Cloca* : la cloche, et son équivalent allemand : *die Glocke*, et en picard la cloque (cloche, bulle). La clinique avance à petits pas (et non au pas !)

Le Witz permet un passage, une transgression de la langue, un franchissement, il résonne alors dans l'inconscient, et la parole du patient lui revient sous une forme inversée. « Je ne vous le fais pas dire » semble dire l'analyste.

Se laisser dire ce qui manque à se dire, s'y essayer, c'est pour reprendre un mot de Lacan l'éthique du bien-dire : le Witz n'est alors pas symptôme, mais trouvaille inconsciente, réussite, feu d'artifice. On traque le nouveau (dans le dire) en psychanalyse : l'échappée. (pas du côté du beau discours, mais du néologisme). Plaisir pour l'analysant d'être entendu au-delà de son dire.

Le Witz fait feu de tout bois, il sait détourner les figures rhétoriques de leur finalité, ouvrir la porte aux sous-entendus : il reste à l'analysant à se laisser travailler par le trait, marque de sa division, à l'analyste à le déconstruire pour en restituer le sens caché. Prendre les choses à la lettre comme dans

l'interprétation des rêves. C'est parfois en soulignant une analogie que l'on peut délivrer des significations bloquées.

Ainsi une patiente de Reik faisait-elle des détours en se rendant à sa séance pour éviter de passer devant une vitrine où se trouvaient des crabes vivants. L'analyse a révélé que le même terme allemand – *Krebs* – désignait le crabe et le cancer, c'est-à-dire le mal dont souffrait son mari.

Si le Witz ne se confond pas avec le trébuchement du lapsus, ce mot de travers, cet accident linguistique qui revient de façon inopportune, il a la même tendance à passer en contrebande. Freud rapporte qu'il commit un jour un lapsus alors qu'il était invité avec sa femme et ses fils. Leurs hôtes eurent soudain des propos antisémites et il voulut écarter ses garçons. « Craignant cependant que mes garçons, qui n'avaient pas les mêmes raisons de se retenir que moi, ne finissent par trahir naïvement et sincèrement la fatale vérité, s'ils continuaient à assister à la conversation, je pris la décision de les éloigner, en les envoyant dans le jardin : « *raus, Juden !* » (au lieu de « *Jungen !* ») : « allez dans le jardin, juifs ! dis-je, mais je me corrigeais aussitôt : garçons ! »

L'inventivité en clinique suppose une certaine subversion : l'humour pousse la langue dans ses retranchements : en partant de la langue, on arrive à ce qui est caché derrière.

Or, s'il y a un temps dans lequel émerge le sens, il ne s'agit pas d'une logique inconsciente donnée a priori, ni d'un code génétique de signifiants à décrypter, mais plutôt de la logique inconsciente de la scansion du discours, et de ce qui se construit dans l'analyse en liant et déliant la langue dans les deux sens du mot. Pourquoi jouer les tisserands ? et remettre cent fois la langue à délier sur le métier du psychanalyste ? C'est que la vérité toujours réclame son dû. Lacan indique qu'elle est à prendre à la lettre. Il n'a cessé de mettre en évidence la détermination symbolique :

« Le signifiant joue et gagne, avant que le sujet s'en avise, au point que dans le jeu du Witz, par exemple, il surprenne le sujet. Par son flash, ce qu'il éclaire, c'est la division du sujet avec lui-même ». Je crois que c'est aussi en cela que le mot d'esprit est subversif.

Références bibliographiques

- Assoun P.-L., *Freud et le rire*. Paris : Métailié ; 1994.
 Benasayag M., *Parcours. Engagement et résistance, une vie*. Paris : Calmann-Lévy ; 2001.
 Bourgain A., « L'humour et le clinicien », in *Passages*, n° 111, sept.2001.
 Escarpit R., *L'humour*, Paris : P.U.F., Que sais-je ? n°877 ; 1967.
 Freud S., *Le mot d'esprit dans ses rapports avec l'inconscient* (1905). Paris : Idées Gallimard, trad. 1930.
 Freud, *Psychopathologie de la vie quotidienne*, (1901). Paris : Petite Bibliothèque Payot ; 1967.
 Gentilhomme Y., « Les lubrifiants didactiques », in *Humoresques, humour d'expression française*, tome 2, Nice : Z éditions ; 1988.
 Kamieniak J-P., *Freud, un enfant de l'humour*, Paris : Delachaux et Niestlé ; 2000.
 Kohn M., *Mot d'esprit, inconscient et événement*. Paris : L'Harmattan, 1991.
 Lacan J., « Les formations de l'inconscient » (1957-58), *Le Séminaire, Livre V*. Paris : Seuil ; 1998.
 Lacan J., « Situation de la psychanalyse et formation du psychanalyste en 1956 », *Ecrits*. Paris : Seuil ; 1966.
 Lacan J., « L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud », (1957), *Ecrits*. Paris : Seuil ; 1966.
 Major R., *Rêver l'autre*. Paris : Aubier Montaigne ; 1977.
 Pommier G., *Naissance et renaissance de l'écriture*. Paris : P.U.F. ; 1993.
 Reik T., *Ecouter avec la troisième oreille*. Paris : Epi ; 1976.

*1ère Journée du Collectif Psy Abbeillois
jeudi 30 mai 2002
sous la présidence de Jean Delahousse*

Psychoses : de la rencontre aux traitements

La psychose fait énigme, comme toute clinique, mais singulièrement en tant qu'elle interroge par son inadéquation radicale, ou bien par son hyper adaptation évidée du désir. Nous proposons de partager sur ce thème en confrontant nos expériences, nos élaborations et nos questions.

L. PETRU : Où est le vrai début de la psychose ?

G. JOVELET : Actualités du secteur comme modalité de rencontre et de traitement des sujets psychotiques

E. GOULLIEUX : De l'indispensable rencontre clinique avec la chronicité

C. PISANI : Idéal et psychose

C. CHAPEROT : Projet thérapeutique et psychose : entre iatrogénie et illusion
(*texte indisponible*)

J.-P. VEROT : 30 gouttes d'Haldol

I. GOMES, M. GUIMELCHAIN-BONNET, M.-C. MARLIOT, F. ROHART : Hôpital de jour : mode d'emploi

J.-P. PARCHLINIACK : VAD : Que peut-on apprendre
au domicile des patients psychotiques

J. DELAHOUSSE : Conférence (*texte indisponible*)



L. PETRU

Où est le vrai début de la psychose ?

Les essais de reconstruire le trajet du patient psychotique pour repérer les différentes étapes de son évolution se heurtent à l'incapacité du patient de s'approprier, de faire sienne une histoire. L'incapacité absolue de manier le concept de temps, mais aussi une impossibilité de découper un réel dans son vécu remémoré, rendent compte de cet obstacle infranchissable. Le psychotique est un être qui vit dans un présent continu. Mais cette façon de vivre est, pour les bouddhistes, le seul moyen de rencontrer, de percevoir le réel. Qu'est-ce qui fait que pour le psychotique, cette voie ne mène pas au réel ?

Je propose, comme réponse à cette question, le fait que le psychotique présente des troubles de l'activité synthétique de base, celle qui, d'après H. Ey, constitue le fond mental. D'abord et massivement, il s'agirait des troubles de l'attention et de la concentration psychique. Le contact avec le réel se réalise par points d'attention. Une attention fluctuante apporte une image déformée de la réalité constituée des points réels à côté des points imaginés, où on a affaire avec la rupture de la barrière de l'attention au profit d'un vécu intérieur (inconscient) qui fait irruption. Pour créer l'image du réel, nous avons besoin d'un temps de rémanence de la perception, la mémoire de travail qui est aussi atteinte chez le psychotique.

Rappelez-vous, s'il vous plaît, le tableau *La chambre de Vincent à Arles* peint deux ans avant son suicide (en 1888). Le lit et la chaise glissent l'un vers l'autre, le parquet s'infléchit, les murs sont déformés. La couleur jaune envahit toute la chambre.

Le Cri de Munch de 1893 présente un paysage qui crée par ses ondulations un personnage fantomatique où c'est seulement la bouche qui vit, qui souffre.

Écoutez ce que Antonin Artaud écrivait, en 1923, à Rivière : « Je souffre d'une effroyable maladie de l'esprit. Ma pensée m'abandonne à tous les degrés. Depuis le fait simple de la pensée jusqu'au fait extérieur de sa matérialisation dans les mots... ? ! »

C'est la même souffrance que décrit Michel Robert dans son livre *Autobiographie d'un psychotique* paru aux éditions Frison-Roche. Le monde est douloureux, ce monde comprend le corps propre mais aussi les autres, les objets, les images, en somme les perceptions, le vécu, l'individu. Depuis quand duraient les troubles de Mr Schreber ? C'est vrai que c'est difficile de soutenir des troubles de la cognition chez ce monsieur qui est Docteur en Droit, Président de la Cour d'Appel de Saxe à cinquante et un ans. Surtout que la promotion a lieu à neuf ans de la première hospitalisation qui dure plusieurs mois et est qualifiée d'hypocondrie grave. Donc, Mr Schreber se vivait malade déjà à ce moment-là. Et avant sa deuxième hospitalisation, avant l'irruption des idées délirantes, il marque des sensations de ramollissement cérébral. Mais est-ce que ce n'est pas une façon de parler des troubles de la cognition ?

Les troubles de l'abstraction et des opérations intellectuelles sont, paraît-il, secondaires. La pensée progresse dans son travail de différenciation et de synthèse en manipulant les objets symboliques. Les importants troubles de perception mettent à la disposition de la pensée des objets déformés, morcelés, condensés, ce qui provoque des distorsions graves aux résultats du travail de conceptualisation. Les opérations de la pensée sont inséparables de l'usage du langage. Mais les troubles de perception font que l'accès au signifiant soit difficile, voire impossible. Les objets du psychotique étant différents de ceux des autres, le langage ne peut pas exprimer l'expérience du malade.

Dans *Le Cri* de Munch ou dans *La Chambre de Vincent à Arles*, on ressent le mal-être, l'oppression qui ne peut pas être dite. Le cri est réprimé, il n'est qu'un hurlement intérieur et l'individu presse sa tête entre ses mains pour qu'elle n'éclate pas. Les autres psychotiques créent des néologismes, de métaphores. Un langage qui moins que l'image (déformée aussi, mais porteuse toujours d'un message) ne peut pas servir comme instrument de communication. Les troubles du tonus psychique, de l'attention et de la mémoire perturbent le niveau syntaxique, font intervenir le phénomène de barrage et de fading dans le cours de la pensée. Pour les jeunes psychotiques, les troubles de la cognition empêchent tout travail d'élaboration psychique, les rendant dépendants des processus primaires et des décharges motrices directes.

Il s'agit aussi de l'altération de la mémoire à courte durée (la mémoire de travail) et celle de longue durée, et notamment de la mémoire explicite, ce qui fait que même si le psychotique se remémore certains faits, il oublie leur contexte, dont il a perdu la capacité de représentation d'une situation, d'un acte. C'est à cause de cela que ses concepts sont particuliers, avec des points de ressemblance aux concepts reconnus et avec des points vidés de souvenir, libres à être envahis par l'imaginaire.

Le modèle du professeur Peretti est très utile pour comprendre les troubles du fond mental. Il précise que la cognition est la faculté d'acquérir et utiliser l'information. Ses processus élémentaires : perception, mémoire et attention, sont altérés chez le psychotique, ainsi que les processus cognitifs complexes : apprentissage, fonctions exécutives, coordination motrice, langage verbal et représentation de l'action (métacognition). Les conséquences de ces altérations sont l'altération des capacités d'adaptation, déficits des habiletés fonctionnelles, dans les interactions sociales et interpersonnelles, les soins personnels de base et le succès occupationnel.

La prise en charge précoce de l'entrée dans la schizophrénie et surtout l'étude des psychoses précoces infantiles (les psychoses autistiques et symbiotiques et d'autant plus, la forme récemment individualisée, la psychose déficitaire) révèle la primordialité des troubles cognitifs dans la psychose, il s'agit des déficits importants et progressifs de l'attention, de la mémoire explicite (*working memory*) et de la fonction exécutive.

Dans le syndrome autistique, les troubles cognitifs concernent aussi la capacité de s'approprier son corps, ou des parties de son corps. L'enfant ne perçoit pas correctement la différence animé-inanimé : les objets sont ressentis parfois animés, alors que les êtres ou des parties de leur corps sont manipulés comme des objets inanimés. L'enfant colle sa langue aux objets métalliques comme s'ils étaient des parties de son corps. Les crises de rage à la modification de l'environnement et à tout changement témoignent des difficultés qu'il rencontre pour pouvoir acquérir quelques mécanismes de vie si rudimentaires et stéréotypiques qu'ils soient. Le langage est perçu comme un objet et l'enfant procède dans les meilleures conditions à l'écholalie, à l'imitation, la manière qu'il utilise pour apprendre quelques gestes conventionnels. Sinon, les stéréotypies rendent compte des déformations de leur perception : battements d'ailes comme s'il était un oiseau qui ne pouvait pas voler, tapotages comme un mouvement qui ne peut pas cesser, mais qui ne peut pas gagner tout le corps.

Les psychoses symbiotiques étalent un mécanisme de guérison : offrir un support aux incapacités graves de cognition dans la psychose. C'est la séparation de la mère qui fait éclore la maladie. C'est Gala, sa femme, qui a aidé Dali à supporter sa psychose sans sombrer. Voilà ce qu'il écrit : « au commencement était la folie que j'ai fuie. Et toute l'histoire de mon art et de ma vie, jusqu'à la rencontre avec Gala, est la plus terrifiante lutte contre la mort de l'esprit... Par Gala, j'ai conquis non seulement le droit à ma propre vie, mais la part mâle et femelle de mon génie et la capacité à prendre de la distance sur tous mes phantasmes ».

Spontanément, ou avec un support tenace et de bonne qualité, on retrouve chez ceux qui ont lutté contre la psychose dans leur psychisme une reconnaissance de leurs troubles cognitifs. Cette étape

précède les symptômes productifs, positifs qui signent la psychose. Cela montre que le trouble affectif n'est pas primaire. Rappelez vous le film *Un homme d'exception* où le mathématicien américain vit, grâce à son amour pour sa femme, une vie normale et se voit attribuer le prix Nobel, à l'instar de sa maladie psychotique grave et avancée.

D'ailleurs, Morel, le premier à s'occuper de cette maladie, l'a abordé au travers de sa théorie de la dégénérescence. Kraepelin en 1896 désignait la maladie comme « la dementia praecox ». Mais, à partir de la sixième édition de son traité, Kraepelin institue la définition de la maladie du seul critère de l'évolution, ce qui précise les troubles cognitifs comme conséquence de l'évolution du point de vue causalité et temporellement à la fin de son développement.

Les explorations du système nerveux central ont décelé une hypofrontalité responsable du déséquilibre cortico-sous-cortical (la conséquence la prédominance de l'amygdale, l'anxiété) et cortical antéro-postérieur (conséquence la discordance idéo-affective et opérationnelle) ainsi qu'un déséquilibre des neuromédiateurs : dopamine, sérotonine. Ces modifications se sont avérées valables pour tous les grands dérèglements psychiques : l'anxiété chronique (ce qui était autrefois la névrose), la dépression et la psychose. Les dérèglements des systèmes périphériques : rythme cardiaque élevé, hyperexcitabilité du système nerveux autonome, conductance élevée au niveau de la peau, hyperventilation chronique, source d'une alcalose respiratoire modérée et hyperexcitabilité neuromusculaire sont communs aussi aux névroses, dépressions et psychoses.

Le symptôme commun, c'est l'angoisse. À la naissance, séparé pour la première fois de sa mère de ce qui le protégeait et le nourrissait, l'être commence à exister. Il vit cette séparation comme la perte d'une partie de soi-même. C'est, dit Lacan, la première expérience de l'angoisse. Elle engendre le cri, qui fait entrer l'air dans les poumons, la vie. La vie est une expérience de séparation de ce qui s'avère à ne pas être soi. C'est une recherche du Soi. C'est cette expérience que le psychotique refuse. Il veut rester entier, comme il a été conçu dès le début. C'est la préférence pour l'archaïque, l'ancien, le primitif. Le réel, c'est ce qui nous oblige à cette séparation. C'est le réel que le psychotique refuse.

La vignette clinique qui présente une jeune fille de 13 ans nous permettra de préciser les différents moments de l'apparition et de l'évolution des troubles cognitifs et leur influence sur la compétence sociale et professionnelle, ainsi que sur la conscience de ses troubles et, par la suite, le début des symptômes productifs. Loin de marquer le début de la psychose, les derniers mentionnés remplacent le manque dans le symbolique, constituant une vie par le croisement du réel et de l'imaginaire. Il n'y a pas de couplage à deux éléments, disait Lacan. Le troisième est le symptôme.

La vignette clinique présente une adolescente de 14 ans que je vois pour une discussion à cause du fléchissement de sa courbe scolaire la veille d'un examen important, le seul qui lui permet d'accéder aux études supérieures. C'est une jolie fille élégante, assez réservée. Ce qui frappe dès le début, c'est son vocabulaire pauvre, sans épithètes et sa voix rauque. En fait, c'est une fille qui a reçu une éducation très soignée, dont la mère est écrivain et le père professeur universitaire. Sa manière de se comporter et de parler contraste avec celle de ses parents.

Je dirige la conversation sur ses copains, et après des affirmations très générales, je découvre qu'elle n'en a pas. Elle a voulu s'enfuir de la maison avec un vagabond mais a abandonné au dernier moment parce qu'elle s'est rendu compte que sa tenue ne correspondait pas. Ne peut pas m'expliquer pourquoi ou qu'est-ce qu'elle aurait dû porter pour une escapade comme telle, mais me raconte que le jeune homme avec qui elle voulait partir se moquait d'elle parce qu'elle n'a pas encore couché avec un homme. Je veux savoir si cela est important, mais elle me dit seulement qu'elle est allée le réclamer à la police.

Pourquoi ? Je m'étonne.

Il portait un costume noir et une chaîne d'or grosse comme mon poignet.

Il volait ? J'essaie d'éclaircir l'affaire.
 Je ne le connaissais pas.
 Et tu voulais partir avec lui ?
 Oui, seulement il n'est pas venu le soir-là.
 Il est entré chez vous ?
 Non.
 À-t-il volé chez vous ? Y a-t-il quelque chose qui soit disparu ?
 Je ne sais pas.
 Et qu'est-ce que tu as réclamé ?
 Il portait un costume noir et une chaîne d'or, répète-t-elle.
 Qu'est-ce que cela veut dire ?
 Ah, vous ne le savez pas, dit-elle, indifférente – et refuse de continuer à parler.

Les parents connaissent cette histoire et lui donnent une interprétation positive : leur fille a bien réagi envers ce personnage qui voulait la voler.

Néanmoins, ils ont été appelés à la police parce que la fille ne connaissait même pas le nom du jeune homme et ne voulait plus rentrer chez elle. Ils ont une interprétation positive pour ce fait aussi : elle avait peur que l'homme la ravisse, qu'il se venge.

En ce qui concerne les résultats scolaires, elle ne peut plus rien retenir, reste devant les devoirs sans rien faire. Le père qui s'est toujours occupé de faire les maths avec elle, se rappelle que, quand elle était plus jeune, elle avait toujours des difficultés pour résoudre les problèmes, mais parfois elle arrivait à leur trouver des solutions complètement atypiques. Elle a mis un temps fou à apprendre les opérations. Mais là, elle ne peut plus rien faire. La mère n'est pas inquiète, elle non plus n'a pas été trop math, mais la fille a oublié ce qu'elle savait avant.

Elle a toujours été une enfant sage, facile, mais avait des problèmes pour trouver des copains. Récemment, ils viennent d'apprendre d'elle qu'elle acceptait chez elle des filles qui la frappaient, leur donnait à leur demande des stylos, des cahiers, des livres et même de l'argent. Ces filles continuent à la *chantager* même maintenant et se moquent d'elle devant la classe.

Par contre, la mère la voit comme une future écrivain. Petite, elle refusait les jouets mais jouait avec les mots, les transformait, changeait l'ordre des syllabes et des phonèmes. Elle avait prédilection pour certains mots qui étaient comme des objets qu'elle gardait toujours pour se rassurer. Les soi-disant copines, c'est la mère qui les a fait venir à la maison en les tentant avec des bonbons et des gâteaux. Je suggère un demi comprimé de 1 mg de Risperidone, en me gardant de faire des promesses et des prophéties.

Les troubles cognitifs de la fille sont évidents et commencent à progresser ou/et la réalité devient plus complexe. Elle a des troubles de concentration, une importante hypoprosexie, troubles de la mémoire et un mode particulier de perception des autres. Le diagnostic différentiel avec une déficience mentale comprend une certaine dysharmonie entre les différents secteurs, avec une prédominance des retards dans la réalisation de l'identité de soi, surtout en ce qui concerne le corps propre, des anomalies tonico-posturales, des dyspraxies, des troubles de l'organisation temporo-spatiale. Il faut souligner le côté relationnel des anomalies. Il y a souvent des troubles du langage.

Je continue à suivre à distance la fille, j'augmente la dose de Risperdal à 1 mg, et la mère me rapporte une évolution favorable. La fille passe l'examen tant redouté et l'a. Approximativement six mois après, les parents m'appellent en catastrophe. La fille a déclenché une crise d'agressivité physique et verbale contre une collègue et l'école l'a fait hospitaliser en urgence. J'apprends que la mère a vite renoncé au traitement qui rendait sa fille fatiguée et confuse. Elle a réussi l'examen par le don que les parents ont fait à l'école d'une de leurs propriétés. Au début, tout allait bien à l'école, elle

avait des nouveaux collègues mais bientôt elle s'est retrouvée à nouveau mise à l'écart et pratiquement incapable d'apprendre quoi que ce soit. Pour les parents, l'attitude de leur fille est bien explicable même louable, parce qu'elle devait à un certain moment faire aux autres ce qu'ils lui font à elle.

À l'hôpital, je découvre que la fille, qui a pris un coup de vieux, présente un délire mystique. Elle a des hallucinations visuelles, voit certains de ses collègues transformés tantôt en moine, tantôt en diable. Elle a essayé longtemps de leur résister, quoiqu'ils lui disaient des mots obscènes qu'elle devait faire semblant de ne pas entendre, mais finalement a dû lutter corps à corps avec eux parce qu'ils ont réussi à la toucher, et elle commençait à être transformée en diable aussi. Sous traitement neuroleptique, elle arrête de parler de son délire mais, de temps en temps, certaines répliques révèlent la persistance des idées délirantes. Elle parle très peu, préfère ne pas sortir de sa chambre, garde sa robe de chambre quand on lui rend visite, ne se coiffe plus, et a déjà refusé plusieurs fois la sortie de l'hôpital.

La mère se rappelle que sa fille a toujours été un peu la tête dans les nuages, qu'elle la trouvait maladroite, incapable d'être heureuse, comme elle dit. « Elle restait comme cela, perdue, collée au paysage ». C'est pour cela qu'elle lui a cherché une passion : la fille a joué au piano dès l'âge de trois ans, a pris des leçons de dessin, a fréquenté des ateliers d'écriture, a appris à nager et à faire du ski. Elle le faisait, se soumettait, « c'était ni trop bien, ni trop mal, mais jamais ça ».

Aurait-elle pu échapper à l'éclosion du délire si elle avait pris le traitement ? C'est à espérer car les psychiatres américains déclarent qu'ils donnent un anti-psychotique dans la moindre suspicion de psychose. Le pronostic sur la qualité de sa vie est moins bon avec chaque jour qu'elle passe à l'hôpital, les difficultés de réinsertion scolaire et sociale s'aggravent. À cela, s'ajoute l'attitude complaisante des parents devant la maladie.

Cette fille a une structure psychotique. Elle a été élevée dans une famille avec une tradition religieuse. Les parents n'ont pas de relations sexuelles, le père est impuissant. La mère cherche des satisfactions dans le monde de l'art par la sublimation mais aussi dans des relations avec des artistes, des relations qu'elle voudrait stables mais qui sont plutôt frugales et fugaces. Les parents s'aiment ou se respectent, s'apprécient mutuellement.

Dans la maison, habite la mère de la mère, c'est elle qui fait le ménage de cette énorme maison qui paraît toujours neuve. Quoique âgée de 80 ans, c'est la grand-mère qui est le chef de la famille. Elle est très religieuse et estime plutôt favorable le fait que son gendre n'ait pas de relations sexuelles avec sa fille.

Le délire de la fille soutient les signifiants véhiculés par la famille : l'autre menace d'induire dans le péché est persécuteur par cette qualité. Les pulsions sont canalisées par l'agressivité. Les parents sont tous les deux disponibles, des partenaires pour la fille. Il n'y a pas d'interdiction de l'inceste, entre les deux sexes il n'y a pas de secret, il n'y a pas de rôles (femme et homme) dans la famille, sauf la grand-mère qui impose la loi religieuse : faut résister au diable.

Dans son article de 1925, « La dénégation » (*Die verneinung*), la reconnaissance de la perte de l'objet, l'appropriation de cette action, « *die ausstossung aus dem ich* » (l'expulsion hors du Moi), sont posées par Freud comme condition de la constitution de la réalité. La réalité en tant que sous-tendue par un désir est, au départ, hallucinatoire. Pour Freud, les processus de la pensée sont des enchaînements des représentations (*die vorstellungen*), selon les lois d'une organisation de la mémoire dans les frayages (*die bahnungen*). C'est ici que se trouve le défaut du psychotique. Le transfert de la quantité de représentation en représentation maintient la recherche de l'objet perdu à une certaine distance de ce autour de quoi elle tourne. Cette opération n'étant plus assurée, le délire arrive, l'objet colle au trou du désir. *Das ding* n'est jamais retrouvé comme un autre, il est l'Autre absolu retrouvé seulement comme regret.



Lacan reprend l'explication de Freud, explique ce qui restait incompréhensible chez et pour Freud même, et notamment cela : le réel est ce à quoi il n'y a pas de signifiant, c'est *die einbeziehung* après *die ausstossung* initial. L'expulsion du signifiant de la chaîne a lieu au niveau des frayages premiers du désir, au moment de la *bejahung* initiale, l'attribution des signifiants.

Pour expliquer la psychose, il faut rendre compte d'un processus qui précède le délire, l'incohérence du psychotique, *die spaltung*, d'une perte dans la perception de la vie. Cela s'appelle trouble cognitif ou *verwerfung*, selon qu'on fait appel à la neuroscience ou la psychanalyse.

La qualité de vie de nos patients (vie familiale, sociale, professionnelle), est en relation directe avec leurs capacités cognitives. Aussi le traitement précoce de la psychose s'est toujours avéré le plus efficace.



G. JOVELET

Actualité du secteur comme modalité de rencontre et de traitement de sujets psychotiques

Je remercie le Collectif Abbevillois de m'avoir incité à intervenir, à l'occasion de cette première journée Abbevilloise, initiée et coordonnée par mon collègue Christophe Chaperot.

Cela a été rappelé dans les propos introductifs, cette journée vise une réflexion sur nos pratiques de soin, à faire connaître les secteurs Abbevillois, mais aussi appréhender, dans toute l'ambiguïté du terme, l'avenir de nos structures, eu égard aux orientations de la politique de Santé Mentale, telle qu'elle est promue par nos instances gouvernementales... en sachant les incertitudes des contenus de la période préélectorale actuelle !

Je fais référence à un ensemble de rapports d'experts « Piel et Roelandt », au plan de Santé Mentale du précédent Ministre de la Santé, à des comptes-rendus de groupes de travail ministériels sur l'évolution des métiers, qui donnent le ton de la psychiatrie de demain, et nous incitent à faire acte de résistance. À notre désir soignant, à notre expérience faite de rencontres, s'offre une vision technocratique, évaluative, comptable, c'est-à-dire gestionnaire de nos pratiques.

La technicisation de la profession (protocoles, conférences de consensus de l'ANAES, guide-line) la rationalisation des choix budgétaires, la focalisation sur l'urgence (culture de l'urgence) tiennent lieu de vision moderne de la psychiatrie, plus perçue comme une sous-spécialité médicale (avec nouvelle alliance neuropsychiatrique souhaitée par certains) que comme discipline originale. La singularité de nos pratiques réside dans le fait que l'objet de nos soins, de notre recherche, c'est le sujet humain dans sa complexité, et que le principal outil de travail, c'est le transfert, c'est-à-dire une instance qui résiste à la métrologie.

Aux réponses proposées, s'opposent un questionnement, une pratique réflexive, d'où découle une éthique.

L'intitulé de cette journée ouvre à deux signifiants essentiels à tout débat sur la psychose : *la rencontre, le traitement*. Le terme *rencontre* inclut, selon Paul Robert, à la fois l'idée du *fortuit*, mais aussi du *combat*, emprunté au domaine sportif. Le fortuit ouvre sur la dimension de la surprise possible, à condition de se mettre à la place de celui qui veut bien écouter, apprendre, se laisser surprendre, c'est-à-dire de se décaler d'une place de Maître...

La rencontre, c'est l'ouverture à l'autre sans négliger le poids, l'emprise du cadre, du contexte institutionnel et de ses effets symboliques et imaginaires.

La rencontre peut aussi être combat, affrontement. Il y a le « bon heurt », la bonne rencontre, et le malheur qui marque le destin défavorable. C'est dire d'emblée l'importance de ce premier temps de confrontation à l'autre, de sa prise en considération dans sa trajectoire.... L'accueil est un des temps travaillés en équipe dans nos services de psychiatrie.

Je dirai qu'il y a versus de l'équipe : *le traitement de la rencontre*, ses conditions, ses effets, et du côté du patient : *la rencontre du traitement*, avec ses différentes connotations.

Le traitement, ou plutôt les traitements

– Ils incluent les différentes modalités depuis l'acte de consultation à l'hospitalisation... toute action qui interfère dans la relation soignant-soigné.

– Le traitement, c'est à la fois une manière de soigner (plus précisément l'ensemble des moyens thérapeutiques mobilisés pour la guérison), mais aussi un procédé permettant de *modifier* c'est-à-dire d'introduire un changement.

Apparaît d'un côté le prolongement de l'idéologie médicale, la volonté de guérir, de normaliser (par retour à l'état antérieur). Cette démarche a pu aller jusqu'à des entreprises de rectification (pour le bien de l'autre) non dénuées de violence.

Je fais référence aux méthodes physiques entreprises pour forcer les insensés, puis les aliénés à penser juste, à critiquer leur délire... Ph. Pinel assimilait ces techniques à un « délire médical ». Le traitement moral n'était cependant pas exempt de tout assujettissement (persuasion, effet de mise en scène). Le glissement entre croyance, qui s'inscrit dans un utilitarisme social (du côté du désir), la conviction (volonté), et délire médical, amène à interroger la fonction thérapeutique et ses dérives (cf. la dénonciation de certaines formes sectaires de psychothérapie utilisées comme moyen d'emprise et d'assujettissement de l'autre).

L'idée de modifier introduit une position plus humble, plus attentive à l'autre et à ses coordonnées. Elle ouvre un questionnement sur le pourquoi et le pour qui ?

Je situerai dans ce registre, à verser dans le champ de la psychose, les recommandations de J. Lacan concernant la place de témoin, de secrétaire de l'aliéné, inscrites dans le livre III du Séminaire sur les psychoses.

Cette position subvertit la posture médicale plus offensive qui vise à annuler le sens et la logique du délire comme « tentative de reconstruction ». (S. Freud)

Rencontre et traitement scandent, ponctuent « la prise en charge » – terme peu élégant, le suivi, le parcours de sujets psychotiques, dans les différents lieux du secteur, au travers des différentes modalités de lien.

Je fais référence aux pratiques pluri-catégorielles qui sont les nôtres, individuelles ou collectives, référées au patient et à l'équipe soignante. Dans notre perspective de travail, l'ensemble de l'équipe (psychiatres, psychologues, assistantes sociales, infirmiers, secrétaires, psychomotriciens ou ergothérapeutes) est impliqué dans les soins aux psychotiques... L'histoire du 7^e Secteur en implantation préalable a pour particularité le développement de l'activité extrahospitalière (six points de consultation) et un engagement au long cours auprès de patients psychotiques du secteur... (file active).

Je soulignerai dans cette activité deux points prééminents :

– *L'implication des infirmiers* et J.-P. Parchliniack, qui a animé, supervisé un groupe de réflexion sur les pratiques, en témoignera.

– *Une pratique de réseau auprès des médecins généralistes* : des réunions ont été régulièrement organisées avec des représentants de l'équipe et des groupes de médecins sur le thème « psychoses au quotidien ». Le temps inaugural de la rencontre peut être marqué par une situation de crise avec vacillement, perte des repères, précédant ou accompagnant la certitude délirante, et la notion de *combat* peut figurer cette confrontation entre notre désir soignant, notre offre de soin et la logique à l'œuvre dans la construction délirante (autre perçu comme hostile).

C'est rappeler ici une des spécificités de notre discipline, illustrée dans le champ de la psychose : la question du déni des troubles. Il s'agit plus d'une réfutation, d'un refus, (*verwerfung*), forclos, qui nous amène à décaler la demande de soin au besoin de soin, au droit au soin... et à proposer une offre.

C'est dans ce contexte que des mesures, contraintes ou pas, trouvent leur place : médications, hospitalisation, qui visent à pacifier, apaiser en instaurant un tiers entre le patient et l'Autre trop menaçant, ou les effets de ravage des phénomènes du corps.

Accès au soin, offre de parole, offre institutionnelle sont légitimés par le sort fait aux malades mentaux dans le social (Alfredo Zenoni parle de « devoir d'humanité » à propos des institutions psychiatriques). Stigmatisation, indifférence ou rejet... La légitimité de nos interventions s'appuie sur la question d'une souffrance non dite (indicible) ou déniée et la logique défensive mobilisée face à l'ampleur des phénomènes comportant menaces vitales par négligence, voire réaction auto ou hétéro agressive, mues par un Surmoi féroce.

Les avancées récentes en matière de droit des patients ne tiennent pas suffisamment compte de perspectives cliniques et de particularités liées aux modalités et à la nature de la rencontre : patient acteur du soin, accès aux certificats médicaux, accès direct au dossier de soins. L'alliance thérapeutique avec les familles est certes légitime mais souvent mise à mal par les phénomènes d'ambivalence, de rivalité.

Dans tous les cas, l'attitude la plus adaptée doit être trouvée au cas par cas, en tenant compte de la massivité des affects et du transfert dont les deux écueils sont d'un côté la persécution et l'autre l'érotomanie...

D'où l'intérêt d'une pratique à plusieurs, d'un collectif, de structures institutionnelles, permettant un transfert *multi-référencé*, pour reprendre l'expression de Jean Oury.

À la notion de transfert, est liée l'inscription dans le temps. À la durabilité des phénomènes, se lie la notion de *continuité des soins*.

Cet engagement institutionnel au long cours qui comporte relais et délégation permet une cohérence dans les pratiques, de même que l'articulation intra-extra.

La mission de la psychiatrie publique est d'être en prise directe avec cette clinique particulière de sujets dont les manifestations cliniques sont polymorphes, oscillant entre le retrait, la claustration, la perte du lien social, l'expression délirante ou hallucinatoire. Mais aussi une clinique plus fine parfois contemporaine du déclenchement, du point de bascule (phénomènes élémentaires) :

- altération du langage
- troubles associatifs mis en évidence par E. Bleuler
- troubles du rapport à l'autre (*mit sein*)
- désir désarrimé
- hyper conformisme social (fonctionnement automatique où le désir est absent)

L'intérêt est d'articuler ces manifestations structurales avec des nouvelles modalités de psychoses qui empruntent aux symptômes de notre époque et aux nouvelles modalités de jouissance :

- toxicomanie
- alcoolisme
- troubles du comportement alimentaire
- conduites violentes antisociales
- formes pseudo dépressive de retrait, en particulier chez les adolescents

C'est Freud qui, en 1911, avec « Remarques Psychanalytiques », sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (le cas Schreber), a donné au processus psychotique une perspective psycho-dynamique, en parlant de « travail délirant ».

Je cite : « ce que nous prenions pour une production morbide – la production du délire – est en réalité une tentative de guérison une reconstruction ». La suite est moins connue : « le succès après la catastrophe est plus ou moins grand, il n'est jamais total ». Pour parler comme Schreber, nous dit Freud, « l'univers a subi une modification interne... »

Cette indication est essentielle dans le projet thérapeutique qui doit tenir compte de ces aménagements qui ont fait parler « de nouveau personnage » et qui comportent des modes de stabilisation :

- par l'idéal : le conformisme social, l'identification à des modes de fonctionnement actuel (le semblant)
- par le délire qui peut être un mode d'organisation de la relation à l'autre
- ou par le sinthome (tentative de nouage des instances symbolique – réel – imaginaire) formalisé par J. Lacan.

L'institution peut avoir un rôle dans ces modes de stabilisation :

- temps plein (l'hospitalisation longue durée est parfois nécessaire)

- l'hôpital de jour
- des activités proposées en ateliers

La question du traitement inclut la possible dépendance à l'institution, aux médicaments neuroleptiques.

La visée thérapeutique, y compris pour les sujets psychotiques, contient-elle, en opposition à l'idée d'un traitement au long cours, la perspective d'une marginalisation, d'une satellisation, voire d'une rupture avec l'équipe soignante ?... c'est un point de débat... (certains patients « perdus de vue », considérés en rupture car sortis des circuits psychiatriques, sont en fait stabilisés parfois avec « l'aide » de leur médecin généraliste). L'institution reste à la fois présente comme objet marqué d'ambivalence mais aussi comme recours...

Psychose et secteur

Depuis la création des secteurs, il y a 40 ans, le champ de nos compétences s'est étendu de la maladie mentale à l'alcoolisme, la toxicomanie puis au champ de la précarité, de l'exclusion, avant d'agréger le domaine aux contours flous de la Santé Mentale.

Ce terme contient le traitement des manifestations de la crise sociale. Cette clinique porte en germe des impasses thérapeutiques, non réponses, réponses à côté, injonctions de soins, et qui sont révélateurs du comportement de l'Homme moderne en quête de sens, ravalant le désir au besoin, le sujet au consommateur.

Cette extension et dilution de notre champ d'activité est particulièrement sensible à l'Hôpital Général, au cœur de la cité (demandes de consultations, psychiatrie de liaison, urgences). Les orientations des conférences sanitaires (nationales et régionales) incluent de façon prioritaire cette clinique sociale, mais l'accueil et le traitement des sujets psychotiques n'en font pas partie.

Le risque est bien celui d'un « laissé en plan » des sujets psychotiques et de leur drame existentiel. Les nouveaux modes d'approche sont :

– *Soit un traitement uniquement social* : l'existence même de la maladie mentale est niée pour en faire un problème social traité par les institutions sociales.

En découle la prévalence de politiques assistancielles (AAH – CAT), une stigmatisation (handicap psychique) et une politique de désinstitutionnalisation appuyée sur des conceptions antipsychiatriques.

Il y a confusion entre crise individuelle, moment de déclenchement, et crise de la société, même si les manifestations psychotiques sont empruntées à la culture d'une époque, « aux convulsions sociales » pour reprendre l'expression de J.E. Esquirol.

– *Le 2^e écueil* : *c'est la médicalisation de la psychose*. Le traitement est ici à entendre dans la composante de rectification symptomatique, les signes psychotiques (les troubles) étant répertoriés selon des données statistiques ou de durée (DSM).

Cette conception néokraepelinienne s'appuie sur une conception déficitaire (neuro-développementale ou génétique), dans laquelle les effets de parole, l'approche psychothérapique sont réduits au minimum déontologique exigé de la relation soignant-soigné.

– *La 3^e tentative est sécuritaire* : et même si le programme de l'offre de soins psychiatriques aux détenus est à repenser, la création à l'échelle départementale d'unités psychiatriques médico-légales correspond à la représentation des malades dangereux, selon le syntagme connu « fou-dangereux ».

Les pratiques de Secteur peuvent être un rempart contre de telles dérives qui se fondent sur un savoir psychiatrique médical, voire biologique.

La politique de Secteur vise à diminuer les effets de suraliénation institutionnelle, en proposant des soins articulés intra-extra, en évitant les phénomènes de ségrégation et de désinsertion favorisés par l'altération du lien social.

Nous savons, à partir d'expériences étrangères, en particulier les USA, mais aussi plus près de nous dans les grandes villes, les conséquences du délitement de notre appareil de soin.

La réduction trop rapide des capacités en lits (30 000 en dix ans), la dégradation de nos conditions de travail ARTT (Aménagement et Réduction du Temps de Travail), augmentation globale de 46 % de notre activité (à l'échelon national) dont 60 % en ambulatoire, l'augmentation de nos missions, ont amené des ruptures de soins avec :

- des patients en errance, exclus, précarisés, sur-représentés dans la population de chômeurs, de « clochards »
- dans les prisons où près de 20 % des détenus sont des sujets psychotiques
- dans les foyers de réinsertion.

C'est-à-dire dans des espaces déspecifiés où paradoxalement l'état sollicite nos interventions.

Du grand enfermement dénoncé par Michel Foucault, on est en voie de penser au grand externement dont l'alibi et la doctrine sont le libéralisme.

La notion de liberté incluse dans ce terme me suggère deux remarques :

- la première est issue d'une citation du philosophe G. Politzer qui se suffit à elle-même : « liberté dans le poulailler : quelle liberté pour les poules, quelle liberté pour le renard ? »
- la seconde fait référence au rapport que J. Lacan a fait au congrès de Bonneval en 1946 sur la psychogenèse et qui était centrée sur la question de la liberté. S'affrontaient les positions de H. Ey considérant que la maladie mentale était une « insulte à la liberté » et celles de J. Lacan qui considérait la folie comme « consubstantielle à la condition humaine ».

La problématique du soin, de la thérapeutique, contient cette référence à la liberté, à travers les soins contraints et la légitimité, la licéité de nos interventions qui s'inscrivent entre non interventionnisme (indifférence, rejet) et principe de prévention et de précaution.

La psychiatrie, discipline requise, est sous la dépendance du politique. Sa pratique inclut au-delà du thérapeutique, un pouvoir social auquel on ne peut se dérober et qui, comme le note J.-A. Miller, n'est pas sans tourment... (c'est la question de la défense sociale).

Je rappelle volontiers que jusqu'en 1920, les médecins du cadre étaient sous la tutelle du Ministère de la Santé, mais aussi de l'Intérieur...

J'évoquerai pour conclure la place des analystes et du discours analytique au sein des différentes institutions sociales dont la psychiatrie...

Cet intérêt pour l'institution est ancien. J.-M. Dutilloy, dans une conférence récente à Amiens, sur le thème de la psychothérapie et de la psychanalyse, a rappelé que le terme de psychanalyse appliquée était inscrit dans l'acte de fondation de l'École freudienne de Paris (1964) avec la psychanalyse pure, et les connexions du champ freudien.

Cette implication de l'analyste, dans le champ social, a été réactualisée au sein de l'École de la cause freudienne en réaction avec les projets législatifs de reconnaissance d'un statut de psychothérapeute et les exigences de formation qu'il contenait.

Le dernier numéro de la revue *Mental* est tout entier consacré à ce thème, de même que Journée de l'École de la Cause Freudienne de novembre 2002.

L'institution de psychiatrie publique de secteur a été influencée à son origine par trois mouvements :

- un militantisme chrétien (issu de protestantisme)
- une analyse marxiste qui amenait un parallèle entre aliénation mentale et aliénation sociale
- la psychanalyse (cf. F. Tosquelles à St Alban, Oury, Guattari à La Borde)

Actuellement, l'influence de la psychanalyse au sein des Secteurs s'étirole :

- les psychiatres analystes ont quitté le « cadre »
- l'enseignement est confié à des universitaires cooptés sur leur publication, dans le domaine des



neurosciences, posant à terme le problème de la filiation, de la transmission de « l'esprit du Secteur ».

Les services de psychiatrie orientés par la psychanalyse ne doivent-ils pas se fédérer pour résister au discours dominant des neurosciences, de l'efficacité et de la rentabilité.

La psychiatrie traverse l'histoire sociale, en empruntant aux différents moments de la culture d'une époque. Cela a été la Résistance, la psychanalyse, le surréalisme, le marxisme.

Actuellement prévalent le *libéralisme* et le *discours scientifique* qui infiltrent nos références théoriques et réduisent les ambitions désaliénistes, humanistes et déségrégatives de notre entreprise thérapeutique. Elles renforcent une lecture déficitaire, réductrice et mortifiante de la psychose, au sens où J.-C. Maleval parle de « mortification du sujet dans le champ de la science ».



E. GOULLIEUX

De l'indispensable rencontre clinique avec la chronicité

Lantéri-Laura enfin nous rappelle que « la médecine mentale est une médecine de la chronicité. Pour la tradition psychanalytique, on est dans le cours de la diachronie. Tout ce qui peut sembler réactionnel ne se révèle que par ce qu'il ravive du passé... La chronicité est une caractéristique essentielle de la psychiatrie » [9].

En effet quelle que soit la logique actuelle de politique de santé en psychiatrie

Les malades mentaux lourdement dépendants existent encore, nous les rencontrons chaque jour dans notre travail institutionnel. Lauret propose d'en distinguer trois populations [10] :

- les schizophrènes de longue évolution, de 35 à 55 ans (ou jusqu'à un éventuel départ en maison de retraite) stabilisés mais désadaptés et non autonomes. La vie institutionnelle est la vie familiale.
- les personnalités très immatures, type état limite ou séquelles de psychose infantile, vivant en symbiose au sein de l'institution.
- les psychoses infantiles sévères qui autour de 18 ans rejoignent les services de psychiatrie adulte.

Dans le cadre le mouvement naturel du clinicien peut être celui d'un relevé sémiologique du négatif, sans l'invitation clinique à en franchir l'opacité.

Est alors employé un vocabulaire sémiologique empreint systématiquement d'une connotation négative patente.

Dans notre pratique, l'observation attentive de la population d'un hôpital psychiatrique a pu permettre un constat très simple : une partie des patients porte en permanence un « sac en plastique ». Et cette sous-population semble posséder certaines caractéristiques spécifiques : la chronicité, la dépendance asilaire d'une part, et, d'autre part, la rareté des symptômes dissociatifs ou délirants. Ceci a constitué notre hypothèse de départ, validé par une étude complétée de réflexions psychopathologiques : il existerait une clinique spécifique du sujet psychotique porteur de sac. [5]

Nous proposerons une inversion de la lecture clinique classique pour tenter de dégager une richesse psychopathologique inhérente à l'absence de symptômes.

Ainsi, nous discuterons cette clinique de l'absence de clinique, de psychose normopathique au sein de l'asile, cette clinique discrète car fondue harmonieusement, idéalement dans l'institution, sorte d'homogénéité parfaite et invincible, cette clinique que nous allons identifier à cet attribut : le sac en plastique.

Présentation de l'étude

L'objet de notre travail part de l'observation de deux patients psychotiques hospitalisés présentant une relation particulière à un sac en plastique [10]. Contrairement à l'emploi usuel, ces sacs en plastique ne sont pas utiles pour ces patients : ils ont tous à leur disposition un placard fermant à clef auquel ils ont aisément accès, permettant la disposition presque immédiate de leurs biens, dans une certaine intimité. Ils possèdent parfois d'autres possibilités contenant à proximité (un sac en cuir, les poches de leurs vêtements...). Enfin, les objets contenus dans les sacs ne sont pas systématiquement « utilisés ».

Au plan strictement fonctionnel : ils se doivent malgré tout d'être « proches », dans la continuité du bras qui les porte, présents réellement.

Sur le plan clinique, il n'y a pas d'élément délirant ou dissociatif notable, tant au plan sémiologique traditionnel qu'au niveau d'échelles d'évaluation garantissant une objectivité. Ils présentent une forme d'hypernormalité, d'adaptation parfaite à l'institution, pouvant rendre d'apparence inutile des éventuels entretiens psychiatriques.

Le sac est tenu dans la main, par les poignées jusqu'à ce qu'elles craquent, signe annonciateur de la nécessité d'un changement de sac. Cette permanence dans la présentation, ce sac dans le prolongement du bras, nous laissent même l'impression que ce sac en plastique fait partie intégrante du patient.

Le contenu des sacs est immuable ; pour l'un des patients nous retrouvons (grâce aux observations des équipes soignantes et au patient qui a accepté de nous en révéler son contenu) d'autres sacs en plastique, plus petits, au nombre invariable de six, ayant chacun un contenu spécifique : trois savonnettes, six mouchoirs propres, six mouchoirs usagés, trois paquets de cigarettes pleins ou en cours de consommation, trois paquets de cigarettes vides, trois paquets de cigarettes contenant chacun un briquet. Le contenu de chacun des sacs est systématiquement renouvelé, pour rester dans les proportions susdites. La dimension de satisfaction orale et fécale est à portée de main. Il s'instaure entre le patient et le contenu de son sac une sorte de circulation en circuit fermé. Les échanges se passent de son regard, il se trompe exceptionnellement pour y prendre ce qu'elle désire. Ce sac en plastique nous apparaît donc comme un contenant dont l'intérieur serait cloisonné en plusieurs compartiments par les autres sacs plus petits.

Pour l'autre, ce grand sac en plastique contient d'autres sacs plus petits. Il nous a fait le détail du contenu de chacun de ces petits sacs, sans jamais nous accorder un droit de regard ou de contact. Il nous a décrit trois sacs remplis de cassettes audio. Il ne transporte aucun lecteur de cassette avec lui, cet objet restant continuellement dans sa chambre. Ce qui importe donc, c'est la présence par ces cassettes, des paroles de chansons, d'un texte, d'un discours en permanence à ses côtés. Il n'a aucunement besoin d'hallucinations auditives, un discours est avec lui dans son sac, discours silencieux, ou par le truchement du froissement du sac.

Selon lui, son sac ne contient jamais rien d'autre. Il sort fréquemment de son sac une cassette ; cette action se passe du regard il sait systématiquement comment est ordonné la totalité de ses cassettes. L'équipe infirmière a toutefois relevé dans ce grand sac un autre sac contenant son tabac, un sac avec son café soluble et un dernier sac que l'on pourrait qualifier de sac à détritus. Tout au long de nos rencontres, il a manifesté une certaine réticence à évoquer son sac, comme s'il était menacé, en le livrant à notre regard, de le perdre, ou comme s'il s'agissait d'un « privé » dont l'évocation friserait l'obscène, d'une histoire exclue de l'intersubjectivité, et, semble-t-il, d'un registre externe à celui du langage.

Ces deux observations ici rapidement résumées nullement de cas isolés. Nous avons pu, à l'aide des équipes soignantes, répertorier quinze autres patients présentant une relation similaire à un sac en plastique. Nous avons donc proposé de rencontrer ces 17 patients en objectivant leur symptomatologie à l'aide de la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), il s'agissait pour nous de vérifier l'impression clinique que ces patients chroniques avec un sac étaient effectivement paucisymptomatiques par rapport à d'autres patients de même profil pathologique.

Méthodologie [6]

Nous avons relevé le critère diagnostique (en référence à la CIM 10) en vue d'un appariement avec un groupe de témoin, de N=17 patients, de même diagnostic, mais sans sac en plastique.

L'examineur a été le même pour les 34 patients, sur une dizaine de jours, sans savoir à quel

groupe appartenait le patient, sauf à ce que ce dernier se présente sans son sac en plastique à l'entretien (ce qui concernait deux patients du groupe « sac »).

Les données ont été comparées par des tests du X², des tests T de Student et des tests U de Mann-Whitney. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$.

Résultats

Appariement diagnostique

11 sujets hétérophrènes dans le groupe « sac » et le groupe témoin (F20.1) ; 7 sujets oligophrènes dans les deux groupes (F79.1).

Sexe

La différence entre les deux groupes n'est pas significative (groupe sac : 9 hommes/8 femmes, groupe témoin : 11 hommes/6 femmes).

Age

La différence entre les deux groupes n'est pas significative (groupe sac : moyenne 44,7 ans, extrême : 27 à 63 ans), (groupe témoin : moyenne 39,6 ans, extrême : 27 à 68 ans).

Années d'évolution

Nous répertorions ici la date de la toute première hospitalisation en milieu psychiatrique. Pour le groupe « sac », la moyenne est de 23,3 ans (1 à 41 ans). Pour le groupe témoin, la moyenne est de 16,5 ans (4 à 38 ans). Les patients du groupe « sac » ont tendance à avoir une évolution psychiatrique plus ancienne que les patients témoins.

Nombre d'hospitalisations depuis la première admission et temps d'hospitalisation (nombre de journées d'hospitalisation/nombre de journées hors hôpital) depuis la première admission : on ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes.

Adaptation à la vie institutionnelle

Ce critère un peu artificiel reposait sur l'évaluation des possibilités de sortie. Plus un patient se montrait ritualisé, peu tolérant au changement, sortant peu de l'institution et sans avoir le moindre projet de sortie, plus nous le considérons comme adapté à l'institution. En somme, ce critère peut équivaloir à une chronicisation.

Les patients du groupe « sac » ont tendance à être mieux adaptés, moins facilement « sortables » de l'asile que les patients du groupe témoin.

Scores à la BPRS

Les patients du groupe « sac » ont un score très significativement moins élevé que les patients du groupe témoin ($p=0,0001$). Pour le groupe « sac », le score moyen est de 37,8 (extrême de 28 à 47). Pour le groupe témoin, le score est de 48,1 (extrême de 36 à 57).

En ce qui concerne les sous-scores, il n'y a pas de différence significative pour le score négatif de la BPRS mais le sous-score positif du groupe « sac » est significativement moins élevé que pour le groupe témoin, semblant appuyer notre impression clinique.

En détaillant plus avant, on retrouve également un sous-score significativement moins élevé pour le groupe « sac » en ce qui concerne la composante *délinquante et hallucinatoire* de la BPRS, la composante *psychotique aiguë* ainsi que la *composante mélancolique*. Il n'existe en revanche pas de différence significatives en ce qui concerne les *composantes hétérophréniques et paranoïaques* de la

BPRS. Plus clairement, les patients psychotiques chroniques avec un sac en plastique sont moins délirants, moins dissociés et moins déprimés que les patients du groupe témoin.

Conclusion de l'étude

On constate donc bel et bien certaines particularités cliniques inhérentes aux patients psychotiques chroniques avec un sac en plastique : ils ont tendance à avoir une évolution psychiatrique plus ancienne, avec plus de difficultés à sortir de l'institution. Ils présentent une symptomatologie négative équivalente aux patients chroniques tout venant, mais une symptomatologie positive significativement moindre, notamment en termes de symptômes psychotiques aigus, délirants et dissociatifs. Ils ont par ailleurs moins déprimés.

Quelques réflexions subjectives

Le sac en plastique, équivalent délirant ?

Dans « Pour introduire le narcissisme » [3], Freud se positionne comme suit : « il semble que le malade (paraphrène) ait réellement retiré sa libido des personnes et des choses, sans leur substituer d'autres objets dans ses fantasmes... Le délire des grandeurs devient une tentative de réponse, comme maîtrise de cette masse de libido non attachée à des objets. L'hypocondrie viendra en cas d'échec de ce délire des grandeurs ». D'une autre manière, Freud propose en fait le délire du psychotique comme seule solution satisfaisante pour combler une relation d'objet devenue inaccessible. Le sac en plastique de nos patients hébéphrènes (en tant qu'équivalent délirant ?) est peut-être une modalité satisfaisante rendant possible l'accès à une préobjectalité.

Foucault rappelle que « dans la Folie classique, il existe deux formes de délire. Une forme symptomatique... manifeste. Mais il existe un autre délire qui n'apparaît pas toujours, qui n'est pas formulé par le malade lui-même dans le cours de la maladie, mais qui ne peut manquer d'exister aux yeux de celui qui essaie de formuler son énigme et sa vérité... [cet autre délire] peut être où on l'attendrait le moins » [2].

Calligaris dégage, à la suite de Freud et Lacan, la nature salvatrice du délire, dans la psychose, véritable paramétaphore se substituant à la métaphore œdipienne symboliquement forclosée [1]. Un ordre règne au sein des sacs, ordre numérique strict, organisation intangible, rangement précis.

Outre la question de la stéréotypie, cet ordre peut évoquer une organisation délirante du contenu du sac. Un ordre idéal, parfait, touchant du même coup le lien que le sujet entretient avec le sac, donc ordonnant le sujet lui-même.

Il n'est pas neutre, à ce propos, que la numération apparaisse comme système organisateur. Le nombre n'impose pas le même écart que le signifiant ; dénombrer colle à son objet quand nommer (ou qualifier) impose la perte inhérente au langage. Là encore, l'horreur de la perte est court-circuitée.

Dans la clinique que nous rencontrons, le sac prolonge le sujet à chaque instant, à la façon d'un *placenta*, objet intermédiaire n'étant ni la mère ni l'enfant. Le sujet semble vivre un *partenariat* implicite, automatique, avec son sac. La relation n'apparaît pas dialectique, mais *évidente*, nourrie d'une adéquation parfaite : la main plonge et prend le nécessaire au sein de ce contenant membrané, de cet organe ; pas de *subjectivation*, pas de mots, pas d'authentique inscription en discours, de ce lien qui se rapproche ainsi d'une stéréotypie.

Évoquer le sac prend alors le tour de l'obscénité pour cette préobjectabilité, cet inaboutissement, ce maintien d'une jouissance. Cet objet d'autre part, ou plutôt ce pré-objet, tire sa force de *sa présence continue*, de sa disponibilité parfaite et suffisante. Reprenant Spitz pour qui l'équipement congénital de l'enfant comprend la faculté de former des « relations objectales » [11], le sac prendrait la forme

alors objet placentaire, idéalement maintenu. Il signe l'impossible coupure de ces sujets psychotiques, pour pérenniser un lien sans parole.

Enfin, le cycle de vie et mort du sac, prenant une dimension de véritable compagnon, confère une vitalité essentielle au sac et le distingue d'un objet inanimé au sens de Searles. Le sac neuf est apprivoisé, rencontré, son enveloppe s'use, se perfore, et, cycle de vie et de mort, de jeu sur l'éphémère, mais aussi de renaissance systématique, est en place. La mort ne sépare pas, l'interchangeabilité annule la perte de l'objet qui de fait apparaît immortel, tel un double, dont Macias rappelle qu'il est « une réponse à la dérélitium du sujet ».

Le sac est donc animé d'une vie éternelle de recommencement. Il propose une scansion vie-mort en annulant sa portée (la perte) par son interchangeabilité absolue.

Par le sac, la psychose emprunte ici au social un aspect de la consommation effrénée de produits qui se remplacent et se succèdent.

Sac en plastique du psychotique, biens du SDF ?

Le sac en plastique, emblème du contenant moderne mais aussi objet disponible par excellence apparaît d'une même façon comme compagnon d'infortune du SDF. La différence réside en ce que le SDF ne dispose d'aucun lieu de rangement personnel, ni d'aucun autre type de sac (le sac en plastique est l'un des rares objets de notre univers disponible facilement et sans argent).

Le SDF y rangera quelques affaires et souvent l'alcool. Sac placentaire ? Sac sein ? Toujours est-il que le sujet psychotique comme le SDF errent en marge d'un social dont ils participent ainsi à déterminer la consistance. Ils le balisent.

De manière courante, le SDF, la détresse sociale, s'inscrivent dans le registre de l'exclusion de la société. Pour beaucoup d'auteurs, la psychiatrie dans sa dimension institutionnelle doit faire face à ce même rejet de la part du corpus social. Foucault propose ainsi la notion d'internement comme « un espace indifférencié d'exclusion » [2]. Le parallèle peut aller jusqu'à cette notion de chronicité et de dépendance à la situation vécue : le psychotique chronique peut devenir hautement dépendant de l'institution à tel point qu'aucun projet de sortie ne semble réalisable. De même concernant le SDF, Gaboriau propose une problématique similaire de dépendance à la rue : « nous l'avons observé : lorsque quelqu'un vit à la rue depuis de nombreuses années, il faut comprendre que s'il en sort, il regrettera le monde de la rue qu'il laisse ». Le sujet s'offre à l'Autre, institution ou ville, comme à l'Autre maternel, y mêlant fusion, régression et jouissance.

Dans ce champ de la psychose, Guesdon et Roelandt ont proposé une revue de la littérature retrouvant parmi la population SDF, et selon les études, 7 à 40% de sujets psychotiques [7].

La difficulté reste la même dans ces prises en charge de la psychose, qu'elle soit institutionnalisée ou marginalisée ; il s'agirait de trouver un juste milieu entre « le rôle aliénant de l'institution et la désinsertion, qui tous deux favorisent la pérennisation des troubles mentaux » [8].

Pour en revenir à des considérations plus cliniques, l'observation de nos psychotiques chroniques dépendants de l'asile et déambulant avec leurs sacs en plastique, nous renvoie effectivement à l'image du SDF : celui-ci déambule non plus dans l'institution mais dans la ville, portant avec lui ses biens, avec à portée de main une satisfaction orale immédiate (la bouteille d'alcool par exemple). Une modalité commune peut alors être cette dépendance à l'institution ou à la ville comme modalité régressive, ou plus justement non progressive dans notre univers où la névrose préside au champ social. Dès lors, il serait possible de considérer les patients chroniques et les SDF non plus dans une

dimension d'exclusion de la société mais bien au contraire sous l'angle de l'inclusion. Le psychotique dépendant devient inclus dans l'institution asilaire comme le SDF est inclus dans la ville. Le psychotique devient le fétiche de l'institution comme le SDF est devenu le fétiche de la ville, tous deux se rejoignant en tant qu'êtres parasociaux.

Conclusion

Dès lors, si on accepte cet objet sac en plastique, il nous faut l'inscrire non plus dans une clinique négative caractérisant le psychotique déficitaire, mais comme un élément de symptomatologie positive permettant peut-être de découvrir une certaine clinique.

Cette clinique est sous nos yeux, montrée à l'évidence du regard, omniprésente, soutenue par un discours. Elle s'écarte radicalement de la clinique du déficit corrélée à une symptomatologie négative. Il s'agit d'une clinique active, vivante, en mouvement, qui nous renseigne sur la psychose. Elle nous est proposée par les patients, nous nous devons de l'appréhender.

Quoi qu'il en soit, c'est l'évidence clinique qui nous a incité à mener ce travail. Nous le considérons, avant même de valider sans conteste l'importance du signe du sac en plastique, comme une invitation à revenir à une lecture clinique princeps, au-delà de la logique nosographique habituelle passant par la rencontre nécessaire avec le sujet, seule manière de la respecter.

Références bibliographiques

- [1] Calligaris C., *Pour une clinique différentielle des psychoses*. Paris : Point Hors Ligne ; 1991.
- [2] Foucault M., *Histoire de la Folie à l'âge classique*. Paris : NRF, Gallimard ; 1972.
- [3] Freud S. « Pour introduire le narcissisme » in : *La vie sexuelle*. Paris : P.U.F. ; 1969
- [4] Gaboriau P., Lebleu D., « La thérapeute face aux problèmes des personnes sans logis. Réflexions ethnopsychologiques sur les SDF », *Annales Médico-psychologiques*, 154, n°1, 1996.
- [5] Goullieux E., *Un regard sur la chronicité : l'objet sac en plastique à l'hôpital psychiatrique*. Thèse pour le doctorat en médecine, Amiens, 1999.
- [6] Goullieux E., Chaperot C., Loas G., « D'une clinique de la chronicité : essai d'objectivation d'une relation d'objet dans la psychose ». *L'info Psy* 77, 9, 2001.
- [7] Guesdon I., Roelandt J.-L., « Enquête Lilloise sur la santé des personnes SDF ». *L'info Psy*, 74, 4, 1998.
- [8] Ktiouet J.E., Sekkat C., Paes M., « Les facteurs psycho-environnementaux de résistance de la schizophrénie ». *Nervure*, Tome XI, n°3, avril 1998.
- [9] Lantéri-Laura G., *La chronicité en psychiatrie*. Paris : Synthelabo, Les empêcheurs de penser en rond ; 1998.
- [10] Lauret T., « Prise en charge et orientation des malades mentaux chroniques lourdement dépendants ». *Nervure*, tome X, n°2, mars 1997.
- [11] Spitz R.A., *Le Non et le Oui. La genèse de la communication humaine*. Paris : P.U.F. ; 1962.

C. PISANI

Idéal et psychose

Le psychotique peut être un idéaliste. Les psychiatres désignent même certains d'entre eux par le terme d'« idéalistes passionnés ». C'est un beau terme qui cache pourtant une réalité clinique parfois inquiétante, voire potentiellement dangereuse.

De fait, le mouvement logique de la psychose – car la psychose a sa logique – peut conduire le sujet à nourrir une passion débordante pour la justice, l'égalité, la paix dans le monde, et souvent par dessus tout, pour la vérité.

Nous ne sommes pas là dans le registre hégélien de la belle âme que Lacan a souligné à plusieurs reprises. Le psychotique ne dénonce pas le désordre d'un monde dont il bénéficie. Il n'est pas la « belle âme » qui s'insurge avec d'autant plus de véhémence et d'exigence qu'elle se tient ainsi à distance de la responsabilité qu'elle prend dans la situation décrite. En ces temps électoraux, ce registre pourrait nous inciter à la réflexion.

Le psychotique lui, bénéficie peu du pacte qui nous lie, il en perçoit seulement le caractère extérieur et foncièrement arbitraire. Il ne peut que constater avec justesse les imperfections, les revirements et les lâchetés qui sont notre lot commun, et qui lui apparaissent si éloignés de la radicalité et de la pureté de l'idée, de l'idée mise en place d'idéal – (c'est d'ailleurs l'origine du terme. L'idéal est l'aboutissement de l'idée, et cela depuis Platon).

Pour tenter d'avancer dans ce registre, il faudrait se demander de quoi est fait cet idéal, et comment névrosé et psychotique s'en débrouillent. Comment aussi il est mis en jeu dans la relation entre le psychotique et celui en position de l'écouter, de le soigner, voire –si la gageure est soutenue- de l'analyser. Dans cette interrogation, prendrait place aussi la place de l'idéal dans l'institution où le plus souvent se déploie cette rencontre. Enfin, si l'on s'éloigne d'une visée idéale, comment, au-delà de la fascination ou du rejet, proposer des perspectives à la fois exigeantes et partielles, ambitieuses mais partant de petites choses. Je vais essayer de pointer quelques éléments de ces interrogations.

La psychanalyse nous apprend, et parfois nous exerce, à nous méfier de l'idéal, en premier lieu de l'idéal du bien. Vouloir le bien de l'autre peut devenir une passion, une passion allant parfois jusqu'à nier totalement celui qui en est l'objet, qui devient alors asservi à l'idée du bien qui le dépasse largement, et vis-à-vis de laquelle il ne peut que se révéler décevant. Il n'est jamais à la hauteur de l'idéal qu'il est censé porter. Cela se retrouve bien sûr classiquement dans l'image idéale par excellence qu'est l'enfant – et c'est par ce biais que l'on pourrait accrocher la si grande fréquence de l'enfant dans le fantasme –, *l'enfant idéal*, à l'horizon de tout imaginaire de l'enfant, peut devenir l'enfant insupportable par le seul fait qu'il se refuse à n'être qu'une idée.

Cela peut se retrouver aussi dans le registre psychotique que j'évoquais et que le film *Harry, un ami qui vous veut du bien* illustre à sa façon. Méfions nous de ceux qui nous veulent trop de bien, et méfions nous de notre intention bienfaitante.

Freud parlait de la « fureur de guérir » qui peut nous saisir tous, et en particulier ceux qui sont destinés à « soigner » l'autre. Il est d'ailleurs très fréquent d'entendre au sein des équipes

psychiatriques, la revendication du *soin* comme spécificité absolue, du terme thérapeutique comme sésame valant à lui seul affirmation péremptoire et qualifiante. Il suffit pourtant d'inciter à dire un peu plus ce qui s'abrite derrière ce terme, pour constater la difficulté de répondre, je dirais d'en répondre. Le plus souvent, ce sont des réponses d'adaptation sociale, quand ce n'est pas seulement la désignation statutaire, qui viennent tenir lieu d'étalon thérapeutique. Cette surenchère du vocable « thérapeutique » a pu conduire à transformer un temps de voyage ou de vacance – chose sympathique au demeurant et potentiellement agréable – en « séjour thérapeutique » ou une sortie conviviale au restaurant en « repas thérapeutique ». Avouez que transformer un repas en remède a de quoi décourager les meilleurs appétits.

C'est que le thérapeutique ne se décrète pas, il peut éventuellement se constater, il peut y avoir des effets thérapeutiques mais, d'une part pas nécessairement là où on les attend, ni à partir d'une intuition thérapeutique, et d'autre part à condition de préciser ce qui sera entendu comme effectivement thérapeutique.

Il importe donc de se garder de l'idéal thérapeutique, de la prétention soignante. Si, comme le dit la maxime, « l'enfer est pavé de bonnes intentions », les bonnes intentions thérapeutiques – vouloir changer l'autre – n'échappent pas à la règle, et pourraient même être paradigmatiques de ce danger.

Dans le champ de la psychanalyse, Freud insistait avec force. En 1909, dans une lettre à Jung, il va jusqu'à écrire « je me dis souvent, pour apaiser le conscient, surtout ne pas vouloir guérir, apprendre et gagner de l'argent ! Ce sont les représentations de but conscientes les plus utilisables ».

De quoi est fait cet idéal dont il convient de se méfier. L'idéal est d'abord affaire d'image. Finalement, toute image aurait pour horizon l'image idéale. Faire image reviendrait à viser l'idéal. En psychanalyse, cette image idéale porte un nom : c'est l'image narcissique encore appelée précisément par Lacan le « Moi idéal ». Ainsi, du Moi à l'image il y aurait moins qu'un pas, il y aurait précisément identité. L'identité du Moi c'est l'image. Le Moi est une image en place d'idéal. Se méfier de l'idéal amène alors à se méfier du Moi.

Cependant, cette image, j'ai beau m'en méfier, j'y tiens, plus encore je l'aime. C'est une première définition de l'amour – partielle et insuffisante – celle de l'amour narcissique, mais ce n'est qu'une image, c'est-à-dire qu'elle est précaire, fragile, trompeuse. À elle seule, l'image ne peut soutenir ce que l'on nomme « l'identité ». L'identité ne peut être réduite à l'image, au Moi. L'identité réduite à l'image, c'est celle de l'identique à soi, celle d'une coïncidence pourtant jamais atteinte, en tout cas bien éloignée de ce qui peut nous donner une appréhension de l'identité.

Avoir « une identité », c'est être en mesure d'affronter le « non identique », c'est-à-dire affronter le caractère brisé, déchiré de l'identité. Cela peut sembler paradoxal, mais fait néanmoins partie de notre expérience concrète. Sitôt que l'on s'approche d'une coïncidence qui pourrait de façon homogène et univoque marquer notre identité, il n'y a plus identité mais angoisse ou éclatement ; là, pourrait se situer aussi l'émergence psychotique, qu'il faudrait alors penser comme maladie de l'identité, au sens d'un trop d'identité et non d'un défaut, d'une identité qui touche à l'identique.

Précisons : soutenir une place, accepter la désignation, c'est tolérer ce que cette place comporte toujours d'extérieur à celui qu'elle épingle. Nous entendons souvent évoquer en psychiatrie, le terme « d'autonomie », avec l'objectif, parfois explicitement énoncé, de rendre le sujet plus « autonome ». En fait, si l'on s'y arrête, l'un des sujets les plus autonomes, c'est le sujet autiste. Nous sommes, comme névrosés, des sujets dépendants. Dépendants déjà – toujours déjà pourrait-on dire – sur le plan symbolique. C'est-à-dire celui que je viens d'évoquer, celui de la place que j'occupe dans le désir de l'Autre, de ce qui me précède – même si cela est irréductible à une personne –, c'est ce qu'on appelle la dette symbolique. Dépendants d'une image, l'image narcissique, celle du Moi idéal, celle de toutes les

identifications imaginaires. C'est la série des clés : de la clé des songes à la clé de la réussite, celle du passe-partout, de la toute puissance imaginaire. Mais aussi et surtout, j'y arriverai ensuite, dépendant d'un objet, celui qui fixe mon fantasme et oriente la jouissance.

L'idéal d'autonomie est donc bien éloigné de ces dépendances nouées. Il serait peut être possible de considérer, je le dis comme une piste à explorer, que le nouage réel/symbolique/imaginaire, que Lacan a situé comme ce qui nous distinguait de la psychose, peut être entendu comme un nouage de dépendances, et que c'est lorsqu'une dépendance deviendrait séparée, ou insuffisamment articulée, que la névrose prendrait de l'ampleur ou la psychose se manifesterait.

Pour le dire de façon un peu caricaturale, c'est dans la dépendance plurielle, dans l'autonomie relative et partielle, que l'on peut trouver une certaine marge, sinon d'indépendance, du moins de mouvement.

Revenons à l'idéal – l'idéal du névrosé est en fait un idéal soutenu par le manque, un idéal sur fond de manque. C'est le manque qu'appelle l'idéal, comme idéal de complétude. L'hystérique en est la figure exemplaire, non pas idéaliste passionnée mais passionnée par l'idéal. C'est parce qu'elle appelle l'idéal – en particulier phallique – qu'elle consacre le manque et s'empresse de le révéler, le susciter, le renouveler. La perspective de l'analyse est bien d'ouvrir sur une autre logique que celle du manque et c'est finalement pour cela qu'elle conduit à une *chute de l'idéal*.

Cette autre logique ne repose plus sur une absence, ce n'est plus celle du défaut ou de l'insuffisance mais plutôt celle d'un « trop de présence ». Ce « trop », cet excès, s'appelle en psychanalyse, avec Lacan, la jouissance. Disons pour tenter de se la figurer, cette présence – même si cette figure est nécessairement fallacieuse – qu'il s'agit d'une présence à laquelle on ne peut échapper. Une présence qui prend au corps, qui s'impose dans son caractère à la fois imparable et éminemment concret. Mais ce qui est le plus difficile, le plus insupportable, c'est que si cette présence est indubitable et concrète, elle n'est pas assignable à une image ou à un mot, à un temps ou à un lieu consistant, c'est donc une présence si présente qu'elle en est impensable. Drôle de présence qui ne peut s'envisager dans la possibilité de son absence, qui ne laisse aucun doute, et à laquelle pour le coup il ne manque rien.

C'est l'angoisse qui nous l'indique, et en même temps nous arrête au seuil de sa rencontre. C'est le fantasme qui se charge, cette présence, de la mettre en image, de la réduire, tout en en conservant une part qui sera cruciale pour le sujet.

L'idéal du névrosé n'est donc pas celui qui pousse vers cette jouissance, (c'est ce qui distingue Moi idéal/idéal du Moi du Surmoi), il n'est pas, quoiqu'en dise le sujet, l'idéal absolu, mais à l'inverse il protège le sujet et le tient à distance du danger, ne serait-ce qu'en réduisant l'idéal à une représentation imaginaire et symbolique, c'est-à-dire tout simplement en amenant le sujet à dire l'idéal est ceci ou cela.

C'est dans la confrontation avec cette fonction de l'idéal chez le névrosé que peut apparaître la distinction avec l'idéal que porte le psychotique.

Pour lui, je dirais qu'il cherche un vrai idéal, un idéal qui tienne le coup, qui ne se laisse pas arrêter par les petits idéaux dont nous nous satisfaisons. Cet idéal est d'autant plus exclusif et exigeant qu'il n'est pas noué, donc limité, arrêté comme peut l'être l'articulation Moi idéal/idéal du Moi (très schématiquement l'articulation entre une image globale et une marque partielle).

Cet idéal est donc sans mesure, il est à vocation universelle, absolu dans sa prétention et peu sensible aux contraintes, contradictions et obstacles qui s'opposent à lui.

Tel sujet aura l'idéal d'un corps parfait et s'infligera des exercices quotidiens qui, en le mettant à

l'épreuve, assurent le maintien d'une enveloppe qui ne peut souffrir d'imperfection. L'idéal est ici tyrannique, comme le Surmoi. Ce qu'il procure n'a rien à voir avec le plaisir ou l'interdit, mais avec une jouissance qui trouve là, à la fois à s'exprimer et à s'endiguer. Il s'appuie sur une image dont les contours doivent être les plus fixes possibles.

Tel autre, dans un registre très différent, aura l'idéal d'un hôpital parfait. Il en connaît très précisément les rouages, et se comporte en véritable « évaluateur ». Il passe ses journées à observer et à pointer les failles, évidemment multiples, du système. Les points de vue souvent font mouche et soulignent effectivement des défauts chez les soignants, les autres malades, l'organisation. Il ne s'agit pas ici, comme chez l'hystérique, de repérer l'insuffisance chez l'autre qui n'est jamais à la hauteur – sous-entendue phallique. Il s'agit plus d'une démarche soutenue par la certitude que c'est le système qui ne va pas, quitte à écrire pour en référer aux plus hautes autorités de l'état, selon une modalité paranoïaque.

Nous pourrions tous évoquer d'autres encore, d'autres figures qui, de la certitude de détenir les moyens d'éradiquer les guerres à celles d'amener le monde à ouvrir enfin les yeux sur le message du Christ, sont amenés au nom de leurs idéaux à dépasser bien des limites.

Il importe d'être ambitieux dans notre abord de la psychose, mais tâchons de ne pas mettre cette ambition au service d'un idéal. Tâchons d'en définir les contours, d'en définir le style, en ayant comme ligne de conduite, le respect du sujet psychotique, c'est-à-dire le respect de son irréductible singularité. La question du style me semble particulièrement importante côté patient et côté clinicien – pas seulement analyste. Les infirmiers et ceux qui côtoient la psychose dans la durée, et parfois la rencontrent – au sens d'une vraie rencontre, imprévue et toujours nouvelle – savent que chaque psychotique a son propre style. C'est une des raisons pour laquelle il faudrait peut être parler des psychoses et non de la psychose, et cela même si l'on souscrit à la cohérence d'une logique structurale.

Si l'on veut bien s'accorder pour dire que les modalités d'expression de la psychose constituent une réponse, constituent la manière de répondre qu'un sujet a pu dégager, le style sera le style de la réponse. Dans les présentations cliniques, l'on peut constater la diversité de ces modalités, parfois si éloignées du descriptif par tableau qui figure dans les manuels.

L'on peut constater aussi combien les commentaires, les lectures des cliniciens – de formation et d'orientation diverses – sont différents et parfois très divergents, sans d'ailleurs que cette divergence ne recouvre des filiations prévisibles ou supposées par les références théoriques de chacun. Régulièrement, les étudiants qui assistent s'étonnent de cette grande variabilité du discours clinique.

Pourtant, si l'on reprend la phrase de Lacan dans l'ouverture des *Écrits* où, complétant la phrase classique, il énonce « le style, c'est l'homme à qui l'on s'adresse ? », il n'y aurait pas lieu de s'étonner. D'emblée, le style sera branché sur l'Autre, pour le psychotique comme pour nous tous, et cela même si le rapport à l'Autre est différent dans la psychose.

Cela peut conduire à souligner que la psychose est pour le sujet une manière de rester accordé à l'Autre, même si cet accord prend précisément la forme d'une discordance. C'est un point qui ne me semble pas suffisamment souligné, la discordance qui a pu être finement décrite dans la clinique psychiatrique française, témoigne, tout comme l'hallucination, d'une tentative pour maintenir le lien à l'Autre. Le Président Schreber, dans ses *Mémoires d'un névropathe*, le décrit avec force : il importe absolument de maintenir un lien et la parole, qu'elle soit discordante ou hallucinatoire, reste un recours fondamental. Sans elle, Schreber se retrouve « laissé en plan », lâché, il n'est plus rien. Certes, dans la psychose, ce raccordement fonctionne mal, ou trop bien selon l'angle théorique par lequel on l'aborde. En tout cas, il est trop voyant, c'est-à-dire qu'il se révèle comme tel, dans son caractère

fragile, artificiel, bref, il nous montre que l'adéquation à l'Autre n'est jamais obtenue. Il nous rappelle que pour nous tous, le raccord à l'Autre, l'Autre du langage en particulier, est inadéquat, partiel, mais le plus souvent il se fait oublier. Dans la psychose, il arrive aussi, et l'on retrouve l'idéal, que cet Autre soit absolu et divin, et en vienne à se superposer au sujet. C'est le moment où Schreber est la femme de Dieu, ou encore le moment où il s'assimile véritablement à la toute puissance de l'Autre, où il devient Autre incarné et idéal.

Si donc il y a une irréductibilité de la psychose, une singularité, il y a aussi une singularité du style, définie comme mode de lien à l'Autre. L'intérêt d'aborder la spécificité psychotique sous cet angle est de partir en même temps de ce qui fait ouverture, branchement. Par son écoute, par sa présence, par ses questions, le partenaire du psychotique donnera un style à la rencontre, ou encore il pourra éveiller ce qui, du style, est toujours à l'œuvre. Ce style n'est jamais fermé sur lui-même, il est ce qui se révèle, se construit et s'élabore dans le lien à l'Autre. C'est ce qui, fort heureusement, rend intransposable le lien qui s'établit entre deux sujets, et que tous les processus actuels de standardisation de l'échange ne pourront éliminer. L'orientation sera de soutenir et d'encourager la mise en place et le repérage du style qui peut s'établir avec le psychotique.

Loin de l'idéal, les petites choses, les petits détails qui peuvent fonder l'accroche, seront à promouvoir comme un outil plus fondamental qu'une théorie, aussi ficelée et élaborée soit-elle. C'est peut-être, en passant, un reproche que nous pourrions adresser à un maniement extensif de la théorie de la forclusion, devenant théorie idéalement explicative. En tout cas, la théorie, c'est du moins le point de vue que je soutiens dans le champ de la psychanalyse, n'est jamais aussi percutante et rigoureuse que quand elle circonscrit son domaine d'application jusqu'à tenir au détail.

J'ai souvenir d'une patiente schizophrène qui, des années après sa première hospitalisation, évoquait ce qui, dans sa détresse et son effondrement d'alors, l'avait – disait-elle – maintenue en contact avec le monde. Ce n'était pas l'Hôpital dans son ensemble, ni l'équipe, ni même une personne en particulier – même si tout cela était nécessaire et participait à sa protection – c'était, disait-elle, la voix de la psychiatre qui l'avait reçue à son entrée. Pas ce qu'elle lui a dit alors, elle ne s'en souvenait plus, ni de son aspect, mais le timbre, la modulation de sa voix. La voix de l'Autre – et l'on retrouve le rapport à l'hallucination – était le fil qui, dans ce moment, avait pu la raccorder. Beaucoup d'entre vous auront remarqué que l'inflexion de la voix tient souvent un grand rôle dans le travail avec les psychotiques – qu'elle soit grosse, douce ou forte – elle peut susciter apaisement ou colère.

Nous touchons ici à la question de l'objet (objet pulsionnel ou plus spécifiquement objet a chez Lacan). C'est finalement l'objet qui nous attache à l'autre. Au-delà ou à côté du pacte et de l'image narcissique, il y a l'objet. Penser la psychose par ce biais offrirait des perspectives.

Du détail donc à l'objet, de l'objet comme détail, ou plutôt de l'objet qui se détache ou se repère en creux du détail. Il s'agirait alors de favoriser chez ceux qui se confrontent à la psychose, la prise en compte du détail. Ce peut être le cas de l'analyste qui court l'aventure de s'engager avec le psychotique. Ce peut être, plus souvent, le cas de l'analyste qui, dans une réflexion collective, relaiera ce souci. À cet égard, je pense que l'analyste peut avoir une place importante, voire cruciale dans le dispositif. Non pas parce qu'il va « analyser » le clinicien ou le psychotique, mais parce qu'il va tenter de souligner ce qui dans ce qui s'est noué avec lui est crucial. C'est ce qui fonde et maintient le lien et donc ce qui doit être préservé, voire mis à profit dans des situations où le sujet s'échappe dangereusement.

Il y a bien sûr plusieurs modalités d'accroche, et c'est sur elles qu'il faut faire porter l'attention. Sans oublier que certaines, en particulier celles qui touchent à l'idéal – c'était le départ de mon topo – peuvent être à proscrire dans leur caractère dangereux et absolu.

Je voudrais insister aujourd'hui sur cette accroche qui part de l'objet, c'est-à-dire en s'appuyant sur Lacan, de l'accroche qui tient au réel. Il pourrait y avoir par ce biais des points communs dans l'exigence de la psychanalyse chez le névrosé et chez le psychotique, en passant par des vecteurs différents.

D'un côté avec le névrosé, il s'agit dans la cure qui constitue un espace et un temps propres – balisés et nourris par le transfert – de viser ce qui se noue au Moi idéal et à l'idéal du Moi, et assure finalement, le véritable moteur, la cause. C'est la part de jouissance qui tient à l'objet.

De l'autre, dans le cas de la psychose, il s'agira, souvent hors du cadre de la cure et du transfert – strictement défini – de s'appuyer sur la présence massive et intrusive de la jouissance pour tenter de s'y loger, au sens de la nouer, de tenter de la rendre moins menaçante. Pour me faire entendre, je dirai qu'il s'agit d'occuper la place, d'accepter d'être par exemple cette voix qui fait limite ou ce regard qui fait cadre.

C'est bien sûr une visée mais qui peut orienter le travail d'écoute et la réponse. C'est une autre piste complémentaire et non contradictoire avec celle plus classique consistant à partir du délire comme reconstruction selon l'indication freudienne. Accompagner le délire, le faire travailler en évitant qu'il ne se boucle, voire le susciter quand c'est la perplexité qui domine, en cherchant à reporter son achèvement dans l'idéal, en pointant pour cela le caractère incomplet et insuffisant de la construction. C'est l'asymptote délirante que Lacan a soulignée dans son texte sur la psychose.

Si, avec un sujet névrosé, il s'agit de partir du symptôme, de sa matérialité, de son caractère limité et concret pour repérer en quoi ce symptôme est tenu par l'objet et pas seulement par le sens, avec un sujet psychotique il s'agirait de repérer dans le délire ses modalités précises, pas seulement ses thèmes, mais son mode d'expression, le moment de son émergence ou de son réveil, la jouissance qui, à défaut d'être véritablement nouée, s'articule néanmoins avec lui.

Je ne fais ici qu'ébaucher des pistes qu'il faudrait à la fois développer, confronter, mettre à l'épreuve. C'est, en tout cas, me semble-t-il, la part la plus spécifique que l'analyste peut prendre dans la réflexion et l'approche de la psychose, à partir de sa position éthique. La responsabilité de l'analyste ne serait pas de prétendre avoir le fin mot sur la psychose et son traitement – si c'était le cas ça se saurait – ni d'édulcorer la massivité de la clinique ou pire encore de l'idéaliser, tout en restant à distance. Elle serait d'inciter à s'appuyer sur ce qui fait précisément l'intolérable de la souffrance psychotique, à savoir la jouissance intrusive et menaçante qui s'y déploie, pour, sinon la regarder en face, du moins tenter de la réduire, dans la mesure même où l'on accepte de reconnaître qu'elle nous atteint.

J.-P. VEROT

30 gouttes d'Haldol

Parler des psychoses pour un infirmier, dans un théâtre, nécessite une mise à distance de la mise en scène, des garde-fous dirait-on, mais de ce côté, nous sommes déjà une vieille histoire, un passé dépassé depuis le programme de 92.

Il s'agit, pour moi, de regarder l'avenir, chacun prend les risques qu'il veut, le principe de réalité s'imposera, la rencontre avec les maladies mentales, autrement dit « les psychoses ou les psychotiques » posent certains problèmes non résolus à ce jour.

Je tiens à préciser que le terme « psychoses », en tant que diagnostic, doit tenir compte dans la démarche clinique, de toutes les prudences à observer, non seulement sur les conséquences du regard nosographique qui fige, stigmatise, annule et affole, mais comporte comme toute affirmation ou négation, un risque d'erreur.

On peut se tromper, et ne pas s'en rendre compte. On peut errer, divaguer, fabuler, délirer.

Ce qui pose problème, c'est davantage les troubles du comportement, car le délire dit à *bas bruit*, ou le délire plutôt sympa, seul, dans son logement, à voix basse ou haute dans la rue, celui qui prête à rire, qui ne met pas en danger l'entourage familial, ou ne trouble pas l'ordre public, celui-là : *peu importe*... dirai-je, la souffrance du sujet n'est pas d'ordre public, elle est du domaine privé, c'est d'la psy, encore un psy... peut-on entendre souvent à l'hôpital général.

Cette référence fugace au délire me paraît primordiale, le délire est au centre de l'objet de la psychiatrie.

À partir de ce critère clinique, le problème commence à se compliquer sérieusement parce que vous le savez, dès qu'il fallut par élan philanthropique et raison sanitaire, regrouper et classer les malades, les soins prirent un contenu parfois baroque, j'ajouterai sans retenue, souvent sadique. C'était la logique de l'enfermement, des gens, des idées et des conduites.

Je m'abstiens de développer à nouveau les bénéfiques thérapeutiques de l'utilisation des neuroleptiques et autres médicaments psychotropes, cette période historique est connue de tous. Reconnaissons que des patients sortaient nettement améliorés ou guéris avant l'apparition des neuroleptiques grâce à une organisation différente de la vie sociale à l'intérieur de ce que nous appelions l'Hôpital Psychiatrique.

Les groupes de parole, les médicaments, la liberté de circuler et de parler, le respect, l'écoute, le questionnement institutionnel et l'organisation de la vie sociale, constituent les principaux outils thérapeutiques des infirmiers. Les malades venaient vers nous plus différenciés, c'est-à-dire moins indifférents, en essayant de les comprendre nous parvenions à nous identifier plus facilement, la « folie » devenait alors moins radicale dans l'altérité qu'elle représente, les malades étaient moins hostiles, étrangers à eux-mêmes et à nous, ils étaient plus humains, nous protégeaient dans certaines situations à risques.

Pour parvenir à ce genre de relation, il fallait auparavant être reconnu comme soignant, c'est-à-dire être capable de les soulager de leur souffrance par la fonction apaisante venant de l'ambiance, la manière de se parler, d'organiser les réunions, de faire nous-mêmes des choses concrètes et de pouvoir les partager avec eux.

Je retiens cependant au minimum trois automatismes néfastes dans nos pratiques :

– Celui qui consiste à se calquer sur des références théoriques univoques comme la psychanalyse ou la pharmacologie... bref ! des techniques de spécialistes, thérapies systémiques, comportementales, cognitives... à ne pratiquer et ne parler que de cela, on finit par s'isoler.

– Celui des perspectives carriéristes où l'on observe fréquemment une expérience relativement courte de soignant qui précède une autre expérience bien plus longue dans le champ formation, le management ou le coaching !

– Celui du manque de motivations et de formation, induisant des mouvements de retraits, inquiétants pour les psychotiques qui, du coup, vivant ces retraits sur le mode du rejet, assaillent les soignants au moment du café, des réunions, pour des cachets, de l'argent, un RDV etc., provoquant en cascade d'autres mouvements d'exaspération, de non réponse, d'attente ou de rejet.

Il en existe d'autres, au niveau de la conflictualité par exemple, normale pour les uns, mais usant chaque fois un peu plus les soignants(es) réellement motivés, tout ceci est paraît-il humain... mais pas nécessairement thérapeutique en psychiatrie.

Je clôture ces critiques sur l'utilisation de certaines formules répétées à qui mieux mieux, c'est-à-dire rivalisant (encore la rivalité !), des uns et des autres, entre, par exemple, l'intra- et l'extra-hospitalier, prise en charge ou en décharge, formé-déformé-réformé, fiabilité et non fiabilité etc. Tous ces réflexes, ces automatismes qui, par définition, échappent à notre conscience, devraient être interrogés.

Il ne m'appartient pas de définir ce que peuvent être les attitudes idéales d'un soignant en psychiatrie, je ne veux pas me référer à une sorte de théorie sur les meilleures techniques thérapeutiques pour soigner les psychoses, mais il y a plusieurs problèmes importants à discuter ou rediscuter :

– La sélection et la formation des futurs professionnels, je veux parler du profil psychologique des infirmiers(ères) et des contenus de la formation, car si un cursus complémentaire paraît indispensable, nous ignorons toute ébauche de projet après dix ans de nouveau programme.

– La complémentarité médecins-infirmiers en psychiatrie me semble essentielle, qu'en est-il avec les projets DSSI et les concepts de soins actuels ?

– L'orientation de la politique sanitaire en matière de soins psychiques (santé mentale-psychiatrie) avec une fois de plus les oppositions à mon sens inadéquates, entre réseau et secteur ; vers la santé mentale avec quels effectifs, quelle formation, quel cadre législatif, quelle déontologie, quel dispositif et surtout quelles orientations thérapeutiques ? La santé mentale n'est sûrement pas le nouveau paradigme de la psychiatrie.

– Enfin, si la psychiatrie mérite à mon sens une autre image de marque, nous ne pourrions pas défendre cette discipline en nous satisfaisant de suivis thérapeutiques jalonnés de RDV au CMP, injection retard, AAH (Allocation Adulte Handicapé), COTOREP, Tutelle ou Curatelle ; nous faisons de plus en plus de l'accompagnement social avec l'argent des soins et ceci ne sera pas sans conséquences pour les malades.

En conclusion, je dirai que chaque *psychotique* doit pouvoir être soulagé à n'importe quel moment, de jour comme de nuit, dans des asiles de la parole, accueilli, écouté par des professionnels compétents, capables de traiter le problème avec les différents moyens thérapeutiques reconnus par la discipline.

Si 30 gouttes d'Haldol suffisent dans un premier temps, ce sera très bien, mais s'il faut continuer avec des entretiens, un temps d'hospitalisation, un autre traitement, des activités, bref ! Une prise en charge institutionnelle. Nous devons pouvoir le faire sans avoir à entendre que cela coûte trop cher, ou que nous n'avons ni le temps, ni les effectifs nécessaires ; il y va de notre crédibilité envers les malades et de notre reconnaissance professionnelle.

Je vous remercie.

Le silence des cerveaux

Psychiatriquement correct... Voilà ce que je voulais être, lorsque j'ai adressé un premier texte au Comité Scientifique de l'ARASM (Association Régionale d'Aide à la Santé Mentale) « 30 gouttes d'Haldol ».

Entretiens, trois évènements m'ont fait changer d'avis :

- le film de Costa-Gavras, *Amen*, dans lequel un gaz mortel est testé chez les malades mentaux avant l'holocauste nazi,
- les élections présidentielles au mois d'avril 2002,
- la rencontre avec le bureau de la FFP le 14 mai dernier.

Je ne sais pourquoi dans la nuit du 21 au 22 avril, associant « menace et printemps » je pensais à Thomas Mann. Quelques recherches et, le lendemain : « Par un après midi de printemps de cette année 19.. qui durant des mois semblait menacer si gravement l'Europe ». Première phrase du roman *La mort à Venise*.

La lisant plusieurs fois et cherchant l'année durant laquelle ce texte a été écrit ... j'ai appris que c'était 1912, l'année du Titanic, donc rien à voir avec la montée du fascisme, et pourtant, j'ai toujours cru que T. Mann était un auteur antifasciste. J'apprenais qu'il le fût vers la fin de sa vie, au début cela n'était pas évident.

Printemps associé à menace, Venise allégorie de la terre, l'une et l'autre menacées par les comportements destructeurs de l'homme, citée flottante, terre blanche et bleue de loin, en haut de l'espace.

À Venise, une forme de choléra contraignait la municipalité à désinfecter la ville. L'Europe aurait-elle attrapé de nouveau la peste avec la montée de l'extrême droite ?

Quel rapport avec notre rôle soignant ?

La psychiatrie objectivante

Il faut revenir aux années 85-90, moment où l'on voit apparaître de nouvelles injonctions, directives, arrêtés, réforme du financement, hégémonie du courant de pensée anglo-saxon, les DSM, concepts de soins made in USA, durée moyenne de séjour, fermetures des lits, enveloppe globale, management, coaching, enquêtes, questionnaires, sigles etc.

J'avais le sentiment qu'une certaine façon de faire était menacée, on voulait liquider une culture soignante. Mais ce n'était qu'un sentiment, c'est-à-dire quelque chose, si les sentiments peuvent être comparés à des « choses », de subjectif.

Plus question de se promener dans l' printemps, le règne du qu'est-ce que vous faites ? il faut prouver votre efficacité, coûter moins cher, protocoliser, vous savez que l'autisme est désormais un handicap, la schizophrénie le devient de plus en plus, la PMD, le T.B I-II-III est présenté comme une maladie d'étiologie biologique, la dépression, cette fatigue d'être soi considérée comme la maladie de fin et début de siècle, la mélancolie disparaît des classifications internationales et la psychiatrie serait convoquée elle aussi à disparaître.

On liquide les « vieux » concepts et les références « archaïques », la formation des psychiatres comme celle des infirmiers, le nouveau paradigme, c'est la santé mentale...

La psychothérapie (les soins psychiques), ça sert pas à grand-chose, c'est du blabla, si on doit se référer à une théorie relationnelle, c'est plutôt du côté de Rogers qu'il faut aller voir, non directivité et reformulation permettent à la personne de trouver en elle-même ses propres ressources du mieux être, elle exploite son potentiel.

Après tout, nul n'est prophète en son pays, je pensais et pense encore qu'une part d'objectivité me fait défaut, les « choses bougent », les pathologies ne « s'expriment plus de la même manière », notre société a changé, tout a bougé, la famille, le travail, la manière de voyager, l'adolescence, la façon de mourir.....

Des questions

Qu'est-ce qu'une maladie mentale ?

Est-ce qu'une dépression réactionnelle est une maladie mentale ?

Est-ce que la peur de voyager en avion est une maladie mentale ?
 Est-ce que le mal être quotidien des gens est une maladie mentale ?
 En se référant à P. Janet, est-ce que le sentiment d'incomplétude est une maladie mentale ?

Mon point de vue

Certainement pas ! Les psychiatres ont tort de se laisser embarquer dans certaines situations : le mal-être existentiel, une bombe, une usine explosent, une avalanche fait des victimes, un train déraile, des avions percutent des tours, (du coup, New York, ville debout, devient beaucoup moins bandante, pour paraphraser L.-F. Céline, déjà qu'elle ne l'était pas du tout selon lui !) On appelle les psy pour tout et n'importe quoi à condition qu'il y ait du catastrophique, on fait parler les victimes, faut les écouter, les inciter à verbaliser ce qu'elles ressentent, c'est-à-dire qu'on tente de repositionner la psy, par le biais précisément de l'outil le plus contesté : la parole ! pour aussitôt lui donner une dimension vulgaire, le soutien psy, autrement dit, on cause, on écoute, ça leur permet d'évacuer le trauma... la causerie, c'est un peu l'objet magique de la psy, son lève toi et marche en quelque sorte.

Pour un peu, notre métier se résumerait à faire la causette aux misérables.

Je pense que L. Bonnafé a raison lorsqu'il dit que la psychiatrie, on la décrit comme on la maltraite !

Objectivité fantasmée

La parole en soi ne suffit pas, elle est un des outils, elle est utilisée « ouirtalisée » dirai-je, si l'on m'accorde ce néologisme, comme beaucoup d'autres moyens thérapeutiques que nous appelons les médiations (y compris les médicaments) parce qu'elles instituent, établissent un tiers, permettent, favorisent, redéplient, expriment l'état psychique du sujet, au même titre que l'écriture, le dessin, le voyage... Elles introduisent du tiers dans la relation ou de la différenciation, elles représentent des supports à l'expressivité.

À l'origine du soin, il y a peut être l'intention de signifier quelque chose à quelqu'un, par l'intermédiaire de la parole entre autres, mais au commencement du soin en psychiatrie et surtout par rapport aux psychotiques :

« Il faut apprécier et analyser avec soin l'état psychique intérieur qui donne naissance à ces paroles et à ces actes. Nous aurons atteint notre but, si nous avons prouvé qu'on ne doit pas seulement faire l'histoire des idées délirantes, mais celle des individus délirants; qu'il ne faut pas se borner à considérer les résultats du travail morbide de l'intelligence, qu'il faut étudier ce travail lui même ».

J.-P. Falret pose à sa manière un principe de base clinique et thérapeutique que l'objectivité hégémonique veut refroidir, rendre silencieuse c'est-à-dire que le soin commence avec la psychopathologie clinique, la démarche compréhensive de ce qui est exprimé par les patients qui, nécessairement, fait intervenir la subjectivité et l'intersubjectivité. Plus que la parole, le temps et la liberté doivent être considérés comme une première alliance. Il nous faut, à nous soignants, prendre le temps de comprendre ce qui est exprimé pour construire une histoire thérapeutique avec les patients, et le temps de la psychiatrie n'est pas le même que celui de la médecine d'organes, pour celle-ci, c'est le temps du silence, moins un organe se manifeste et mieux il se porte, du moins semble t-il !

Les chambres froides

Durant la rencontre avec le bureau de la FFP (Fédération Française de Psychiatrie), nous discutons de ces problèmes tout en reconnaissant que la psychiatrie avait besoin de clarifier son objet : Qui soigne t-on et comment ?

Les traditions soignantes doivent être interrogées à la lumière d'une certaine objectivité à condition qu'elle n'occupe pas une place hégémonique. Il y aurait, paraît-il, 10 puissance 72 de connexions et/ou

d'interconnexions dans le cerveau humain, c'est-à-dire, 10 suivis de 72 zéros, alors que l'univers n'en contiendrait que 10 puissance 36.

Pour être connectés, nous sommes connectés ! et la psychiatrie se laisse connecter aux chambres froides de la clinique.

Exemple :

- Alors... comment ça va ?
- Ben... ça va, mais je voulais vous dire docteur, mon AAH...
- Oui, oui je sais, faut voir l'assistante sociale pour ça hein, vous le savez... mais vous faites bien de m'en parler, je vais la voir pour ça... Et les voix, comment elles vont, elles vous laissent un peu tranquille en ce moment ?
- Je leur dis ce que vous m'avez appris docteur, ta gueule, fermez vot' gueule !!
- Et ça marche ?
- Quand j'le dis très fort, j'les entends plus, mais faut qu'je parle plus fort qu'elles.
- Et les voisins ... ?
- J'les entends pas, j'm'en fous !!
- Vous savez que la dernière fois, ils ont appelé la police et vous avez été de nouveau hospitalisé, faut prendre votre traitement Mr... ! C'est quand votre prochaine injection retard ?
- Le 24, je crois...
- Bon, vous savez que si ça ne va pas, n'hésitez pas, téléphonez dans le service !

Autre exemple :

Un patient vient s'asseoir dans le bureau infirmier, il est vêtu d'un jean et d'une doudoune un peu crasseuse, mal coiffé, pas rasé, et pas lavé.

Une infirmière :

- T'as pris ta douche ? Tu peux pas dégrafer ton anorak ? Tu dois avoir trop chaud avec ça !! Allez, enlève les boutons.

- Le patient déboutonne celui du haut.

- Allez encore...

- Ah... ah... vous voulez pas que je me déshabille !!

Il déboutonne le second.

- C'est pas vrai... t'as pas pris ta douche ! t'auras pas de cigarette !

- Mais j'la prendrai vers dix heures... ma douche...

Je suis mal à l'aise, j'ai envie de l'aider, il veut ses cigarettes, il a l'air un peu hirsute, c'est vrai, je trouve qu'il a le look du berger.

Je lui demande à quoi il pense la plupart du temps, dans la journée.

- À mon père...

- Votre père ?

- Oui il est mort, il y a dix ans...

- Comment vous y pensez ?

- Tout le temps... il s'appelait Jean, il travaillait chez Citroën... il était à la retraite...

- Et votre mère ?

- Elle est morte aussi...

- Vous y pensez aussi...

- Moins.

- Pourquoi, à votre avis ?

- Ah, ben, j'sais pas, c'est comme ça ! Il rit.

- Quand vous dites que vous pensez tout le temps à votre père, vous y pensez aussi la nuit ?

– Ouais, la nuit aussi.

Il sort un livre de sa poche qu'il me montre tout en refusant que je le saisisse. J'entrevois sur les premières pages, des bribes de phrases soulignées. Je n'insiste pas.

Les deux infirmières assistent à la scène sans dire un mot. Le patient quitte le bureau infirmier, je tente d'expliquer qu'il faut d'abord une approche compréhensive, établir une relation de confiance, partager des confidences avec les patients psychotiques, quelque chose qui se rapporte au secret et ensuite, une fois qu'on parvient à se faire une idée des difficultés internes, on essaye de solliciter les patients dans une activité de groupe, l'hygiène corporelle fait partie de la vie sociale, ce n'est que dans la mesure où il prendra du plaisir à partager avec d'autres une activité sociale, que nous pourrions lui demander d'être un peu plus propre. Ne vous attendez pas, sur simple injonction, à une douche et change complet tous les jours.

Elles avaient l'air, bras croisés, perplexes.

Oui, mais comment on va faire pour le réinsérer dans la société ce malade ?

Est-ce réellement la question actuelle pour lui ? Ou notre projet ? Que fait-on de ses difficultés ? Est-il capable en ce moment d'avoir la moindre idée de ce qu'il lui faudrait pour vivre ailleurs ?

Est-ce notre réalité qui compte ou la sienne ?

Je demande au patient, quelques instants plus tard, en aparté, de me montrer le livre. Il sort lentement le bouquin de sa poche en me disant qu'il le rendra à la bibliothèque.

Je réponds que là n'est pas la question pour moi, je souhaite s'il accepte, prendre connaissance des phrases qu'il a soulignées.

Il me tend le livre sans me répondre. Son geste me suffit.

Page 8 : « moi je suis un homme comme les autres »

« Une grande phase de ma vie ».

« J'ai perdu mon père ... il y a dix (il a raturé huit ou vingt) ans ».

« Humanité ».

« Ni regret, ni désir compliqué ».

« Je suis heureux. Je me souviens ».

Je lui demande s'il a lu le livre, il répond oui et quand je m'ennuie, je le lis encore.

Avant de conclure, je voudrais communiquer le contenu de la fiche de prêt concernant ce livre, elle comprend le titre, un numéro, le nom de l'auteur « Henri Barbusse », et trois cases, une intitulée « répondants » dans laquelle il est écrit « Toi et Moi », une seconde où est inscrite la date d'emprunt, « 2.02.1962 » qui correspond à sa date de naissance et la troisième pour la date de restitution où il est écrit « jamais ».

Conclusion

Toute position hégémonique tant d'un point de vue théorique ou pratique conduira la psychiatrie et les patients à des impasses thérapeutiques.

Les chambres froides cliniques, métaphores d'une volonté de liquider la démarche compréhensive, représentent une nouvelle logique de l'enfermement des malades.

1. Fauret J.-P., *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Ed. Faillié (1864), nouvelle édition, Sciences en situation, 1994, Paris.

I. GOMES, M. GUIMELCHAIN-BONNET, M.-C. MARLIOT, F. ROHART

Hôpital de jour, mode d'emploi

Introduction

L'Hôpital de jour a été créé en 1988. Nous y recevons dix patients qui ont des troubles psychiatriques entraînant des difficultés relationnelles, d'autonomisation, d'insertion sociale et/ou professionnelle. C'est un lieu de soin de transition et non un lieu occupationnel, la notion de transition est importante, on la retrouve sous différentes formes : l'Hôpital de jour est une transition entre l'hospitalisation à plein temps et le retour au domicile familial (personnel ou foyer). La transition est aussi entre « l'inadéquation radicale » et la reprise d'une vie sociale et affective, parfois professionnelle.

Toute la vie institutionnelle, activités et repas, est considérée comme thérapeutique, comme devant permettre au projet du patient de se réaliser.

En dehors des activités, des entretiens sont proposés : avec l'infirmier référent, avec la psychiatre, avec la psychologue. De plus, des entretiens familiaux ont lieu tous les deux mois environ. En fonction de l'avancée de leur projet personnel et professionnel, certains patients suivent également des formations ou des cours scolaires.

L'Hôpital de jour est donc organisé autour des trois pôles suivants :

- clinique : la prise en charge individualisée du patient dans des activités thérapeutiques et avec ses référents infirmiers,
- systémique : la collaboration avec les familles, le patient étant l'interface entre l'institution et sa famille,
- institutionnel : la vie de groupe avec les différentes réunions et la prise en compte du fonctionnement quotidien.

Histoire de D.

Pour illustrer le fonctionnement de l'Hôpital de jour que nous considérons comme un lieu d'apprentissage de vie, dans sa quotidienneté la plus banale, banale pour qui va bien, extraordinairement difficile à s'approprier pour qui ne va pas bien, voici l'histoire d'un jeune homme entré en 1996, à l'âge de 20 ans et sorti en 2001.

Pourquoi ce choix ?

D. nous a fait prendre la mesure du travail institutionnel par les difficultés que nous avons rencontrées à son entrée à l'Hôpital de jour et par le cheminement fait avec lui, qui a permis qu'il sorte et parte « vivre sa vie » dans un foyer d'adultes, avec prise en charge au CATTP de la ville.

Son histoire est aboutie et, en ce sens, exemplaire.

D. nous a été adressé par un service hospitalier de pédopsychiatrie en 1994. L'équipe est venue parler de lui à deux reprises et a travaillé le projet d'Hôpital de jour pendant deux ans avec le jeune homme et sa famille. Cette démarche de longue haleine a permis à D. d'entrer en 1996, tout en rassurant sa famille qui craignait terriblement que le passage d'une structure infanto-juvénile à une structure d'adultes bouleverse la vie familiale.

Le diagnostic de psychose infantile paraît adapté à D. C'est seulement à l'entrée au cours préparatoire que ses difficultés ont été repérées et traitées. Pourtant, l'anamnèse montre plusieurs éléments personnels et familiaux qui auraient pu alerter sur le véritable état de santé psychique du garçon. Les premiers troubles décrits sont « mutisme et intolérance à la séparation d'avec la mère ».

Il est le premier d'une fratrie de trois avec deux sœurs plus jeunes. La naissance de la première, quand il avait treize mois, a marqué l'arrêt de son développement psychomoteur. À la naissance de sa

deuxième sœur, il a fait un épisode d'encoprésie diurne. Les difficultés de D. étaient dans le prolongement des difficultés de ses parents à se situer comme adultes autonomes face à leurs propres parents. En particulier, la grand-mère paternelle, très envahissante, mais aussi très accueillante, a joué un rôle important.

La prise en charge psychiatrique de D. s'est déroulée de la façon suivante :

- de 6 à 12 ans, suivi en CMPP,
- de 12 à 20 ans, suivi en Hôpital de jour pour enfants, car la scolarité était devenue impossible,
- de 20 à 25 ans, suivi dans notre Hôpital de jour pour adultes.

Quand D. est arrivé à l'Hôpital de jour, il se présentait comme un jeune homme replié sur lui-même, souvent en retrait du groupe. Pendant la première semaine, il s'est beaucoup isolé, a aussi beaucoup pleuré. Il parlait peu, boudait parfois de façon très spectaculaire. Il a pendant longtemps eu de grandes difficultés à élaborer et rendre compte verbalement de ce qu'il ressentait. Au fil du temps, son comportement a changé et même physiquement il s'est développé et ouvert.

Il a eu une attitude fusionnelle avec son infirmier référent tout en maintenant parfois, de façon caractéristique, son point de vue sur certaines situations. Là, il boudait et se retirait ! Rapidement, il a souhaité reprendre des cours d'alphabétisation, reprendre un stage en sellerie (comme il l'avait fait pendant son séjour en pédopsychiatrie). Alors qu'il ne savait pas lire à son entrée, il a appris suffisamment pour lire les panneaux à la gare et prendre le train tout seul ; il a aussi appris à lire l'heure et à compter son argent. Ensuite, il a travaillé comme stagiaire à la ferme thérapeutique du Centre Hospitalier dont nous dépendons. Ce stage a été déterminant dans son évolution et lui a permis d'acquérir une véritable confiance en lui.

Le travail avec sa famille a été très intense, sous plusieurs formes, et a permis, finalement, que D. quitte le domicile familial dans un tout petit village, loin de tout, pour aller s'installer dans un foyer thérapeutique en ville. Là encore, l'Hôpital de jour a permis une transition. Le projet pour lui était d'intégrer un CAT, mais il était trop lent dans ses gestes. Son passage au foyer et au CATTP de la même ville devrait lui permettre de peaufiner ce projet, de continuer son évolution et d'arriver à son but.

Hôpital de jour comme outil de soin

Différentes activités sportives ou d'expression sont proposées aux patients, comme support thérapeutique. C'est là un fonctionnement assez classique, mais plutôt que de parler de l'intérêt des activités, nous souhaitons montrer l'importance de la vie quotidienne et inscrire notre travail dans le courant de la psychothérapie institutionnelle.

Le mode d'emploi de l'Hôpital de jour passe pour nous par le travail du quotidien, le travail avec le patient et sa famille, passe enfin par le travail de l'équipe sur elle-même.

Toute la vie quotidienne à l'Hôpital de jour est utilisée pour favoriser l'apprentissage de l'autonomie et la ré-appropriation de gestes simples mais indispensables. Cela concerne aussi bien la gestion du temps que l'organisation matérielle d'un repas par exemple.

Pour un jeune patient comme D., habitué à suivre un emploi du temps tout fait, apprendre à l'organiser soi-même est difficile.

Trois activités :

a) Le planning est la première activité de la semaine. Chaque lundi matin, tous les patients et au moins deux membres de l'équipe se réunissent pour organiser la semaine, choisir certaines activités, permettre à chacun de s'y inscrire selon ses goûts ou ses obligations à l'extérieur. C'est aussi au cours de cette réunion que se répartissent les tâches matérielles, service de table et de vaisselle, arrosage des plantes, etc.

Une demi-journée dite « de temps libre » est réservée à ne rien faire d'organisé par les soignants, à s'ennuyer éventuellement et, du coup, à apprendre à faire avec soi-même !

b) Le sens de l'organisation est mis à rude épreuve dans le service de table. Deux patients sont chargés, chaque jour, de mettre le couvert pour tous, de servir le repas (arrivé préparé), de desservir et faire la vaisselle. Cette activité relativement simple mobilise beaucoup, en fait, car il s'agit d'une succession de nombreux actes. Comment dérouler l'activité de façon efficace quand le rapport au réel est perturbé ? Cette tâche implique le repérage du temps, la distinction de différentes catégories, le propre et le sale, le passage d'un état à l'autre (cru/cuit), etc.

c) La sortie est, enfin, une autre catégorie d'activités qui, malgré son aspect de détente, mobilise beaucoup les patients. À l'Hôpital de jour, la sortie a lieu un jeudi sur deux, toute la journée. Elle est organisée en fonction des désirs des patients de visiter un monument ou une exposition ou encore de passer la journée dans un parc d'attractions. Le repas de midi est pris au restaurant. Chaque sortie a un patient référent qui cherche les informations nécessaires et assure la comptabilité avec l'infirmier référent.

La sortie oblige à aller à l'extérieur, à sortir du cocon rassurant de locaux connus et généralement bien investis, pour se confronter à des personnes et des lieux étrangers. Il faut parfois chercher son chemin, ce que l'on souhaite manger, l'attraction que l'on veut voir. En un mot, il faut accepter de quitter ses repères pour aller vers de l'inconnu. Cela peut être très difficile pour certains patients.

Travail clinique

Cet apprentissage de la vie quotidienne est possible grâce à l'aide de l'infirmier référent qui joue un rôle central d'ancrage, grâce aussi au travail avec la famille. L'infirmier propose régulièrement des entretiens au patient. Il est bien entendu disponible quand le patient l'interpelle. D. a eu une relation très fusionnelle avec son infirmier référent avec lequel il a néanmoins appris la séparation. Le premier trouble dont on avait parlé à son propos était l'intolérance à la séparation d'avec sa mère. En retour, il y avait aussi toute la difficulté pour sa mère, mais aussi pour son père, à le laisser s'éloigner d'eux. Le travail de l'infirmier a donc porté sur la construction et l'aménagement de la séparation pour qu'elle ne soit plus synonyme de rupture, ni pour les uns ni pour les autres. La meilleure preuve en est d'ailleurs qu'aujourd'hui, plusieurs mois après son départ de l'Hôpital de jour, D. nous téléphone de temps à autre pour donner de ses nouvelles qui sont bonnes. La séparation élaborée a permis que la fusion, inhibante, devienne lien, moteur.

D. a pu s'installer dans un foyer, au centre d'une grande ville, alors que sa famille vit toujours dans un tout petit village à 17 kms de là. Cette installation n'a été possible qu'après un long travail de l'infirmier référent avec le jeune homme et avec ses parents, conjointement avec l'équipe du foyer. Il a fallu que chacun dise ce que lui évoquait le mot foyer. Pour le père, c'était le foyer Sonacotra de triste réputation ; pour la mère, le foyer signait l'abandon dont elle-même, enfant, avait été victime ; pour D. enfin, le foyer représentait l'arrachement à la famille.

Visites et discussions répétées ont permis qu'il y entre et s'y fasse une place satisfaisante. Cela a permis aussi que nos attentes et celles de sa famille s'ajustent peu à peu.

Travail dans l'équipe

Le dernier volet de notre mode de fonctionnement est le travail de l'équipe sur elle-même. À la manière du proverbe « cent fois sur le métier, remettez votre ouvrage », nous interrogeons notre pratique.

Bilan par activité, bilan par patient, synthèse clinique sont autant d'occasions de réfléchir à ce que nous avons personnellement mis en jeu dans la relation au patient, dans ce que la structure a offert au patient, dans ce que le groupe a permis ou pas au patient.

Même si nous ne pouvons pas théoriser tout ce qui se passe dans ces réunions, certains éléments apparaissent, dont l'un des plus intéressants me paraît être la cohésion de l'équipe. Malgré des

différences dans l'approche des patients, le projet est véritablement commun, élaboré avec le patient, mais soutenu par tous les soignants, chacun dans sa fonction.

En ce sens, l'Hôpital de jour est bien un lieu de transition.

On y prépare la sortie du patient dès son entrée pour que le sujet puisse être autre, et pas dans un prolongement de la relation à sa mère. La transition autorise vraiment l'autonomisation des patients.

D. est un bon exemple de ce processus. L'équipe a soutenu, s'est soutenue, pourrait-on dire, face à certains moments plus difficiles où rien ne semblait évoluer pour ce garçon. Néanmoins, la reprise et l'analyse, à la fois, de son comportement et du nôtre ont fini par faire avancer suffisamment la situation pour que de véritables changements soient possibles.

Conclusion

Différents éléments ont participé à ce que nous considérons comme un projet abouti. Pourtant, nous continuons à nous interroger sur ce moment particulier, fugace, où quelque chose d'indicible se passe, qui fait en quelque sorte basculer la situation. Pourquoi à ce moment plutôt qu'à un autre, le sujet est-il prêt, quelle parole, quelle rencontre sont-elles déterminantes ?

Pour D., notre hypothèse tient sur trois points : d'abord, le stage à la ferme où il a mesuré par lui-même, et sans parole des autres, sa capacité à travailler, ensuite il était souvent question de foyer à son propos, mais sans qu'il accroche à cette idée jusqu'au jour où, de lui-même, il a interpellé son infirmier référent et demandé à aller en foyer, enfin, lors d'un entretien avec sa famille, la psychiatre a dit à la mère de D. que les parents n'étaient pas éternels auprès de leurs enfants. C'est ce mélange subtil qui a déclenché un mouvement chez D., mouvement toujours à l'œuvre.

J.-P. PARCHLINIACK

VAD : que peut-on apprendre au domicile des patients psychotiques

ÊTRE DE LA PAROISSE

Dans le cadre d'un travail mené dans le service du Docteur Jovelet à Abbeville, à l'invitation de Monsieur Rivallan, j'ai rencontré chaque mois, durant quatre ans, les infirmiers de secteur. Les motifs qui fondaient cette demande sont les suivants :

- Faire part des difficultés rencontrées à l'occasion de visites à domicile parfois difficiles.
- Questionner la pertinence de ces rencontres qui se prolongent des années durant.
- Orienter le travail afin de tisser un lien d'autant plus nécessaire que le cadre donné par les murs de l'institution hospitalière fait défaut dans ce « tête-à-tête » qui s'effectue au domicile du patient.

À chacune de nos rencontres, un membre de l'équipe infirmière présente les éléments d'une situation qui l'embarrasse ou encore pour laquelle des questions surgissent. L'exposant est interrogé, parfois le récit est complété par les souvenirs d'un autre intervenant de façon à cerner la difficulté qui se présente là. Ce travail se nourrit, en quelque sorte, de l'incompréhension de chacun.

Je garde le souvenir amusé de la relation faite par un infirmier de ses visites à une patiente. Celle-ci n'a de cesse de lui raconter des histoires salaces. À chacune de ces rencontres, elle en apporte une où la dimension sexuelle est manifeste. À chaque fois, elle rit de bon cœur alors que lui n'y entend goutte. Jamais il n'a pu rire avec elle car il est déconcerté au point qu'il est en peine de nous rapporter l'une de ces histoires. Il sait pourtant que c'est une histoire drôle, plutôt pornographique, il constate le rire de la patiente, et pourtant, il est incapable de saisir le ressort du comique. Nous vérifions ici, *a contrario*, le propos de Lacan dans le Séminaire *Les formations de l'inconscient* que les conditions nécessaires à ce qu'un « trait d'esprit fasse rire l'Autre, il faut ... qu'il soit de la paroisse ».

Ce qui est ici sensible, c'est la surprise à chaque fois renouvelée dont témoigne l'infirmier quand il écoute ces histoires. La surprise, consiste dans l'écart entre le signifiant et le signifié, c'est le développement qu'en donne J.-A. Miller dans *Le conciliabule d'Angers*, et dont je vais me servir. Ici une histoire est reconnue par l'infirmier comme étant du signifiant, il sait donc qu'il y a du signifié mais il ne peut en déployer la signification. Le « qu'est-ce que ça veut dire ? » qui le saisit fige le signifiant en n'autorisant pas sa dilution dans la signification. Cette solidification du signifiant en perturbant l'articulation au signifié produit cet effet d'expectative qu'est la surprise.

Le psychotique a un rapport éminent à cette disjonction du signifiant et du signifié. À la racine de la psychose, il s'agit « d'une impasse, d'une perplexité concernant le signifiant... ». On a pu vérifier cela lors d'une présentation de malade de l'Antenne clinique de Prémontré où un jeune homme situait très précisément le début de sa maladie. C'était un matin dans la salle de bain, quelque chose s'est mis à clocher, quelque chose n'était plus à sa place. Il situait ça dans les bruits du quotidien. Un sentiment s'impose alors à lui d'une faille, insupportable et qui captive toute son attention, ne lui accordant plus de repos.

Il y a quelque chose et il en est d'autant plus certain qu'il ne sait pas ce que c'est. À la place où vient la signification, il y a un vide. Ceci, s'articule à la certitude car ce qu'il a reconnu là « veut dire » d'autant plus qu'il ne sait pas quoi. Reprenons cette articulation :

- Il y a d'abord un vide qui peut se traduire ainsi : « je ne sais pas ce que ça veut dire ».



– Vient ensuite la certitude : « moins je sais ce que cela veut dire, plus je sais que cela veut dire quelque chose ».

– Enfin, la construction délirante est possible quand : « je sais que ça m'est adressé, j'en suis le destinataire ».

La surprise du névrosé, du fait de l'opacité du signifié, est un écho du cataclysme à l'œuvre dans le symbolique chez le psychotique. Qu'est-ce qui fait tenir, chez le névrosé, le signifiant au signifié ? Qu'est-ce qui permet que ce capitonnage tienne ? La réponse de Lacan, c'est qu'en dernier recours, la signification c'est la signification phallique. Et c'est par la métaphore paternelle qu'apparaît celle-ci.

$$\begin{array}{ccc}
 \text{Nom-du-père} & \text{Désir de la mère} & \\
 \hline
 & \bullet & \\
 \hline
 \text{Désir de la mère} & \text{x} & \longrightarrow \text{Nom-du-père} \\
 & & \hline
 & & \text{A} \\
 & & \hline
 & & \text{phallus}
 \end{array}$$

Dans l'écriture de cette métaphore paternelle, le désir de la mère s'articule avec un x à la place du signifié. Ce x désigne une énigme qui motive la perplexité du sujet car il ne sait pas ce qu'est le signifiant du désir de la mère. C'est alors que vient la réponse universelle, la réponse normale, la réponse normative : « cela veut dire le phallus ».

À ce titre, le Nom-du-père est un standard et l'on peut penser que cette dimension du standard n'a pas échappé à la patiente aux histoires salaces qui tente pathétiquement de faire consister le phallus.

