

Point Hors Ligne

Collection dirigée par Jean-Claude Aguerre

La collection « Point Hors Ligne » explore les questions essentielles à l'avancée du champ psychanalytique. Elle s'attache à tisser les liens entre une élaboration théorique et une pratique au quotidien.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

L'autre pratique clinique

Alfredo Zenoni

DU MÊME AUTEUR

Le corps de l'être parlant

De Boeck-Université, Bruxelles, 1998 (1^{re} édition 1991)

L'autre pratique clinique

Psychanalyse et institution thérapeutique

Préface de Félix Samoilovich

Postface de Alexandre Stevens

POINT HORS LIGNE

é
éditions
rès

Table des matières

PRÉFACE, <i>Félix Samoilovich</i>	7
---	---

1. INSTITUTION

Introduction, <i>Fabienne Hody</i>	11
ORIENTATION ANALYTIQUE	
DANS L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE	15
L'antinomie psychanalyse/institution	16
Clinique et institution	19
Communauté de travail et traitement de la psychose.....	22
DANS LES MARGES DU LIEN SOCIAL	30
Un « foyer de postcure »	30
La fonction sociale et le champ clinique de l'institution	32
Les activités et le collectif.....	38
La question du traitement	41
CLINIQUE PSYCHANALYTIQUE EN INSTITUTION :	
LA NÉVROSE.....	44
Question préliminaire :	
quelle orientation psychanalytique ?	44
La névrose dans le champ psychiatrique	51
CLINIQUE PSYCHANALYTIQUE EN INSTITUTION :	
LA PSYCHOSE	60
Spécificité de la psychose	60

Conception de la couverture :

Anne Hébert

Illustration :

Brise de papier

Danielle de Vroede, 2009.

Version PDF © Éditions érès 2012

ME - ISBN PDF : 978-2-7492-1812-0

Première édition © Éditions érès 2009

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse

www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Quelle institution pour le sujet psychotique ?.....	65	Le rejet de la cause dans le réel	138
Le travail de la psychose	70	RÉPÉTITION OU FIXITÉ DE LA CHOSE	142
Passages à l'acte.....	78	Répétition ou « retour dans le réel »	142
QU'EST-CE QU'UNE INSTITUTION « RÉGLÉE » ?		Versions de la jouissance.....	143
<i>Place et fonction de la règle</i>		Figures de pères hors « père-version »	145
<i>dans une structure thérapeutique résidentielle</i>	81	« JE VEUX UNE MAMAN ! »	147
UN CAS DE PSYCHANALYSE APPLIQUÉE :		LA MESURE DE LA PSYCHOSE	
LA PRATIQUE EN INSTITUTION.....	85	<i>Note sur ladite schizophrénie</i>	158
Deux pratiques différentes	85	Les deux versants de la psychose.....	159
Une pratique avec la psychose	87	La psychose, quand l'Autre n'existe pas.....	161
Application de la psychanalyse		Hors discours	168
à une pratique plurielle.....	89	Le vide et le réel	170
Interresponsabilité	90	Orientation de la pratique	174
Le rapport à la psychanalyse	92		
Effets-de-formation	93		
2. CLINIQUE		3. TRAITEMENT	
Introduction, <i>Rachel Silski</i>	95	Introduction, <i>Jean-Louis Aucremanne</i>	177
LA PSYCHOSE HORS DÉCLENCHEMENT	99	« TRAITEMENT » DE L'AUTRE.....	180
La notion de déclenchement.....	99	La dimension de l'« interaction »	180
Du symptôme du sujet au fantasme de l'Autre ...	101	En deçà du développement :	
La psychose sans troubles de langage	104	la dimension de l'Autre.....	183
LA CONSTRUCTION DANS LA CLINIQUE		Deux orientations dans la pratique	
DES PSYCHOSES	109	institutionnelle	187
Dans la clinique.....	110	CLINIQUE DE L'ENFANT PSYCHOTIQUE :	
La construction dans la cure	121	LA VOIE DE LA SINTHOMATISATION	194
TROUBLES DE L'ÉNONCIATION	124	QUAND LE SYMPTÔME NE PARLE PAS.....	204
Julien.....	125	Molécule et symbole.....	206
Veronica	128	Fonction du symptôme.....	209
QUAND L'ENFANT RÉALISE L'OBJET		QUELLE RÉPONSE AU MONOSYMPTÔME ?	215
<i>À propos dudit « syndrome de Münchhausen</i>		Le pivot du symptôme.....	216
<i>par procuration</i> »	132	Monosymptome n'est pas monothérapeutique....	218
La relation au médecin ou l'enfant		COMMENT S'ORIENTER DANS LE TRANSFERT ?.....	221
comme objet ?	133	Le transfert de l'Autre.....	222
Une autre causalité	135	Le transfert comme actualité.....	223
		Destins de la libido.....	224
		Une érotomanie généralisée	227

Phénomènes et structure.....	230
Les conditions d'un autre transfert	232
Un autre partenaire.....	239
LE RESSORT DE LA THÉRAPEUTIQUE	245
La dimension relationnelle de la clinique.....	245
Lien et séparation	247
Fonction d'une institution.....	248
 4. FOLIE ET RESPONSABILITÉ	
Introduction, <i>Patrick Lejuste</i>	253
LE MINEUR D'ÂGE ET LE TRAITEMENT PSY.....	255
VOLONTÉ DE JOUISSANCE	
ET RESPONSABILITÉ DU SUJET.....	265
La volonté de jouissance dans le réel.....	266
La responsabilité du sujet	271
La règle contre la volonté de l'Autre	273
CLINIQUE DU PASSAGE À L'ACTE.....	277
La folie hors le « mental ».....	277
Le passage à l'acte	280
Deux versants de la constitution du sujet	283
Excursus sur la volonté	284
Deux formes de séparation	286
Sortir de la scène	288
Auto-extraction de l'objet	291
L'enfant	292
L'agression de l'Autre	293
Du passage à l'acte au « sinthome »	295
LE PASSAGE À L'ACTE NOUS CONCERNE	298
 POSTFACE, <i>Alexandre Stevens</i>	309
INDEX RÉFÉRENTIEL DES TEXTES.....	313

Préface

« Nous ne prêtons que fort peu d'attention
à ceux qui abandonnent. »

Doris Lessing

La photo a été prise vers 1982 ou 1983, dans un bureau de l'institution. Assis côte à côte, nous nous regardons, un peu perplexes mais sans doute amusés. Alfredo Zenoni porte un béret noir, style toréador, brodé de son prénom en lettres dorées. Moi un bonnet blanc, si long à l'arrière qu'il disparaît derrière mon dos. Comme presque chaque année, une ancienne résidente est venue nous rendre visite le jour de notre anniversaire (nous sommes nés le même jour, à peu d'années d'intervalle) et nous a offert des petits textes et ces couvre-chefs, pour nous photographier « et garder un souvenir ».

L'image, un rien floue après les années, m'est revenue en mémoire en me demandant quelle était la meilleure façon d'aborder, en quelques lignes, ce qui serait le « motif dans le tapis » dans les textes et dans la démarche d'Alfredo Zenoni. La photo m'invite à risquer cette réponse : Zenoni invente un type de présence inédite dans l'institution thérapeutique. Les obstacles rencontrés et sa passion pour la clinique font le reste : les textes ici présentés (qui ne constituent qu'une partie de son œuvre écrite) sont les témoins de ce que cette présence exige et, à la fois, suscite.

Ils sont la preuve, par ailleurs, de la continuité dans la tâche entreprise : ils ont été sélectionnés – c'était leur initiative – par des membres de l'équipe de l'institution qu'il a soutenue pendant trente ans, et ils sont introduits par des collègues qui pratiquent aujourd'hui, eux aussi, autrement, la clinique en institution.

Cette clinique, en particulier en ce qui concerne le traitement de la psychose, s'est bâtie à contresens des modèles et des procédures traditionnels. Si elle est différente – et, à la lecture, il est difficile de ne pas le constater –, c'est moins par souci d'originalité que par la persévérante rigueur logique de l'auteur.

L'histoire pourrait commencer en 1975. Zenoni, engagé dans un foyer de postcure, constate très vite que le rôle de psychologue qui lui est alloué ne répond pas aux exigences d'une pratique qui prétend traiter des sujets situés en marge du lien social. Il se met alors en position d'essayer d'autres voies. Les collègues de sa génération, s'agissant de la pratique avec des sujets adultes en tout cas, n'avaient pas suivi la même voie. On considérerait que le travail institutionnel n'était pour l'analyste qu'une étape d'un parcours qui visait, à terme, la cure type et la pratique exclusive en cabinet. Il n'est pas sûr qu'ils aient beaucoup changé.

Pourtant, les textes de ce recueil démontrent, dans leur variété et leur amplitude de visée, que la clinique en institution n'est pas le sous-produit modique, ou la génèreuse, mais sommaire, application sectorielle de la vaste théorie. À partir surtout de Freud et de Lacan, Zenoni aborde des sujets divers dans différents registres (théoriques et techniques), et brouille toute idée d'une hiérarchie dans la réflexion analytique.

En situant, comme il le formule, l'institution dans la psychanalyse – plutôt que la psychanalyse dans l'institution – il ne s'écarte pas d'une quelconque voie royale mais, retour fécond et inattendu, permet que les cures en cabinet s'enrichissent par les avancées cliniques et théoriques obtenues par le traitement des psychoses en institution.

« L'autre pratique » du titre n'est concevable qu'à partir de cette critique de la raison clinique. Une « autre pratique » difficile à définir car, comme on sait, une inadéquation de base fait

qu'aucun texte ne peut la rendre intégralement. Elle est aussi fruit des circonstances, d'un hasard qui, au fil des années, s'organise.

C'est pourquoi il est nécessaire, sans quitter le champ de la psychanalyse, de faire contrechamp (pour une fois) sur l'auteur, sur la façon dont Zenoni a « pratiqué » en institution pendant trente ans. Avant la métaphysique donc, plus modestement, la physique. Parce qu'à la différence de beaucoup de théoriciens de la « psychothérapie institutionnelle », Zenoni a vraiment existé dans l'institution : il a fait des gardes de week-end pendant vingt ans et, jusqu'à sa retraite, une soirée par semaine – préparation du repas du soir comprise – comme le font les autres collègues. Il a assisté aux deux réunions de staff hebdomadaires, joué (assez bien après tout) au volley-ball et il est parti en vacances d'été avec les résidents. Il n'est pas une voix qui pontifie de loin – les travailleurs en institution comprendront vite : c'est si courant... – depuis un bureau primordial, mais un clinicien qui s'applique, c'est-à-dire qui n'est jamais absent de ce qu'il postule ou préconise.

Cette mise au premier plan de la dimension pragmatique n'écarte pas la théorie mais, au contraire, incite à la rendre plus nuancée et plus rigoureuse. L'institution, n'étant pas déduite d'une quelconque doctrine, apparaît ainsi dans sa vérité : un complexe bricolage d'histoire, de savoir et d'expériences, toujours ouverte à se questionner par le nouveau. Elle oblige ainsi à déposer les formes pures et à réfléchir à la loupe, dans le détail et la contradiction, en marge des modèles et des programmes thérapeutiques dont sont si friands les fonctionnaires de la « pensée mentale ». Si ces textes – tout en étant impeccablement clairs – sont difficiles à résumer, c'est parce qu'ils sont fidèles aux sinuosités des questions abordées, parce qu'ils tiennent compte du fait que les hypothèses d'application, les petits détails freudiens, sont bien plus essentiels que les grands principes.

Les aspérités de la pratique, la parfois intenable pratique, rendent la transmission plus ardue, certes, mais beaucoup plus vivante. Il y a un souffle de vérité qu'aucun clinicien, quel que soit son grade, ne peut ignorer. Lisez les textes de Zenoni et, si vous

n'avez pas l'expérience, observez de près une institution psychiatrique : vous avez des chances de saisir les enjeux, car – d'accord ou pas avec ceux qu'ils postulent – vous aurez fréquenté une réflexion bâtie au jour le jour, sur place, et non dans une quelconque usine à idéaux ni dans les quartiers des bonnes intentions.

Peut-être, au fond, l'opération pourrait s'énoncer simplement : Zenoni a appliqué au psychanalyste le même traitement que Dashiell Hammet, un des pères du roman noir américain, selon une citation célèbre, avait appliqué au crime dans le roman classique : il l'avait extrait de son « vase vénitien » pour le projeter dans la rue.

Félix Samoilovich

1

Institution

INTRODUCTION

Fabienne Hody

Sur quels repères appuyer le travail en institution thérapeutique, psychiatrique ? Est-il possible de conjuguer psychanalyse et institution ? Ces questions théoriques et pratiques, si nous les formulons en partant de l'institution elle-même, des soignants, du « faire » des opérateurs¹ – éducateurs, médecins, psychanalystes et autres –, nous mènent à une série d'apories et d'impasses théoriques et pratiques insurmontables.

Relevons ici quelques-unes de ces questions qu'A. Zenoni retourne à 180 degrés dans les textes de ce chapitre, en les abordant non pas du point de vue des intervenants professionnels mais à partir de la clinique ; autrement dit, de ce qui nécessite l'institution plutôt que de sa volonté thérapeutique, aussi bienveillante soit-elle dans ses intentions.

Partir de la clinique est l'option fondamentale et incontournable de la psychanalyse. C'est une option féconde mais rude, car elle exige de ne pas reculer devant les difficultés et les impossibles qui s'imposent au sujet, névrosé ou psychotique, et de se délester de toute « préoccupation identificatoire » corporatiste comme de tout idéal thérapeutique.

1. Voir « Clinique psychanalytique en institution : la névrose », dans le présent ouvrage.

Reprenons donc la question de l'institution à partir de ce qui la cause, du réel en jeu dans la psychose, de ce qui rend la vie ordinaire insupportable, voire impossible pour certains sujets.

Antipsychiatrie, alternative à la psychiatrie et réinsertion sociale

Ni le mouvement antipsychiatrique qui prônait la suppression des hôpitaux psychiatriques, ni celui de la « psychothérapie institutionnelle » qui cherchait à créer des formes institutionnelles dites « alternatives », n'ont pu répondre au problème de la chronicisation et de l'inadaptation sociale du patient psychiatrique. Une institution « alternative » reste une institution. À partir du moment où des lieux de vie ordinaire sont créés pour soigner l'incapacité à vivre dans la vie ordinaire, ce sont des lieux à part.

Ce qui motive la création d'une institution, « c'est la nécessité d'une réponse à des phénomènes cliniques – tels certains états de la psychose, certains passages à l'acte, certains états de délabrement physique qui peuvent mener le sujet vers l'exclusion sociale absolue ou vers la mort² ». La suppression des institutions psychiatriques ne supprime pas le réel qui a motivé leur création.

Volonté thérapeutique et fonction d'asile

Sortir de la psychiatrie, ce n'est pas l'affaire des soignants, « c'est l'affaire du sujet. Or, en n'accordant l'asile qu'à la condition qu'il soit « thérapeutique », d'une part on étouffe la possibilité d'un engagement effectif dans une thérapie puisqu'on écrase le temps nécessaire à toute élaboration du sujet lui-même ; d'autre part, on risque d'aboutir à la suppression de cette fonction sociale indispensable d'asile sous prétexte qu'elle est « non thérapeutique ».

Psychanalyse et institution

La question de la psychanalyse en institution n'est pas celle des conditions de possibilité de la pratique d'un psychanalyste dans une institution mais celle des conditions de possibilité d'une

2. Voir « Orientation analytique dans l'institution psychiatrique ».

pratique à plusieurs, analystes ou pas, que la psychanalyse oriente³. C'est le lieu dans son ensemble qui se positionne alors en s'appuyant sur ce qu'enseigne la clinique. L'accent se déplace de l'idéal de l'institution – fût-il psychanalytique – au réel en jeu pour chaque position subjective.

Pluridisciplinarité⁴ versus pratique à plusieurs

En retrouvant ainsi la place qui est la sienne, celle de la cause de l'institution, le réel de la clinique induit une autre configuration de l'équipe que celle de la hiérarchie des savoirs préexistants⁵.

Chaque intervenant, quels que soient sa formation et son statut dans l'institution, peut être mis à n'importe quel moment en demeure de trouver la réponse et la modalité d'énonciation qui conviennent, sans que cette réponse soit déductible, ni de la discipline dans laquelle il a effectué ses études, ni des prescriptions hiérarchiques. Il n'est pas simplement le dépositaire d'un savoir-faire, spécialiste d'une technique et enjoint à exercer une fonction précise ; il est le partenaire d'un lien⁶.

Il en résulte une pluralisation de l'Autre, tant au niveau du savoir qu'au niveau du pouvoir. Ce qui constitue déjà en soi une manière de tempérer le caractère intrusif de la supposition de savoir de l'Autre, et d'atténuer la virulence de l'affrontement que la rencontre avec sa volonté peut susciter⁷.

Fonction d'amarrage et « chronification »

Le fait que des patients psychotiques consultent encore, après dix ans, un centre ambulatoire, est-il à entendre comme une chronicisation ? N'est-ce pas plutôt l'indication qu'ils ont pu

3. Voir « Un cas de psychanalyse appliquée : la pratique en institution ».

4. Voir « Clinique psychanalytique en institution : la névrose » et « Clinique psychanalytique en institution : la psychose ».

5. Voir « Un cas de psychanalyse appliquée : la pratique en institution ».

6. Voir « Le ressort de la thérapeutique ».

7. Voir « Un cas de psychanalyse appliquée : la pratique en institution ».

trouver là une fonction d'amarrage et de référence qui leur a permis de se maintenir dans le lien social⁸ ?

Les textes qui suivent – par ordre chronologique – témoignent de l'élaboration de ces questions et nous donnent des balises extrêmement rigoureuses et solides pour l'orientation du travail clinique en institution.

Orientation analytique dans l'institution psychiatrique¹

Je vais travailler avec vous à une problématique clinique et pratique qui est devenue, maintenant, depuis quelques années, moins marginale dans le champ freudien qu'elle ne l'était il y a dix ou vingt ans. Une certaine idée de l'analyste solitaire, effacé, spécialiste de la désidentification, qui n'a aucun idéal et qui ne croit en rien, a laissé la place à une autre idée, qu'Éric Laurent évoquait lors d'une conférence, celle de l'analyste citoyen.

Les analystes ont commencé à saisir, ou devraient commencer à saisir, que leur devoir n'est pas seulement d'écouter, enfermés dans leur réserve, mais de savoir transmettre, en ce qui concerne la condition humaine, ce qui, de la particularité d'un sujet, du cas par cas, peut être utile pour un plus grand nombre, pour paraphraser ce que dit Lacan à propos de la sortie du discours capitaliste, « qui ne constituera pas un progrès, si c'est seulement pour certains² ».

Il y eut un temps où l'on pensait que l'analyste avait à se manifester dans le champ de la culture principalement. Nous croyons que nous avons à intervenir aussi sur des points plus précis de nos sociétés, et en particulier dans les réseaux d'aide, dans les pratiques institutionnelles et sociales, dans la politique de la santé mentale, afin que le respect des droits de l'homme ne soit pas coupé de la dimension du sujet dans la clinique, au moment où le discours de la science est en passe de phagocyter toute la pratique psychiatrique.

8. Voir « Le spectre de la chronicité ».

1. Réécriture d'un exposé à l'Instituto Raul Soares, Belo Horizonte, octobre 1998.

2. J. Lacan, « Télévision », dans *Autres écrits*, Paris, Le Seuil, 2001, p. 520.

L'ANTINOMIE PSYCHANALYSE/INSTITUTION

Ce qui a pu éloigner les praticiens de l'analyse de leur intervention dans le champ de la santé mentale a été, entre autres, une formulation du problème en termes de rapports d'antinomie (ou de compromis) entre deux pratiques, la pratique de l'analyse et la pratique institutionnelle.

On a pu ainsi opposer, presque terme à terme, les buts de l'institution de santé mentale et ceux de la cure analytique, pour en relever l'inconciliabilité et en déduire ensuite, pour l'analyste, la nécessité d'une position extra ou anti-institutionnelle (éventuellement, et paradoxalement, à l'intérieur de l'institution elle-même). Rappelons quelques-uns des termes de cette opposition. L'institution vise à réduire la prégnance du symptôme, alors que l'analyste vise à en faire émerger les signifiants inconscients et leur attache pulsionnelle. L'institution veut le bien et la santé de l'individu, le protège et l'aide, alors que l'analyste ne vise aucun bien, mais seulement l'émergence du désir, qui n'exclut ni le malaise ni l'angoisse. L'institution répond à la demande, tandis que l'analyste, par son écoute radicale, vise la racine même de la demande. L'institution, enfin, essaie de reconstruire l'unité du sujet, tandis que l'analyste vise sa division.

La conclusion pratique qui se déduit de cette confrontation peut ainsi amener certains analystes à osciller entre une attitude de refus ou de critique de l'institution en tant que lieu inapproprié au traitement psychanalytique, et une attitude d'intervention, mais à la condition de n'être pas partie prenante du dispositif institutionnel. Poser le problème en ces termes comporte un double inconvénient : soit de laisser ledit analyste dans son extériorité absolue, soit de l'inclure dans l'institution sur un mode problématique, puisqu'à vouloir se démarquer de tout critère de fonctionnement institutionnel, il finit par susciter une aversion envers la psychanalyse qui amène à son éjection. Dans les deux cas, la psychanalyse finit par n'avoir plus aucune incidence ni sur la clinique, ni sur la pratique institutionnelle.

Si la question du rapport entre psychanalyse et institutions s'épuise trop souvent dans la controverse autour de la possibilité de pratiquer la cure analytique en institution, nous croyons que cela tient au fait d'avoir trop étroitement identifié le discours et l'éthique de la psychanalyse à son application à la thérapeutique individuelle, en particulier du névrosé – comme cela est sensible dans l'énumération des oppositions mentionnées plus haut. Or, cette identification ignore ou méconnaît que les institutions et les réseaux d'aide reçoivent aussi d'autres catégories sociales que celles qui s'adressent habituellement à l'analyste – comme Freud en parlait dans « Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique » en 1918 –, mais surtout qu'elles sont destinées à accueillir, héberger et aider, en priorité, d'autres positions subjectives que la névrose, et à répondre à une clinique qui est plutôt constituée par le passage à l'acte, l'*acting out*, le phénomène psychosomatique, l'épilepsie, que par le symptôme névrotique. Par ailleurs, cette identification risque d'ignorer ce que la considération du « malaise dans la civilisation » a pu avoir comme incidence sur la théorie des pulsions et sur la pratique de l'analyse chez Freud lui-même.

L'impasse de cette formulation est due à la transposition pure et simple du schéma qui figure la démarche de l'analysant vers l'analyse au schéma de l'institution, ce qui du coup réduit la définition de l'orientation analytique d'une institution au fait d'inclure en son sein un cabinet d'analyste.



Or, ce que ce schéma, qui transforme la pratique des soins et de l'assistance en environnement du cabinet de l'analyste, méconnaît, c'est *la raison même de l'existence* de l'institution. Critiquer les institutions de soin et d'assistance parce que leur cadre serait défavorable au discours analytique, ou ne tolérer d'y travailler qu'à la condition qu'elles servent de cadre au cabinet analytique, c'est simplement ne pas tenir

compte de la clinique qu'elles accueillent. Car, avant même de viser à traiter le sujet, l'institution existe pour l'accueillir, le mettre à l'abri ou à distance, l'aider, l'assister : avant d'avoir un objectif thérapeutique, elle est une nécessité sociale. C'est la nécessité d'une réponse à des phénomènes cliniques, tels certains états de la psychose, certains passages à l'acte, certains états de délabrement physique qui peuvent amener le sujet vers l'exclusion sociale absolue ou vers la mort, qui motive la création d'une institution. C'est un « devoir d'humanité³ ».

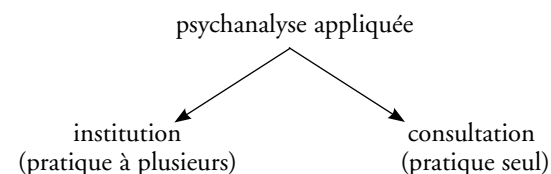
Il ne s'agit donc pas de comparer l'institution de soin à la consultation psychanalytique – pour dire que la première ne peut remplir la fonction de la seconde ou qu'elle n'est compatible avec elle que si elle en devient la salle d'attente – mais de reconnaître *la différence entre deux applications possibles de la psychanalyse*.

La clinique peut permettre ou motiver l'entrée dans la cure psychanalytique, c'en est même une condition nécessaire, sinon suffisante⁴. Mais parfois la clinique exige aussi la réponse d'une pratique sociale et institutionnelle. Plus encore que par des phénomènes de délire, une telle réponse s'impose par ce qui, de la jouissance, fait retour *dans le corps et dans l'agir* : passage à l'acte suicidaire ou dangereux, automutilation, agression ; mais aussi, errance, immobilité catatonique, stupeur mélancolique, perte de tout intérêt, absence de tout projet, usage ravageant de drogues ou d'alcool. Or, ce n'est pas parce qu'une telle réponse s'inscrit dans le discours du maître qu'elle ne peut être éclairée ou orientée par la psychanalyse, ni parce qu'elle est orientée par la psychanalyse qu'elle doit comporter la présence de la séance analytique. Car celle-ci exige des conditions précises, comme le rappelait encore récemment A. Di Ciaccia, qui sont déductibles du mathème du discours de l'analyste.

3. Selon une formulation de J.-A. Miller, dans une lettre à D. Beregovoy, *Nuncius*, bulletin de l'EEP.

4. J. Lacan, « Conférences et entretiens », *Scilicet*, n° 6/7, Paris, Le Seuil, 1976, p. 32-33.

Lorsque nous plaçons à la base de l'existence de l'institution sa motivation clinique, nous pouvons donc proposer une troisième voie, une autre façon de poser le problème que celle de l'éternel débat sur la compatibilité de la psychanalyse et de l'institution. Puisque la psychothérapie n'existe pas et que les conditions de la séance analytique ne sont pas réunies, nous pouvons alors choisir une application du discours analytique à la pratique institutionnelle en tant que telle – qui est une pratique collective, à plusieurs – sans pour cela exclure qu'il puisse s'appliquer, ailleurs, à l'entretien individuel. Notre option est moins celle de l'intégration de la psychanalyse à un ensemble, « interdisciplinaire », de pratiques, que celle d'une pratique fondamentalement une, même si elle est exercée à plusieurs, orientée par la psychanalyse.



La question n'est plus alors de savoir si, et dans quelle mesure, la thérapie analytique peut être pratiquée au milieu d'autres pratiques, mais si, et dans quelle mesure, la psychanalyse peut être appliquée à une pratique institutionnelle ; question qui concerne moins l'intervention d'une personne au titre de psychanalyste que la politique de la psychanalyse, « le devoir qui lui revient en notre monde » (J. Lacan).

CLINIQUE ET INSTITUTION

C'est d'abord à cause d'une insupportable clinique que la pratique collective de l'institution se met en place et non pas *en vue* d'un objectif psychothérapeutique. Une pratique d'hébergement, de soins, d'assistance – et à l'occasion d'enfermement – est nécessaire lorsque des modalités ravageantes du « retour dans le réel » de la pulsion menacent la survie ou simplement la vie sociale de la personne qui en souffre. Faute

de quoi, elle-même ou son entourage risque d'être exposé à des conséquences dramatiques. Ainsi, une jeune femme, rencontrée lors d'une présentation clinique, et dont la position subjective se traduisait par la certitude d'une laideur et d'une monstruosité telles qu'elle ne pouvait se supporter sans la présence de quelqu'un qui l'aime à ses côtés, nous disait : « Hors d'ici, je vais dire oui à n'importe qui et à n'importe quoi », comme cela avait effectivement été le cas avant son hospitalisation. « C'est pourquoi je veux rester à l'hôpital. »

D'une part, rappeler la motivation clinique de l'existence de l'institution a l'avantage d'éviter de méconnaître sa fonction sociale irremplaçable et donc d'empêcher sa suppression – comme cela a été le cas en Italie. Ce n'est pas parce qu'elle guérit que l'institution doit être maintenue, ni parce qu'elle ne guérit pas qu'elle doit être supprimée. Car le risque est grand, dans le premier cas, de considérer comme naturel le fait de rester à l'hôpital à durée indéterminée, et dans le second, de voir les patients livrés aux difficultés d'un retour en famille ou dans le milieu naturel qui les expose à l'errance et à de nouveaux passages à l'acte. Maintenir cette fonction « sociale » est justement ce qui permet de marquer une limite à une volonté thérapeutique, qui, sans cette limite, risque de transformer l'institution en un lieu d'aliénation et d'expérimentation à outrance. On n'a peut-être pas assez perçu que c'est à cause de cette confusion entre sa fonction hôtelière, d'hospitalisation (au sens étymologique du terme), et ses objectifs thérapeutiques que l'institution a pu faire l'objet de critiques et de mesures d'abolition.

D'autre part, faire valoir la nécessité sociale d'une pratique institutionnelle en réponse à certaines conséquences de la « forclusion de la pulsion » a l'avantage de déplacer l'accent, au sein de l'équipe soignante, de la hiérarchie des compétences supposées par les diplômes au réel d'une question clinique partagée.

Lorsque l'état clinique de la psychose peut permettre l'embranchement du transfert sur un analyste, il n'est pas nécessaire ni même souhaitable que le sujet soit installé dans une insti-

tution ou inséré dans un réseau d'aide. Le traitement de la psychose n'exige pas automatiquement une réponse collective, comme le prouvent les témoignages de plus en plus nombreux de cures de sujets psychotiques chez des analystes – encore que le sujet s'arrange souvent pour créer autour de lui un réseau d'intervenants (analyste, psychiatre, médecin généraliste, assistant social) qui équivaut à une institution invisible.

Mais lorsqu'un tel embrayage n'est pas praticable, la clinique exige aussi une réponse qui ne peut être ni celle d'un seul praticien ni celle d'un seul moment de la journée. L'agitation, l'injure, la crise « épileptiforme », la bagarre, l'interprétation persécutive d'un geste n'attendent pas l'entretien du lendemain pour se produire. Et une certaine façon de s'adresser au sujet, une certaine façon d'intervenir ou de ne pas intervenir, un calcul, en somme, de la position qu'il convient d'occuper peuvent être requis de tout praticien ou dans des moments de la journée qui ne coïncident pas avec la pratique ou le moment de la consultation. Bref, la clinique exige parfois une réponse, une pratique de type hospitalier. Toute la question est alors de savoir si la psychanalyse peut éclairer, guider, l'orienter comme telle, c'est-à-dire si elle peut permettre d'exercer une action médicale et une action d'aide, d'assistance, d'hébergement, qui soient en mesure de faire place à la clinique du sujet, en prenant comme référence les différentes modalités du retour dans le réel de la pulsion, dans le contexte d'une vie institutionnelle. Il ne s'agit plus de savoir si et comment la psychanalyse peut avoir « une place parmi les autres pratiques du champ médico-social », mais si ces autres pratiques peuvent être exercées – dans leur motivation clinique et dans leur fonction sociale – en tenant compte des hypothèses de la psychanalyse. Il s'agit de savoir si les discours qui traversent une institution inscrite dans le champ médico-social peuvent être *orientés* par les questions de la psychanalyse, les questions que la psychose pose à la psychanalyse, et non de savoir si la pratique d'un psychanalyste peut trouver à s'inscrire parmi ces pratiques.

Chaque praticien peut avoir son style propre, son mode d'être présent « distraitement » ou attentivement, son humour ou son sérieux ; chaque praticien peut avoir ses responsabilités spécifiques, mais chacun doit contribuer à présenter une figure de l'Autre qui permette au sujet d'y avoir une place sans la rupture du passage à l'acte. Il apparaît tout de suite que présenter une figure pacifiante de l'Autre, promouvoir une certaine « atmosphère⁵ » de vie en commun, qui rende le séjour plus vivable pour tous, n'est pas l'apanage ou le devoir d'un seul praticien, et ne peut procéder que d'une orientation de travail partagée par tous les praticiens, au-delà des compétences de chacun. C'est la nature de la clinique qui exige ici une réponse à plusieurs, qui commande la formation d'une équipe.

Ainsi, la référence prise dans le réel qui motive l'existence de l'institution transforme la question du rapport « psychanalyse et institution » (qui est finalement motivée par la préoccupation identificatoire du praticien) en deux types de questions plus concrètes : celle d'une application possible de la psychanalyse à une autre pratique, d'une part, et celle du rapport entre psychose et psychanalyse, d'autre part.

COMMUNAUTÉ DE TRAVAIL ET TRAITEMENT DE LA PSYCHOSE

Le regain d'intérêt pour la clinique des psychoses dans le champ institutionnel n'est pas sans rapport avec une modification interne à la théorie même de la clinique dans l'enseignement de Lacan.

Là où le temps premier de cet enseignement peut amener à concevoir la psychose en termes, pourrait-on dire, de déficit de névrose, et porter à appliquer à la psychose la psychanalyse élaborée à partir de la clinique des névroses, avec toutes les objections ou réserves que cela a pu susciter depuis Freud, le moment ultérieur de cet enseignement nous situe dans le fil d'un abord quelque peu inversé. Ici, il s'agit plutôt d'appli-

quer la psychose à la psychanalyse et de lui imposer des renversements conceptuels, des modifications théoriques et des conséquences cliniques. L'orientation de notre présence en institution, par rapport à une orientation initiale peut-être encore trop influencée par l'application des concepts pertinents pour la cure des névroses, s'en trouve ainsi modifiée. Il devient possible de passer d'une approche thérapeutique, qui consiste à importer dans le dispositif institutionnel la pratique de l'analyse, telle qu'elle se pratique dans la cure des névrosés – soit pour la pratiquer tout seul, soit pour en plaquer les catégories sur le dispositif institutionnel lui-même –, à une approche plus « didactique » pour tous, si je puis dire. Car c'est alors la psychose qui enseigne, qui enseigne sur la structure et qui enseigne quant à la solution, à la variété de solutions qu'il est possible d'inventer, au problème de l'inconsistance de cette structure même.

Il s'ensuit que le champ de notre position dans la pratique institutionnelle est balisé par deux vecteurs : d'une part, une confrontation avec ce que garde d'irréductiblement intraitable le réel de la clinique, confrontation avec l'impossible qui met à mal ce que Lacan appelle dans son séminaire sur *L'éthique* la « pastorale analytique⁶ », et, d'autre part, la leçon que nous pouvons retirer de la logique des « solutions » ou des inventions de la psychose.

Cette position d'élèves de la clinique dans laquelle nous mettons la psychose et sa place nouvelle dans l'enseignement de Lacan entraîne une double modification : sur le plan du savoir et sur le plan du pouvoir.

Face à tout ce qu'il y a à interroger, à apprendre ou à reformuler, les savoirs constitués, les titres et les diplômes – qui sont supposés fonder la spécialité thérapeutique de chacun – s'en trouvent fortement relativisés. C'est moins d'un savoir déjà là qu'il s'agit que d'un savoir à élaborer. Or, une position de recherche, d'étude, de questionnement a d'abord l'immense avantage de contribuer à dissiper les effets imaginaires que

5. Selon une image chère à A. Di Ciacca.

6. J. Lacan, *Le Séminaire*, Livre VII, Paris, Le Seuil, 1986, p. 226.

comporte toute hiérarchisation des formations diplômées, au profit de la création d'une communauté de travail entre praticiens opérant dans un même champ. Être, entre praticiens, dans une position non hiérarchisée a priori quant au savoir, se répercute en un partage de la même responsabilité : celle de la réponse à inventer et du type d'accompagnement à assurer à un « travail de la psychose » qui risque toujours de rencontrer la limite du passage à l'acte ou du transfert érotico-agressif. La *libido* de l'équipe s'investit alors dans la mise en commun et la discussion des hypothèses quant à ce qui a eu un effet et quant à la stratégie à en déduire.

Ce vidage du savoir préalable redouble ainsi la dispersion pour ainsi dire naturelle du sujet-supposé-savoir que comporte le fait d'une présence à plusieurs. Il nous place dans une position, davantage celle d'un « sujet supposé ne pas savoir », plutôt favorable à la rencontre d'un sujet qui sait ce qui lui arrive ou qui est la signification de ce qui se déroule au lieu de l'Autre. N'oublions pas que si la signification du « sujet-supposé-savoir » peut avoir une vertu d'apaisement pour le sujet névrosé, elle branche le savoir sur l'existence même du sujet dans la psychose. Le savoir n'est plus alors seulement « supposé », il est en quelque sorte réalisé par le sujet lui-même, comme sa référence de jouissance.

Un jeune homme a une véritable passion pour les Pink Floyd, qui lui vient vraisemblablement de son père. Il en enregistre les albums, il imite les gestes du batteur, etc., mais il développe aussi autour de cela toute une interprétation délirante et une agitation envahissante. Faut-il l'encourager dans cette voie, en augmentant, par exemple, les occasions où il peut écouter cette musique, participer à des concerts, etc., ou faut-il plutôt l'accompagner dans une autre voie, puisque lorsqu'on lui pose la question : « Ferez-vous de la musique plus tard, professionnellement par exemple ? » il répond : « Il faut que je fasse mon truc de bus. » On apprend, en effet, qu'il connaît toute la cartographie de la région, les distances en kilomètres, les routes, etc. C'est lui qui organise les itiné-

raires des excursions⁷. Cette voie plus littérale, moins sémantique du rapport au signifiant, n'est-elle pas plutôt à encourager – par contraste avec la dimension de sens du délire ? Voilà un type de problème qui peut animer le travail en commun d'une équipe et dont l'orientation va en être différente selon que le centre de gravité du savoir va être placé du côté du sujet ou du côté des soignants.

Ensuite, la modification du rapport au savoir qui se produit ainsi entre les praticiens va avoir une répercussion sur une autre dimension de la pratique institutionnelle, étroitement dépendante de la référence clinique qui l'oriente. Pour être rarement évoquée dans les témoignages et les comptes rendus, elle n'en a pas moins une incidence sur les effets de pacification et de stabilisation qui peuvent se produire pour un sujet dans un contexte de *vie en commun et de cohabitation*, qui, on s'en doute, n'est pas exempt de tensions et d'affrontements.

Quelle que soit la diversité des structures institutionnelles, une même difficulté y est chaque fois affrontée, celle de concilier les exigences d'une solution particulière que chaque sujet met en place pour traiter le retour invasif de la pulsion dans le réel, avec les exigences de la solution de chacun des autres. Comment intervenir, quelle position ou quelle décision prendre ? C'est toute la dimension du pouvoir qui est ici en jeu.

À telle jeune fille qui n'a de cesse d'aller dans la cuisine de l'institution pour y rafler tout ce qui peut entrer dans sa bouche, au point de se rouler en boule et de hurler devant la porte de la cuisine lorsque celle-ci est fermée, le collectif des praticiens peut décider de lui permettre d'avoir de la confiture à chaque fois qu'elle le demande, mais « petit peu par petit peu ». Ce qui va lui permettre de circuler dans l'institu-

7. Situation évoquée lors d'un séminaire avec D. De Vroede par J.-Cl. Ducos, à l'hôpital La Demi-Lune (Bordeaux).

tion, certes avec un verre vidé aussitôt que rempli, mais pour s'y intéresser à autre chose qu'à la bouffe⁸.

La question est plus complexe, et le débat sera peut-être plus vif quant à la position à adopter, lorsque la boulimie tout aussi insatiable de tel jeune homme le poussera à vider en une fois toutes les boîtes de lait ou les pots de ketchup mis à la disposition de tous les résidents, allant jusqu'à utiliser l'argent des croissants du dimanche pour s'acheter ses propres friandises. La manœuvre possible est ici plus étroite, car il ne s'agit pas seulement de la jouissance qui envahit le sujet, mais de la jouissance dont il peut être, lui, la présentification pour les autres sujets. De même, les injures, les hurlements, l'ivresse, mais aussi les assiduités et les déclarations d'amour des uns peuvent être menaçants ou persécutifs pour les autres. À l'instant même où nous faisons une place à la particularité d'une souffrance ou d'une construction, nous avons aussi le souci des conditions institutionnelles qui peuvent assurer cette place, ou à tout le moins la rendre vivable pour les autres.

La *cohabitation à plusieurs* – qui est l'autre face d'une pratique institutionnelle – n'est pas sans poser les questions d'une régulation minimale – sans un recours massif à la pharmacologie et aux moyens de contention physique – qui doit permettre à la fois une vie en commun et des effets d'apaisement et de stabilisation pour chaque résident.

La question de cette régulation est souvent confondue d'une manière réductrice avec le « cadre » d'un règlement que tout usager d'un service de médecine ou d'un lieu d'hébergement aurait à respecter, comme si ce cadre n'avait pas d'incidence interne sur l'opération clinique ou thérapeutique qui s'y déroule. D'où, d'ailleurs, le clivage qui risque de s'ensuivre entre ceux qui s'occupent de ce « cadre », avec une mission de gardiennage et de discipline, et dont on peut dès lors épingler la pratique comme purement éducative et insensible à la voix du sujet, et ceux qui s'occupent, mettons, de l'« écoute ». Or, la question de cette régulation a une incidence directe sur la

8. Exemple repris à M. Delius, « Une bouche à nourrir », dans *La psychanalyse au pays des institutions*, ACF-Ile-de-France, 1997, p. 10.

condition élémentaire de l'opération clinique et thérapeutique, d'une part, à savoir que le sujet réside dans l'institution et ne s'en aille pas, terrorisé par ce qui s'y passe, et d'autre part, sur la possibilité même que, dans la relation à l'Autre, il rencontre un Autre qui soit « régulier », séparé de la jouissance.

C'est pourquoi un souci de notre pratique collective sera de nous orienter sur ce que la psychose elle-même nous enseigne quant à la possibilité de se passer du signifiant paternel pour réguler ou localiser cette jouissance.

« Dire non » à la jouissance de l'Autre n'exige ni de supprimer toute règle ou tout interdit, ni, au contraire, d'incarner la loi ou la fonction paternelle. Cela implique, plutôt, de présentifier un Autre qui soit lui-même « réglé » ; d'énoncer ou de rappeler une règle qui règle l'Autre lui-même, fût-il l'ensemble de l'équipe ou un membre de l'équipe, voire d'inventer la « règle » qui permet d'envisager l'exception. Dimitri nous en suggère lui-même la manière, lorsqu'il répond à l'accusation que portent contre lui d'autres résidents de se balader tout nu à l'étage des femmes, que « ce sont les infirmières qui veulent le voir tout nu ». « Personne ici n'a le droit de t'obliger à te balader tout nu, tu peux même porter un caleçon, et c'est plus joli », lui fut-il répondu lors de la réunion communautaire où il avait été violemment pris à parti, un peu à la façon des collègues qui travaillent avec des enfants psychotiques et qui peuvent à l'occasion s'adresser, pour le réprimander ou l'engueuler, à un Autre qui embête le sujet et l'empêche ou l'oblige de faire telle ou telle chose⁹. Il arrive que notre intervention s'en inspire.

La manœuvre est sans doute plus scabreuse ou hasardeuse lorsque l'Autre qui menace le sujet n'est pas un soignant, mais un autre patient ou d'autres patients. La régulation de la vie commune, qui porte ici sur des formes de passage à l'acte plus violentes que la nudité ou l'exhibition,

9. Entre autres, A. Di Ciaccia, « L'enfant et l'institution », *Préliminaire* 6, 1994 ; V. Baio, B. De Halleux, M. Kusnierek, « Le travail en institution et son cadre », *Préliminaire* 4, 1992 ; M. Marot « À propos de l'objet pulsionnel », *Préliminaire* 7, 1995 ; D. De Vroede, « Pas d'accord, ça ne va pas », *Préliminaire* 9 et 10, 1998.

comme l'agression, le vol, l'injure, la casse, sans oublier l'alcool et la drogue, n'a cependant pas pour visée, même dans ces cas, de discipliner le sujet, mais de le référer à un dire qui dit non à la jouissance, plutôt qu'à une règle qui exprime la volonté de l'Autre.

De là se déduit un mode d'énonciation (ou de rappel) de l'interdit qui emprunte le plus possible les voies de ce qui, dans le signifiant, est d'ordre formel et littéral – une certaine solennité du ton, le recours à l'écrit, le renvoi à une instance collective, etc. – plutôt que d'ordre intersubjectif ou sémantique : non l'épreuve de force, l'ultimatum ou l'intimation à la deuxième personne, ni le raisonnement ou la persuasion, mais plutôt l'emphase de la procédure ou la sobriété d'une formulation en termes de droit, qui s'adressent tout aussi bien à l'équipe soignante qu'au résident : « Il ne saurait être question que la vie en commun autorise un langage injurieux à l'égard des membres de l'équipe ou des résidents », par exemple.

Pour que la réponse s'oriente dans le sens de présentifier une autre dimension de l'Autre que celle de sa volonté, c'est-à-dire une dimension d'idéal ou d'« ordre du monde », la politique de l'équipe doit ici se garder d'un double écueil : celui de « la règle pour la règle », où son caractère absolu¹⁰ risque de réintroduire une forme de férocité de l'Autre qui ne laisse aucune place à la particularité de la défense subjective ; et celui de la règle « thérapeutique », c'est-à-dire de la règle sans application, de la règle qui n'est maintenue qu'en fonction de l'« état de santé » du sujet, car elle risque aussi bien d'équivaloir à une autre forme de caprice de l'Autre qui ne manque pas de susciter de l'inquiétude – « Pourquoi ne m'a-t-on rien dit ? Pourquoi fait-on une exception pour moi ? » peut nous dire à l'occasion tel sujet.

Sur ce point, l'indication que nous pouvons retirer d'une remarque de Lacan, à l'époque de sa thèse¹¹, reste toujours

valable. Transposée dans notre contexte et dans les termes du Lacan ultérieur, elle revient à dire que le traitement de la jouissance, de la jouissance surmoïque, loin d'être incompatible avec la responsabilité du sujet, n'en constitue, au contraire, que l'autre face¹². Dire non à la jouissance qui traverse le sujet, cela peut consister à arrêter le geste de l'individu. L'essentiel, ici aussi, est que le collectif des praticiens ne se retrouve pas écartelé entre les tenants du « particulier » et les tenants de l'« universel », entre tenants du sujet et tenants de l'institution, mais qu'il soit le lieu d'une orientation de travail qui mette en tension des exigences à première vue antinomiques, à partir du réel de la clinique.

Peut-être trouverez-vous que ces quelques indications concernent plutôt une théorie de l'institution ou une théorie de l'équipe soignante qu'une théorie du traitement de la psychose. Mon but n'était pas ici d'aborder la question du traitement de la psychose en tant que tel, mais celle de l'accueil d'une diversité de sujets psychotiques dans un cadre institutionnel.

Seulement, orienter la pratique de l'institution selon le principe d'une communauté de travail fondée dans la clinique, par le vidage qu'elle comporte au niveau du savoir et du vouloir, paraît aussi réaliser une condition propice à l'accompagnement des sujets qu'elle accueille, qui n'est pas sans effet sur le traitement de la psychose.

S'inscrire dans cette pratique à plusieurs peut être, pour un analyste, une occasion plus efficace de transmission de l'opération freudienne dans la clinique, et un moment plus favorable à sa propre formation que s'il passait son temps à revendiquer une place pour sa « spécialité ».

10. Voir E. Laurent, « Éditorial », *Mental*, n° 2, 1996, p. 7.

11. « Dans l'état actuel des lois, la répression pénitentiaire appliquée avec le bénéfice de l'atténuation maximum nous semble avoir une valeur thérapeutique égale à la prophylaxie asilaire tout en assurant de façon meilleure et les droits de

l'individu et les responsabilités de la société », J. Lacan, *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Paris, Le Seuil, 1975, p. 276.

12. A. Zenoni, « Volonté de jouissance et responsabilité du sujet », *Quarto*, n° 73, p. 15-19 (art. repris dans le présent ouvrage).

Dans les marges du lien social

UN « FOYER DE POSTCURE »

À partir des années 1960, la création de formes de prise en charge extra-hospitalières ou d'institution plus « légères » s'est produite dans un contexte de discours qui allait de la critique des grandes institutions hospitalières aux utopies communautaires et égalitaristes, en passant par le mouvement dit « d'antipsychiatrie », partiellement inspiré par le kleinisme, dominant dans la psychanalyse anglaise. Dans les pays francophones s'y ajoutaient les retombées de la diffusion de certaines notions extraites de l'enseignement de Lacan et qui portaient à mettre l'accent sur les vertus de la prise de parole et sur les valeurs de l'intersubjectivité.

Aussi, même les institutions et les « lieux de vie » qui étaient créés dans une perspective plus classique, disons de réforme de la psychiatrie, ont été sensibles à cette ambiance idéologique. C'est que malgré la différence apparente de style et de fonctionnement, elles rejoignaient les expériences les plus « alternatives » dans une commune conception de la folie et de la fonction thérapeutique de la vie de groupe. Ainsi, l'idée d'une utilisation à des fins curatives des interactions et des conflits qui se développent dans l'institution était, et reste, solidaire d'une idée de la folie qui en réduit les phénomènes à la simple expression « régressive » d'un état par ailleurs « normal ». Le soignant était là pour aider le sujet à la reconnaître, par-delà la défense que constitue son déni ou le refuge qu'il trouve dans le rôle de malade que la société lui impose. Les facteurs contextuels et interactionnels observables dans l'institution pouvaient alors être utilisés comme facteurs de causalité du mode d'expression psychotique et, du même coup,

comme facteurs thérapeutiques, à la fois parce que reconnus par le sujet et parce que ensuite modifiés par les opérateurs dans un sens qui n'entraîne plus le recours à la psychose.

De cette connexion entre une conception de la folie qui tend à rabattre l'essence de la psychose sur une problématique universelle, voire sur le noyau plus « archaïque » de cette problématique, et une conception du traitement qui repose sur les vertus thérapeutiques du groupe (appuyées, bien entendu, par la chimiothérapie) dérivent deux types de conséquences, sur les plans social et institutionnel, d'une part, et sur le plan clinique, d'autre part.

Lorsque le traitement de la psychose est intrinsèquement lié à la prise en charge institutionnelle, comme c'est le cas pour certaines maladies ou certains états de la maladie dans la médecine, sa durée et son champ tendent à se confondre avec le temps et l'espace institutionnels, laissant du même coup dans l'ombre la fonction sociale de l'institution et la question de l'issue à donner au séjour thérapeutique. Il peut s'ensuivre une politique qui mène : soit à la suppression de l'institution, pour un sujet ou pour toute une population de sujets – comme c'est le cas en Italie, avec les conséquences dramatiques que l'on connaît – parce que l'institution ne remplit pas ou ne remplit plus une fonction thérapeutique ; soit à une inflation de la durée de la prise en charge, parce que l'institution doit accomplir sa fonction thérapeutique. Dans ce second cas, qui est le plus fréquent, la perspective d'un parallélisme existant entre une échelle d'intensité décroissante de la « maladie mentale » et une échelle d'intensité décroissante du traitement induit ou reflète une clinique qui rabat les différents types de symptôme sur un *continuum* allant de la psychose à la normalité. De là dérive l'idée d'une correspondance entre les étapes de l'*iter* institutionnel et celles de l'évolution du sujet. On préconisera, par exemple, le retour immédiat d'un sujet psychotique hospitalisé à la « vie normale », avec l'idée que le séjour dans des structures extra-hospitalières pourrait l'entretenir dans un état proche de la maladie, alors que l'on sait que ce retour, s'il n'est autre qu'un

retour en famille, n'est pas toujours la condition la plus favorable pour éviter une nouvelle hospitalisation.

Ainsi, ce n'est pas seulement par rapport aux conséquences désocialisantes que peut entraîner la politique inspirée par une telle perspective, mais aussi par rapport aux conséquences sur le traitement possible de la psychose que le foyer dans lequel nous travaillons a choisi une autre orientation ¹.

LA FONCTION SOCIALE ET LE CHAMP CLINIQUE DE L'INSTITUTION

Notre intervention n'a pas consisté à installer un cabinet d'analyste dans l'institution, ni à remplacer le psychothérapeute par l'analyste, mais à essayer de déplacer le dispositif institutionnel dans le champ de la clinique définie par la théorie freudienne de la causalité. Tout comme la question n'est pas de savoir si la psychanalyse peut être comptée parmi les sciences, mais bien si la science peut compter avec la psychanalyse, de même, en ce qui concerne l'institution psychiatrique, la question n'est pas de savoir si la psychanalyse peut y être comptée parmi les soins qu'elle pourvoit, mais bien si le soin psychiatrique (hébergement, assistance sociale, médication) peut compter avec la psychanalyse et être orienté grâce à ses hypothèses. En effet, à chaque fois que la psychanalyse est purement et simplement transplantée dans un contexte théorique et pratique préexistant, soit elle finit par être éjectée, soit elle est intégrée – comme jadis, au temps de Jung et Bleuler – mais au prix de sa dimension causale et donc de sa clinique. Elle se transforme alors en une psychologie et dès lors en une inspiration de pratiques qui, sans remettre en cause leurs présupposés cliniques, opèrent avec

1. Le foyer de L'Équipe, 83, rue de Veeweyde, 1070 Bruxelles. La précision « pour psychotiques » ne désigne évidemment pas une condition pour l'accès à l'institution, comme c'est le cas pour les institutions qui se spécialisent dans le traitement d'un symptôme ou d'un problème (pour adolescents, pour anorexiques, pour toxicomanes, etc.). Elle décrit plutôt une situation de fait qui est corrélée à la nature même des conséquences sur le lien social du phénomène psychotique. Des sujets non psychotiques y sont tout aussi bien accueillis.

une catégorie générique du transfert et une conception tout aussi générique du traitement, soumises à une idée de progrès mesuré par les idéaux que véhicule le discours du maître.

Décrocher le foyer de la filière psychothérapeutique, qui met en parallèle, avec la ligne évolutive qui va du maternage à l'autonomie, un type d'institution et un niveau du traitement, a été la condition préliminaire de sa transposition dans le champ de la clinique freudienne. Cela a permis de redécouvrir la fonction sociale de l'institution, c'est-à-dire d'être souvent la seule réponse praticable aux conséquences du statut de la jouissance dans la psychose ². En même temps, l'accent mis sur cette fonction a permis de dégager le temps de la question clinique comme condition préliminaire à tout traitement.

L'institution n'existe pas d'abord pour traiter la psychose – sans quoi tous les sujets psychotiques devraient s'y trouver mais en raison de ce qui d'insupportable et de socialement invivable dans la psychose demande qu'on lui donne asile et refuge (et dans certains cas « placement d'office »). Elle ne vient pas à la place du cabinet du psychiatre ou de celui du psychanalyste, elle vient à la place du lien social devenu impraticable. Dès lors, la question qui se pose est de savoir comment nous orienter en tenant compte de la psychanalyse dans un contexte et un discours qui ne sont pas ceux de la psychanalyse, mais ceux du maître, avec des sujets qui, eux, ne sont pas dans ce discours. Or, la non-occultation de la raison sociale de l'existence d'une institution de soin, si elle a le double avantage d'éviter la suppression de sa fonction d'asile et l'inflation de sa fonction thérapeutique (imposant une durée de séjour coextensive à la durée du traitement), a surtout l'intérêt de permettre la dissociation de deux dimensions distinctes : la dimension du soin psychiatrique qui répond au droit de l'individu à être soigné, protégé, assisté, même s'il ne le demande pas, et la dimension du sujet : deux dimensions que la notion même de *psychothérapie* risque d'amalgamer, au détriment de chacune des deux. C'est préci-

2. J.-D. Matet, *Bulletin de l'ACF*, Ile-de-France, 1, Confluents.

sément lorsque la cause de l'institution n'est pas recouverte par son projet psychothérapeutique que la dimension du sujet peut y avoir une place.

Le projet psychothérapeutique, dont la mise en pratique repose sur un ensemble de savoirs (multidisciplinaire, mais « monofocal ») censé agir sur les différents niveaux de la personnalité, tend comme de lui-même à négliger la question du sujet, dans la mesure où la perspective d'un progrès ou d'une évolution vers des niveaux de fonctionnement plus proches de celui de tout le monde suppose une élimination de la position subjective, radicalement différente de la psychose à la névrose – et à l'intérieur de la psychose entre la paranoïa, la schizophrénie, la mélancolie, la manie. La mise en continuité fondamentale des différents types cliniques – qui confond le sujet avec une étape plus ou moins archaïque du développement de l'individu et croit faire preuve de « compréhension » à déceler, par exemple, derrière les phénomènes cliniques, une problématique de l'adolescence (négligeant du même coup la question cruciale de la différence entre une problématique de l'adolescence impliquant le refoulement et une problématique de l'adolescence induisant le rejet de l'inconscient dans le réel) – tend à insérer tout sujet dans un même programme de traitement. Moyennant quoi, elle inflige au sujet psychotique des critères d'évolution, des objectifs à atteindre et des idéaux qui, pour être ceux du névrosé ou de tout le monde, n'en sont pas moins pour lui frappés d'un vide profond, quand ils ne le confrontent pas à un Autre qui sait ou qui décide pour lui. En tout état de cause, elle laisse hors traitement la dimension extratemporelle, hors idéal, de la jouissance qui fait retour.

Dénuder la raison sociale de l'institution permet de faire place à la cause de la présence du sujet en elle, soit les répercussions sur le lieu social de sa panique, de ses passages à l'acte, de son manque total d'intérêt, de ses convictions, au lieu de la jauger à l'aune de sa capacité à réaliser les objectifs de l'institution. La première signification de la présence dans l'institution est symptomatique, clinique.

Aussi, le moment de l'admission au foyer n'est pas celui où il serait proposé au sujet le « contrat thérapeutique », qui subordonne l'octroi des soins à l'acceptation du programme de l'institution ; c'est un moment clinique. La dimension clinique de l'institution, sa raison d'être, donne ainsi l'occasion d'un entretien qui n'est pas destiné à vérifier « s'il y a une demande » (opération qui revient le plus souvent à vérifier si le sujet demande ce que l'institution demande qu'il fasse), mais à cerner avec le sujet les phénomènes qui ont induit son hospitalisation³, à explorer les coordonnées du déclenchement, à entendre la difficulté ou l'impossibilité qu'il rencontre à retourner dans la vie sociale, mais aussi, à l'occasion, son refus de suivre le conseil qui lui a été donné de venir au foyer.

Clinique de l'entretien qui permet non seulement d'avoir une idée de la position à occuper selon le mode de transfert propre à la psychose (et ainsi de ne pas y plaquer les concepts qui définissent la cure dans le cadre de la névrose), mais aussi de laisser se déployer toutes les différences internes au champ des psychoses, comme celles, d'ailleurs, entre un sujet et un autre. Ce n'est pas la même psychose, pour ainsi dire, lorsque l'« enkystement » des phénomènes permet au sujet de reprendre une vie sociale très ritualisée, entre le séjour en institution et le bureau où des collègues bienveillants s'abstiennent de tout commentaire, ou lorsque le sujet ne peut arrêter de penser à partir « parce qu'il ne sait pas où aller après », ou encore lorsque le sujet n'a qu'une seule idée en tête, celle de retourner chez sa mère. La différence de parcours subjectif, d'histoire psychiatrique, de point de déclenchement possible est telle que le programme psychothérapeutique se défait sous le double impact de la différence entre névroses et

3. La quasi-totalité des sujets nous est adressée par l'hôpital. Il s'agit donc souvent de sujets pour qui « l'impossible à supporter n'a pu se répercuter ou se résoudre que dans la dimension d'une clinique dont les points de perspective sont d'abord ceux du passage à l'acte, ou de l'effondrement subjectif, avec en contrepoint ceux du recours à l'autorité savante » (F. Leguil, « L'expérience énigmatique de la psychose dans les présentations cliniques », *La cause freudienne*, 23, 1993, p. 37).

psychoses⁴, et des différences entre sujets. Ce qui émerge alors à la place est toute la diversité de leurs « projets », voire de leur absence de projets. Car c'est justement après la résorption de la crise, l'atténuation de l'état délirant ou l'éloignement du risque de passage à l'acte obtenus à l'hôpital, que se dénuie pour ainsi dire la dimension fondamentale de l'incroyance ou de l'ironie psychotique, corrélative de la certitude de la Chose⁵.

Plutôt donc qu'induire, quand ce n'est pas obliger, le sujet à s'intégrer à un programme thérapeutique sur place, il est proposé de développer son programme à lui, au regard de la perspective d'une durée limitée du séjour (deux ans maximum) et des difficultés parfois insurmontables qu'il rencontre déjà à simplement envisager une telle perspective. À cet effet, il lui est donné la possibilité de choisir un « répondant » parmi les membres de l'équipe qu'il aura rencontrés lors des deux journées de « candidature » ou qu'il croisera ensuite dans l'institution. Avec lui, il pourra traiter de toutes les difficultés qu'il rencontre dans la perspective de la suite à donner à son séjour, et qui prennent une signification dans son interprétation ou, pire, n'ont aucune signification.

L'accent mis sur le rapport effectif à la vie sociale (avec tout le cortège de problèmes que cela soulève immédiatement) n'implique pas l'absence de tout souci thérapeutique sur place. L'asile offert, l'assistance sociale, la médication, l'animation, tout le complexe institutionnel produit de lui-même des effets de pacification et de sédation qui sont précisément d'autant plus assurés que cette dimension « thérapeutique » n'est pas amalgamée à la dimension du traitement proprement dit. Car dans ce cas, c'est même le contraire qui risque de se produire, soit parce que les bénéfices du séjour institutionnel sont refusés à un sujet qui « ne bouge pas » ou qui n'entre pas dans le traitement, soit parce que l'amalgame entre le traitement et l'ins-

titutionnel expose, persécutivement, le sujet à la volonté de l'Autre. Par contre, la distinction entre la dimension des soins sur place, qui sont offerts à tous les résidents, et la dimension de la perspective (ou de l'absence de perspective) de chaque sujet après la sortie du foyer laisse émerger ce qui, de la difficulté ou de la facilité apparente qu'il rencontre dans sa réalisation, se connecte à la particularité de son histoire, de la construction interprétative qu'il a élaborée, des moments du lien social qui lui sont insupportables ou qui, au contraire, l'aspirent. Qu'il s'agisse du refus des parents de le reprendre et de sa panique à l'idée de vivre seul combinée avec le refus de toute forme de logement collectif ou communautaire, du projet de retrouver la femme qui l'a quitté et ne veut plus entendre parler de lui ou du projet de « partir en voyage », de l'idée de reprendre des études qu'il a dû à plusieurs reprises arrêter, ou de faire une carrière politique pour devenir président de l'Europe, de la décision inflexible de reprendre les enfants qui ont été confiés à une institution ou d'entamer un procès contre son père, mais aussi, une fois de plus, de l'absence de toute perspective ou de tout intérêt, c'est dans le concret des problèmes posés que sont abordées, à travers leurs répercussions sur le lien social, les conséquences de la certitude et du vide, de l'anxiété ou de la revendication qui sont au cœur de l'expérience subjective.

Pour chacun, le parcours sera différent, son issue aussi, à moins qu'entre-temps il n'ait préféré retourner à l'hôpital « pour être en sécurité » ou partir dans la nature, « loin de tous ces fous ». Pour cette jeune femme érotomane, dont le projet est la rencontre « sans condition » du chirurgien qui l'a opérée, l'enjeu sera de l'accompagner dans une transformation de sa passion vers un intérêt pour la chirurgie, qu'elle réalise par une assistance assidue à toutes les conférences sur le sujet et dont elle envoie les comptes rendus à son amoureux, jusqu'à ce que cela débouche sur le projet d'écrire une histoire de la chirurgie. Pour tel autre sujet, revendiquant le droit à l'occupation d'une chambre chez ses parents, parents qu'il a jusqu'alors tyrannisés, il s'agira d'obtenir une mise à distance corrélative de l'atténua-

4. Il en découle souvent une attitude d'irritation de la part du psychothérapeute à l'égard de la question clinique, alors même qu'il sera le premier à nous rappeler la « maladie » du sujet lorsqu'il s'agit de prendre en compte la dimension de sa responsabilité.

5. J.-A. Miller, « Clinique ironique », *La cause freudienne*, 23, 1993.