



HAL
open science

Pertinence de la psychanalyse appliquée dans le traitement des sujets psychotiques en institution

Romain Rodrigues-Martins

► **To cite this version:**

Romain Rodrigues-Martins. Pertinence de la psychanalyse appliquée dans le traitement des sujets psychotiques en institution. Sciences du Vivant [q-bio]. 2006. hal-01732931

HAL Id: hal-01732931

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732931v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Romain RODRIGUES-MARTINS

Le 23 juin 2006



PERTINENCE DE LA PSYCHANALYSE APPLIQUEE DANS LE TRAITEMENT DES
SUJETS PSYCHOTIQUES EN INSTITUTION

Examineurs de la thèse :

Mr D.SIBERTIN-BLANC

Mme C.VIDAILHET

Mr D.VALLET

Mr J.P.GALLOY

Mr D.CAILLE

Professeur

Professeur

Professeur

Docteur en Médecine

Docteur en Médecine

Président

)

)

Juges

Directeur)

)

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Asseseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

M. le Docteur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Marc BRAUN

M. le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD

Jean-Pierre NICOLAS – Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

Remerciements

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur de pédopsychiatrie

Vous nous faites l'honneur d'accepter de présider notre jury de thèse et de juger notre travail.
Nous avons eu le plaisir de recevoir vos enseignements tout au long de nos études, et nous
vous en sommes reconnaissants.

Durant nos années d'internat, nous avons pu découvrir dans votre service, la clinique.
passionnante et difficile de l'enfant et de l'adolescent.

Nous avons pu nous enseigner de votre ténacité à œuvrer pour humaniser la psychiatrie.
Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Professeur Colette VIDAILHET
Professeur émérite de pédopsychiatrie

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.
Durant toutes nos études, vous nous avez enseigné de la pédopsychiatrie qu'elle ne se réduisait pas à la pathologie, mais s'étendait au champ de l'humain en général.
Vous avez autorisé notre expérience réunionnaise, qui sur les plans personnel et professionnel, nous ont ouvert de précieuses perspectives.
Nous n'avons malheureusement pas eu l'occasion de travailler ensemble, mais l'empreinte de votre travail à l'hôpital d'enfants reste bien vivante.
Trouvez ici l'assurance de nos plus vifs remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Dominique Vallet
Professeur de psychiatrie d'adultes, Chef du Service de Psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction
des Armées du Val de Grâce

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Vous avez eu la gentillesse d'accorder du temps et de l'attention à notre thèse.
Vos rigoureuses remarques nous ont permis de préciser et de développer des points, qui sinon
seraient restés obscurs.

Pour votre précieuse contribution, soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Jean-Pierre Galloy
Psychiatre

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Votre rigoureux et perpétuel retour à la clinique a orienté notre effort de précision conceptuelle. Ainsi, de nombreuses hypothèses ont été illustrées par des vignettes cliniques.

Le style de vos remarques, parfois entendues de nombreux mois plus tard, a entretenu la dynamique de notre élaboration, et a permis d'ouvrir des perspectives à certaines impasses cliniques.

Vous avez assuré une disponibilité et un accompagnement précieux.

Soyez certain de notre gratitude et de notre profond respect.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Didier Caille
Psychiatre, Praticien Hospitalier

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.
Trois des cas cliniques présentés sont issues de l'expérience vécue dans le pavillon dont vous avez la responsabilité. Vous aviez affiché dans le bureau infirmier une citation d'A.Zenoni, qui défendait une possible orientation analytique en institution psychiatrique. Vous aviez contribué à ce qu'un psychanalyste anime une fois par mois nos réunions cliniques. Mais avant tout, votre enthousiasme pour la prise en charge des sujets psychotiques avait créé une atmosphère stimulante de mise au travail.
Pour ce que notre expérience à vos côtés a pu nous enseigner, soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

A Emilia, avec qui chaque jour, j'apprends la vie et l'amour.

A mes parents, que les questions de l'humain passionnent. A mon père pour mon engagement politique. A ma mère pour mon inscription à la faculté de médecine.

A ma sœur et ma grand-mère pour leur soutien.

A ma famille et mes amis.

A mon père et Dominique pour leurs lectures attentives.

A l'équipe de Nonette, et spécialement à Mr Rouillon, pour m'avoir accueilli et proposé une autre façon de travailler.

A Mr Cullard, pour ce que ses interventions aux réunions cliniques de Vigny 1 m'ont ouvert comme interrogations.

A tous mes collègues, avec lesquels nous avons tenté, et nous tentons d'apporter une vie plus supportable à des personnes qui en ont bien besoin.

A Lucette, Josiane, Thierry et au Dr Geoffroy.

Au Dr Kabuth pour la constitution du plan de ma thèse.

A Mme Rosatti, qui m'a reçu à Bonneuil.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

J.Lacan : « La psychose c'est ce devant quoi un analyste ne doit reculer en aucun cas. »

J.A.Miller : « il y a une clinique psychanalytique des psychoses qui est à réformer, c'est la clinique psychanalytique des psychoses référées à la norme oedipienne »[1]

TABLE DES MATIERES

Introduction	22
1. Naissance et évolution des psychothérapies institutionnelles d'orientation lacanienne, de l'après guerre à la fin des années 70	24
1.1 Introduction	24
1.2 L'après guerre	24
1.3 L'évolution psychiatrique et juridique	24
1.4 Lacan, la psychose et l'institution	25
1.4.1 Du sens à la causalité	25
1.4.2 Causalité et liberté	26
1.4.3 De l'universel au particulier	29
1.5 Saint Alban et François Tosquelles	32
1.6 Jean Oury et la clinique de La Borde	33
1.6.1 La désaliénation	34
1.6.2 L'infirmier, le médecin et la psychothérapie ?	35
1.6.2.1 L'infirmier	35
1.6.2.2 Le médecin	36
1.6.3 Les clubs thérapeutiques	37
1.6.3.1 Fonctionnement, organisation	37
1.6.3.2 Objectifs, stratégies	38
1.6.4 Spécificité lacanienne de l'orientation d'Oury	39
1.7 Maud Mannoni et l'école expérimentale de Bonneuil	40
1.7.1 Présentation	40
1.7.2 L'influence de l'antipsychiatrie	40
1.7.3 Le concept d'institution éclatée	41
1.7.3.1 Les activités, les ateliers de création	43
1.7.3.2 Le travail	43
1.7.3.3 Vacances, séjours, accueil thérapeutique	43
1.7.4 Le travail avec les parents	44
1.7.5 Orientation psychanalytique de M.Mannoni	44

1.7.5.1 Notions générales	44
1.7.5.2 Approche de la psychose	44
1.7.5.3 Influence lacanienne	45
2. Actualité de l'orientation lacanienne en institution	47
2.1 La psychanalyse appliquée	47
2.1.1 Généralités	47
2.1.2 Naissance du concept	47
2.1.3 Psychanalyse et institution	48
2.1.3.1 Quels sont les sujets accueillis en institutions?	48
2.1.3.2 La psychanalyse en institution	50
2.1.3.2.1 Premier repère : l'élaboration clinique	50
2.1.3.2.2 Deuxième repère : la place de la cure	52
2.1.3.2.3 Troisième repère : la psychanalyse n'est pas un idéal	52
2.1.3.3 Le travail en institution dans la psychanalyse	53
2.1.3.4 Le nouage de l'intension et de l'extension	54
2.2 L'exemple de Nonette	55
2.2.1 Hypothèses conceptuelles orientant la pratique	55
2.2.1.1 A propos du concept de jouissance	55
2.2.1.2 Le signifiant, la signification et l'Autre	55
2.2.1.3 L'objet	58
2.2.1.4 La relation imaginaire, spéculaire avec l'autre	59
2.2.1.5 Le transfert	60
2.2.1.6 Conséquences stratégiques	60
2.2.2 Présentation générale du Centre Thérapeutique et de Recherche de Nonette (CTR)	61
2.2.3 L'accueil	62
2.2.4 Au terme des six premiers mois	63
2.2.5 Les dispositifs du traitement	64
2.2.5.1 La rencontre	64
2.2.5.2 Les réunions cliniques, institutionnelles	66
2.2.5.3 Une offre : les entretiens avec un analyste	67
3. Le traitement médicamenteux et la psychanalyse	69

4. Cas cliniques	71
4.1 Germain, « Prince d'Afrique »	71
4.1.1 Présentation	71
4.1.2 Première hospitalisation	71
4.1.3 De 2000 à fin 2003	72
4.1.4 Novembre 2003, rencontre avec Germain	73
4.1.4.1 Le quotidien du pavillon	73
4.1.4.2 La réunion clinique mensuelle	74
4.1.4.2.1 Analyse de la massivité des relations transférentielles	75
4.1.4.2.2 Conséquences	76
4.1.5 Germain en entretien : son élaboration délirante	76
4.1.5.1 En période calme, sans conflit avec l'équipe ou avec les autres patients	77
4.1.5.2 En période de crise	77
4.1.6 Les demandes de Germain	78
4.1.6.1 L'argent	78
4.1.6.2 Les sorties seul hors du pavillon	79
4.1.6.3 Les sorties « définitives »	80
4.1.7 Germain et son appartement	80
4.1.8 L'activité basket	81
4.1.9 Discussion autour du cas : Identifications imaginaires ou signifiants pacifiants ?	82
4.2 Pascal, au risque du transfert	84
4.2.1 Anamnèse	84
4.2.2 Mars 2004, rencontre avec Pascal	86
4.2.3 Apaisement de la relation	87
4.2.4 Le signifiant travail	88
4.2.4.1 Bilan de l'activité par l'infirmière qui l'anime	89
4.2.4.2 Modifications des entretiens	89
4.2.5 Pascal, « l'homme libre »	89
4.2.6 La surprise	90
4.2.7 La mère de Pascal	90
4.2.8 La sortie	91
4.2.9 Travail extrahospitalier	91

4.2.10 Discussion autour du cas	92
4.2.10.1 Le rapport au langage de Pascal	92
4.2.10.2 Point de perplexité et interprétation	93
4.2.10.3 La question du transfert, l'intérêt de la pluralisation	93
4.2.10.4 A propos de l'activité jardin et du travail	94
4.3 Jeanne, la mise au point d'une solution	96
4.3.1 Anamnèse	96
4.3.2 Rencontre avec Jeanne	98
4.3.2.1 Novembre 2003	98
4.3.2.2 La bascule	99
4.3.2.3 Les entretiens	99
4.3.3 La réunion clinique et ses conséquences stratégiques	100
4.3.3.1 Repérage des signifiants à soutenir et des situations dont il faut protéger Jeanne	102
4.3.3.2 Les médicaments	103
4.3.3.3 Modification des entretiens	103
4.3.4 Effets thérapeutiques	104
4.3.5 Articulation extrahospitalière	104
4.3.6 Discussion autour du cas	106
4.3.6.1 L'hypothèse de la psychose	106
4.3.6.1.1 Les coordonnées de déclenchement	106
4.3.6.1.2 Le rapport de Jeanne au signifiant	106
4.3.6.1.3 La rencontre avec le juge	107
4.3.6.1.4 L'hypothèse mélancolique	107
4.3.6.2 Jeanne et le signifiant « mère »	108
4.3.6.3 Perspectives	108
4.4 Nicolas, une pratique à plusieurs	110
4.4.1 Présentation	110
4.4.2 Le retour de sa mère	111
4.4.3 La réunion clinique	112
4.4.3.1 La relation de Nicolas avec sa mère	112
4.4.3.2 Les questions de Nicolas	113

4.4.3.3 L'emploi du temps	113
4.4.4 Discussion autour du cas	114
4.4.4.1 A propos des questions de Nicolas	114
4.4.4.2 Stratégie avec la mère de Nicolas	115
4.5 Stéphane le rappeur	117
4.5.1 Présentation du cas	117
4.5.2 discussion autour du cas, arguments pour une réunion clinique	118
5. Axes thérapeutiques	120
5.1 Généralités	120
5.2 L'échelle des délires, et l'hypothèse de la paraphrénisation	121
5.2.1 Le temps du déclenchement : l'expérience inaugurale de la perte radicale de la signification, l'expérience de mort subjective	121
5.2.2 Le délire comme tentative de redonner un sens	121
5.2.3 L'organisation paranoïaque du délire	121
5.2.4 La pacification du délire	122
5.3 Question du transfert, rencontre avec l'autre jouisseur ou l'autre réglé?	124
5.3.1 Position de l'Autre réglé	125
5.3.2 Pertinence de l'Autre réglé	127
5.4 La docilité du secrétaire	127
5.5 La garantie du soutien, de la présence dans la mélancolie	128
5.6 L'invention du cadre	129
5.7 Le repérage des inventions du sujet psychotique	129
Conclusion	131
Bibliographie	132

Introduction

Lorsque le jeune interne s'oriente vers la psychiatrie, il se trouve confronté à un univers auquel il n'aura pas été préparé par sa formation initiale. Les impératifs des études médicales laissent peu de place à l'enseignement de la psychiatrie en dehors des bases sémiologiques, chimiothérapeutiques et médico-légales. Lors de sa première prise de fonction, le jeune interne en psychiatrie peut se trouver brutalement confronté à l'univers d'un centre hospitalier spécialisé. Du jour au lendemain, il doit prendre des responsabilités nouvelles sans autre expérience que ses quelques connaissances théoriques qui vont vite être mises à l'épreuve de la clinique quotidienne. Il peut, sans doute, trouver appui sur sa formation universitaire, qui offre des séminaires qui ouvrent à des approches théoriques riches et variées.

Mais en fin de compte, ce qui va véritablement venir faire enseignement, c'est la rencontre avec les malades. Beaucoup de ces patients sont psychotiques. C'est donc la rencontre avec les sujets psychotiques qui va dès le départ enseigner, mettre à mal aussi les quelques repères cliniques du jeune praticien, tant la recherche de sens échappe justement de structure dans ce cadre. Et paradoxalement, un savoir peut se constituer à partir de cette clinique, un savoir en mouvement qui n'écrase pas le singulier sous le poids de l'universel. L'orientation analytique fournit alors un éclairage précieux. Elle est riche d'enseignement dans ses différentes perspectives. L'œuvre de Lacan y occupe une place d'importance, à partir de son enseignement et de ceux qui ont suivi ses pas.

Dans la première partie de notre travail, nous nous intéresserons à l'évolution de l'enseignement de Lacan concernant la psychose, et plus précisément à la difficulté particulière pour le sujet psychotique de faire avec le langage et la signification.

Nous étudierons ensuite comment certains de ses contemporains ou élèves s'en sont inspirés dans quelques institutions célèbres. Les travaux impulsés par François Tosquelles à Saint Alban, par Jean Oury à la clinique de La Borde et par Maud Mannoni à l'École Expérimentale de Bonneuil seront ainsi décrits dans leur approche humaniste et novatrice du patient psychotique, mais aussi dans ce qui a pu faire leurs points d'impasse.

Dans la deuxième partie, nous évoquerons le concept de psychanalyse appliquée introduit par Lacan en 1964, lorsqu'il fonde l'Ecole Freudienne de Paris. Nous interrogerons les modalités de l'orientation analytique lacanienne en institution. En partant du fait que ce sont surtout les sujets psychotiques qui y sont reçus, la question de l'intérêt de la psychanalyse en institution se déplace sur l'intérêt pour la psychanalyse du travail en institution.

La troisième partie reposera sur une expérience institutionnelle d'une orientation analytique à partir de cinq cas, dans deux pavillons d'admission de psychiatrie générale adulte.

Enfin, dans la quatrième partie nous essaierons de dégager des axes thérapeutiques généraux dont il est possible de s'inspirer dans le travail avec les sujets psychotiques.

1.Naissance et évolution des psychothérapies institutionnelles d'orientation lacanienne, de l'après guerre à la fin des années 70 [2] [3] [4-6]

1.1 Introduction

L'histoire de la psychothérapie institutionnelle s'inscrit dans les bouleversements de la psychiatrie française au lendemain de la seconde guerre mondiale. Cette approche historique se limitera à quelques uns de ceux qui se sont inspirés de l'enseignement de Lacan, car nombreuses sont les orientations psychanalytiques ou non, qui ont influencé ce mouvement. Nous essayerons de mettre en parallèle l'évolution de la position conceptuelle lacanienne sur la psychose, et les différentes tentatives institutionnelles.

1.2 L'après guerre

Les descriptions faites des asiles de l'époque paraissent aujourd'hui surréalistes, cauchemardesques. Les malades pouvaient rester attachés des années, ou passer leur existence dans un couloir. Les draps n'étaient changés que tous les six mois. Les vêtements personnels étaient interdits, et faisaient place à l'uniforme. Les femmes ne disposaient pas de garnitures hygiéniques. Cent personnes pouvaient avoir à se partager les mêmes sanitaires.

Au cours de la seconde guerre mondiale, quarante pour cents des malades mentaux hospitalisés moururent de faim, ou de misère physiologique. Certains rescapés des camps de concentration, infirmiers, médecins, jugèrent le sort des malades mentaux hospitalisés, pire que celui des déportés, qui au moins connaissaient l'issue de leur séjour.[3]

1.3 L'évolution psychiatrique et juridique

Georges Daumézon est une figure de la psychothérapie institutionnelle, qui travailla à l'hôpital de Fleury-les-Aubrais puis à Maison Blanche. S'inspirant de son expérience du scoutisme, il met en place de nombreuses activités auxquelles tout le personnel, y compris administratif et technique, participe. En 1952, il utilise pour la première fois le syntagme de

« psychothérapie institutionnelle », dans un article écrit avec Philippe Koechlin dans les annales portugaises de psychiatrie. Il initiera des formations destinées aux infirmiers, aux surveillants chefs puis aux médecins. Les journées de réflexion et d'étude à l'école expérimentale de Sèvre constitueront le « groupe de Sèvre ». Le principe de ces formations était de faire vivre de l'intérieur aux participants, des activités créatives et collectives, pour qu'ils essaient ensuite de les mettre en place dans leurs établissements.

L'humanisation des hôpitaux psychiatriques fut soutenue par un certain nombre de lois, proposées notamment par Eugène Aujaleu, Directeur général de la santé. La circulaire 148 du 21 août 1952 permit aux malades de garder leurs effets personnels (vêtements, alliance...), remettant ainsi en cause l'uniforme. Les femmes ne furent plus systématiquement appelées par leur nom de jeune fille, et purent disposer de garniture périodique... Les locaux furent aménagés, décorés avec des nappes, des rideaux. Dans chaque pavillon, la radio et parfois la télévision furent mises à la disposition des malades. Chaque service bénéficia d'une secrétaire médicale et d'une assistante sociale. Enfin, la circulaire du 4 février 1958, stipula que « le produit du travail des malades appartient aux malades ». L'idée était que le maniement de l'argent était un puissant facteur de désaliénation. Les clubs thérapeutiques y trouvèrent leur fondement juridique.

1.4 Lacan, la psychose et l'institution [7]

1.4.1 Du sens à la causalité

En 1932, Lacan[7] questionne la genèse de la psychose. Il introduit une psychogenèse et tente « une interprétation exhaustive des phénomènes mentaux d'un délire typique en fonction de l'histoire concrète d'un sujet »[8]. Un symptôme est donc psychogénique en ceci que ce qui le cause relève de l'histoire du sujet : « l'événement causal n'est déterminant qu'en fonction de l'histoire du sujet. »[8]. Il insiste sur le sens supposé et à découvrir du discours psychotique, invitant ainsi à écouter avec attention, dans une optique de compréhension, des sujets qui ne l'étaient pas parce que parfois totalement incohérents, hors de la réalité. Dès ce travail, Lacan introduit son binaire psychose-liberté, auquel la psychothérapie institutionnelle tentera de répondre par le binaire limite-institution.

Ce lien entre la psychose et la liberté repose alors sur l'hypothèse qu'une fois la chute de l'identification imaginaire dans lequel le sujet psychotique est pris, le sujet est libre, désarrimé, et sémiologiquement fou. Il développe alors un délire. Il est en proie aux hallucinations, etc. Lacan avait déjà remarqué la relative stabilité des paranoïaques dans l'armée ou les communautés monastiques, dans des contextes qui, parfois, peuvent soutenir un temps ces identifications imaginaires. Ailleurs dans sa thèse, il conçoit aussi le symptôme psychotique comme une relation sociale perturbée. Dans le cadre de la psychothérapie institutionnelle, se mettent en place beaucoup de stratégies pour justement intervenir sur le lien social dans l'institution, afin de soulager le sujet de ses symptômes.

Dès 1938, Lacan s'écarte de la position initiale de sa thèse où il recherchait la raison du sens, soit à comprendre la psychose, pour s'interroger sur la cause du sens. Il oppose à la genèse organique de la psychose, un développement qui tient compte de ce qu'il appelle à l'époque les complexes familiaux[9]. Cette avancée conceptuelle, héritière de la théorie freudienne, lit la psychose en partant de l'expérience analytique des sujets névrosés. Lacan reconnaît n'en être qu'au début de sa recherche dans le champ de la psychose. « Il reste à établir si les complexes qui jouent ces rôles de motivation et de thème dans les symptômes de la psychose ont aussi un rôle de cause dans son déterminisme ; et cette question est obscure. Pour nous, si nous avons voulu comprendre ces symptômes par une psychogenèse, nous sommes loin d'avoir pensé y réduire le déterminisme de la maladie»[9]. Déjà, il invite à la prudence dans « l'exploration du sujet ».

1.4.2 Causalité et liberté

Lacan formalise d'avantage la question de la genèse de la psychose en 1946 dans son débat avec Henri Ey, tenant de « l'organo-dynamisme »[10]. A la position organiciste de son estimé confrère, il oppose ce qu'il n'appellera plus psychogenèse mais « causalité psychique ».

Il énonce alors sa thèse de la liberté dans la psychose : « Loin que la folie soit la faille contingente des fragilités de son organisme, elle est la virtualité permanente d'une faille ouverte dans son essence. Loin qu'elle soit pour la liberté une insulte, elle est sa plus fidèle compagne, elle suit son mouvement comme une ombre. Et l'être de l'homme non seulement ne peut être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en soi

la folie comme limite de sa liberté »[10]. Il s'appuie alors sur le rapport du sujet psychotique à l'identification, en ceci que chez lui justement, elle n'assure jamais une stabilité, une assise lui permettant de se repérer par rapport à l'autre. Il en résulte une désaliénation voire une rupture sociale, identificatoire, que Lacan appelle liberté, en tant que rien ne rattache jamais vraiment le sujet psychotique à l'autre. Cette liberté ne limite plus le sujet psychotique, et peut conduire au passage à l'acte, avec ses conséquences parfois dramatiques.

De sa thèse de 1932 au séminaire sur les psychoses de 1955-1956, Lacan passe de l'inconscient structuré comme une image, à l'inconscient structuré comme un langage. Inspiré du travail des linguistes de son temps, il abandonne la primauté des imagos et leur détermination inconsciente, pour accorder au signifiant une place centrale dans le champ de l'humain. Par exemple, le signifiant père supplante l'imgo paternelle, avec tout le développement conceptuel qui en découlera. Il rompt alors définitivement avec la pratique du sens, en tant que c'est ce qui se comprend, pour s'orienter vers la cause, en tant que c'est ce qui s'explique. Cette interrogation de Lacan autour du langage, de ce qui cause la signification, parcourt déjà ses premiers textes. « Le phénomène de la folie n'est pas séparable du problème de la signification pour l'être en général, c'est-à-dire du langage pour l'homme »[10]. Avec le temps, l'articulation signifiant / signifié, ce qui cause la signification, prend une place centrale dans son travail, et ne cessera d'évoluer jusqu'à la fin de son enseignement.

Dans la psychose, il s'intéressera dorénavant aux phénomènes de déclenchement et aux remaniements imaginaires successifs qui s'en déduisent. On peut alors entendre le déclenchement comme une perte globale de signification, que le délire, comme formation imaginaire, peut tenter de suturer.

En partant du fait que la psychanalyse « se développe à travers la parole », Lacan invente le grand Autre comme lieu du signifiant qui préexiste à tout sujet. « Et pourquoi avec un grand A ? Pour une raison sans doute délirante, comme chaque fois qu'on est forcé d'apporter des signes supplémentaires à ce que donne le langage. Cette raison délirante est ici la suivante. *Tu es ma femme* – après tout, qu'en savez-vous ? *Tu es mon maître* – en fait, en êtes-vous si sûr ? Ce qui fait précisément la valeur fondatrice de ces paroles, c'est que ce qui est visé dans le message, aussi bien que ce qui est manifeste dans la feinte, c'est que l'autre est là en tant qu'Autre absolu. Absolu, c'est-à-dire qu'il est reconnu, mais qu'il n'est pas connu. De même,

ce qui constitue la feinte, c'est que vous ne savez pas en fin de compte si c'est une feinte ou non. C'est essentiellement cette inconnue dans l'altérité de l'Autre, qui caractérise le rapport de la parole au niveau où elle est parlée à l'autre »[11]. Cette déclinaison de L'Autre s'inspire bien sûr de la clinique de la névrose. En effet, le sujet psychotique ne reconnaît pas l'Autre, et son accès à l'équivoque ou à la feinte est restreint, quand il ne produit pas de perplexité voire de persécution concernant justement les intentions de l'Autre.

Lacan lie la question de l'Autre à celle du sujet, en tant qu'il le détermine. « Il y a du sujet seulement et uniquement après qu'il y a eu du signifiant, cet Autre étant le lieu défini comme nécessaire à cette primarité de la chaîne signifiante »[7]. « La condition du sujet S (névrose ou psychose) dépend de ce qui se déroule en l'Autre. Ce qui s'y déroule est articulé, comme un discours (l'inconscient est le discours de l'Autre), dont Freud a cherché d'abord à définir la syntaxe pour les morceaux qui dans les moments privilégiés, rêves, lapsus, traits d'esprit, nous en parviennent »[12]. Cette primarité de la chaîne signifiante, comme Autre déjà là, induit une possible lecture des symptômes névrotiques, et donc une résolution qui passerait par la mise à jour de la chaîne. « C'est parce que ces phénomènes s'ordonnent dans les figures de ce discours qu'ils ont fixé de symptôme, qu'ils sont lisibles et se résolvent quand ils sont déchiffrés »[12].

Lacan met donc au cœur de sa réflexion le rapport du sujet au signifiant, au langage, et entreprend d'expliquer en quoi ce rapport diffère dans la névrose et dans la psychose.

« En plaçant d'emblée l'économie de la psychose dans le rapport du sujet à l'Autre du signifiant, Lacan formalise la découverte freudienne et introduit sur des bases nouvelles la question du traitement possible des psychoses. Pour construire le sujet comme il convient à partir de l'inconscient comme discours de l'Autre, il va dès lors s'agir de logique du signifiant »[7].

La compréhension devient l'apanage et l'impasse de l'imaginaire. « Nulle part en effet la conception fallacieuse d'un processus psychique au sens de Jasper [...] n'est plus hors de propos que dans l'abord de la psychose [...] Ce qui nous imposera de définir ce processus par les déterminants les plus radicaux de la relation de l'homme au signifiant »[12]. « Cette remarque que je vous ai faite la dernière fois, que le compréhensible est un terme toujours fuyant, insaisissable, il est surprenant qu'elle ne soit jamais pesée comme une leçon

primordiale, une formulation obligée à l'entrée de la clinique. Commencez par ne pas croire que vous comprenez. Partez de l'idée du malentendu fondamental. C'est là une disposition première, faute de quoi il n'y a véritablement aucune raison pour que vous ne compreniez pas tout et n'importe quoi »[13].

Lacan se dégage donc de la compréhension pour s'orienter vers la causalité, et s'intéresser à la question de la fonction et de l'économie psychique. Il rappelle la découverte fondamentale de Freud, l'existence en chaque homme d'une division, reposant sur le rapport de l'homme avec le signifiant. «C'est dans l'Autre du langage que le sujet va chercher à se situer, dans une recherche toujours à reprendre, puisque nul signifiant ne suffit, en même temps, à le définir »[14].

Or le psychotique incarne le signe en impasse pour le sujet de cette division, puisque justement le signifiant ne le divise pas, mais aussi la marque de ce qu'il existe une connexion particulière entre sujet et jouissance, c'est-à-dire que la pulsion se manifeste singulièrement chez chacun et qu'il s'en protège de manière toute aussi spécifique. Ces modalités de défense diffèrent radicalement dans la névrose et dans la psychose, mais ne se conjuguent dans les deux structures que singulièrement.

1.4.3 De l'universel au particulier

Les questions de la ségrégation et de l'universel sont intimement liées. L'universel ne fait pas cas de la spécificité des difficultés, de la singularité de chacun. Il écrase le particulier du cas sous le poids de l'idéal de l'institution, et renforce ainsi la ségrégation.

« L'institution utopique produisait un idéal avec la volonté d'essayer de résorber la particularité du symptôme ou la particularité de la jouissance.[...] Le psychanalyste est celui dont la fonction politique est de rappeler que l'universel ne réglerait jamais les questions, que la jouissance dans sa particularité abominable est là comme protestation contre l'idéal ; que plus on voudra des idéaux, plus on fabriquera du mal, ce que Lacan nommait « représentation exaltée du mal ». Dans l'institution, trouver abri pour le psychanalyste, c'est introduire le paradoxe de lutter pour extraire la particularité de chaque cas, sans chercher à délivrer son prochain en voulant lui appliquer des idéaux. Rendre sa particularité au sujet, c'est le

contraire de l'intolérance ou de la ségrégation »[2]. Cette question de l'universel se retrouve actuellement dans toutes les mesures qui visent à établir des protocoles dans les prises en charge, à fixer des conduites à tenir en fonction des pathologies. Les temps d'hospitalisation et l'optimisation de la durée moyenne de séjour, les objectifs thérapeutiques de resocialisation pour les sujets psychotiques sont aussi des idéaux institutionnels qui ignorent en partie ce qui fait la difficulté spécifique des sujets, mais répondent aux pressions de politiques économiques et normatives.

Dans son texte inédit de 1967 « la psychanalyse et la formation du psychiatre », Lacan reprend les grandes lignes de son enseignement, mais en s'adressant aux psychiatres, à ceux donc qui travaillent avec les sujets psychotiques en institution. Il leur reproche d'attendre de la psychanalyse les clefs de la compréhension du sujet psychotique, dont il dénonce justement l'imposture, et de faire l'économie de la rencontre.

Or il rappelle que le psychiatre est concerné par la psychose, du fait même du caractère angoissant de la rencontre. Et il insiste pour que cette expérience ne soit pas escamotée, tant elle est fondamentale dans son enseignement. En effet, l'opération névrotique de division du sujet par le signifiant produisant l'objet *a*, comme reste non symbolisable, l'impossible à dire, ne fonctionne pas chez le sujet psychotique. Pour le névrosé, l'objet *a* cause du désir, est localisé dans l'Autre. A l'inverse, le psychotique l'a en lui, n'en est pas séparé. Il ne le situe pas dans l'Autre. Lacan illustre ce point à propos des hallucinations, des voix, considérées comme objets *a*. « Son petit *a*, il l'a en poche [...] à sa disposition.[...] Il a sa cause en poche. » C'est cette liberté radicale par rapport au signifiant et à la signification qui angoisse celui qui rencontre le fou.

Se référant à Michel Foucault, il rappelle que la clinique psychiatrique de la psychose repose sur l'expérience de l'enfermement à but humanitaire des fous. Hors, du fait de l'ouverture des structures psychiatriques, il met en garde contre la dérive qui déplace le sujet psychotique, d'une position « de point d'interrogation de ce qu'il en est d'un certain rapport du sujet à cet objet parasitique qu'est la voix en tant que support du signifiant » à celle d'« objet d'étude » scientifique. Il y voit une nouvelle forme de ségrégation « rançon de l'universalisation de la science »[7].

Lacan suppose que cette question de la ségrégation, du psychotique dans l'institution, se généralisera à toute la société dans un futur proche. Il attribue donc aux psychiatres la responsabilité d'en élaborer quelque chose du fait de leur position privilégiée, afin d'en limiter les dégâts. Il reproche aux psychiatres d'être restés prisonniers de la logique où il s'agirait d'adapter le fou à la société ou bien d'adapter la société à la folie.

Dans son intervention aux journées sur les psychoses chez l'enfant[15], Lacan lie la question de la liberté avec celles de l'enfant, de la psychose et de l'institution. Il interroge ce qui peut bien pousser les sujets à travailler dans ce cadre sans sombrer dans la « tristesse ». Il s'étonne que les concepts de jouissance, de rapport sexuel et d'inconscient n'aient pas été « théoriquement articulés » dans cette clinique spécifique.

«[...]le réel, qui dans une expérience de parole ne vient qu'en virtualité, qui dans l'édifice logique se définit comme l'impossible. Il faut déjà bien des ravages exercés par le signifiant pour qu'il soit question de réalité. Ceux-ci sont à bien saisir tempérés dans le statut du fantasme, faute de quoi le critère pris de l'adaptation aux institutions humaines, revient à la pédagogie. Par impuissance à poser ce statut du fantasme dans l'être-pour-le-sexe, la psychanalyse bâcle avec du folklore un fantasme postiche, celui de l'harmonie logée dans l'habitat maternel»[15]. Ce passage nous semble poursuivre la question initiale de ce qui peut permettre de travailler avec des enfants psychotiques. Quel fantasme soutient le désir de ces travailleurs ? Lacan dénonce le fantasme normatif d'une solution qui se trouverait dans la relation de la mère à l'enfant. Or il développe ensuite que c'est justement d'une position dans le fantasme de la mère, en tant qu'objet *a*, que l'enfant est en difficulté[16].

En présence de François Tosquelles, Jean Oury et Maud Mannoni qui avait organisé ces journées, on peut lire une forme de bilan de ce que les mouvements institutionnels de l'époque ont apporté comme traitement de la psychose en institution. Il leur reproche une forme d'idéal de traitement n'ayant su prendre en compte la particularité du sujet, et n'ayant pas tenu compte du réel, en tant qu'il est ce qui échappe à l'opération symbolique et que s'y loge la jouissance. Cette question du réel oriente l'approche et le traitement du symptôme, en tant qu'il est une façon justement de traiter le réel. Deux points se dégagent donc. La question de l'idéal rejoint celle de l'universel et de la ségrégation, celle du réel le symptôme. Ces nouvelles pistes aiguilleront le travail de certaines institutions futures.

1.5 Saint Alban et François Tosquelles[17, 18]

Saint Alban est un hôpital psychiatrique du nord de la Lozère.

Durant l'occupation, il reçut nombre de personnalités, de résistants poursuivis par le régime de Vichy. La population des alentours s'organisa pour subvenir aux besoins de l'établissement, et aucun malade ne mourut des suites de dénutrition. C'est dans ce contexte humaniste, politisé, militant et subversif que l'histoire de la psychothérapie institutionnelle commença. La lutte contre la ségrégation des malades mentaux, l'utilisation de l'hôpital comme d'un instrument de soins y trouvèrent un terreau fertile.

Tosquelles peut être considéré comme le père de la psychothérapie institutionnelle. Il arrive à Saint Alban en 1941, fuyant le régime franquiste. Il y occupera toutes les fonctions, d'infirmier à médecin directeur (1952) en passant par interne, le temps de passer les examens nécessaires. Il est psychiatre de formation, a fait une analyse, interrompue par son engagement dans la guerre civile espagnole. Déjà, pour lutter contre la ségrégation des malades mentaux en cette période troublée, il organise la fabrication de tranchées avec des schizophrènes et des autistes, et constate qu'ils s'humanisent. En plus de cette expérience de psychiatrie de guerre, la légende dit que Tosquelles arriva à Saint Alban avec deux ouvrages : la thèse de Lacan, et un livre d'Hermann Simon. Ces deux ouvrages posèrent les premières bases théoriques de la psychothérapie institutionnelle.

Hermann Simon défendait l'idée de soigner l'établissement et chaque malade : « avant de soigner des gens qui sont quelque part, il faut soigner ce quelque part... »[19]. Son ouvrage insistait sur les effets d'initiative et de responsabilisation qu'engendraient le travail et les activités créatives.

A partir de ces bases, «Tosquelles eut l'idée qu'on pouvait parfaitement bien organiser un hôpital sur les relations sociales, en forgeant à l'intérieur même de l'hôpital un tissu symbolique de lieux de paroles, « en organisant par l'institution une nouvelle prothèse symbolique »[20] »[7].

Les prémices des communautés thérapeutiques, des clubs thérapeutiques, de la sectorisation virent le jour. « De l'ergothérapie(...) ce que l'on visait et que l'on attendait était le déclenchement des faits de parole à plusieurs niveaux, voire des déplacements métaphoriques

et métonymiques. Seuls ces faits de parole devenaient les vrais objets du traitement psychothérapeutique»[17]. Ce premier temps de la psychothérapie institutionnelle, dont les effets se font encore sentir aujourd'hui, axa le travail sur la base d'une carence, d'un défaut symbolique dans la psychose. La stratégie qui en découla fut de tout mettre en œuvre pour que les sujets psychotiques parlent et se responsabilisent sous la protection relative des soignants. Ainsi les clubs offraient travail et lien social.

L'approche humaniste du psychotique interrogeait les modalités de traitement sur les lieux de vie mêmes. Des dispensaires furent créés, des visites à domicile inaugurées. Tosquelles disait de la Lozère qu'elle était le jardin de l'hôpital de Saint Alban. Longtemps, il anima des rencontres, des réunions d'informations, d'éclairage au près de la population dans son célèbre ciné club.

«Il n'était possible à une révolution de se développer, sans disposer d'une théorie révolutionnaire cohérente»[17]. Tosquelles se servit de l'enseignement de Lacan.

1.6 Jean Oury et la clinique de La Borde[19, 21, 22]

Avant de diriger la clinique de Laborde, Oury passa comme interne à Saint Alban où il rencontra Tosquelles. Cette rencontre fut déterminante dans son engagement dans la psychothérapie institutionnelle. Parallèlement, il suivit avec passion l'enseignement de Lacan, qu'il tenta de transmettre, d'enseigner dans ce mouvement institutionnel. Ses écrits dévoilent l'effort qu'il faisait pour faire un pont entre les développements théoriques de Lacan et la pratique institutionnelle. Pour autant ses références dépassèrent de loin le champ de l'orientation lacanienne. Ainsi Sartre, Lévi-Strauss, Kierkegaard, Marx, pour ne citer que les plus fréquents, nourrissaient, enrichissaient son champ conceptuel. Les expériences des phénomènes de groupe dans les structures de soins des pays Anglo-Saxons, les techniques d'éducation active (dont le propre frère d'Oury était un praticien) influencèrent aussi son cheminement intellectuel.

Le développement qui suit repose principalement sur son ouvrage référence : « psychiatrie et psychothérapie institutionnelle ».

1.6.1 La désaliénation

«... la désaliénation, c'est de restituer le sujet»[23].

Oury remarque que les malades mentaux sont toujours identifiés sous le statut déficitaire et déresponsabilisant de la maladie. Que ce soit sur leur lieu de vie ou à l'hôpital, cette position imaginaire sature toute possibilité évolutive, sociale, ne reconnaissant plus au malade son statut de sujet. C'est cette représentation du malade mental qui tend à l'aliénation, à une certaine obturation du champ du possible, renforçant par là des difficultés déjà massives. L'aliéné, étranger à lui-même, est mis au banc de la société. L'aliénation s'accompagne d'un certain immobilisme mortifère, mettant un terme aux possibles questionnements. La désaliénation rappelle à une certaine éthique du sujet. Cette question reste bien sûr d'actualité.

Mais l'aliénation ne concerne pas que les malades directement. Oury met en garde contre l'identification des soignants à leur statut de soignant. Chacun au-delà de son statut professionnel, institutionnel reste un sujet. Être infirmier, médecin, éducateur, ne peut définir un sujet ou ce qu'il a à faire. De ce fait chacun partage une responsabilité dans la rencontre avec les malades mentaux, et dans l'élaboration d'idées pouvant avoir un impact thérapeutique. Il dénonce avec force le fonctionnement hiérarchique, totalitaire de l'hôpital, où les infirmiers seraient soumis aux ordres administratifs et médicaux. La démystification des rapports interindividuels passe par celle des rapports infirmiers - médecins. On peut là aussi repérer que l'aliénation réside dans une représentation figée, non interrogée, de ceux qui sont sensés soignés. Si cette représentation n'est pas en mouvement, comment la représentation du malade mental peut-elle évoluer ? La désaliénation peut alors apparaître comme un mouvement de questionnement systématique, dont le cheminement amène à poser certains actes.

Oury invite donc chacun à sortir de ces/ses illusions aliénantes. Il solutionne cette traversée fantasmatique, « ne pas croire à son personnage », du côté d'une analyse pour tous, avec l'idée d'une institution « soignée » pour pouvoir soigner, inspirée entre autre d'Hermann Simon. « Le processus de désaliénation du groupe coïncide avec le travail analytique de chaque individu »[24]. Ce point majeur de l'analyse pour tous nous semble court-circuiter ce

qu'il en est du choix et du désir de chacun, sonne comme une injonction, et ramène la question de l'aliénation.

«La structure même de l'équipe soignante doit être construite de telle façon que chacun des sujets de cette équipe arrive à jouer d'une façon quasi-automatique de cette gamme (...) qui va du personnage à la personne, du rôle au rapport individuel le plus ordinaire. Cette structuration n'est pas parallèle à l'échelle des diplômes de chaque membre, elle dépend d'un certain mode de vie au sein d'une certaine communauté, celle qu'il faut appeler communauté thérapeutique. Les interrelations médecins – moniteurs – infirmiers - personnels de service sont des interrelations de personnages techniciens, il est dangereux que les personnes se collent à ces rôles et en arrivent à croire à une hiérarchisation de valeurs humaines. C'est une des formes de l'aliénation que de confondre personne et rôle»[25].

Dans l'immense variété de cette clinique de la désaliénation, Oury souligne l'importance de « la perte des conduites réactionnelles en face de l'insolite »[25]. Même s'il ne fait pas clairement la distinction, on peut y voir une certaine tolérance face aux symptômes, et notamment ceux surprenants, étranges dont peuvent faire usage certains psychotiques. Cette position initie la reconnaissance des symptômes comme possibles solutions. On y repère encore une position d'ouverture qui ne viendrait pas clore le questionnement par un jugement quelconque. Cette ouverture du symptôme comme solution, pousse à la question de la fonction. A quoi sert le symptôme au sujet psychotique ? Le délire est-il une possibilité pour le sujet psychotique de trouver une signification au monde, qui n'en aurait aucune sinon, et le laisserait en proie à une angoisse intolérable ou le pousserait au passage à l'acte ?

1.6.2 L'infirmier, le médecin et la psychothérapie ?

1.6.2.1 L'infirmier

Oury identifie l'infirmier comme un « soignant » qui participe à l'« ambiance, que le médecin doit maîtriser ». Cette ambiance, cette atmosphère peut se définir comme l'ensemble des relations qui se tissent entre les malades, et entre les malades et les infirmiers. On peut introduire là ce qu'il appelle les « cristallisations/constellations », c'est-à-dire les points de blocage, d'impasse, de tension qui découlent justement du lien social. Ce qui vient faire

résistance dans le travail d'équipe avec les patients peut répondre à ces constellations. Il les situe tant au niveau des soignés que des soignants, la solution supposée chez les soignants étant du côté de l'analyse. Il suppose donc l'impasse, la résistance du côté soignant. L'histoire de la maîtrise médicale, par ailleurs récurrente dans l'ouvrage, fait fi de sa propre résistance. Elle répond à la notion de « vigilance » qui passe par de multiples réunions comme appareil de contrôle, auxquelles le médecin se doit d'être présent. « Etre là tout en étudiant le milieu, mais en y étant soi-même pour que ça se modifie »[19]. C'est d'ailleurs peut-être dans ce contexte de réunion, que peut s'entendre l'idée que les infirmiers doivent « être informatifs et non déformatifs », c'est-à-dire témoignant d'une certaine clinique, la moins engluée possible dans les fantasmes de chacun.

Sur le registre de l'ouverture au malade, Oury réclame de l'infirmier qu'il fasse preuve d'une « disponibilité de lui-même », pour pouvoir témoigner un intérêt thérapeutique au malade ; qu'il laisse donc ses difficultés sur le divan. La notion d'intérêt s'entend aussi dans le choix que font les infirmiers, des clubs auxquels ils participent. Mais dans ce cas, l'idée est plus une certaine orientation du désir du soignant, pour soutenir le club, et intéresser les malades.

1.6.2.2 Le médecin

« Si le médecin développe vis-à-vis de l'infirmier des rapports de désaliénation, —liberté d'expression, respect de l'autre, relation de sympathie, remise constante sur le plan de la réalité, etc.— l'infirmier sera amené à développer les mêmes relations vis-à-vis du malade. Le groupe des infirmiers apparaît alors comme un système de médiation entre l'instance médicale et le malade» [26]. Ce souci démocratique s'oppose au totalitarisme hospitalier que dénonce Oury. Il propose aussi le médecin comme modèle, idéal, auquel l'identification produirait des effets thérapeutiques.

Une ambiguïté certaine, chez Oury, demeure en ce qui concerne l'impact propre de l'infirmier dans sa relation avec le malade, hors de la portée de l'influence médicale. Ce qui interroge la place que le médecin laisse à la responsabilité propre de chaque infirmier dans sa relation au malade et l'impact thérapeutique reconnu.

« Il faut donc essayer d'agir sur la sous-jacence du groupe soignant pour qu'inconsciemment chaque personne et chaque « nous » puissent avoir, spontanément, une attitude adéquate à la

mesure des événements quotidiens»[27]. Oury marque une nouvelle fois que l' « attitude » du personnel soignant pourrait découler de savants calculs du médecin. Peut-on entendre qu'il suppose que la cohérence de la stratégie thérapeutique s'élaborerait au-delà de chacun des membres d'une équipe ?

Au final, il ne reconnaît de psychothérapie qu'une relation duelle : « la clef symbolique reste une simple relation de psychothérapie individuelle avec le médecin ou le moniteur désigné»[28].

Il peut donc se dégager des écrits d'Oury que l'infirmier est parfois réduit à un pion sur l'échiquier médical. Or, pour reprendre les termes de l'époque, cette position objectale est aliénante, d'où une contradiction certaine par rapport au développement conceptuel général, notamment sur la désaliénation.

1.6.3 Les clubs thérapeutiques

Selon une définition de Jean Aymé de la psychothérapie institutionnelle où il s'agit « d'utiliser la vie communautaire, avec ses rencontres et ses échanges, comme moyen thérapeutique »[4], le club thérapeutique semble le paradigme, la base de la notion de psychothérapie institutionnelle. Il permet un lien social sécurisé par l'équipe soignante et donne matière au travail psychothérapeutique, par les occasions de paroles qu'il génère.

1.6.3.1 Fonctionnement, organisation

Les animateurs sont appelés moniteurs. Ils choisissent eux-mêmes les clubs auxquels ils veulent participer, selon leurs désirs, leurs affinités. Il faut « utiliser chaque personne qui est prise dans ce travail selon ses compétences»[19].

Les clubs s'assurent une vie personnelle et autonome, avec le choix de l'ergothérapie coopérative; l'ergothérapie occupationnelle étant considérée comme un vecteur, un facteur d'aliénation. Ils ont le statut des associations de la loi du premier juillet 1901. Ils s'appuient sur la circulaire du 4 février 1958 qui stipule que « le produit du travail des malades appartient aux malades».

En ce qui concerne la gestion économique, les clubs sont sous le contrôle du comité hospitalier de Croix-Marine. Les malades vendent les produits de leur travail au personnel, aux visiteurs, aux autres malades. Cette dialectique des échanges et des personnes reflète les engagements, et les positions marxistes que soutenaient les théoriciens de la psychothérapie institutionnelle[27].

Localement, les clubs sont gérés par une assemblée de malades élus, dits délégués de quartier[27].

1.6.3.2 Objectifs, stratégies.

Les élections pour l'assemblée de malades font l'objet de discussion au sein de l'équipe soignante, de manière à établir des stratégies préalables : combien de personnes réunir, qui peut se présenter, quels sont les enjeux supposés de chacun. Ensuite, plusieurs fois par mois, des réunions aux thèmes multiples sont organisées en présence d'un infirmier « conseiller social » et d'un médecin « pour donner à la séance la tournure psychothérapique qu'il souhaite »[27]. Seul le médecin dispose d'un droit de veto.

Ainsi, le club contrôlé et sécurisé par l'équipe soignante peut faire office de « prothèse sociale » [27], il est un « instrument par excellence de la resocialisation locale »[27].

Le quotidien du club offre une précieuse possibilité de repérage clinique, permettant de situer les difficultés singulières de chacun, mais aussi les facteurs d'amélioration clinique, d'apaisement, donc les voies à suivre, à soutenir au quotidien.

« C'est un fait bien banal de constater que le sujet se met à parler s'il est placé dans des circonstances qui favorisent la dialectique des prestations et des contre-prestations. Le club a pour but de créer ces circonstances et de faire apparaître la structure même du signifiant, son articulation »[27].

Le club apparaît aussi comme un instrument de formation du personnel soignant, en tant qu'il apporte une expérience différente dans la rencontre avec le malade et qu'il modifie les personnages auxquels malades et soignant ont pu s'identifier.

1.6.4 Spécificité lacanienne de l'orientation d'Oury

Jean Oury identifie l'Autre du psychotique à l'Autre du collectif soignant. « ...il y a interaction et une certaine analogie de structure entre l'inconscient du Sujet et le signifiant du Collectif [...] De même que le sujet vient au monde dans le grand Autre, nous pouvons dire qu'il entre dans le collectif en se situant dans un espace signifiant qui est comme le grand Autre du Collectif»[29]. Il pense traiter la psychose en traitant, en modifiant l'Autre du collectif, l'Autre institutionnel, soit « en réparant le tissu symbolique pour constituer un Autre de substitution »[7]. On repère bien l'espèce de sacralisation du symbolique qui semblait se déduire du début de l'enseignement de Lacan. L'idée est donc de soigner ceux qui s'occupent des psychotiques pour obtenir des effets sur ces derniers.

Hors cet Autre collectif est « un Autre complet, un Autre Symbolique qui peut tout. » « Oury pense donc la psychothérapie institutionnelle comme un traitement de l'imaginaire par la dimension symbolique, et ceci, sans aucune référence à la clinique du réel. C'est-à-dire que l'Autre du psychotique [...]est juste un Autre symbolique perturbé, défaillant, auquel l'Autre du collectif a à se substituer »[7]. L'objectif est donc de créer, d'adapter un environnement social pour le psychotique. Dès lors, ce qui est sur le devant de la scène n'est plus le sujet psychotique et ses difficultés spécifiques, mais les soignants.

Or s'occuper des intervenants, de façon parfois dogmatique voire totalitaire, ne se décide pas par un autre, fut-il médecin chef. L'analyse relève d'un choix, d'un désir individuel. La psychothérapie individuelle s'est parfois retrouvée dans l'impasse où son idéal la conduisait. Elle s'est détournée des patients au profit ou au dépend des soignants.

1.7 Maud Mannoni et l'école expérimentale de Bonneuil ¹²³

1.7.1 Présentation

L'école expérimentale de Bonneuil a été créée en 1969 par Maud Mannoni, Robert Lefort, tous les deux psychanalystes, et un couple d'éducateurs, Rose-Marie et Yves Guérin. Elle a fonctionné jusqu'en 1975 avec des fonds privés, avant de recevoir le statut d'hôpital de jour. Rapidement, l'école s'est enrichie d'un foyer thérapeutique de nuit.

Ce lieu accueillait et continue à accueillir à plein temps, du lundi au vendredi, une vingtaine d'enfants psychotiques, ou qui présentent des difficultés les empêchant de vivre en société, d'aller à l'école, ou d'autres encore.

Les règles de bases à l'arrivée étaient simples. Elles ont parfois pu paraître laxistes. Les enfants, dans les années 70, ne prenaient plus de médicaments, pouvaient dire et faire ce qu'ils voulaient dans la limite de leur sécurité, de leur intégrité corporelle et de celles des autres.

Les enfants, quelque soit leurs maladies, sont mélangés et vivent avec les adultes de l'institution. Ne pas regrouper les enfants en fonction de leurs maladies a pour objectifs de favoriser des phénomènes identificatoires diversifiés. La ségrégation est envisagée sous deux questions : quelle place est faite aux malades mentaux dans notre société, et quels effets produisent sur ces derniers le repli de la structure familiale sur elle-même face à la ségrégation qu'elle subit elle aussi ?

1.7.2 L'influence de l'antipsychiatrie[30]

L'état des lieux des années 70 de Mannoni pulvérise la possibilité de travail en institution psychiatrique avec des enfants psychotiques. L'hôpital psychiatrique est, pour elle, un lieu où les enfants sont drogués sans aucune réflexion, attachés, et irrémédiablement aliénés par leur

¹ G.SELIGMANN, *Vivre à Bonneuil* 1975 Film

² G.SELIGMANN, M.MANNONI., *Secrète enfance*. 1978 Film

³ Projet d'établissement. 2004. Inédit

statut de malades. Cette position un peu caricaturale, n'allait pas sans un effort d'élaboration et d'invention dans le travail. La seule possibilité évolutive de ces enfants est donc hors de l'hôpital, d'où l'ouverture de Bonneuil comme tentative d'une autre pratique.

1.7.3 Le concept d'institution éclatée

« La notion d'institution éclatée vise à tirer parti de tout insolite qui surgit (cet insolite, qu'on a coutume, au contraire, de réprimer). Au lieu d'offrir la permanence, le cadre de l'institution offre dès lors sur fond de permanence des ouvertures vers l'extérieur, des brèches de toutes sortes (par exemple des séjours hors de l'institution). Ce qui demeure : un lieu de repli, mais l'essentiel de la vie se déroule ailleurs, dans un travail ou un projet à l'extérieur. A travers cette oscillation d'un lieu à l'autre peut émerger un sujet s'interrogeant sur ce qu'il veut »[31]. Cette définition de Mannoni met donc l'accent sur un mouvement des enfants hors de l'institution. L'institution est éclatée parce qu'elle s'ouvre sur l'extérieur, ne centralise pas son activité sur un seul et même lieu. Elle propose à l'enfant des expériences qu'il ne peut faire seul ou avec sa famille, en pariant sur les effets en terme de désir et de possibilité de lien social. C'est pourquoi elle s'appuie aussi sur des rencontres avec des travailleurs de tous horizons.

L'argumentation théorique est ainsi résumée par Le Dr LEFORT, dans le film *vivre à Bonneuil* : « L'institution est comme une mère de psychotique, toute puissance. Si l'enfant psychotique s'en détache, il éclate ». Bonneuil prend le contre pied de cette idée, et marque une première différence avec l'hôpital. Il suppose une aliénation mortifère d'avec la mère dont il faudrait extraire l'enfant. Cette aliénation, contrairement à ce qui se dit malheureusement encore, n'est pas une mise en accusation maternelle, mais le repérage d'un fait de discours produisant un certain enfermement.

« L'institution est éclatée pour éviter l'éclatement de l'enfant. Si elle se considère comme bonne, les sujets en perdent la parole ». C'est-à-dire qu'il n'y a plus de raison de les écouter si a priori on considère que l'on sait ce qui est bien pour eux. A positionner la solution de prise en charge dans l'institution elle-même, on risque de la situer hors du sujet, et donc de se détourner de lui.

Ce qui se travaille se situe alors dans une séparation possible, à travers la répétition des occasions de sortie. Concrètement, Bonneuil n'est en fait que le point de rendez-vous, la zone de repli, de refuge des enfants. Ils peuvent y venir ou y rester comme bon leur semble. Leur parole y est toujours accueillie, ils peuvent tout dire. Pour autant, tout est mis en œuvre pour les faire sortir des murs : école, travail, vacances, famille d'accueil thérapeutique.

Dans le film *Vivre à Bonneuil*, un jeune explique comment avant de venir à Bonneuil il ne pouvait plus supporter les filles à cause de ses idées d'« hitlérisme ». Il leur « cassait la gueule et tout le monde le prenait pour un fou ». Il se retrouva « hospitalisé et bourré de médicaments ». Après deux ans à Bonneuil, il décide de retourner au Lycée et atteint la terminale C. Pour ne plus être pris pour un fou, il ne parle plus d'hitlérisme qu'à Bonneuil. Il déteste toujours autant les filles mais n'a plus envie de les frapper. Dans ce cas, la possibilité de tout dire posée comme règle de fonctionnement semble avoir produit des effets de nomination, et avoir permis au sujet d'être moins livré au passage à l'acte.

Cette ouverture hors des murs de l'institution s'accompagne d'un mouvement perpétuel de ceux qui composent l'équipe, elle aussi éclatée. Quatre sont permanents, les autres sont présents bénévolement un jour par semaine pendant un an, s'engageant à accompagner un ou plusieurs jeunes dans leur parcours. Ils sont éducateurs, jeunes psychanalystes, médecins. Un binaire pour désigner ceux qui y travaillent revient : enfants troubles / adultes troubles, désignant peut-être par là le désir d'inventer autre chose pour soigner les enfants psychotiques, que ce que proposait l'hôpital psychiatrique de l'époque.

A.Stevens propose une autre définition de « l'institution éclatée » : « Mannoni voulait construire une institution éclatée comme l'est le corps du schizophrène. C'est-à-dire qu'elle voulait régler son institution sur les phénomènes qui habitent ces sujets. Mais elle en a fait une formule générale pour en tirer un certain mode d'insertion dans le champ de la réalité : une institution éclatée sur plusieurs lieux »[32]. Il fait donc lui une analogie entre les symptômes schizophréniques de morcellement et les différents lieux, et non plus l'analogie avec l'envers d'une mère d'enfant psychotique, où ce serait la possible séparation qui se travaillerait.

Il est vrai que cette institution éclatée paraît surprenante. Elle suppose un inséparable entre l'enfant et sa mère, et y répond par un acte de répétition de séparation en son sein même, ce qui n'est pas sans effet singulier sur chaque sujet.

1.7.3.1 Les activités, les ateliers de création

Contes, dessin, peinture, musique, théâtre sont organisés comme dans bien des hôpitaux de jour. L'accent particulier est mis sur la systématisation à présenter hors des murs de l'institution les œuvres créées, « faire pour un ailleurs », démarche qui permet l'inscription dans « un tissu, un réseau d'échange culturel et social ». Le souci d'insertion sociale, bien qu'idéal en lui-même, passe alors par la voie d'une création qui ne peut être que singulière. Ceci pour tempérer une critique d'action normative.

1.7.3.2 Le travail

Chaque jeune qui le veut et le peut est envoyé avec un adulte de l'équipe chez un artisan travaillant dans le bâtiment, la restauration, l'agriculture... L'accompagnateur ne connaît pas plus que le jeune le travail à faire, mais se met aussi à l'ouvrage. Ce mouvement s'inspire au moins pendant les années 70 d'une influence communiste certaine (Mao, Lénine sont cités), de la nécessité du travail pour s'inscrire dans le groupe social. L'opposition est aussi faite entre le travail qui apprendrait quelque chose, et l'occupationnel qui renforcerait la ségrégation et un certain pragmatisme.

1.7.3.3 Vacances, séjours, accueil thérapeutique

En période scolaire, les enfants rentrent pour la majorité dormir chez leurs parents. De la même manière qu'ils peuvent manifester leur refus de venir à Bonneuil, ils peuvent aussi s'y trouver mieux, plus apaisés. Des séjours en Angleterre ou dans les Ardennes sont alors proposés.

Une certaine apologie de la vie rurale, avec des paysans ou des bergers est faite. Ces paroles de Mannoni l'illustrent assez bien : « dans la communauté du village, il y a de la place pour tout le monde ». Ce qui est supposé, c'est que la structure villageoise tolérerait mieux le fou, et lui confierait des tâches qui lui conviennent.

C'est donc dans les milieux ruraux que Bonneuil cherche des structures, des familles d'accueil thérapeutique.

1.7.4 Le travail avec les parents

Le sujet est délicat et a donné lieu à nombre de polémiques, notamment la plus célèbre, qui pouvait faire penser que les mères d'autistes seraient responsables, coupables de la maladie de leur enfant. Ces dérapages reposent en partie sur le développement conceptuel de Mannoni pris au pied de la lettre, quand elle évoque l'aliénation de l'enfant psychotique dans le discours de la mère. Dans le projet d'établissement, il apparaît clairement que les parents sont des partenaires fondamentaux dans le travail avec leur enfant, qu'il y a à être vigilant et à les accompagner parfois dans un cheminement personnel. Pour cela, chaque lundi matin Mannoni et quelques personnes de son équipe recevaient les parents qui le voulaient pour discuter. S'ajoutaient de nombreuses réunions et rencontres qui ponctuaient chaque mois, ou s'improvisaient lorsque que les parents venaient chercher leur enfant ou en cas de nouveau problème.

1.7.5 Orientation psychanalytique de M.Mannoni[7]

1.7.5.1 Notions générales

Les références de Mannoni font preuve d'un très grand éclectisme. Son orientation lacanienne n'est que partielle. Elle ne semble orientée en fin de compte que par le travail avec les enfants dans ce qu'il a d'efficace et de pertinent. Cette rigueur clinique se présente parfois sous l'apparence d'un certain athéorisme.

La référence à la psychanalyse met en avant les formations de l'inconscient freudien dans ce qu'elles peuvent avoir d'insolites, et la prise en compte du transfert sans qu'il soit vraiment spécifié dans la psychose.

1.7.5.2 Approche de la psychose

Pour Mannoni, le défaut de symbolisation du psychotique n'est pas un fait de structure mais quasiment un déficit possiblement rectifiable. Elle envisage le traumatisme dans une perspective historisée, c'est-à-dire s'inscrivant intimement dans l'histoire du sujet. « Le travail thérapeutique va consister à aider le sujet, lorsqu'il met en place une situation

malaisée, à prendre conscience de l'aspect répétitif de cette situation. » « Dans l'école de Bonneuil, la psychanalyse n'est pas prise pour un modèle explicatif mais comme permettant de penser le symptôme en tant que parole nouée ». Ces deux passages tirés du projet d'établissement réécrit en 2004, résonnent beaucoup avec la première partie de l'enseignement de Lacan, où une lecture des symptômes se supposait possible à partir de l'histoire du sujet. La « parole nouée » semble miser sur un certain avènement d'elle-même, soit relevant d'un registre symbolique exhaustif. Ces deux impasses ne s'orientent donc pas de l'invention du réel en tant que tout ne peut être dit, et que là justement se nouent jouissance et symptôme. Elles ne tiennent pas non plus compte de ce qui fait justement la différence entre psychose et névrose, à savoir l'absence de signification phallique dans la première, et l'impossible de dénouer une chaîne signifiante qui n'existe pas.

Dans le même registre, Mannoni fait une analogie entre le jeu de la bobine, du *fort-da* du petit-fils de Freud [33], et les mouvements d'allers retours Bonneuil / ailleurs, qui caractérisent un pan de l'institution éclatée. Dans cette dynamique, elle y voit la possibilité d'une certaine acquisition de la symbolisation de l'absence et du manque pour les jeunes, mais aussi pour les familles biologiques et d'accueil, les éducateurs. Ainsi, il est supposé que ce va et vient pourrait remanier la position subjective à l'égard de l'enfant, voire aménager un autre centrément et dégager un peu l'enfant d'une position centrale dans l'économie psychique des uns et des autres, lui permettant le développement d'une certaine position subjective.

1.7.5.3 Influence lacanienne[7]

Mannoni interprètent les concepts de fantasme et de forclusion de Lacan, sur le versant d'une aliénation fondamentale de l'enfant dans le discours des parents, et plus spécifiquement dans le fantasme de la mère : l'enfant est l'objet du fantasme de la mère. Le fantasme n'est pas considéré comme support du désir de la mère, mais uniquement dans son effet d'aliénation sur l'enfant. « l'enfant est happé dans le fantasme maternel [...]. L'enfant, destiné à remplir le manque à être de la mère, n'a d'autre signification que d'exister pour elle, et non pour lui »[34]. L'autre de Lacan prend la figure de l'Autre de l'environnement, de l'Autre familial dont il s'agit dès lors de protéger le sujet en l'en séparant physiquement.

Pour Tosquelles et Oury, l'essentiel de la psychothérapie institutionnelle portait sur le travail sur le signifiant, sur une restructuration de l'appareil symbolique en tant qu'il permet le lien social. A Bonneuil, c'est le rapport à l'objet qui est travaillé.

2. Actualités de l'orientation lacanienne en institution [35]

2.1 La psychanalyse appliquée

2.1.1 Généralités

Lacan évoque le concept de psychanalyse appliquée dans l'acte de fondation de l'Ecole Freudienne de Paris. Contrairement à l'idée reçue jusque là, elle ne s'occupe pas des domaines étrangers à ce qu'on appelle aujourd'hui la santé mentale, c'est-à-dire les arts la culture, la politique. Elle traite de la « thérapeutique médicale ». Elle couvre un très large champ depuis l'analyste qui reçoit dans son cabinet quelqu'un qui se plaint de certains de ses symptômes, jusqu'à la pratique en institution où l'approche analytique peut permettre un éclairage et une construction clinique au cas par cas.

2.1.2 Naissance du concept[36]

En 1964, Lacan fonde l'Ecole Freudienne de Paris. Dans l'acte de fondation, il distingue trois sections.

« 1.Section de psychanalyse pure, soit praxis et doctrine de la psychanalyse proprement dite, laquelle est et n'est rien d'autre que la psychanalyse didactique.

2.Section de psychanalyse appliquée, ce qui veut dire de thérapeutique et de clinique médicale.

Y seront admis des groupes médicaux, qu'ils soient ou non composés de sujets psychanalysés, pour peu qu'ils soient en mesure de contribuer à l'expérience psychanalytique ; par la critique de ses résultats, - par la mise à l'épreuve des termes catégoriques et des structures que j'y ai introduits comme soutenant le droit-fil de la praxis freudienne, - ceci dans l'examen clinique, dans les définitions nosographiques, dans la position même des projets thérapeutiques.

3.Section de recensement du champ freudien ».

Lacan précise : « ceci n'implique nullement une hiérarchie tête en bas (...) ». Aucune section ne prime sur l'autre.

Voilà comment A.Stevens reformule les choses quarante ans plus tard : « A la psychanalyse pure correspond la passe (1967), en ce qui concerne l'intension. A la psychanalyse appliquée répondra la création de la section clinique(1975), dans le domaine de l'extension.[...] En intension, c'est le travail de la passe pour que s'y vérifie qu'il y a du psychanalyste. En extension, la critique des indications de l'expérience analytique dans ses résultats » [37].

2.1.3 Psychanalyse et institution[37]

2.1.3.1Quels sont les sujets accueillis en institution ?

Cette question est fondamentale pour appréhender une clinique spécifique. L'institution psychiatrique reçoit très principalement des sujets psychotiques décompensés. Par décompensés, il faut entendre des sujets manifestant toute une sémiologie psychiatrique du domaine de la psychose. Selon le moment de leur décompensation, la durée d'évolution de leur maladie, les événements qu'ils traversent, ils se présentent complètement dissociés, angoissés, délirants, après parfois un passage à l'acte que l'on nomme auto ou hétéro-agressif. Ils refusent parfois toute idée de maladie, et vivent leur hospitalisation comme une persécution. En bref, ils sont déjà souvent en marge de la société, à la dérive, et ont besoin d'un refuge qu'ils ne reconnaissent pourtant pas toujours, loin de là. La notion de demande ne s'appréhende donc pas comme dans la névrose.

Ces quelques lignes doivent donc permettre de saisir que la psychanalyse appliquée en institution concerne la psychose. En conséquence, dans ce cadre, le dispositif freudien ou post freudien de la cure analytique est à repenser, et peut être considéré comme inopérant. Voire il conduit à des positions de rejet ou d'antinomie de la psychanalyse en institution, parce que justement il s'inspire de la cure du sujet névrosé, qui n'est pas celui reçu en institution psychiatrique.

Voyons comment A. Zenoni formule cette antinomie, en partant d'une position qui considérerait que ce sont des sujets névrosés et non psychotiques qui sont hospitalisés.

« 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 »[38].

Reprenons ce passage point par point. Parfois, le symptôme psychotique même envisagé comme solution, ne permet tout simplement pas au sujet de vivre. Quand les voix lui ordonnent de se tuer ou de tuer, quand tout autre est un tueur potentiel, il n'y a pas de signifiant inconscient à faire émerger. Ce qui est en jeu est de l'ordre du ravage pulsionnel. Il ne s'agit pas d'essayer de confronter le sujet psychotique à ce qui pourrait être de l'ordre de sa responsabilité subjective face au désir, là où justement cette dimension est radicalement en défaut. De la même manière, la mise en forme de la racine de la demande exigerait un certain défilement de la chaîne signifiante, là où elle est rompue voire disloquée, comme dans la schizophrénie. Enfin, la division du sujet par le signifiant n'est pas opérante dans la psychose, et ainsi viser sa division par l'équivoque ne conduit qu'à exacerber son angoisse.

Ainsi, en opposant ces deux idéaux que seraient ceux de l'institution et de la psychanalyse, à supposer que nous les partagions, c'est dans le champ de la névrose que cette idée d'antinomie est recevable.

« Les institutions sont surtout destinées à accueillir, héberger et aider, en priorité d'autres positions subjectives que la névrose.[...] Critiquer les institutions de soin et d'assistance parce que leur cadre serait défavorable au discours 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 un « devoir d'humanité » (J.A.Miller) »[38].

Suivons maintenant le développement d'A.Stevens, dans le retournement qu'il fait de la question « comment l'institution peut-elle être traversée par la psychanalyse ? », en « En quoi la psychanalyse peut-elle être traversée par l'institution ? »

2.1.3.2 La psychanalyse en institution

On peut faire un parallèle entre l'évolution de l'enseignement de Lacan et les impasses courantes rencontrées dans la prise en charge des sujets psychotiques. Donner sens, comprendre les comportements, les symptômes psychotiques en fonction de leurs histoires, de celles de leurs parents conduit à l'impasse imaginaire du fantasme de chacun, et fige le sujet dans un savoir qui ne laisse plus de place à l'élaboration des solutions qu'il invente pour parer à la jouissance qui l'envahit. La psychanalyse pousse au contraire à ne pas obturer cette possibilité d'un savoir, à rester vigilant aux manifestations du sujet qui reste lui aussi en mouvement.

A. Stevens identifie trois repères fondamentaux dans la psychanalyse en institution.

2.1.3.2.1 Premier repère : l'élaboration clinique

« Elle a d'abord une place pour l'équipe, où sa fonction est de faire des intervenants des analysants éclairés ou civilisés selon l'expression d'Eric Laurent.[...] Il s'agit à cette place, de la mise en œuvre des concepts analytiques pour construire la clinique. L'élaboration clinique n'est pas simple introduction de la référence à la psychanalyse en tant que doctrine, c'est une lecture constitutive de cette clinique même »[37]. Cette lecture constitutive tente de repérer comment le sujet psychotique privé de la signification phallique, évoluant alors dans un monde hors-sens, tente de parer au ravage du réel, soit aux pulsions vis-à-vis desquelles il n'a pas l'usage des signifiants pour se protéger.

Un des temps fondamentaux de cette élaboration est la réunion clinique.

La réunion clinique[39]

A.Di Ciaccia, après vingt ans de pratique et d'expérience à l'Antenne 110 de Bruxelles, en a extrait quatre fonctions fondamentales.

La première est de créer un lieu où l'on parle du sujet, non pas pour faire la somme des informations à la disposition de l'équipe, mais « pour soutenir un discours sur lui à partir des dires des membres de l'équipe, lui offrant ainsi la chance qu'il puisse se faire effet d'un discours. A partir de la réunion, chaque membre de l'équipe devrait consonner plus avec la parole à dire et être plus en mesure de se faire entendre »[39]. A partir des hypothèses construites collectivement sur la fonction des symptômes, peut se dégager une stratégie

thérapeutique visant à les soutenir ou à les respecter. L'intérêt de cette démarche réside dans une logique partagée d'accompagnement du sujet, même si cette logique se conjugue individuellement bien sûr.

Par exemple, avec les sujets paranoïaques on est toujours attentif à ne pas se mettre à la place de l'Autre persécuteur. Pour cela, « il est nécessaire de construire la série des points de repère qui, pour le sujet, font rencontre dangereuse »[37]. Certains tolèrent mal qu'on leur parle, d'autres qu'on les regarde, et il n'y a qu'en mettant en série ces observations qu'on peut en déduire quelque chose.

La seconde vise à « opérer une séparation pour chacun de l'équipe par rapport au savoir que l'on croit avoir obtenu de par la fréquentation de ces enfants. Cette séparation amène une différenciation entre le savoir obtenu et un autre savoir qui reste toujours en attente d'être vérifié et qui concerne directement la place subjective de l'enfant »[39]. Le problème du « savoir obtenu » est qu'il résonne avec une certaine prévisibilité où les manifestations ne surprennent plus, alors qu'elles doivent continuer à interroger, pour que s'y repère « la place subjective ». Opérer cette séparation permet de maintenir une vigilance et un questionnement qui elles seules permettent à l'élaboration de se poursuivre et non de se figer.

La troisième est d'« être le seul lieu où les dires de chacun sont pris en considération. La parole a (alors) la chance de devenir un acte seulement s'il s'agit d'un dire responsable. » A. Di Ciaccia invalide toute parole dite en dehors de la réunion clinique, « parce qu'il ne s'agit que de mots en liberté qui sont au service d'une jouissance qui blatère. » Il est assez fréquent d'entendre entre deux portes des discussions animées et souvent plaintives sur tel ou tel sujet, alors qu'au moment de la réunion ces éléments ne sont pas discutés par ceux qui sont en difficulté. Cette «jouissance qui blatère » est cette plainte qui ne s'assume pas, alors qu'elle pourrait témoigner d'une certaine position objectale que le sujet occupe auprès de l'intervenant.

Enfin, la quatrième vise à ce qu'elle soit un lieu d'élaboration d'un savoir. Pour cela, « il suffit de la présence d'un analysant éclairé, non pas un analysant illuminé par la psychanalyse, mais un analysant éclairé au sens des lumières, c'est-à-dire de la raison »[37]. L'élaboration d'un savoir peut s'inscrire dans le mouvement plus global d'un « tu peux savoir », où tel le désir, il ne connaît pas de ponctuation finale, sinon dans les moments

d'évaporation où l'angoisse n'est jamais bien loin. Ce signal de l'angoisse concerne la rencontre avec la psychose, mais aussi l'inertie qui accompagne un savoir établi.

2.1.3.2.2 Deuxième repère : la place de la cure

« Une deuxième place de la psychanalyse en institution est celle de la psychanalyse à l'œuvre dans les cures à l'intérieur de l'institution ou dans le travail des intervenants, qui n'est pas comme tel une cure »[37]. Lacan parle des variantes de la cure type, des « variantes des préliminaires de la cure puisque, bien souvent, on ne peut nécessairement mener les choses bien loin »[37]. Pour certains, une cure de sujet psychotique se limite aux entretiens préliminaires, du moins dans l'analogie faite avec les sujets névrosés. En effet, elles n'ont pas pour but de faire déconsister quelque chose du sens, de faire chuter les signifiants maîtres qui ont effet de régulateur de jouissance, et sans lesquels le sujet psychotique serait encore plus désarrimé. Pourtant, il est possible de l'accompagner dans l'élaboration d'un savoir quant à ce qui lui arrive, savoir qui peut apaiser les conséquences de la forclusion symbolique. Les institutions qui s'orientent de l'enseignement de Lacan ne pratiquent pas toutes des cures, du moins de manière systématique. En effet, tous les sujets psychotiques ne consentent pas à ce travail.

2.1.3.2.3 Troisième repère : la psychanalyse n'est pas un idéal

« Une troisième place qu'en aucun cas la psychanalyse ne doit occuper en institution, la place d'idéalisation. [...] elle n'opère pas sur l'institution comme si l'institution était un sujet » [37]. Le risque ici formulé réside dans le glissement toujours possible d'une place de référence à la psychanalyse dans le travail du quotidien, à celle d'idéal. A devenir un idéal, ce n'est plus des sujets au un par un dont il s'agit, mais de l'institution sur laquelle la psychanalyse opérerait. L'échec des utopies communautaires, où Oury considérait l'institution comme l'Autre défaillant du psychotique, illustre ce qu'il advient alors de la psychanalyse : une impasse, un discours du maître qui écrase le particulier sous le poids de l'universel.

2.1.3.3 Le travail en institution dans la psychanalyse

Ce travail est-il nécessaire, apporte-t'il quelque chose à la psychanalyse ?

La psychanalyse appliquée est ouverte à tous ceux qui le veulent, pour y vérifier sa pertinence ou au contraire son inefficacité. « Cette proposition de Lacan donne une mission ambitieuse à notre travail : mesurer les concepts analytiques aux résultats qu'ils produisent dans la construction de notre clinique »[37]. L'idée est donc de partir de la clinique pour vérifier la pertinence des avancées théoriques, des hypothèses diagnostiques, des stratégies thérapeutiques, d'autant plus qu'être analyste ou analysant n'est nullement une condition pour participer au travail, ce qui peut éventuellement éviter le biais de l'endoctrinement. Chacun peut alors juger des effets et des résultats.

Mais au-delà, la question de l'institution ne rejoint-elle pas celle de la psychose ? Au fond, n'est-ce pas le travail avec les sujets psychotiques qui peut enrichir la psychanalyse ? La clinique des psychoses vue depuis le développement conceptuel de la névrose n'a que peu de pertinence, sinon bien des dangers.

Pour Lacan, la notion de réel peut se comprendre comme ce qui échappe au symbolique, et comme un lieu où se déchaîne la pulsion. Le sujet, dans la névrose comme dans la psychose, a à faire avec la pulsion. De ce point de vue, on pourrait alors penser que tout le monde est psychotique. Lacan indique les choses autrement. La structure se définit dans un rapport au langage. C'est là que se distingue radicalement la structure dans la névrose ou dans la psychose. Le cheminement initial de son enseignement sur ce qui cause la signification en pose les bases. Le névrosé est malade d'un trop de sens, là où il n'y en a plus chez le psychotique. Mais au fond, ces propos même peuvent s'inverser et se réduire à : l'homme est malade du langage.

Alors, la psychose en tant qu'elle dévoile un rapport exacerbé de l'humain au réel, peu apaisé par le signifiant, n'est-elle pas la voie d'étude privilégiée des rapports de l'homme au langage ? Une clinique de la névrose partant de l'enseignement de la psychose pousse à s'intéresser au rapport au réel, plutôt qu'au sens des symptômes. La psychose peut donc en ceci s'appréhender comme l'avenir de la psychanalyse. Le travail en institution devient alors fondamental pour ce qu'il adviendra de la psychanalyse.

2.1.3.4 Le nouage de l'intension et de l'extension

A.Stevens dégage trois conséquences de ce nouage :

« [...] pour qu'une institution soit traversée par la psychanalyse, il ne suffit pas de choisir la psychanalyse pour référence. Il faut encore que ceux qui y travaillent soient eux-mêmes traversés par la psychanalyse y compris dans ses effets d'intension.

[...]Si peuvent être admis à ce travail, comme le propose Lacan, des sujets qui ne soient pas psychanalysés et *a fortiori* pas psychanalystes, c'est dans la seule mesure où ils participent à la critique et à la mise en œuvre et, sans que cela ne fasse, en aucun cas, reconnaissance.

[...] une obligation de transmission »[37].

La psychanalyse appliquée ne pose pas comme condition que tous soient engagés dans une analyse ou soient analystes. Mais il semble évident que certains le soient, sinon la référence à la psychanalyse ne devient que pure théorie. Pour que l'opération fonctionne, il semble nécessaire que certains aient une expérience singulière de son rapport aux signifiants et à ce qui leur échappe. La psychanalyse n'est pas un objet intellectuel. D'autre part la psychanalyse en intension concerne aussi un mouvement subjectif de l'analyste dans la psychanalyse, une approche singulière des concepts que la clinique ne cesse d'interroger et de mettre en mouvement.

La question de la transmission n'est nullement l'apanage de la psychanalyse appliquée. C'est une manière supplémentaire d'exposer le travail à d'autres. C'est aussi une possibilité de rendre opérant ce qui permet parfois l'apaisement des sujets, pour que cet apaisement puisse se poursuivre dans d'autres lieux.

2.2 L'exemple de Nonette [40, 41]

2.2.1 Hypothèses conceptuelles orientant la pratique

2.2.1.1 A propos du concept de jouissance⁴

La pulsion

Freud caractérise la pulsion par la force constante de sa poussée. Elle a sa source dans le corps, son but est la satisfaction, et son objet varie mais se fixe : oral, anal... La pulsion se satisfait toujours. La pulsion est *a-morale*, et toujours susceptible de « retournement dans le contraire »(Freud).

Freud [33] oppose pulsion de vie et pulsion de mort. La pulsion de mort tendrait à l'extinction de la tension pour un certain retour à l'homéostasie psychique. Il illustre la pulsion de mort à partir de la pulsion sexuelle qui tend à s'apaiser au moment de l'orgasme appelé aussi « petite mort ». Freud isole alors dans le fonctionnement psychique quelque chose qui pousse à la satisfaction au-delà du principe de plaisir : la pulsion de mort. Elle est perçue dans le registre du déplaisir ou, plus exactement, d'un plaisir mauvais puisqu'il y a quand même une satisfaction .

Le sujet ne contrôle pas la pulsion, il y est par contre assujéti. La pulsion trouve toujours à se satisfaire. L'angoisse est l'affect qui signale l'élan pulsionnel et la présence de l'objet.

La jouissance

Lacan qualifie de jouissance, la satisfaction pulsionnelle, ce plaisir mauvais qui échappe au dire et au principe de plaisir.

2.2.1.2 Le signifiant, la signification et l'Autre

Chez le sujet psychotique le signifiant se présente en bloc, détaché de la chaîne signifiante. Le sujet y est « pétrifié, mortifié, englué ... ». Le signifiant ne s'articule pas avec un autre signifiant, interdisant ainsi la rétroaction qui produit la signification. En effet, une phrase ne

⁴ P.CULLARD, *Mise au point sur la jouissance*. 2005: Strasbourg

produit une signification qu'une fois terminée, si elle s'arrête, il n'y a pas de bouclage de signification. Il en résulte un rapport au sens qui se présente soit sous le versant de l'univoque, comme chez le paranoïaque, soit sous le versant de l'équivoque absolu, du hors – sens, comme dans la schizophrénie ; ces deux structures se situant aux deux pôles du rapport au sens dans la psychose.

« Du côté du pôle schizophrénique de la psychose, la jouissance de *lalangue* s'avère déchaînée, elle tend à tourmenter les organes, le sujet ne parvient guère à la traiter par l'imaginaire pour en tirer un certain plaisir. A l'autre pôle, la certitude délirante se révèle inébranlable, imaginaire, symbolique et réel se prolongent l'un dans l'autre, la jouissance se prend à des formations imaginaires, ce qui rend possible des procédures d'homéostasie » [42]. Le schizophrène se présente souvent dans une perplexité qui peut atteindre un paroxysme et le pousser au passage à l'acte tant l'angoisse est insoutenable. Rien ne veut plus rien dire. Le corps, les différents organes ont un fonctionnement qui échappe radicalement au dire du sujet. Une illustration assez parlante est la terreur que génère parfois la perte des selles chez les enfants schizophrènes. Au contraire, chez le paranoïaque, tout a valeur de signification : c'est la *certitude délirante*. Au moins, elle ne le laisse pas démuné face au sens.

« Dans le régime paranoïaque de la psychose, la jouissance et le signifiant ne sont pas simplement identiques : le sujet identifie la jouissance dans le lieu de l'Autre, il n'identifie pas la jouissance et le lieu de l'Autre. Ce que l'Autre veut dire, la chose à quoi il fait allusion, bien que le sujet en soit personnellement concerné, reste à déchiffrer, à interpréter. L'Autre n'est pas identique à la Chose, il ne se résorbe pas dans l'Un de la jouissance, et c'est pourquoi la notion d'Autre vaut dans la paranoïa »[43]. De manière caricaturale, l'effet de signification dans la paranoïa se limite à l'univoque. Cette position permet tout de même une certaine élaboration discursive, parfois très convaincante. On trouve des paranoïaques dans les milieux politique et associatif, des *délires à deux* ou à plus dans certaines sectes, ont été décrits. Or il n'est pas absurde d'envisager l'Autre comme une construction discursive. C'est pourquoi l'Autre vaut dans la paranoïa. L'autre particularité du sujet paranoïaque, est qu'il identifie la jouissance dans le lieu de l'Autre. Du fait de sa position univoque, ce que veut l'autre se trouve réduit à une seule chose qui est de nuire au sujet. L'intérêt de cette position est de localiser la jouissance, là où sinon elle serait diffuse et empêcherait tout lien social.

« Dans le régime schizophrénique, la jouissance et le signifiant font un, « tout le symbolique est réel. » Au lieu de constituer une mise à distance ou une négativation de la jouissance, la parole est elle-même ce par quoi le sujet se confronte à la jouissance, comme le montrent ces deux phénomènes majeurs que sont le silence, d'une part, et le caractère intrusif insupportable de la langue, d'autre part »[43]. Du fait de sa position radicalement hors-sens le sujet schizophrène ne reçoit les signifiants que comme l'expérience à chaque fois renouvelée du gouffre de signification qu'ils ouvrent, d'où la nécessité de s'en protéger par le silence par exemple. Il est le plus souvent dans l'incapacité d'une élaboration discursive, du moins dès qu'il est décompensé. La chaîne est clairement rompue, et les liens métonymiques ne se repèrent parfois plus. Ses propos ressemblent à des lambeaux de discours. L'Autre n'existe pas pour lui, et comme le dit Lacan « il est sans le secours d'aucun discours établi », d'où une radical ironie à l'égard des semblants.

Au cours d'une après-midi, un sujet psychotique qui ne parlait pas m'invita à prendre une feuille et un stylo, et me désigna divers objets, dont je me mis à écrire les noms. Puis, j'assemblais les signifiants cherchant, proposant le sens qui conviendrait. En quelques minutes, il s'agita, se mit à se frapper et à se cogner la tête contre le mur. Mon intervention avait donc été des plus ravageante. Tant que je restais à une place de « secrétaire », il n'y avait pas de problème. C'est l'occasion de saisir l'impossible du hors-sens pour le névrosé, qu'en l'occurrence j'incarnais. L'introduction d'un sens, d'une intention de comprendre, peut produire des effets terribles chez le psychotique du fait même qu'il n'y a parfois aucun accès. Du coup, avec mon sens supposé je le persécutais.

Les signifiants se présentent donc désarrimés, non articulés les uns aux autres, condensant la jouissance, avec les effets de ravage qui parfois en découlent. Ils condensent la jouissance parce que justement elle n'a pas la possibilité de s'écouler dans « l'inter-dit », c'est-à-dire dans ce que ne cerne pas les signifiants quand ils s'articulent dans la chaîne. Ainsi, un jeune autiste s'enfuyait-il du centre pour se jeter dans la rivière, dès que le signifiant piscine était illustré (photo, dessin, mot) devant lui. On perçoit la nécessité vitale de repérer ces signifiants afin d'éviter de les mobiliser malencontreusement. Cependant, ils permettent aussi, presque paradoxalement, de localiser une jouissance qui sinon, par sa présence diffuse, interdirait toute rencontre avec l'autre.

2.2.1.3 L'objet a

Voyons comment JC Maleval reprend ce concept en l'articulant au langage.

« Il n'y a de jouissance que du vivant, mais c'est du langage que procède son animation, à la condition qu'intervienne un processus de soustraction qui se déroule en deux temps. Le premier tient au meurtre de la chose par le signifiant, il produit un découpage de la réalité qui permet de porter la jouissance à la comptabilité ; le second opère un prélèvement sur la jouissance préalable du vivant, non traduisible par le signifiant, il met en place un reste de jouissance autorisée, un plus-de-jouir, qui implique l'extraction de *l'objet a*. L'opération du Nom-du-Père sépare le sujet de l'objet de jouissance primordiale ; il en résulte une insatisfaction, un déplaisir, générateurs d'une quête de l'objet perdu, en quoi consiste le désir. Quand la loi paternelle impose sa fonction, le sujet incorpore le signifiant, se détache du sein maternelle, initialement fantasmé comme appartenant à son corps propre, vide par là même celui-ci de sa jouissance, et localise cette dernière dans un hors-corps phallique, qui oriente la satisfaction des pulsions, à partir des coupures que constituent les bords de l'organisme »[44]. L'articulation signifiante S1-S2, produit un reste : l'objet a, résidu de l'opération symbolique sur le réel. L'illustration peut simplement s'exprimer ainsi : quand nous disons quelque chose, nous ne pouvons jamais le dire exactement, il reste toujours quelque chose à ajouter, sans pour autant que ce mouvement ait une fin. Cette opération fonctionne chez le névrosé, elle est à la base de la dynamique du désir. Mais même chez le névrosé il reste donc aussi une part de réel.

Chez le psychotique par contre, l'opération, la métaphore paternelle ne fonctionne pas. Il n'y a pas de reste parce qu'il n'y a justement pas d'articulation signifiante, la chaîne est rompue et ne permet plus de cerner l'objet. Il en résulte un phénomène de diffraction de la jouissance, du fait qu'elle ne se localise pas sur l'objet a, cernée par S1 et S2. Le schizophrène dans la dimension de sa perplexité ou de son angoisse face aux phénomènes de corps, en est une illustration. Il n'a pas la possibilité de situer l'objet en dehors de son corps, et la pulsion fait retour, le laissant parfois envahi et incapable d'en dire quelque chose. Ceci peut être une approche de la formule lacanienne : « le psychotique a son objet *a* dans sa poche. » La dynamique du désir ne s'enclenche pas chez lui.

Si la fonction paternelle échoue, l'objet *a* n'est plus manquant, « le psychotique a son objet *a* dans sa poche », il est toujours en trop, non séparé du corps propre du psychotique. Le corps

devient l'objet pulsionnel, ce qui se traduit le plus souvent par des plaintes somatiques multiples, et parfois surprenantes. La prévalence du rapport mortifère aux objets voix et regard a des conséquences très concrètes dans la clinique quotidienne.

En effet, les sujets psychotiques se plaignent souvent du regard que les autres posent sur eux. Ils le vivent comme une agression parfois inadmissible, jusqu'au passage à l'acte. De la même manière l'objet voix peut les atteindre de façon surprenante. Ainsi un adolescent schizophrène ne pouvait-il tolérer qu'aucune réprimande ne soit faite à ses frères, sans déclencher une vive agressivité.

Une autre patiente schizophrène hospitalisée, se mettait à danser et crier dès que je la regardais, et s'apaisait, s'asseyait dès que je détournais mon regard. Je me mis donc à scruter les murs pendant les entretiens.

Les repas avec les enfants psychotiques illustrent terriblement le rapport ravageant qu'ils ont avec l'objet oral. Dans un même mouvement ils peuvent jeter la nourriture dans la pièce, se gaver et vomir.

« La jouissance de l'Autre ne connaît ni marque, ni place, elle n'est pas régulée par la loi du signifiant. Elle trouve sa satisfaction en des objets a non extraits. N'étant pas soumise à la limite phallique, elle apparaît folle, énigmatique, centrée sur le corps du sujet, sur ses organes, sur des objets envahissants (en particulier la voix et le regard). Elle se compose hors-symbolique à l'articulation de l'imaginaire et du réel »[44].

2.2.1.4 La relation imaginaire, spéculaire avec l'autre.

La carence paternelle limite donc la possibilité de cerner le réel du corps avec les signifiants. Il en résulte des limites floues ou inexistantes. La relation à l'autre de ne pouvoir être temporisée par les signifiants se limite à sa face mortifère. Ces éléments placent la relation imaginaire sous le signe de la menace, du danger. Des réponses sur le mode du passage à l'acte s'éclairent donc du fait du vécu de danger imminent, du vécu persécutif, qui compose le quotidien de certains psychotiques. Le pari d'un possible lien social est soutenu par les rencontres avec les intervenants qui, éclairés par la psychanalyse des difficultés du psychotique, peuvent s'adapter pour rendre leurs présences moins insupportables, voire apaisantes.

2.2.1.5 Le transfert

Comme nous l'avons vu, le sujet psychotique vit son rapport à l'autre sous le signe de la persécution, il se vit comme objet de jouissance. Le face à face peut alors être complètement contre-indiqué. Un regard, une parole, un mouvement peuvent avoir de grandes conséquences. C'est pourquoi il y a lieu de pluraliser ce transfert, afin de fragmenter la charge persécutrice de chacun. L'autre versant possible du transfert est le délire érotomaniac.

2.2.1.6 Conséquences stratégiques

Avant tout, les éléments suivants ne relèvent pas d'un discours universel, qui érigerait un idéal institutionnel, mais sont plutôt le témoignage d'une pratique qui m'a semblé adaptée à chaque sujet, et qui se décline différemment selon chaque intervenant.

« Le psychanalyste est celui dont la fonction politique est de rappeler que l'universel ne réglera jamais les questions, que la jouissance dans sa particularité abominable est là comme protestation contre l'idéal ; que plus on voudra des idéaux, plus on fabriquera du mal, ce que Lacan nommait « représentation exaltée du mal ». Dans l'institution, trouver abri pour le psychanalyste, c'est introduire le paradoxe de lutter pour extraire la particularité de chaque cas, sans chercher à délivrer son prochain en voulant lui appliquer des idéaux. Rendre sa particularité au sujet, c'est le contraire de l'intolérance ou de la ségrégation » [2].

En premier lieu, les intervenants limitent au maximum leur demande aux registres des nécessités humaines quotidiennes, de la toilette et de la nourriture par exemple. En effet, la demande peut toujours finir par sonner comme une injonction qui persécute et entraîne des passages à l'acte.

Le décollage signifiant / signification, en terme d'incarnation de la jouissance, peut se travailler en utilisant les langues étrangères, en chantant, en ne s'adressant pas directement aux sujets, mais aux autres intervenants par exemple, en faisant jouer le registre métonymique. L'écriture permet d'éviter l'objet voix, et peut être un certain arrimage signifiant.

« Veiller à ce que nous disons et éviter de prendre le sujet pour objet de la parole ou d'un savoir »⁵. Interpréter, donner un sens qui n'est que supposé aux gestes, paroles, comportements du psychotique, n'exprime que les projections imaginaires, les fantasmes de celui qui parle, réduit le psychotique au statut d'objet du discours de l'Autre, et peut mener au passage à l'acte.

Une façon toute simple de limiter le caractère mortifère de la relation spéculaire peut être d'éviter le face à face, et de se mettre à côté du psychotique. Ainsi j'accompagnais un patient paranoïaque en hospitalisation d'office lors de ses promenades dans le centre, et nous pouvions alors discuter plus calmement que dans un bureau.

« L'équipe ne se présente pas sur son versant d'unité, de groupe, mais comme plurielle, comme ensemble de particularités, de singularités qui ne font pas valoir un discours commun, mais la présence d'un désir qui s'origine dans le fait que chacun est concerné par sa rencontre avec le psychotique »⁴.

2.2.2 Présentation générale du Centre Thérapeutique et de Recherche de Nonette (CTR de Nonette)

Nonette est un petit village d'Auvergne perché sur une butte, à cinquante kilomètres au sud de Clermont-Ferrand. Le CTR reçoit dans un vieux château des jeunes sujets psychotiques et artistes.

Les enfants admis ont entre 12 et 13 ans, une fois que les services de pédopsychiatrie, leurs tentatives thérapeutiques souvent dans l'impasse, les adressent. La majorité ne parle pas et ne lit pas. Ils s'isolent souvent, ne participent pas aux activités, sont repliés sur eux-mêmes à l'extrême, sont violents, brefs sont insupportables pour les groupes. Ce lien social des plus chaotique a souvent fait d'eux des sujets « parlés », c'est-à-dire interprétés quant au sens de leur comportement.

Le projet initial, dans les années 1970, s'inspirait alors beaucoup de la psychothérapie institutionnelle, sous l'influence de François Tosquelles, et prévoyait un âge limite

⁵ J.P.ROUILLON, *Effets rapides et présent éternel dans la psychose*. 2004: Metz

d'hébergement, supposant par là une finalité dans le traitement, un certain aboutissement. Mais l'articulation avec une autre structure entraînait souvent la réapparition des symptômes mettant gravement en péril la possibilité de lien social des sujets. La question d'une finalité thérapeutique s'est posée. A l'heure actuelle Nonette accueille les patients sans limite d'âge. Chaque pensionnaire est reçu par un psychanalyste, dès lors qu'il en manifeste le consentement c'est-à-dire qu'il ne s'y oppose pas. Ce point ne doit pas se confondre avec la notion « de consentement libre et éclairé » réduisant la proposition à quelque objet communicable.

Une certaine idée d'incurabilité s'attache à ce tableau. Pourtant le projet institutionnel maintient la dimension thérapeutique, en conservant le statut de sujet à chaque résidant, avec toutes les possibilités de surprise et de création inhérentes.

A partir d'une orientation sur le temps logique et non sur le temps chronologique, la question des effets thérapeutiques reste pertinente. « La dimension thérapeutique ne peut se produire que sous le signe de la hâte et de la surprise, elle ne peut se produire qu'au prix d'une invention, celle du psychotique qui bouleverse le savoir que l'on croit acquis. Elle ne se produit souvent qu'au prix d'une nouvelle rencontre... »⁶.

2.2.3 L'accueil

L'accueil à Nonette relève de la psychanalyse appliquée à la thérapeutique, car il se réfère au discours analytique, et chaque sujet, au bout de six mois minimum, est reçu chaque semaine par un analyste s'il y consent. L'organisation de l'accueil se déroule ainsi. Le responsable thérapeutique et le directeur du centre font un entretien chacun. Ce qui détermine l'admission, c'est que « le sujet donne un signe d'une rencontre possible. Il est admis du fait d'un acte qui engage celui qui l'a pris. Lors de cette rencontre, le directeur et le responsable thérapeutique font une offre, et le sujet doit leur indiquer d'une façon ou d'une autre qu'il y consent. » « Il suffit de peu, d'une touche, d'un regard, d'un arrêt, de l'écoute d'une parole pour que s'indique qu'un sujet peut-être convoqué pour un travail d'élaboration »[45].

⁶ J.P.ROUILLON, *Effets rapides et présent éternel dans la psychose*. 2004: Metz

Cette admission ne fait l'objet d'aucune discussion avec l'équipe. Le sujet n'est pas présenté, chaque intervenant le découvrira au quotidien. « Nous leur donnons d'abord le temps de se présenter et nous profitons de ce temps pour apprendre leur langue, pour apprendre la langue dont ils disposent pour parer aux ravages du réel. Il ne s'agit pas de comprendre, d'interpréter, mais de noter aussi précisément que possible les rapports du sujet au signifiant et à l'objet »⁷. Pour se faire sont notés aussi précisément que possible, les sons, mots, cris émis par les sujets, les circonstances, les conséquences. Ce n'est qu'au bout de six mois que la réunion d'admission est organisée.

2.2.4 Au terme des six premiers mois

Le sujet ne présente souvent plus les mêmes symptômes qu'à son admission et s'apaise. Certains ont parlé de « l'effet magique de Nonette ». Les comportements qui tendaient à rendre impossible le lien social s'estompent. Les passages à l'acte sont moins nombreux. C'est sur ce point qu'on peut parler d'effets thérapeutiques rapides grâce à la référence à la psychanalyse. Pour autant, la modification radicale des comportements et des symptômes en six mois permet de situer en quoi la forme du symptôme tient à l'Autre institutionnel, et particulièrement au registre de la demande. Ce changement n'est reçu par Nonette que comme un certain consentement du sujet psychotique à poursuivre le traitement, ce qui n'est évidemment pas toujours le cas.

Là où l'institution psychiatrique voit en l'apaisement une finalité thérapeutique, le Centre Thérapeutique et de Recherche de Nonette considère une possible modification subjective du sujet, c'est-à-dire une élaboration symptomatique lui permettant de faire face au réel de la jouissance et du langage autrement.

Par ailleurs, à ce moment de la prise en charge, les sujets n'ont que très peu de possibilité d'apprentissage. Les moindres circonstances de la vie convoquant le signifiant, deuil, séparation, rencontre avec l'autre sexe (...) illustrent que le sujet n'a toujours pas de moyen pour s'en protéger. De même, hors du centre, il faut peu de temps pour que réapparaissent le tableau de l'entrée. Dans le centre les sujets sont dans ce que JR Rabanel appelle le « présent éternel de la psychose » : « la réitération hors sens des moindres actes de la vie quotidienne. »

⁷ J.P.ROUILLON, *Effets rapides et présent éternel dans la psychose*. 2004: Metz

2.2.5 Les dispositifs du traitement [41, 45-47]

Il est à préciser que certains sujets de l'institution reçoivent un traitement neuroleptique prescrit par le docteur Rabanel. Dans cette institution orientée par la psychanalyse, il est aussi fait usage des médicaments.

2.2.5.1 La rencontre.

« L'angoisse provient de la saisie du hors-sens à l'œuvre dans la psychose. C'est la rencontre avec la dimension du hors-sens, lorsque celui-ci n'est plus voilé par le recouvrement de la signification qui produit réellement l'angoisse »[45].

Le sujet psychotique évolue dans le hors-sens, hors du sens commun, du moins pour celui dont l'accès au discours est réduit à l'extrême ou inexistant, comme dans la schizophrénie ou l'autisme. La signification que prend toute chose pour le névrosé lui échappe. Mais inversement, le névrosé n'a pas la possibilité d'appréhender ce rapport au signifiant par autre chose que le concept. Il peut bien sûr recourir à la compréhension, à la signification pour se soustraire à cet insupportable. Ce désarrimage du sens et de la signification que vit le névrosé dans sa rencontre avec le sujet psychotique produit de l'angoisse. Elle signe la rencontre et ouvre sur une possible élaboration de savoir sur la position d'objet qu'incarne le sujet psychotique dans le fantasme de l'intervenant. La mise en série des rencontres peut alors enseigner sur la position subjective du sujet psychotique.

« Il s'agit plutôt de considérer la rencontre en tant qu'elle est toujours ratée et qu'elle ne peut se produire que comme signe d'un réel. En somme, la rencontre a toujours lieu d'une façon ou d'une autre. Elle a lieu du fait de confronter l'intervenant à un rapport du sujet à la jouissance qui excède les cadres du désir, du fantasme, et de la jouissance phallique. C'est de cette rencontre dont tout un chacun veut se protéger en dressant la barrière de sa fonction, le cadre de l'activité, la tranquillité du groupe et la préservation du cadre institutionnel »⁸.

Chez le névrosé, le rapport à la jouissance est pallié par les différents dispositifs que sont le désir, le fantasme et la jouissance phallique, dispositifs qui protègent le sujet d'une proximité

⁸ J.P.ROUILLON, *Effets rapides et présent éternel dans la psychose*. 2004: Metz

qui angoisse. Chez le sujet psychotique, ces dispositifs n'existent pas, il est livré à la jouissance sans médiation. Ce rapport au réel que rencontre le névrosé chez le sujet psychotique se traduit par l'angoisse.

La rencontre peut être considérée comme « une mise en forme possible du rapport du sujet à la jouissance dès lors qu'un savoir peut s'en construire »⁹. Une après-midi, pendant deux heures une jeune fille ne cessa de me poser la même question : « elle est où Titine ? », prénom d'une éducatrice. Mes premières réponses de névrosé, « elle est n'est pas arrivée » puis « je ne sais pas », majoraient la fréquence de sa question. Je répondais sur le registre du sens à des signifiants qui étaient hors sens. Mon angoisse s'intensifiait de minutes en minutes, je ne la supportais plus, je voulais qu'elle parte. Par ailleurs, cette jeune recevait des coups par chacun des autres jeunes qui passait à côté d'elle, et elle continuait à sourire béatement. Je me rendis alors compte que je ne supportais pas sa présence dès le départ, qu'elle finissait par déclencher chez moi la même violence que celle dont elle était l'objet. J'essayais alors de consentir à sa présence et lui proposais de dessiner. Dans le même mouvement elle cessa sa question et partit dans une autre pièce. Ma rencontre avec elle indiquait l'hypothèse qu'elle incarnait l'objet déchet, et qu'elle avait pris cette place dans mon fantasme. L'objet de jouissance qu'elle avait incarné reflétait peut-être la position fondamentale d'objet dans laquelle elle vivait son lien social. Il faut bien sûr la mise en série de plusieurs rencontres pour discuter une telle hypothèse.

C'est peut-être ainsi que peut s'entendre la citation suivante : « L'angoisse permet à l'intervenant de se faire surface d'inscription de cette mise en forme qui dans son point de retournement permet que se distinguent en acte les deux versants de la mortification et de la création. C'est à ce point que l'intervenant peut se faire le secrétaire de l'aliéné en consentant de se faire le support d'une altérité qui constitue un lien au lieu même où tout lien ne peut que se défaire »⁸.

La rencontre avec chaque intervenant est donc chaque fois une occasion d'élaborer un savoir concernant la position subjective du sujet psychotique, pour cela elle est favorisée. Aucune consigne n'est donnée en terme d'« objectifs thérapeutiques », ou concernant la mise en place

⁹ J.P.ROUILLON, *Effets rapides et présent éternel dans la psychose*. 2004: Metz

d'une activité particulière. Les réunions sont alors le lieu d'élaboration de ce savoir jamais figé, toujours en mouvement.

2.2.5.2 Les réunions cliniques, institutionnelles

Elles sont essentielles à l'élaboration clinique de chaque cas. Elles se déroulent les mardi et vendredi matins en présence du directeur, du responsable thérapeutique et de tous les membres de l'équipe ; l'institutrice, les éducateurs, l'infirmière, le psychologue et les agents d'entretien.

A chaque réunion, un membre de l'équipe présente un sujet de l'institution. L'accent est spécifiquement mis sur tout ce qui cloche, ce qui fait impasse, ce qui est insupportable, en un mot, le symptôme en tant qu'il est une manifestation du sujet et de son mode de défense contre le réel, l'insupportable.

« Les réunions cliniques et particulièrement les présentations cliniques, ont donc pour première fonction d'inscrire le fait que là où cela ne va pas, il y a du sujet et deuxièmement d'en repérer, d'en cerner les modes de manifestation »¹⁰. Les modes de manifestation sont parfois notés minutieusement, c'est-à-dire que sont décrits tout ce que fait ou dit le sujet, les circonstances. Simplement, il s'agit d'une description des plus minutieuse, où les dimensions de l'interprétation, de la signification, de l'intentionnalité sont exclues. Dans un deuxième temps, en réunion, de cette description clinique découle une tentative de repérage, d'élaboration de la logique du cas. A quoi servent les symptômes du sujet, de quoi se protège-t'il?

Chacun est invité à un dire qui ne devient responsable que d'être énoncé durant ces réunions. Chacun peut témoigner de sa rencontre avec le sujet en question. Ainsi peut-être, ces rencontres peuvent être mises en série de manière à dégager la logique du cas.

Le responsable thérapeutique « doit préserver un vide central, un vide de savoir »[39]. Une illustration pourrait être de limiter les tentatives d'interpréter les sujets psychotiques, où en fin de compte chacun parle de soi. La compréhension, le sens supposé n'ont pas leur place dans

¹⁰ J.P.ROUILLON, *Effets rapides et présent éternel dans la psychose*. 2004: Metz

le travail avec des sujets qui évoluent de structure hors du sens commun. Au-delà de ces lieux communs, le savoir qui s'élabore n'a pas à se figer, et à figer le sujet, d'où la notion «d'un vide central, d'un vide de savoir ».

2.2.5.3 Une offre : les entretiens avec un analyste.

Une à deux fois par semaine, les sujets accueillis à Nonette se rendent dans la maison située en face du château où ils résident, pour y rencontrer leur psychanalyste. Accompagnés des éducateurs de l'institution, ils attendent dans la salle d'attente, dans le calme, puis montent les escaliers jusqu'au bureau de leur analyste quand ils sont appelés. Quelques secondes ou minutes plus tard, ils redescendent et rentrent au château. Voilà à quoi ressemble cet aspect du dispositif.

On peut déjà y repérer des unités de lieu et de temps, chez des sujets pour qui le repérage spatio-temporel est toujours aléatoire. C'est aussi par le transfert que des mouvements subjectifs vont pouvoir s'opérer.

Du fait même de la singularité de chaque sujet, il n'y a pas de possibilité de poser un modèle idéal de fonctionnement. Cependant, l'idée est un travail permettant au sujet de passer du registre de la jouissance à tout va, à celui d'un certain apaisement passant par le signifiant, ce que certains appellent passer du « sujet de la jouissance au sujet du signifiant ».

Dans son article « Nonette : une pratique orientée par la psychanalyse » [41], le Docteur Rabanel rappelle les deux versants du signifiant. Le S1, signifiant maître, est celui de l'injonction surmoïque, où se déchaîne la jouissance. Le S2, le savoir, est celui qui pacifie le rapport à la jouissance. Cette articulation S1-S2 ne s'opère pas dans la psychose. Les travailleurs de Nonette ont longtemps exploré la voie de l'écriture pour permettre un décollement du S1, pour que cède un peu de jouissance.

Dans un hôpital de jour, un enfant paranoïaque incarne le chat, dit être un chat. Il saute sur les tables, les chaises, les fauteuils, court, miaule, feule, griffe, mord. Il se promène aussi parfois avec une peluche de chat qu'il ne quitte pas. Au cours d'une activité duelle avec un intervenant où il était particulièrement agité, il s'apaise immédiatement et pose sa peluche, quand l'intervenant écrit au tableau chat. Il accepte alors la mise au travail. Il semble que

s'opère un détachement, un décollage du S1. Peut-on parler alors d'un effet de nomination, de la production d'un S2, ou plus modestement d'une espèce d'effet d'inscription ?

Dans cette élaboration autour de la création d'un S2, une autre hypothèse est soutenue par Mrs Rabanel et Rouillon : celle de la répétition / redoublement hors sens du S1 s'appuyant sur le transfert. « La question du signifiant et de l'interprétation est venue au premier plan avec la trouvaille du redoublement du S1 comme traitement possible dans la schizophrénie et dans l'autisme »¹¹.

Reprenons la vignette de l'article du Dr Rabanel.[41] Parmi les rares signifiants dont dispose un sujet, il y a « bonnes vacances ». Il vient en séance, s'assoit, dit « bonnes vacances », se lève, s'approche de la porte, puis revient s'asseoir, redit « bonnes vacances » et la séquence se répète, jusqu'à ce que l'analyste dise à son tour « bonnes vacances ». Il se produit alors une satisfaction pour le sujet qui se marque par un sourire et un apaisement, qui arrête la répétition de la séquence et lui permet de partir, de se séparer de son S1. Le Dr Rabanel appelle « un minimum d'altérité » se redoublement du S1 « bonnes vacances ». L'importance de l'usage hors sens du signifiant se saisit mieux quand on apprend que le même sujet a fracassé le bureau de son précédent analyste, quand ce dernier lui a dit « bonnes vacances » avant de partir lui-même en vacances, donc dans un registre de sens. Ce traitement de la jouissance permet au sujet d'accéder à des apprentissages qui lui étaient impossibles jusqu'alors.

Ce développement autour du concept de redoublement - répétition se dégage d'une clinique qui ne vaut pas pour tous.

Dans un autre récit de cure ¹⁰, c'est l'insigne qu'un jeune va prélever sur son analyste qui va lui permettre de se décaler un peu de sa position subjective. L'analyste lui propose à chaque séance un stylo et des feuilles, mais refuse d'écrire à sa place. A la fin de chaque séance, le sujet accroche à la poche de sa chemise le stylo, comme le fait son analyste. Ce qui est alors surprenant, c'est l'effet sur son corps même de cet accrochage. Lui qui présentait un corps désarticulé, lançant son corps plutôt que marchant, sort des entretiens en se tenant droit, sans mouvement explosif, ayant trouvé en quelque sorte une tenue posturale.

¹¹ J.P.ROUILLON, *Effets rapides et présent éternel dans la psychose*. 2004: Metz

3. Le traitement médicamenteux et la psychanalyse

Les psychanalystes ne sont pas opposés de principe aux médicaments. Pourtant une certaine antinomie entre l'usage de médicaments, et la notion de traitement psychanalytique demeure comme idée reçue. Même si quelques psychanalystes se sont opposés un temps aux prescriptions, cette position n'est plus d'actualité. Les médicaments apportent le plus souvent un apaisement qui facilite voire permet de travailler avec des sujets qui sinon seraient trop envahis par leurs difficultés pour pouvoir consentir à la rencontre. Les médicaments permettent de tempérer la jouissance, le débordement pulsionnel. Ils calment les angoisses, modèrent les manifestations sthéniques qui sont le plus souvent le fait de vécus persécutifs délirants. Ils tempèrent des délires qui obstruent toute possibilité de lien social. Ils évitent les rechutes et favorisent les stabilisations.

Par leur effet d'apaisement symptomatique ils sont précieux. Mais ils ne représentent pas un traitement curatif ou étiologique. En effet, la structure, le rapport au langage demeure, or c'est ce point qui entraîne les difficultés spécifiques du sujet psychotique, qui peuvent toujours se manifester en fonction des circonstances de la vie.

L'utilisation des médicaments demande donc une réflexion spécifique et orientée par la singularité du sujet. Il faut la penser dans une approche globale du sujet. Il est important de repérer quel est le rapport du sujet au médicament, quels en sont les effets, et pas seulement dans leurs dimensions pharmacologiques. La réduction symptomatique ne permet pas de faire l'économie de la fonction du symptôme dans l'économie psychique.

Combien de sujets dont le délire a été entièrement abrasé viennent-ils ensuite se plaindre d'être, de se sentir vides, traduisant ainsi leur rapport au trou de la forclusion symbolique. Il n'est sans doute pas facile, dans ce qu'on appelle parfois la dépression post-psychotique, de faire la part entre l'effet dépressogène supposé aux neuroleptiques, et le vide laissé par l'abrasion du délire qui pouvait servir de support imaginaire face aux effets mortifères du déchaînement pulsionnel. On connaît l'importance du risque suicidaire dans ces moments au décours des épisodes aigus. On voit bien là tous les enjeux qui vont au-delà des seuls effets pharmacologiques des médicaments, malgré tout ce qu'ils peuvent apporter pour la prise en charge des patients.

L'inhibition psychique qu'ils peuvent provoquer empêche parfois la poursuite d'une certaine élaboration du sujet quant à ce qui lui arrive, fut-elle dans le registre délirant. Les patients se plaignent alors de ne plus réussir à réfléchir, de n'avoir plus envie de rien, de se désintéresser de ce qui les passionnait jusque là. Trop miser sur la chimiothérapie induit une certaine « passivité du patient à l'égard de ses troubles »[48].

Le problème de la compliance répond à celui de l'intérêt que trouvent les patients à être sous traitement, intérêt qui repose sur trois points essentiels : « l'apaisement de l'angoisse, la conservation des facultés intellectuelles et le maintien d'un dynamisme vital. »[48]. Il est important de considérer aussi les effets des médicaments au regard du transfert, au-delà de leurs seuls effets pharmacologiques.

4. Cas Cliniques

4.1 Germain, « Prince d'Afrique »

4.1.1 Présentation

Germain est né en 1978 à Dakar, au Sénégal. Il est le neuvième d'une fratrie de quatorze enfants. Son père était instituteur et sa mère sage-femme. Du peu d'éléments dont nous disposons de ses premières années, nous pouvons cependant retenir que dès l'école primaire il aurait présenté des conduites lui interdisant la poursuite de sa scolarité. Il ne sait donc ni lire ni écrire. La fin de son adolescence aurait été ponctuée par une hospitalisation en psychiatrie, au Sénégal, « parce qu'il entendait des conversations autour de lui ». En 1998, il a rejoint sa famille installée dans les Vosges. Ses parents sont séparés. Ses frères et sœurs résident à Paris, et dans les Vosges. Il a une sœur psychotique qui vit avec sa mère, une autre trisomique. Un de ses frères est joueur reconnu d'une équipe de basket locale. Au bout de six mois en France, après une bagarre avec son père, Germain est placé en foyer d'hébergement et rencontre mensuellement au centre médico-psychologique (CMP) de son secteur un médecin. Ce dernier ne lui a pas prescrit de traitement, mais suspecte un envahissement hallucinatoire important. Il est mis sous curatelle et bénéficie de l'allocation adulte handicapé (AAH).

4.1.2 Première hospitalisation

Germain est hospitalisé pour la première fois au centre hospitalier de Ravenel en août 1999, en hospitalisation d'office, pour agitation et agressivité à domicile à l'encontre des membres de sa famille. Les gendarmes sont intervenus, il s'est battu avec eux. Il présente alors des propos incohérents, passe du coq à l'âne. A l'admission, l'équipe qui le reçoit semble surprise tant le tableau justifiant l'hospitalisation d'office est différent de la personne qu'ils accueillent. Germain est décrit comme calme, cohérent, compliant, et même coopérant. Il évoque des conflits avec ses parents et ses grands frères, sans que le caractère délirant du vécu persécutif puisse être affirmé, et sans que le sujet des disputes soit précisé. Au cours de son séjour, l'observation mettra en évidence un syndrome dissociatif avec trouble du cours de la pensée au premier plan, un repli sur soi, un isolement, et des idées délirantes sans

structuration, aux thèmes polymorphes mais à forte composante persécutrice. Le traitement instauré (800mg d'amisulpride et 75 mg de cyamémazine par jour) permet une nette amélioration de la symptomatologie. Il retourne chez sa mère.

4.1.3 De 2000 à fin 2003

Peu de temps après sa sortie, Germain arrête ses médicaments. Il rentre fréquemment au milieu de la nuit avec des inconnus que sa mère qualifie de « mauvaises fréquentations », dort peu ou pas, fume du cannabis. Le délire s'intensifie avec des thèmes de filiation et de grandeur en plus de la persécution. Il est à nouveau hospitalisé sous contrainte deux mois après être sorti, dans un contexte d'agitation. Il va rester neuf mois dans le pavillon. Un traitement injectable va être instauré : six ampoules d'halopéridol toutes les quatre semaines. Déjà est noté le caractère « résistant » de son délire aux différents neuroleptiques (pipotiazine, zuclopenthixol...), à des doses massives parfois. A sa sortie, il repart vivre en foyer, sa mère ne supportant plus de partager son quotidien avec lui. L'hôpital de jour (HJ) commence à le recevoir.

Germain va être hospitalisé douze fois pendant cette période, avec un temps hors de l'hôpital toujours plus restreint. Les règles de la vie en collectivité n'ont absolument aucun sens pour lui, et les injonctions éducatives le mènent souvent à un état d'agitation mais sans passage à l'acte. Il est donc exclu de tous les foyers où il passe, et revient à l'hôpital soit à sa demande « pour se reposer », soit sur proposition des équipes qui veillent sur lui (CMP, HJ). Le compte-rendu de l'hôpital de jour fait état « d'un désintérêt, d'un manque d'investissement, d'un refus de se plier aux règles ».

Sur ce laps de temps, il va donc vivre chez son père, chez sa mère, et dans des foyers jusqu'à saturation de ces derniers et de ses parents, qui accepteront tout de même de le recevoir en permissions.

A lire les observations sur trois ans, le délire de Germain et son rapport aux autres évoluent. Il est initialement décrit comme « peu loquace », puis « plaisantant, manipulateur ». Son délire, plus ou moins teinté de persécution à l'encontre de ses parents, de sa tutrice, des

professionnels qui travaillent avec lui, s'enrichit de thèmes de filiation, de grandeur, magiques.

En septembre 2003, il réintègre pour la quatorzième fois le service en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) dans un contexte de flambée symptomatique. Durant l'été il a passé quelques jours chez sa sœur à Paris. Durant son séjour, une femme a été agressée au couteau dans un bus par un homme noir. L'enquête de la police les conduit à vouloir interroger Germain, qui clame son innocence. En conséquence et malgré les doutes qu'émet le responsable de l'unité quand à sa culpabilité, il est décidé collégalement qu'il ne pourra plus sortir du service non accompagné d'un infirmier, et qu'il n'aura plus de permission jusqu'aux conclusions de l'enquête. Les effets imaginaires de cette enquête poussent certains à réclamer des mesures de sécurité particulières devant la possible dangerosité de Germain.

4.1.4 Novembre 2003, rencontre avec Germain

4.1.4.1 Le quotidien du pavillon

Germain est un jeune homme noir d'1,85m, habillé avec grand soin dans un registre hip-hop. Il se dit chanteur et mannequin. Il est relativement isolé au sein des autres patients. Il lui arrive d'accuser Untel de l'avoir insulté, et de se montrer menaçant en retour. En revanche, jamais en un an, ni auparavant, il n'a frappé quelqu'un sans être directement et physiquement menacé. Ses modalités de défense passent d'abord par de longues tirades verbales, et ne sont donc pas sur le registre immédiat du passage à l'acte.

Il se plaint entre autre auprès du médecin responsable de l'unité, personne à laquelle il ne cessera de se référer et d'adresser ses demandes, que certains infirmiers, en son absence, le maltraitent et l'empêchent de faire des choses qui lui sont pourtant autorisées, comme les sorties accompagnées. Il évoque aussi les viols qu'il subit la nuit, le fait que certaines infirmières viennent lui « lécher le visage ». Ces hallucinations cénesthésiques s'ajoutent aux voix qui l'insultent, aux messages d'amour télépathiques de Maria Carey, une célèbre chanteuse américaine. Ces phénomènes hallucinatoires n'ont pas tous la même valeur de persécution, parce qu'il aime parler avec Maria, même s'il l'a laissée tomber il y a peu de temps

parce qu'elle avait été infidèle. Tous ces propos sont tenus dans les couloirs du pavillon, avec ceux de l'équipe que Germain n'identifie pas comme malveillants.

Il demande sans cesse à pouvoir téléphoner à « sa tutrice », qu'il accuse de lui voler son argent, pour pouvoir aller en ville s'acheter de nouveaux vêtements. Il veut aller à la cafétéria, vivre enfin seul en appartement. Il tolère très mal l'enfermement, et cette accusation d'agression qui semble lui revenir tout le temps et de toutes parts.

Le clash :

Un soir, Germain fume une fois de plus hors de la salle fumeur, et l'équipe présente le lui reproche vertement. Il s'énerve et rappelle qu'en tant que « prince d'Afrique », il fait ce qu'il veut. Cette supposée « toute-puissance » que certains lui reprochent, pousse l'équipe à obliger Germain d'éteindre sa cigarette. Il se montre alors menaçant, les renforts sont appelés, et Germain se retrouve de force attaché au lit, avec une injection sédatrice. Il demandera à ce que l'injection soit faite par un ancien infirmier de l'unité, qu'il connaît mais qui ne travaille plus dans le pavillon. Sa demande sera rejetée « parce que ce n'est pas lui qui décide », et c'est l'infirmier qu'il accuse de viol et d'autres méfaits qui la fera.

Le lendemain, le déroulement de l'événement fut interrogé, discuté par ceux qui étaient absents, les médecins et le psychologue en l'occurrence, pour essayer de repérer la logique de la situation. L'équipe infirmière, qui elle était présente, s'indigna d'une démarche qui ne légitimait pas sa façon de faire, et vécut la discussion comme une accusation personnelle. Cet épisode fut alors au cœur de la réunion clinique qui suivit.

4.1.4.2 La réunion clinique mensuelle

Une fois par mois pendant deux heures, un psychanalyste animait la réunion clinique où nous abordions en équipe, tout le monde y était explicitement invité, les situations et les sujets qui nous posaient problème.

L'impasse dans laquelle l'équipe se trouvait avec Germain fut donc exposée.

4.1.4.2.1 Analyse de la massivité des relations transférentielles

Que dit Germain de sa relation avec l'équipe ? Certaines infirmières lui lèchent le visage, d'autres le violent, on lui interdit de faire des choses dont il a par ailleurs l'autorisation par le responsable de l'unité. On repère bien qu'il pense n'avoir à faire qu'à des gens qui font ce qu'ils veulent de lui, qui ne sont réglés par aucune loi le protégeant. Les accusations de viol illustrent bien la position d'objet de jouissance qu'il pense incarner. Dans l'épisode de la veille, un point est mis en lumière : à l'arrivée des agents de la sécurité, s'est produit un apaisement. Cela amène à donner toute sa valeur à l'hypothèse que la venue de l'agent de la sécurité en uniforme, en tant que représentant symbolique d'une loi, a eu un effet d'apaisement. Cela est venu pacifier les effets imaginaires d'être confronté à ce qu'il vivait comme arbitraire de la part de l'équipe.

De cette position d'objet de jouissance de l'autre, en tant que l'autre fait ce qu'il veut, peut se déduire le rapport à l'autre du psychotique : une position fondamentale de danger vital imminent, le sujet psychotique a peur de l'autre ! Il est intéressant d'entendre ce retournement par rapport à la supposée toute-puissance que certains de l'équipe accordent à Germain.

A partir de l'exemple du choix de l'infirmier pour effectuer l'injection sédatrice, est discutée la position de l'équipe. N'était-il pas préférable, parce qu'apaisant, de la laisser faire par l'infirmier que Germain avait désigné comme le plus rassurant, alors même qu'il hurlait qu'on voulait le tuer ? Consentir à son choix pouvait permettre de moins occuper cette position de toute puissance, sans pour autant porter atteinte au cadre. C'était se dégager de l'axe imaginaire (aa'). Par contre, réduire cette dialectique à la question de savoir qui décide et qui a le pouvoir, ne faisait que l'accentuer d'avantage.

Cette position pouvait se décliner dans cette situation précise de plusieurs manières.

Ne pas fumer hors de la salle fumeur n'est pas une décision infirmière, elle est le fait de directives administratives auxquelles chacun a à se plier, et que les membres de l'équipe doivent faire respecter faute de mal faire leur travail et devoir en répondre devant les autorités compétentes. Cette façon de formuler ce qui motive l'intervention auprès du sujet psychotique, permet de référer l'intervention à une loi qui dicte, qui règle au-delà de la volonté individuelle. Elle acquiert alors le statut d'intervention symbolique. C'est une

illustration possible de l'autre réglé en tant qu'il ne fait pas ce qu'il veut. Bien évidemment, ceci n'est qu'une torsion métaphorique qui a une pertinence dans la clinique quotidienne, mais qui n'a pas pour ambition de répondre à l'absence de loi chez le psychotique, en tant que « loi du signifiant ».

On peut ajouter que c'est le registre de la demande qui a un effet direct de persécution sur Germain, le verbe se conjugue toujours à l'impératif pour lui, sonne comme une injonction qui dévoile les velléités de jouissance de l'autre.

On remarque à quel point toutes les règles de l'hôpital n'ont absolument aucune portée sur lui. Il semble vivre totalement indépendamment d'elles, sans pour autant qu'il adresse une quelconque provocation à l'égard de l'équipe. il n'est tout simplement pas concerné. Il est « l'homme libre », parce qu'il n'est pas pris dans le semblant du discours institutionnel, qui ne veut absolument rien dire pour lui, qui n'absolument aucune prise sur lui : il est complètement désarrimé.

4.1.4.2.2 Conséquences

La logique du clash expliquée permettait de comprendre autrement la situation et de dégager certaines modalités stratégiques. Le registre de la demande fut donc revu, pour ce qui concernait Germain. La façon de nous adresser à lui ou de lui répondre devait s'éloigner le plus possible d'une position individuelle, vécue comme arbitraire. Dans le registre du semblant, nous devions toujours marquer notre soumission à une loi qui nous réglait. Un apaisement notable fut constaté. Quelques semaines plus tard, après audition à la brigade criminelle de Paris, il fut mis hors de cause dans l'affaire d'agression.

4.1.5 Germain en entretien : son élaboration délirante

Nous évoquons cela pour mettre en lumière combien son délire prenait des formes différentes à différents temps de son évolution. Schématiquement, quand il était bien, le délire prenait une allure paraphrénique, mais quand il se sentait mal, c'est le versant paranoïaque voire paranoïde qui dominait le tableau.

4.1.5.1 En période calme, sans conflit avec l'équipe ou les autres patients

Germain demandait souvent à discuter. Il s'installait dans le salon visites (j'en avais fait mon bureau) et se proposait, grâce à ses pouvoirs télépathiques, de nous aider à guérir l'ensemble des patients du service, n'était-il pas là pour ça d'ailleurs ? Il revendiquait la découverte du traitement contre le sida. La première fois qu'il parla de ses recherches contre de grandes maladies, c'est la lèpre qui faisait l'objet de son travail.

Il revendiquait son titre de Prince d'Afrique, de prophète. Il reniait ses parents qui l'avait abandonné, et se déclarait fils de l'acteur américain Eddy Murphy, ou du célèbre joueur de basket américain Mickael Jordan. Il leur envoyait d'ailleurs des lettres régulièrement avec l'adresse « USA », lettres qu'écrivaient les membres de l'équipe.

Ses conquêtes amoureuses étaient de célèbres actrices ou chanteuses contemporaines. Il attendait de sa tutrice qu'elle lui débloque les fonds pour sa carrière de « mannequin chanteur ». N'était-il pas entré au festival annuel du film fantastique de Gérardmer comme mannequin ?

On voit à quel point les thèmes délirants sont riches, multiples et variés : mégalomaniaques, magiques, de filiation... Le mécanisme est imaginatif.

Ce qui surprend chez Germain, c'est la sérénité qui émane de lui quand il parle de sa vie. Lui qui vit l'écrasante majorité de son temps en pavillon d'admission, ne semble en fait pas en subir les conséquences en terme de promiscuité, d'hôtellerie, de liberté de mouvement. Il y aurait à discuter le caractère d'asile au sens noble, que représente l'hôpital pour lui. Quand il parle, il ne présente aucun signe de dissociation, il est calme, cohérent, son élocution est fluide, il plaisante. De même, son rapport aux autres patients et aux membres de l'équipe reste apaisé, courtois.

4.1.5.2 En période de conflits

Les périodes de crise découlent toujours de situations où il se sent abusé dans tous les sens du terme, par un ou des autres. On peut se retrouver dans cette position sans même s'en

apercevoir, d'où l'intérêt « de construire la série des points de repère qui, pour le sujet, font rencontre dangereuse » [37].

Lui qui est plutôt nonchalant et souple dans ses déplacements, se tend, s'agite, s'énerve. En entretien, il a du mal à rester assis. Il parle fort, crie, affirme que nous revenons sur les engagements que nous avons pris à son égard. Comment se fait-il qu'il n'ait pas été payé pour ses découvertes, pourquoi l'empêchons nous de commencer sa carrière de « chanteur mannequin » ? Les phénomènes hallucinatoires, surtout cénesthésiques, se majorent. Le registre de la demande est plus délicat à manier avec lui, tant il le reçoit sur le versant de la persécution. Il se perd dans l'équivoque des signifiants qui finissent par ne plus faire autre chose que le perdre d'avantage : la dissociation se majore.

4.1.6 Ses demandes

4.1.6.1 L'argent

Il demandait de nombreuses fois par jour à pouvoir appeler sa tutrice pour réclamer l'argent dont il pensait pouvoir disposer, les réserves financières d'un Prince ne sont-elles pas inépuisables ? Avec l'AAH, il disposait en gros de 600 euros, et la tutrice lui débloquait environ 100 euros par semaine.

La première très grosse difficulté : comment faire pour apaiser le rapport au téléphone ? Laisser l'accès au téléphone à la libre volonté des collègues présents, à leur autorisation ou leur refus, ne faisait que renforcer le vécu persécutif par son caractère arbitraire. Nous avons donc mis en avant notre obligation de devoir laisser libre la ligne téléphonique, pour recevoir des appels importants ou pour que les autres patients puissent aussi téléphoner. Il accepta l'idée de deux appels par jour. Nous avons assuré à Germain, avec l'appui de l'assistante sociale, que sa curatrice irait en prison si elle lui volait son argent. Il n'était en effet aucunement pertinent de parler budget avec lui.

Comme je l'ai déjà laissé entendre, Germain est une véritable gravure de mode version hip hop. S'il partait seul en ville, il dépensait tout son argent dans la première boutique. Nous devons trouver une façon de l'accompagner. Il accepta donc qu'un infirmier ou une

infirmière qu'il avait désigné apporte son avis esthétique durant ses séances shopping. A noter qu'il faisait toujours preuve d'une « adaptation » surprenante hors du pavillon, si bien que les collègues qui l'accompagnaient le trouvaient d'une compagnie plutôt agréable.

Son rapport à l'objet toujours en trop, se déclinait aussi avec ses vêtements qu'il échangeait contre un bout de shit, avec le premier « brigand » qu'il croisait sur le chemin du retour à l'hôpital, quand il était seul. Il distribuait ses affaires jusqu'à n'en avoir plus une seule, et devoir aller en racheter le jour même. Les fois où nous avons pu nous opposer à cette distribution, c'est avec soulagement qu'il recevait notre intervention, sidéré peut-être qu'il était par la demande d'un autre auquel il ne pouvait dire non.

4.1.6.2 Les sorties seul hors du pavillon

Outre les emplettes en ville, Germain voulait pouvoir aller à la cafétéria matin et après-midi. Rares étaient les fois où nous ne recevions pas des plaintes des autres services parce qu'il avait vendu du cannabis ou fumé avec d'autres patients. Etant donné les pressions institutionnelles et l'état dans lequel le plongeait l'ivresse cannabique nous étions parfois obligés de limiter les sorties de Germain. En effet « les bédots » l'exaltaient au plus haut point, et exacerbèrent son versant mégalomane, ce qui n'était pas sans poser des problèmes au repas du soir, où il dansait et chantait. Ces sorties solitaires lui donnaient aussi l'occasion d'aller acheter du cannabis pour les autres patients. Et durant plusieurs jours, la salle fumeur et les chambres ressemblaient à un coffee shop, et certains patients réagissaient très mal.

Il faut préciser le rapport particulier de Germain avec le cannabis. En effet nombre de psychotiques ne tolèrent absolument pas cette drogue aux effets dissociatifs, se retrouvent plongés dans des états d'angoisse paroxystique, envahis d'hallucinations. Mais pour Germain, force est de constater que les effets ne perturbent que les personnes autour de lui. Lui se sent très bien, voire mieux. Il évoque parfois une identification à un rasta. Cette consommation borde aussi les autres produits qu'il a tout loisir de prendre dans l'hôpital : héroïne et apparentés (buprénorphine)... En effet, il s'est toujours fermement opposé à la prise d'autres drogues que le cannabis. Il n'a jamais participé à l'entrée ou au commerce d'autres drogues dans le pavillon, alors que ses fréquentations en usaient anarchiquement.

Nous avons mis en avant les caractères illégal, toxique et dangereux du cannabis pour les autres patients, et notre obligation de les protéger de ce produit, pour limiter autant que possible sa consommation.

4.1.6.3 Les sorties « définitives »

Début 2004, son père accepta de le reprendre à domicile. Il partit plusieurs fois, mais revint au bout de quelques jours à sa demande, en passant soit par les ambulanciers directement, soit par les urgences, soit par le médecin traitant, partenaires extrahospitaliers interloqués de voir hors des murs de l'hôpital quelqu'un de si fou. Nous avons eu bien du mal à leur expliquer nos tentatives stratégiques, qui n'excluaient bien sûr pas l'échec. Cependant, il n'y avait de danger pour personne à ces sorties.

Il n'était plus en hospitalisation sous contrainte. Il recevait un traitement puissant et adapté, qu'il réclamait (six ampoules d'halopéridol, après que tous les autres antipsychotiques aient été essayés). Il voulait sortir, mais demandait à revenir à la moindre difficulté : l'hôpital n'était plus le lieu où il n'allait que sous contrainte, mais était devenu son refuge, autant que son partenaire, avec une ambivalence certaine bien sûr. Nous avons essayé à nouveau de voir comment nous pouvions travailler avec lui chez son père : échec rapide, le père n'en voulant plus étant donné la vie agitée de son fils. Il n'arrivait pas à « l'éduquer », mais il n'y eut aucun moment de violence contrairement à six ans auparavant.

4.1.7 Le projet d'appartement

Dès février, nous décidâmes malgré les fortes réserves de certains, de tenter l'aventure de l'accompagner dans sa volonté de vivre dans un appartement, dans le village bordant l'hôpital. C'est lui qui mettait en avant la proximité de ce lieu, pour pouvoir venir nous voir facilement. Toute l'équipe fut mobilisée. Il n'était en effet pas envisageable de le laisser se débrouiller seul. L'assistant social visita les appartements avec lui, rencontra les propriétaires, s'organisa avec la tutrice.

Début mai 2004, Germain s'installait dans son premier appartement. Il disposait de bons alimentaires, et d'un peu d'argent pour ses cigarettes et vêtements.

Il fit les premières courses avec des collègues du pavillon qui furent étonnés de constater à quel point il était « adapté ». Le choix de ses courses, la gestion de son budget ne semblait lui posait aucun problème.

Pour de multiples raisons, nous ne réussîmes pas à articuler correctement l'extra-hospitalier. Entre autre, Germain emménageait près de l'hôpital, mais ne dépendait alors plus du secteur d'origine. A défaut de régulières visites à domicile, nous pariâmes sur le fait qu'il viendrait nous rencontrer, ce qu'il fit. Il passait même ses journées dans l'enceinte de l'hôpital, à visiter d'autres patients, à fumer des joints. Nos conversations avec lui ne permirent pas de cerner les difficultés qu'il rencontrait, et notre absence dans son quotidien eut de fâcheuses conséquences. Rapidement, il vendit la nourriture qu'il achetait avec les bons alimentaires, pour acheter vêtements, cigarettes et cannabis. Tous les petits voyous du village en firent leur meilleur « pigeon ». Contre quelques cigarettes il échangeait ses précieux vêtements. Son appartement était ouvert à tous, et fut endommagé. Il se fit mettre à la porte quand avec quelques invités, ils jetèrent leurs bouteilles de bière sur la verrière de la propriétaire.

Au bout de deux mois, Germain revint à sa demande dans le pavillon, épuisé et amaigri de dix kilos.

4.1.8 L'activité basket

Dans le cadre d'une activité sportive intersectorielle, nous découvrîmes ses qualités de basketteur. En plus d'une habilité au dribble, et d'une grande dextérité au shoot, il menait très bien le jeu. Il feintait son défenseur, attirait la défense et passait au joueur démarqué. Comment quelqu'un de si délirant, pouvait-il s'adapter aussi bien au jeu, et donc aux autres ?

A chacune de ses participations, une séquence a pu être isolée. Il jouait jusqu'à se dire fatigué et s'arrêtait pour fumer une cigarette. Puis sur le chemin du retour à l'unité, il exprimait un délire à la richesse exacerbée, avec principalement des thèmes mégalomaniaques. Il était Mikaël Jordan, Magic Johnson, Maradona quand nous jouions au foot. Mais contrairement à ses moments d'ivresse cannabique, il était complètement apaisé.

Un jour, toujours sur le chemin du retour, il m'expliqua que l'instabilité extrême de B pendant la partie, était simplement due « à l'impression que quelqu'un voulait le tuer », illustrant ainsi notre supposition d'un vécu persécutif intense.

4.1.9 Discussion : identifications imaginaires ou signifiants pacifiants ?

Quels sont les signifiants qui permettent à Germain un certain apaisement ?

Nous avons repéré combien son attachement au cannabis était singulier. L'hypothèse initiale nous orientait vers un effet intrinsèque du produit, alors qu'habituellement la dissociation qui découle de sa consommation génère de l'angoisse chez le sujet psychotique. Nous notions aussi un refus ferme et catégorique de toute autre drogue se ponctuant par un « je ne touche pas à ça » ou « je ne suis pas un toxico ». Son lien au cannabis l'avait conduit quand il vivait dans son appartement à tout échanger pour s'en procurer, même ses précieux vêtements.

En fait, le signifiant cannabis renvoyait au signifiant rastaman, et pouvait alors s'appréhender comme l'insigne du rastaman. On saisit bien là les deux versants du signifiant. D'un côté le ravage à l'incarner presque au prix de sa vie, car il avait échangé jusqu'à sa nourriture pour s'en procurer. De l'autre un effet de nomination, de stabilisation dans son rapport aux autres. Il écoutait du reggae, fumait des joints, et ne consommait alors pas d'autres produits.

L'exemple de son intérêt pour les vêtements dévoile aussi qu'aucun signifiant ne tient jamais vraiment. Les vêtements comme insignes du « top-modèle / chanteur / danseur » lui permettaient une certaine satisfaction, mais disparaissaient vite devant le cannabis du rastaman. Ainsi passait-il d'un insigne à un autre seulement tempéré par nos interventions, comme quand nous nous opposions à ce qu'il distribue ses vêtements.

La clinique que dévoilait le sport adapté, les séances de foot ou de basket, amenait au même questionnement sur ce qui venait faire apaisement. La première hypothèse allait dans le sens d'un certain apaisement pulsionnel du fait de l'effort physique, une sorte de soustraction de jouissance permettant un passage du versant paranoïaque au versant paraphrénique. Mais en fait, le signifiant basketteur pouvait être lié à celui de son frère aîné, joueur très respecté d'une équipe locale. On peut peut-être pousser la métaphore jusqu'à considérer les feintes qu'il

faisait comme un accès au semblant, à l'équivoque qui marquait un nouage relativement stable du signifiant à la signification.

Chacun de ces signifiants, « rastaman, top-modèle, basketteur » permettait une inscription dans le lien social, qui temporisait les éléments mégalomaniques, et lui permettait de vivre avec ses semblables sans qu'ils soient dangereux. Ces signifiants peuvent aussi se concevoir comme des identifications imaginaires, introduisant la clinique des personnalités « comme si », c'est-à-dire la clinique des sujets psychotiques qui vivent intégrés dans la société en étant de bons travailleurs minutieux et peu discutants, de bonnes épouses au foyer etc....

4.2 Pascal, au risque du transfert

4.2.1 Anamnèse

Pascal est né en 1977. Issu d'une fratrie de quatre, il a un grand frère et deux petites sœurs. Son père est métallier, et sa mère aide-ménagère. Il poursuit une scolarité générale jusqu'en quatrième, où il intègre une filière technique. Il échoue au BEP électricité en 1994, année où il rencontre la psychiatrie pour la première fois, sur demande de ses parents.

En effet, depuis plusieurs mois, il ne sort plus de chez lui sans être explicitement invité par ses amis, préfère rester seul. Le monde autour de lui se teinte d'une étrangeté qu'il ne comprend pas. Il se rend compte qu'il se passe quelque chose d'anormal. Il a dû mal à parler avec les autres, ne les comprend plus. Les pensées défilent dans sa tête sans arrêt, et le fatiguent. Quand il regarde la télévision, les gens lui parlent. Quand il est seul, qu'il s'endort, des voix s'adressent à lui et lui disent qu'il est « nul ». Il commence aussi à avoir peur des gens. Voilà ce que rapportent les premières consultations. Les coordonnées de déclenchement ne semblent pas avoir été recherchées à l'époque, et nos rencontres ne les ont pas éclairées.

La suite va en s'aggravant. Pascal déroge de plus en plus aux règles de la société. Il réussit son CAP d'électricien mais se fait renvoyer de ses lieux de stage où il ne se rend qu'irrégulièrement, et toujours en retard. Il semblerait que sur ce point, son père ne puisse tolérer ses écarts. Il veut que son fils travaille, ce qui donnera lieu à de terribles disputes qui dégèneront parfois en bagarre. Pascal travaillera un temps en intérim, puis en CAT. Chaque expérience se finira devant son impossibilité à supporter les autres. Même au CAT, il ne tolèrera pas la promiscuité avec les autres. Il consomme aussi les drogues qu'il trouve, avec une préférence pour le cannabis et l'héroïne.

La première hospitalisation se fera en 1996, « pour instauration d'un traitement neuroleptique », Pascal n'allant que rarement à ses rendez-vous au CMP. Il présente alors « un état associant un hermétisme de la pensée avec appauvrissement de la vie psychique, une rumination vide de sens, un discours flou et superficiel et un apragmatisme massif. ». La mise en route du traitement va permettre un apaisement de son angoisse et de son rapport aux autres. Pour autant, le reste du tableau sémiologique évolue peu, et il n'y a que les autres pour

penser que les médicaments servent à quelque chose, pas Pascal. Les traitements oraux vont donc vite être abandonnés devant l'absence de compliance, pour être remplacé par un traitement injectable d'halopéridol.

Entre Pascal et son père, la relation se complique. Un éthylysme chronique est supposé chez son père. Il va être traité à partir de 1999 pour un cancer de l'estomac dont il décédera en 2002. Pascal arrivera souvent à l'hôpital en hospitalisation sans consentement, après de violentes bagarres avec son père. Il recevra une fois un coup de cutter de ce dernier après avoir détruit la voiture familiale à coups de pierres.

L'équipe va essayer de le placer en appartement thérapeutique, avec une prise en charge à l'hôpital de jour, mais il n'arrive pas « à s'adapter et s'investir dans les activités proposées ». Il retourne chez ses parents, fuyant une promiscuité qui majore ses difficultés.

Les collègues connaissant Pascal depuis le début de sa décompensation notent un apaisement contemporain du décès du père.

Il est connu des services de police pour des histoires de vols de voiture. Il monte un jour dans l'une dont le moteur tourne, le propriétaire fermant son garage, et part en Suisse où les douaniers l'arrêtent et le renvoient directement à l'hôpital psychiatrique. Une autre fois, c'est une ambulance des pompiers qu'il emprunte. Il écope d'une peine de prison avec sursis et d'une amende pour ces affaires.

Un des problèmes, dans le travail thérapeutique avec Pascal, est qu'il n'a pas encore identifié de lieu de refuge, ou d'autres qui ne soient pas trop « dangereux » pour lui. Alors il est souvent hospitalisé sans consentement, en raison de son comportement explosif. En effet, ses modalités de réaction au vécu persécutif se limitent souvent au passage à l'acte. Il ne se rend que rarement au CMP, souvent accompagné de sa mère qui constate à quel point il va mal. A sa dernière hospitalisation, il a jeté le téléphone sur le médecin qui appelait l'ambulance pour son retour à domicile.

4.2.2 Mars 2004, rencontre avec Pascal

Le responsable de l'unité m'invite au premier entretien. Pascal n'a pas dû se laver depuis bien longtemps. Il n'a pas dormi depuis plusieurs jours, a cessé de prendre ses médicaments « parce qu'ils ne servent à rien et qu'il n'est pas malade ». Les couches de vêtements sales empilées lui donnent un aspect bibendum malgré sa maigreur. Il a les cheveux et la barbe hirsutes, anarchiques, le regard sombre et hagard. Il fixe le sol et supporte à peine que nous lui parlions ou le regardions.

La première impression qu'il me donne, est le caractère totalement imprévisible de ses réactions. Sa tension électrise la pièce. Il tremble sur sa chaise, regarde autour de lui, semblant tendre l'oreille vers des choses que lui seul entend. Il est venu en HDT, parce que depuis des semaines il ne sort plus de chez lui, mange à peine, regarde la télévision et écoute la radio. Il n'ouvre à personne excepté sa mère, ne répond pas au téléphone.

Il n'a aucun problème, ne veut pas discuter avec nous, mais veut rentrer chez lui. Les questions que nous lui posons déclenchent des grimaces et intensifient sa nervosité. La dissociation atteint un paroxysme : il répond à côté, ne semble pas comprendre. Malgré la position clairement persécutrice que nous occupons, nous persistons aussi doucement qu'il nous est possible pour qu'il nous en apprenne un peu plus. La solitude dont il souffre est le thème qui revient le plus fréquemment dans ses propos. Il ne supporte pas le silence. Il ne peut dormir qu'« avec du bruit ou une présence ». Il nous raconte que les gens à la télé lui parlent, comme à la radio, et que ça lui fait parfois peur. Quand il regarde du sport, il est même étonné de pouvoir faire gagner qui il veut, d'ailleurs il peut nous en faire la démonstration tout de suite. Il n'en peut plus de ces voix qui lui parlent et l'empêchent de dormir, il marque alors un temps de suspens, de perplexité.

Nous saisissons l'occasion pour lui proposer un traitement « pour la peur et le sommeil ». Dans la même ambivalence qui imprègne chacune de ses réactions, il refuse violemment « parce qu'il en a marre de se faire enculer avec la piqûre », puis accepte parce que « de toute manière ça ne lui fait rien ». Nous lui prescrivons donc 30 mg d'halopéridol (posologie cohérente avec les précédentes) et 300 mg de cyamémazine en gouttes. Il met un terme à

l'entretien en sortant brutalement du bureau « où il ne veut plus venir », et en claquant violemment la porte.

Au terme de cette rencontre, je mesure à quel point les mots qu'on lui adresse l'agressent, et combien l'autre est menaçant pour lui. Tel l'enquêteur que l'on ne berne pas facilement, Pascal examine toujours avec suspicion chacune de nos paroles.

4.2.3 Apaisement de la relation

Dans les jours qui suivent, je croise Pascal dans le service, le salue et lui propose de discuter. Pour seul retour, il me lance un regard noir et ne s'arrête même pas, ignorant ma main tendue. N'ayant de toute manière pas d'autre possibilité que de consentir à sa réaction, je me limite quotidiennement à un salut poli et réservé.

Dans le pavillon, il reste parfois avec d'autres patients qu'il connaît d'autres hospitalisations, pris dans une espèce d'identification confuse : partir avec Germain en Afrique, se raser la tête au moment où un autre patient psychotique se prend pour l'Abbé Pierre. Les discussions perçues n'ont pas l'once d'un sens, chacun parlant seul de choses complètement délirantes que l'autre n'écoute pas de toute manière. Ils s'apprennent mutuellement un anglais qu'ils ne connaissent pas, ce qui détend une atmosphère parfois pesante. Pour autant, ceci indique un certain rapport pacifié à une parole qui ne voudrait rien dire.

Au bout d'une semaine, à ma nouvelle proposition de discussion, il répond par l'affirmative, avec un style que je qualifierais de maître d'hôtel, guindé. Mais « pas dans un bureau, dans la salle fumeur »... Il nous installe deux fauteuils, au milieu de la fumée et des autres patients, et me demande de quoi on parle. Mon hésitation l'agaçant, je lui propose de me raconter comment il est arrivé à l'hôpital. Il me répond à côté, mais nos discussions s'initient à ce moment là.

Autant il reste courtois et un peu condescendant quand il me parle spontanément, autant il s'énerve dès que je me manifeste. Je reste donc le plus discret possible, un peu affaissé sur mon fauteuil, regardant le sol, ignorant de tout, jusqu'à ce qu'il conclue l'entretien, visiblement satisfait. Nos premières discussions s'improvisent donc dans les lieux qui lui

conviennent, couloirs ou salle fumeur principalement. Il semble qu'il fuit le face à face, la relation duelle.

Une collègue infirmière le connaissant depuis des années ne déclenche pas de réactions trop hostiles quand elle lui parle. Parler, pour l'instant, se limite aux choses les plus basiques du quotidien : l'heure de sortie ou du repas, quand il pourra acheter ses cigarettes, s'il peut téléphoner. Elle peut lui dire que non, elle ne peut pas l'emmener chercher des cigarettes parce qu'elle n'a pas le droit de sortir avec lui en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) sans l'autorisation médicale, sans que cela n'accentue son vécu persécutif pourtant si réactif.

Nous essayons donc de faire les entretiens à deux, et Pascal le supporte mieux. Nous pouvons alors aller dans un bureau, épargnés des interventions intempestives des autres patients du pavillon. Il se met alors à se raconter dans un style surprenant et inimitable.

4.2.4 Le signifiant travail

La volonté la plus claire de Pascal est de travailler. Il veut gagner sa vie, se payer son appartement, « faire comme tout le monde ». Un des points de rupture du CAT dans lequel il a travaillé, a été selon lui le salaire insuffisamment élevé. Il réclame d'ailleurs à l'unité de jour du pavillon de l'argent pour les dessins et autres œuvres qu'il crée. Il nous reproche donc de l'empêcher de chercher du travail. Il nous demande si nous pourrions lui trouver un emploi, ou pour le moins le payer pour le temps qu'il accepte de passer dans le service.

Avec l'ensemble de l'équipe, nous faisons le tour des possibilités à proposer à Pascal. Sa sortie n'est pas envisageable. Pour qu'il intègre un CAT, un bilan de compétences est nécessaire. Une structure de jour proche de l'hôpital reçoit des patients à qui elle apprend les rudiments de l'horticulture et du jardinage. Cette structure permet éventuellement une articulation avec un CAT. L'infirmière qui s'en occupe peut accueillir Pascal individuellement dans un premier temps. Il accepte immédiatement cette proposition au rythme de trois jours par semaine.

4.2.4.1 Bilan de l'activité par l'infirmière qui anime cette structure

« Contact avec les différents groupes quasi-inexistant. Monologue plus qu'il ne dialogue. Pas de propos délirants franchement exprimés, mais donne souvent l'impression d'être ailleurs. Se présente quelque fois très nerveux et dispersé. Ambivalent et difficile à cerner. Difficultés à comprendre et à appliquer certaines consignes. Réalise correctement les tâches simples et répétitives. S'intéresse un peu aux noms des plantes et commence à en connaître quelques unes. »

4.2.4.2 Modification des entretiens

Nous recevions souvent Pascal après ses journées de travail. Il se mit à nous enseigner l'horticulture, la photosynthèse, l'électricité. Mes « ah bon ? » naïfs et étonnés avaient souvent pour effet de le plonger dans une ardeur didactique. Lui qui parlait très peu, se lançait dans des élaborations surprenantes. Parce qu'effectivement ses explications ne manquaient pas d'originalité. Un jour, un peu las, il me demande ce que je veux apprendre aujourd'hui. Je hausse les épaules, il soupire et m'explique comment faire du miel avec des fourmis, qu'il a beaucoup observées le jour même. Le récit de la mise en pot des fleurs, ou de toute autre travail, prenait un caractère surprenant tellement le récit qu'il en faisait, collait à l'action elle-même. En plusieurs mois de rencontres, seule cette modalité docile de rapport à l'Autre a montré une certaine efficacité à l'apaiser.

4.2.5 Pascal « l'homme libre »

Durant l'hospitalisation le règlement de l'hôpital n'avait absolument aucune influence sur lui. Pas par provocation, ni par manque de respect, ou non plus parce qu'il était « tout puissant », mais parce que nos règles ne voulaient absolument rien dire pour lui. Il pouvait rester dans le parc toute une journée, sans manger, alors qu'il devait rentrer le midi, et que ses heures de sortie étaient limitées dans l'après-midi. Nous lui rappelions souvent l'horaire des repas, les temps de promenade mais avec un succès limité. Tout élan éducatif était reçu comme une agression majeure. Son repérage temporel se limitait à peine à la nuit. La discussion fut néanmoins âpre entre les partisans de la punition, c'est-à-dire lui interdire de sortir (et risquer

de provoquer des passages à l'acte), et une position prenant en compte ses impossibles en essayant de les temporiser, mais en les tolérant tout de même.

Stratégiquement, nous avons mis en avant notre devoir, nos obligations professionnelles et médico-légales, pour lui rappeler la nécessité pour nous qu'il soit présent au repas, qu'il n'aille pas en ville sans notre autorisation. De toute manière, Pascal, à la différence d'autres patients, ne réagissait aux élans éducatifs ou coercitifs que sur le registre d'une franche persécution qui le rendait très violent. Conséquemment, personne ne s'aventura sur ce terrain autrement que dans les discussions cliniques. D'autre part, son identification au style de la demande déjà repérée en entretien, valait pour chaque contact avec lui.

4.2.6 La surprise

Ces aménagements dans la relation allaient permettre à Pascal de parler de lui autrement. Ce qu'il est venu nous dire, vers la fin de son séjour, est venu nous surprendre, son infirmière référente et moi. Un jour qu'il revenait du jardinage, il en arriva pour la première fois à parler de son enfance et de son adolescence, notamment d'un épisode de dessin animé qu'il avait regardé chez ses grands-parents et qui l'avait effrayé. Je crus saisir qu'il n'était pas seul, et l'interrogeais sur ce point. Non sans réticence, il évoqua la présence de cet ami que lui seul avait vu ce jour-là pour la première fois, cet « ami imaginaire » qui ne l'avait plus quitté depuis et ne cessait plus non plus de lui parler, « de le rendre fou ». Cet ami ne l'embêtait pas trop en ce moment, à son avis les médicaments l'y aidaient. L'hypothèse du phénomène élémentaire et des circonstances de déclenchement ne purent être précisées davantage : quel était ce dessin animé ? qu'en avait-il pensé ?

4.2.7 La mère de Pascal

Elle avait cherché avec lui un appartement un an plus tôt, comme il le demandait. Elle mobilisa suffisamment la justice pour que Pascal soit expertisé et n'aille pas en prison. Elle lui apportait ses cigarettes, le visitait toutes les semaines. Il était frappant de constater l'apaisement que générait sa présence, comme les torrents d'insultes que pouvait provoquer ses propos désapprobateurs sur l'arrêt des médicaments. En effet, elle alternait entre une

position de compréhension à l'égard de « la maladie de son fils », et des reproches qu'il ne supportait jamais.

C'était elle qui donnait l'alarme sur le secteur quand l'hospitalisation de son fils devenait inéluctable. Elle cherchait auprès de grands professeurs leur traitement miracle, puis nous envoyait leur réponse. Elle n'était pas du tout satisfaite de l'état de son fils « après dix ans de psychiatrie ».

Elle ne devint partenaire de notre travail avec son fils qu'à partir de notre reconnaissance de nos difficultés, et de nos incapacités. Après sa sortie, c'est elle qui m'appelait au service ou au CMP pour me faire part de l'état préoccupant de son fils.

4.2.8 La sortie

Le départ de l'infirmière chargée du jardinage mit un terme à l'accueil de Pascal à cette activité. En effet, nous avons obtenu une dérogation pour qu'il puisse y participer, bien que ne faisant pas partie du secteur de l'hôpital de jour qui l'organisait, et bien qu'hospitalisé à temps complet. La restriction de personnel ne permettait plus ce montage. Nous ne pouvions alors plus proposer l'activité jardinage comme réponse aux demandes de Pascal d'être rémunéré et d'avoir une place en CAT.

Il ne revint pas d'une de ses permissions, et rentra chez sa mère. La situation clinique bien que parfois délicate ne nécessitait pas une réhospitalisation sous contrainte. Je l'ai donc invité au CMP.

4.2.9 Travail extrahospitalier

Il décida d'arrêter les médicaments mais vint une fois par mois au CMP pour son injection où il s'entendait bien avec certains infirmiers. C'est-à-dire qu'il disait non au traitement, tout en venant au CMP avec les ampoules d'halopéridol, illustrant une totale déconnexion entre les mots et leur sens. Le piège était de supposer qu'il refusait réellement l'injection, alors que ses propos étaient simplement hors sens. Une façon de faire aléatoire quant à ses effets relevait du même mécanisme. S'il disait refuser l'injection, parler de la pluie et du beau temps,

littéralement et sans transition pouvait l'apaiser, comme quand il parlait anglais avec Germain.

Je le rencontrai irrégulièrement, lorsqu'il surgissait dans le bureau du CMP sans prévenir, qu'il y ait un autre patient ou pas. Je l'appelais quand les échos de son état étaient préoccupants.

Quelques mois plus tard, il pris un nouvel appartement. Alarmée par les voisins parce que Pascal se promenait avec une casserole sur la tête, faisait du bruit et ne dormait pas, sa mère me prévint.

Durant l'été déjà, en vacances chez son grand frère, il l'avait menacé avec un sabre. Je l'appelai donc. Après qu'il m'ait expliqué comment souder une ampoule, il accepta de venir se reposer dans le service, en hospitalisation libre (HL) cette fois. Il attendit tranquillement l'ambulance avec un infirmier du CMP qui le connaissait bien et à qui j'avais demandé de passer chez Pascal. L'hypothèse étant qu'il consentait à se réfugier dans le service, que nous étions donc devenus moins dangereux pour lui.

4.2.10 Discussion autour du cas

4.2.10.1 Le rapport au langage de Pascal

La première rencontre situe bien à quel point lui parler est périlleux. Chaque signifiant produit des signes d'agression, de persécution. Il grimace, s'agite, menace. Le registre du sens, de la signification a complètement disparu, et aucune structuration délirante ne lui permet alors de recevoir les signifiants de manière un peu pacifiée. Ses propos ressemblent à des lambeaux de discours à tonalités persécutrice et mégalomaniaque. Le seul moment de discussion que nous lui connaissions réside dans une conversation entre Germain et lui dans un anglais qu'ils ne connaissent pas. On peut là repérer que seul le registre du hors sens ne l'agresse pas et y voir une indication d'une forme possible d'être le « secrétaire de l'aliéné »[49]. Les entretiens avec lui ne consistaient pas à chanter ou parler une langue étrangère comme il peut être judicieux de le faire, avec les enfants notamment. La stratégie était plutôt de l'inviter et de l'accompagner à élaborer ses théories sur tout, soit à « significantiser » ce qui sinon restait du domaine du pur réel. Ces accompagnements studieux où il nous enseignait, se punctuaient par

une certaine satisfaction pour lui. Mais encore une fois, les constructions délirantes ne se nouaient pas entre elles, et disparaissaient ensuite, il n'y revenait jamais. Il n'y avait donc pas de structuration délirante suffisamment solide pour pacifier son rapport à l'Autre.

Cet aspect fragmenté de ses constructions délirantes ne nous permettait pas non plus de l'accompagner dans une forme d'historisation de sa vie et de ses difficultés. Il n'est jamais revenu sur ce que nous pouvons supposer être son premier phénomène élémentaire, voire le déclenchement de sa psychose, quand il était devant un dessin animé chez ses grands-parents. Il ne reparla jamais non plus de son « ami imaginaire ».

4.2.10.2 Point de perplexité et interprétation

Au cours du premier entretien, Pascal marque un temps de suspend après avoir dit l'insupportable de ses voix et de ses nuits. Ce temps de suspend que l'on peut aussi appeler point de perplexité, est le moment chez le sujet psychotique où l'absence de construction délirante le prive d'une orientation dans la façon qu'il a de faire avec les signifiants. Je parle d'orientation parce qu'alors ce qui peut être tenté est une certaine torsion, une certaine liaison des signifiants à un signifié, soit une proposition de « significantisation ». Concrètement, dans l'exemple du premier entretien, la manœuvre consiste à ce qu'il consente aux médicaments comme possible recours face à une jouissance qui le déborde.

JP Rouillon insiste sur l'importance du repérage des points de perplexité, de ces points cardinaux qui sont des moments d'interprétation[45] où peuvent s'opérer un nouage entre le S1 qui persécute et un S2 inédit, faisant ainsi chuter une part de jouissance qui déleste le sujet.

4.2.10.3 La question du transfert, l'intérêt de la pluralisation

Le registre de la parole est donc des plus délicat, celui de la demande quasi impossible. Il n'y a pas d'autre possibilité dans un premier temps que de consentir aux limites qu'il nous impose dans son contact avec lui. Pourtant je persiste à vouloir entendre quelque chose de lui, et renouvelle prudemment chaque jour mon invitation.

Deux points importants sont à dégager de notre première discussion dans la salle fumeur. Le premier est le style avec lequel il retourne l'invitation, en bon « maître d'hôtel ». On peut faire

l'hypothèse qu'il s'identifie au style de ma demande [50]. Je ne l'aborde pas sur le registre de l'injonction, de l'obligation qu'il aurait à me parler parce que je suis médecin. Au contraire, je lui dégage une place pour qu'il puisse nous raconter ce que nous ignorons. Nous pouvons aussi supposer que c'est mon désir qui crée l'élan pour que la rencontre se fasse, désir qui de cette manière l'arrime un peu au lien social.

Le deuxième point est la présence des autres patients, qui, loin de le perturber, le rassure au contraire. Il initie alors ce que nous appellerons une *pluralisation du transfert*, et atténue la relation spéculaire mortifère. Dans l'après coup, c'est le dispositif que nous mettons en place en le recevant à deux dans un bureau. Nous pouvons alors intervenir à deux et fragmenter les mouvements persécutifs qui se dirigent sur l'un ou l'autre. Cependant cette élaboration est secondaire. En effet, initialement nous avons pensé aux entretiens avec son infirmière référente parce qu'elle était une des rares à ne pas déclencher d'agressivité chez Pascal. L'idée était donc qu'elle puisse le sécuriser et diminuer ma charge persécutrice. Les entretiens ont par la suite montré qu'il recevait aussi mal mes signifiants que les siens, accentuant que la question du transfert ne se réduisait pas à des constructions imaginaires type « affinités », mais surtout à un rapport au langage.

L'ensemble des stratégies d'équipe ou individuelles mises en place pour entrer en contact avec Pascal ne relevait pas de la recette ou de la conduite à tenir, mais d'une invention sur le moment, dont les effets se mesuraient instantanément. Ces inventions s'appuyaient principalement sur le semblant, que ce soit dans l'apparente docilité ou tolérance de ses impossibles, ou dans le style choisi pour entrer en contact avec lui. Le style des invitations pour discuter, le premier entretien, l'ignorance crasse affichée relevaient du jeu théâtral dont nous n'étions pas dupes. Il n'y avait absolument rien du côté de l'évidence ou de la routine à agir comme cela.

4.2.10.4 A propos de l'activité jardin et du travail

Nous n'avons pas réussi le temps de son séjour à trouver avec Pascal une saisie, un usage du signifiant travail qui diffère de celui qui le met en difficulté depuis le début. Il reste soumis au versant de l'injonction surmoïque du S1 paternel. Ce S1 le mène à des situations où il ne supporte pas les autres, ne comprend pas grand-chose aux consignes, à la productivité. Ce signifiant continue à le persécuter comme du temps de son père.

Pendant l'hospitalisation, nous avons reçu sa demande de travailler, une des rares, au pied de la lettre : nous lui avons cherché un travail. Nous avons manié les signifiants « travail » et « rémunération » dans le registre du sens commun, alors que Pascal était dans une position où il n'y avait peu ou pas de signification. Nous avons donc renforcé la valeur persécutrice de ces signifiants. La mise en série des expériences professionnelles avait pourtant démontré qu'elles le mettaient d'avantage en difficulté. Nous avons introduit un peu de semblant en appelant ses différentes activités et surtout l'activité jardin « son travail », mais il a alors dénoncé une exploitation. Nous n'avons pas trouvé comment désamorcer cette persécution.

Il est à préciser que l'activité jardin ne s'inscrivait pas dans une démarche recherchant une autonomie ou la restauration d'un lien social, démarche similaire à celui du mouvement de la psychothérapie institutionnelle. Cette stratégie visait à trouver une certaine réponse à une des seules demandes de Pascal. Elle a eu des effets en terme d'apaisement et d'ouverture à certaines élaborations délirantes. Elle a aussi permis qu'il consente à rester à l'hôpital avec moins de réticence. On peut supposer que ce temps a aussi été celui qui a permis d'apaiser le transfert de Pascal sur l'institution, avec comme conséquence ultérieure des hospitalisations qu'il acceptait.

Une question reste en suspens. Quelle stratégie aurions-nous pu inventer face à la demande de Pascal d'être payé pour le temps qu'il passait avec nous, puisque après tout nous étions payés grâce à sa présence dans les murs de l'institution ? Reconnaître ce fait dans le registre du semblant aurait pu produire un effet de décalage sur le signifiant travail, un S2 inédit.

A l'opposé, il pourrait être intéressant d'essayer de prendre avec détachement ses velléités professionnelles, voire de marquer notre désaccord pour le décharger un peu de l'injonction paternelle.

4.3 Jeanne, la mise au point d'une solution

4.3.1 Anamnèse

Jeanne est née en 1958. Elle est la cinquième d'une fratrie de six enfants : cinq filles et un garçon. Son père décède en 1986 d'un cancer du larynx, et son frère d'un cancer du maxillaire en 1998. Elle traverse deux phases dépressives non documentées en 1980, avec une intoxication médicamenteuse volontaire dans les suites d'un licenciement après 4 ans dans la même entreprise, et en 1990. Elle part de chez sa mère aux alentours de ses trente ans mais reste très étroitement en contact avec cette dernière, qui « l'a toujours beaucoup couvée ». Elle travaille dans une usine comme ouvrière spécialisée. Elle occupe pendant de nombreuses années le même poste. Elle a rencontré un homme avec lequel elle a eu un enfant, une fille née en 1993. Ils ne se marient pas, et vivent chacun chez soi. Lui travaille en Alsace, elle dans les Vosges, ils se retrouvent les week-ends.

Fin 1999, dans le cadre des trente cinq heures, un nouveau management du personnel s'organise dans son entreprise. Elle change très régulièrement de poste, afin d'être « polyvalente ». Rapidement, elle n'arrive pas à suivre les cadences qui lui sont imposées, a l'impression que l'entreprise veut se séparer d'elle, vit très mal ses relations professionnelles. Elle identifie surtout son supérieur comme quelqu'un qui lui veut du mal, qui veut la faire craquer à lui demander des choses qu'elle ne peut pas faire. Elle tolère très mal ses critiques. Elle lutte un temps contre son angoisse croissante en augmentant les doses d'anxiolytique prescrites par le psychiatre qu'elle rencontre depuis deux mois. Un traitement par mirtazapine à 30mg par jour est sans effet.

Elle présente alors sur son lieu de travail « un état d'angoisse aigu avec idéation suicidaire ». Elle est admise en hospitalisation à la demande d'un tiers pour ce motif. L'observation note des « comportements théâtraux, une humeur triste, des idées de mort, une diminution des intérêts et un sommeil difficile. » Finalement le diagnostic de « syndrome anxio-dépressif sur névrose hystérique » est retenu. Elle est mise sous clomipramine à 150 mg par jour, avec un traitement anxiolytique, et transférée dans une clinique.

L'équipe de la clinique s'étonne du peu d'explications que peut fournir Jeanne quand à l'arrangement qu'elle a mis au point avec le père de sa fille. Ils remarquent qu'elle est « très réticente » au projet de vivre avec lui sous le même toit.

Trois semaines après sa sortie, elle présente « une anorexie totale, une clinophilie, une aboulie et reste mutique ». C'est le début d'une très longue série d'hospitalisations, dans des contextes similaires, ou pour des intoxications médicamenteuses volontaires. Elle va continuer à présenter la même symptomatologie avec des améliorations très éphémères, voire sans rémissions. De nombreux traitements antidépresseurs vont être prescrits : fluoxétine, venlafaxine, clomipramine, mirtazapine.

Le travail devenant impossible, elle est mise en invalidité et perçoit l'allocation adulte handicapé. Le père de sa fille la demande en mariage, reconnaît alors leur fille, et ils partent vivre en Alsace fin 2000. La vie du couple dégénère très vite. Son mari boit énormément, et fait de très réguliers séjours en hôpital psychiatrique pour « sevrage ». Il frappe Jeanne, qui reste au fond de son lit ou est hospitalisée. Leur fille finit par être placée en foyer et en famille d'accueil à partir de novembre 2001.

Après presque trois années de mariage, Jeanne décide de quitter son mari en juillet 2003, et rejoint sa fille en vacances dans les Vosges chez sa mère, pour les vacances estivales. Pour expliquer cette séparation elle évoque l'insoutenable pour elle de continuer à visiter « sa petite fille triste dans des foyers ou des familles d'accueil où elle était malheureuse ». Elle ne peut en dire d'avantage.

Deux semaines après son retour, elle arrête ses médicaments, commence à être « désorganisée, agressive ». Elle dort de moins en moins, ne mange plus et perd du poids. Elle dépense de l'argent qu'elle n'a pas, conduit dangereusement et provoque des accidents. Elle se dispute avec toute sa famille, et quitte avec sa fille le domicile de sa mère pour s'installer dans un meublé saisonnier au loyer bien trop élevé pour ses moyens. De jour comme de nuit elle erre en voiture avec sa fille, l'emmène à des bals, ne la laisse pas aller à l'école de « peur qu'on lui fasse du mal, qui lui arrive quelque chose ». Une semaine avant son hospitalisation, un procureur place sa fille chez sa mère.

Elle appelle un soir le SAMU en pleine agitation et menace de se suicider. Elle est alors adressée dans le service en HDT.

4.3.2 Rencontre avec Jeanne

4.3.2.1 Novembre 2003

Elle arrive dans le service très sthénique. Elle n'était pas d'accord pour venir, on l'a forcée. Elle est agressive, menaçante, logorrhéique, tachypsychique, plus désinhibée que familière, présente une agitation psychomotrice marquée. Elle passe du coq à l'âne, crie, plaisante. Son exaltation fluctue énormément, mais les collègues infirmiers en témoignent plus la nuit. Elle ne veut pas rester et conteste avoir menacé de se tuer : le déni est total. Elle dort peu, réveille les autres patients pour avoir des cigarettes, devient vite insupportable, au point de recevoir des claques par certains patients qu'elle persécute de son agitation.

L'équipe est partagée sur la question de l'hypothèse diagnostique. Le responsable de l'unité suppose un état hypomaniaque.

Elle raconte sans trop de difficultés les événements qu'elle vit actuellement. Quelques éléments teintés de persécution sont formulés : sa mère tente de s'emparer de sa fille, son beau-frère ne l'a jamais aimé. Les premiers jours elle appelle les gendarmes dès qu'elle a son portable pour qu'ils viennent la secourir. Une préoccupation la travaille plus que les autres, au point de la répéter sans cesse: « elle est une bonne mère, et doit retourner s'occuper de sa fille ! » Elle reste à peu près cohérente. Les questions n'ont pas d'effet de perplexité. Le bouclage de signification se fait sur chaque phrase. Elle progresse ainsi dans un registre anecdotique, mais sans constitution d'une histoire, d'une intentionnalité dans la signification globale de son discours. Par exemple, quand elle parle de sa famille elle peut raconter un peu de sa mère, puis d'une de ses sœurs ou d'un de ses beau-frères, par bouts, mais sans constitution d'un « roman ».

Au bout de deux semaines, elle reçoit une convocation auprès du juge pour enfants pour décider de l'avenir de sa fille. Après discussion nous acceptons que Jeanne puisse aller au tribunal, alors qu'elle présente toujours un état d'excitation et de sthénicité rendant sa

présence pour le moins pénible. Nous choisissons de confier l'accompagnement à l'infirmière avec laquelle elle se sent le plus en confiance, et qui deviendra par la suite une partenaire fondamentale sur laquelle Jeanne prendra appui. Le verdict rendu place sa fille pendant six mois chez sa mère, le temps qu'elle reçoive des soins appropriés, et qu'elle soit en état d'élever sa fille.

4.3.2.2 La bascule

L'infirmière qui accompagne Jeanne note instantanément un changement à l'annonce du verdict, elle s'apaise. Déjà en s'adressant au juge, elle ne manifestait plus la même instabilité. Le lendemain je note : « Calme, cohérente, adaptée, triste. Evoque ses trois dernières années avec un éclairage critique. » Elle accepte alors la mise sous curatelle, de longue date proposée et refusée.

Elle semble avoir raccroché quelque chose de « la réalité », toute l'équipe le note. Elle a terriblement honte du comportement qu'elle a eu et qu'elle ne reconnaît pas comme le sien, ne cesse de s'excuser auprès de tout le monde. Très rapidement, elle sombre dans une culpabilité écrasante.

4.3.2.3 Les entretiens

Dès le début, je travaille avec Jeanne en interrogeant ses choix et le sens qu'elle donne à ce qu'elle a pu vivre, mettant en résonance l'équivoque des signifiants. Surtout, je la renvoie à sa responsabilité devant les plaintes qu'elle formule, ou les projets qu'elle envisage. Par exemple, elle souhaite recommencer à travailler et aimerait s'occuper à mi-temps de personnes âgées, mais n'ose pas téléphoner à sa mairie. Je décide de la laisser se débrouiller.

Dans l'après coup du tribunal, toutes les difficultés sur lesquelles elle semblait glisser jusqu'à présent l'écrasent, et elle s'effondre : l'angoisse la terrasse. A noter le caractère récurrent de l'angoisse chez Jeanne. C'est le symptôme avec lequel elle a le plus de mal à vivre. Comme plusieurs fois par le passé, elle ne sort plus de son lit. A cette clinophilie s'ajoute un intense ralentissement psychomoteur.

L'équipe manifeste son inquiétude devant ce versant dépressif qui ne cesse de se majorer de jours en jours. Nous réintroduisons l'antidépresseur arrêté depuis 4 mois. La phase dépressive s'intensifie encore, l'idée d'incurabilité accompagnant la peur d'une hospitalisation à vie.

Après un dernier entretien dans la même logique je note :

« Manifestation somatique anxieuse très importante: Jeanne commence l'entretien en évoquant le fait qu'elle ne veut pas poursuivre ses démarches pour s'inscrire dans une nouvelle formation professionnelle. Elle se rend compte qu'elle est dans une contradiction où d'un côté elle aimerait sortir de l'hôpital, mais de l'autre elle a très peur du risque encouru. Une des questions de sa prise en charge est de savoir si Jeanne réussira à s'appuyer sur ses difficultés symptomatiques, pour entamer un travail de sens et de compréhension sur ce qui lui arrive. » Après cette entretien, Jeanne passe trois jours sans pouvoir sortir de son lit, terrorisée.

4.3.3 La réunion clinique et ses conséquences stratégiques

L'état de Jeanne préoccupe tout le monde, elle reste au lit, tremblante, mange et parle peu. Quand elle se déplace, c'est d'un pas mal assuré, secouée de tremblements. Devant cette impasse nous décidons d'aborder sa situation à la réunion clinique.

Je relate ma façon de faire avec elle depuis son entrée, et notamment le dernier entretien et ses effets. Nous constatons à quel point le message « débrouillez-vous toute seule » peut la ravager, et la pousser à incarner un laisser tomber radical. La position stratégique qui se déduit pour chacun, est donc du côté d'un soutien de chaque instant. Elle n'ose plus rien nous demander même les choses les plus anodines.

Nous lui rappelons notre obligation professionnelle de lui donner à manger et de veiller à son confort le temps qu'elle passera dans le pavillon. L'incitation à nous parler frôlant l'injonction et déclenchant des torrents d'angoisse, nous lui exprimons et lui répétons notre disponibilité à la recevoir dès qu'elle le souhaitera. Le travail en équipe offre alors de nombreux interlocuteurs, qui donne à chaque fois la possibilité d'une rencontre et d'un transfert apaisant.

Ainsi les infirmiers et les aides-soignants qui partagent le quotidien du pavillon avec les patients, sont souvent les mieux placés pour des conversations informelles. En effet, les patients ont parfois beaucoup plus confiance en eux, qu'en « le docteur » qu'ils voient trois fois moins, et qui peut véhiculer une aura qui n'inspire que la réticence. Leur statut professionnel les oblige à veiller à la bonne alimentation de chacun, à la prise des médicaments. Ils protègent Jeanne et le lui disent, contre les menaces de son mari, de l'agitation d'autres patients dans le service. C'est de cette obligation professionnelle, et de la prescription médicale qu'ils pourront inciter Jeanne à manger, à sortir de son lit, à prendre ses médicaments qu'elle refuse encore parfois. Evidemment, cette position infirmière « réglée » suppose aussi une grande docilité, tenant compte de l'état de Jeanne en temps réel, et de ses impossibilités ponctuelles.

L'assistante sociale suit de près la gestion des dettes, l'actualisation de toutes les démarches administratives, la recherche d'un appartement. Elle explique le rôle et l'intérêt d'une curatrice, organise et accompagne les premières rencontres. Elle tente d'éclairer les points juridiques obscurs. Elle accompagne pour les visites d'appartement, rencontre les propriétaires.

Le psychologue, celui à qui « elle parle de ses problèmes », la reçoit dès qu'elle accepte son invitation. Elle lui confie le détail de ses images de mort, de ses rêves où elle se voit mourir ou se suicider.

En ce qui concerne la spécificité médicale, Jeanne sollicite beaucoup et souvent un ajustement de son traitement pour apaiser ses angoisses. Le réglage n'est pas évident entre un traitement qui la fait dormir tout le jour, et une angoisse qui secoue son corps amaigri de grands tremblements, quand elle marche hagarde dans les couloirs. Ces sollicitations ne s'arrêtent pas là. C'est au médecin qu'elle demande à la fois si elle passera sa vie à l'hôpital, et si on ne la jettera pas dehors avant qu'elle aille mieux. C'est donc à moi, en tant que représentant d'un certain pouvoir décisionnel, de l'assurer du refuge hospitalier tant que nous et elle le jugerons nécessaire.

4.3.3.1 Repérage des signifiants à soutenir et des situations dont il faut protéger Jeanne

L'anamnèse permet d'identifier qu'il y a nécessité de la protéger de son mari, et donc d'être attentif à cette procédure de divorce qu'elle a initiée. En effet, ce n'est pas la première fois que Jeanne lance une procédure, mais elle a jusque là reculé devant les menaces de son mari, en particulier celle de lui prendre leur fille. En plus des coups qu'il lui a donnés, Jeanne raconte qu'il lui ouvrait la fenêtre, ou lui donnait tous ses médicaments quand elle disait vouloir mourir. Elle ne s'est jamais défenestrée, mais a déjà dû être admise en service de réanimation. La vigilance est donc de rigueur. Elle nous informe de ses appels téléphoniques, de ses regrets, de son refus qu'elle déménage.

Elle accepte la curatelle, mais non sans réserve. Elle n'est pas du tout en mesure de gérer son quotidien matériel, qui par ailleurs lui absorbe parfois l'esprit avec des scénarios catastrophiques. Cette curatelle allégera considérablement ses responsabilités dès qu'elle aura identifié en sa curatrice une personne de confiance. Nous travaillerons en lien avec elle, de manière à penser à plusieurs aux différentes modalités matérielles et organisationnelles de la vie de Jeanne.

Enfin, le point essentiel qui va servir d'axe à notre travail pour les mois à venir, est le repérage tout particulier de l'importance pour Jeanne d'être mère, et d'être une bonne mère. C'est le signifiant qui revient à des points cruciaux de sa récente existence : quand elle vivait seule avec sa fille, quand elle quitte son mari, quand elle arrive dans le service, et quand elle va au tribunal.

Nous avons alors organisé une visite par semaine chez sa mère, après accord du juge, pour qu'elle puisse voir sa fille. Les premières visites se firent accompagnées de l'infirmière déjà présente au tribunal, et en qui Jeanne avait reconnu une partenaire de confiance. Jeanne en revint parfois triste, mais toujours plus ferme dans sa volonté de se rétablir pour pouvoir vivre avec sa fille.

De notre côté, nous lui assurons notre soutien auprès des autorités compétentes, dès qu'elle ira mieux. Nous aménageons ses permissions pour qu'elle profite au mieux des temps libres de sa fille les mercredis et week-end. Nous décidons de lever l'HDT dans cette optique. Nous rencontrons sa famille qui se fait parfois distante, ou lui reproche son comportement passé,

pour affirmer l'importance que nous accordons à cette relation mère - fille, que la famille soutient en fait aussi à sa manière. Nous nous assurons bien sûr du désir de sa fille de voir Jeanne, et de l'accord de la grand-mère qui nous donne souvent une appréciation clinique assez fine.

4.3.3.2 Les médicaments

Le traitement médicamenteux reste le même : lithium et mirtazapine, avec une posologie variable d'anxiolytique.

4.3.3.3 Modification des entretiens

J'arrêtais de la bousculer avec un questionnement trop appuyé qui ne faisait que renforcer son désarroi, pour l'assurer de notre présence et de notre soutien.

En ce qui concerne le décalage et l'ouverture qu'a produit l'hypothèse psychotique sur ma position dans la prise en charge de cette patiente, l'observation qui suit la réunion clinique est assez éloquente : « Nous organisons donc une fois par semaine une visite chez sa mère pour qu'elle puisse voir sa fille. Jeanne est très anxieuse concernant son éventuelle solitude dans sa vie future. Nous lui rappelons que nous ne la lâcherons pas et qu'elle pourra s'appuyer sur nous. »

L'hypothèse psychotique induit que c'est justement du côté de la signification que quelque chose échappe radicalement à Jeanne. Ses angoisses témoignent parfois à quel point elle évolue dans un monde qui n'a plus de sens, sinon de la torturer pour quelque faute qu'elle aurait commis. Quand le monde prend ce sens radical, elle n'est jamais loin du passage à l'acte. C'est pourquoi l'incitation à l'élaboration, en mettant en question l'équivoque des signifiants ne fait en fait que renforcer une difficulté, un défaut de structure qui se manifeste par de l'angoisse.

Pour autant Jeanne a toujours quelque chose à nous apprendre de là où elle en est, de ses difficultés ou de ses envies. C'est la célèbre formule de Lacan, dans le séminaire III Les psychoses, du « secrétaire de l'aliéné », qui invite donc à la prudence et la parcimonie dans les interventions. Dire non « de manière réglée » à la clinophilie, l'anorexie apaise ce qui sinon la

tuerait. En présentant un autre qui ne lui veut pas de mal, même à son insu, nous lui proposons une alternative à sa radicale solitude, certes éphémère et ponctuelle mais qui lui permet de vivre tout court.

4.3.4 Effets thérapeutiques

En quelques semaines, elle émerge de sa torpeur avec une vitalité inconnue jusqu'alors. Elle reparle de travailler ce que nous tempérons pour l'instant. Elle rencontre sa curatrice et commence à chercher un appartement, ouvrant ainsi la perspective à autre chose que l'hôpital. Les visites familiales se multiplient, et une forme de réseau de soutien se met en place.

Elle craint de « tomber à nouveau malade », et nous l'assurons de notre accueil si cela devait se reproduire, invitation qu'elle décline poliment. Assurée de notre soutien, elle semble pouvoir faire sans nous.

Finalement elle trouve un appartement près de chez sa mère pour être proche de sa fille, conclut sa procédure de divorce malgré l'opposition et les supplications de son mari, et organise depuis l'hôpital son déménagement avec ses beaux-frères, dont un répare sa voiture accidentée.

Au bout de trois mois et demi, elle sort de l'hôpital et rentre chez elle.

4.3.5 Articulation extrahospitalière

Nous avons organisé notre travail selon les demandes de Jeanne. Le psychologue du service et moi-même la rencontrions toutes les semaines au CMP, et elle appelait quand elle le voulait l'infirmière qui l'avait accompagnée à des moments cruciaux.

Au niveau des médicaments, rares sont les effets secondaires qui ont épargné Jeanne : prise de vingt kilos, tremblements, vertiges, hypotension orthostatique. Le choix des médicaments devenait délicat du fait de la probable composante anxieuse de ses manifestations somatiques. Le lithium dut être arrêté dans un contexte de perturbations biologiques à l'étiologie incertaine.

Au cours des entretiens, elle nous racontait souvent des images de suicide et de mort qui la hantaient toujours : elle se voyait rouler sur la route d'un étang, descendre de voiture, et se jeter dans l'eau (elle ne sait pas nager). Ces images l'éprouvaient beaucoup, elle luttait pour ne pas y succomber. Elles ponctuaient les moments de solitude : quand elle se retrouvait seule dans son appartement, à son emménagement ou quand sa fille était à l'école ou chez sa mère.

Je rappelais toujours à Jeanne qu'elle pouvait venir à l'hôpital. Si je jugeais son état plus préoccupant, je lui demandais de m'appeler dans le service tous les jours ou tous les deux jours.

Les premiers mois après sa sortie, elle n'était dans son appartement que pour dormir, ou avec sa fille qu'elle recevait quand il n'y avait pas d'école, ce qui convenait à toutes les deux. Elle passait en fait ses journées chez sa mère. La vie avec sa fille, « son rôle de mère » tel qu'elle l'appelait, avait le meilleur effet de vie sur elle.

En huit mois, elle n'est revenue qu'une fois une semaine, trois jours avant l'audience chez le juge pour enfants pour décider si oui ou non elle récupérerait sa fille. Jeanne fut donc à nouveau accompagnée. Déjà l'expertise psychiatrique pour évaluer son aptitude à recevoir sa fille avait généré de terribles angoisses. Je m'étais prononcé auprès de l'expert qui m'avait contacté, en faveur de la possibilité pour Jeanne de récupérer sa fille. Finalement fut appliqué officiellement ce que Jeanne et sa mère pratiquait depuis des mois, et elle rentra chez elle.

Depuis maintenant deux ans, elle n'a pas fait une seule tentative de suicide. Elle a toujours su s'adresser au CMP ou au service. Avant mon départ, je lui avais fait rencontrer une autre infirmière de l'extrahospitalier, et avait insisté pour qu'elle puisse rencontrer le médecin qu'elle avait choisi. Sa fille vit à nouveau à plein temps avec elle.

4.3.6 Discussion autour du cas

4.3.6.1 L'hypothèse de la psychose

4.3.6.1.1 Les coordonnées de déclenchement

Trois points essentiels nous semblent concourir à la décompensation de Jeanne.

Le premier est le changement de politique de son entreprise qui pousse les ouvriers à la polyvalence sur les différents postes. Elle qui avait trouvé stabilité dans la répétition de ses tâches quotidiennes est confrontée au nouveau, à une altérité qui la déborde immédiatement. On peut supposer qu'elle ne parvient pas à mobiliser suffisamment les signifiants pour y faire face et se retrouve plongée dans l'angoisse. Les sujets psychotiques donne parfois l'apparence d'une rigidité, de manifestations obsessionnelles qui les protègent de l'altérité.

Le deuxième point est la rencontre avec ce chef d'équipe, Autre jouisseur radical qui la persécute. Devant lui, tout s'effondre pour elle. Elle l'évoque comme celui qui peut tout, sans une certaine analogie avec le père de la horde primitive de Freud dans « Totem et Tabou ». Il vient incarner ce que Lacan appelle Un-Père pour rendre compte du moment de déclenchement. Dans son entreprise, elle se sent sans cesse épiée par lui. Il veut qu'elle parte, il pense qu'elle est une incapable.

Le troisième point est le non respect de la solution mise au point par Jeanne avec l'autre sexe, avec le père de sa fille. La clinique qui la reçoit s'étonne du dispositif et de ce qu'elle en dit. Poussée par l'institution, elle se marie et part vivre en Alsace. Là, la relation tourne vite au ravage pour l'un et l'autre.

4.3.6.1.2 Le rapport de Jeanne au signifiant

Quand elle arrive à l'hôpital en phase hypomaniaque, c'est la métonymie uniquement qui lie les éléments discursifs entre eux. Elle peut répondre aux questions, c'est à dire que les signifiants de l'Autre ne la persécutent pas. Mais nous notons bien que si un effet de signification est possible, il se réduit à la phrase et ne s'inscrit pas dans la globalité de ses

propos. Il n'y a aucune construction fantasmatique qui lui permet de saisir ce qui lui arrive, ce qui aurait été le cas chez un sujet névrosé.

Par contre, dès qu'elle glisse dans sa phase mélancolique, la moindre parole interrogative ouvre des abîmes, et l'angoisse se déchaîne. L'hésitation diagnostique initiale permet de montrer les effets de la conduite des entretiens avec un sujet psychotique comme s'il était névrosé. En faisant jouer l'équivoque, on interroge le rapport au sens là où déjà il est bien précaire, et on dénoue ce qui tenait déjà mal. Pour Jeanne, cela se traduit par de l'angoisse.

4.3.6.1.3 La rencontre avec le juge

On peut faire l'hypothèse que Jeanne s'apaise à rencontrer une incarnation de la loi qui vient régler la jouissance à laquelle elle est livrée. Une analogie peut être faite avec l'effet de l'uniforme sur Germain.

4.3.6.1.4 L'hypothèse mélancolique

Après la phase hypomaniaque, Jeanne présentait toutes les caractéristiques sémiologiques de l'état mélancolique. La culpabilité, l'angoisse, l'anorexie, l'insomnie, le ralentissement psychomoteur, la perte de l'estime de soi, le sentiment d'incurabilité, la douleur morale, les idéations suicidaires atteignaient un paroxysme.

Il était surprenant de constater à quel point son discours s'orientait des objets et biens matériels défectueux, abîmés. Sa voiture cassée la plongeait dans une angoisse importante. Elle se demandait comment faire pour les réparer, comment elle allait pouvoir s'en sortir. De sa position de mère, elle ne relevait que ses carences et ses incapacités. D'ailleurs le deuxième moment de déstabilisation a coïncidé avec une évaluation de ses aptitudes maternelles, la confrontant davantage au décalage entre sa position masochiste, et l'idéal de la « bonne mère » qui la déstabilisait. On peut supposer qu'il était nécessaire pour elle de se penser comme mauvais objet. D'ailleurs notre assurance de l'hospitaliser si elle ne sentait plus en mesure de s'occuper d'elle ou sa fille, l'assurait de notre tolérance à ce qu'elle ne puisse pas s'en occuper. C'était pour nous une précaution de la considérer, avec semblant bien sûr, comme une mère en difficulté, voire dans l'incapacité de remplir sa fonction.

Ce qu'on peut tenter avec un sujet mélancolique, c'est de le dégager de ce qui le persécute. Ici, il ne s'agit pas de viser une suppléance qui pourrait être celle d'une métaphore délirante, mais de temporiser l'effet mortifère du signifiant « bonne », en favorisant une certaine élaboration plus apaisée autour du signifiant « mère ».

4.3.6.2 Jeanne et le signifiant « mère »

Jeanne est marquée par ce signifiant. Mais la série des hospitalisations illustre qu'elle se dégage, qu'elle ne peut en assumer la fonction. L'équipe accepte d'être dupe, et de ne pas associer le signifiant à la fonction. Les hospitalisations font série sur ce point, mais n'ont rien de l'expérience qui éduque. En effet, elle ne remplit pas sa fonction de mère sans les suppléances que sont sa famille et l'institution.

« Il est possible de considérer deux occurrences dans la psychose. D'une part, tout ce qui relève du vacillement et de l'effondrement psychotique, avec un bouleversement radical du sujet dans son rapport à la jouissance. Mais aussi, par ailleurs, tout ce qui relève des aménagements subjectifs particuliers pour venir en limiter les effets mortifères. »[51] Dans le cas de Jeanne, « être mère » est le seul semblant qui la soutienne encore. C'est son aménagement particulier pour venir limiter les effets mortifères de la forclusion.

Ce signifiant lui sert de Nom-du-Père, c'est-à-dire de point de stabilité autour de quoi s'organise son rapport au monde. La stratégie consiste alors à trouver un montage qui la soutienne dans ce semblant. L'institution à travers ses différents intervenants répond présent dès qu'elle est en difficulté. Sa mère l'accueille elle et sa fille, et assume une partie de la fonction maternelle.

4.3.6.3 Perspectives

« [...] reste la nécessité pour elle de s'engager dans un travail sur lequel elle puisse s'appuyer pour border les effets du déclenchement[...]. Il ne s'agit pas, on l'aura compris, d'un travail explicatif mais bien plutôt d'être pour elle le lieu d'une adresse qui ne vise pas à présentifier le manque, où pourrait se dérouler et se dégager les signifiants qui ordonnent son être, mais plutôt celle d'où il lui est demandé de s'expliquer sur ce qu'elle traverse. Celle d'une exigence éthique »[52].

D.Vallet évoque ici le cas d'un sujet mélancolique qui décompense au moment de l'accouchement de son premier enfant. Au delà des similitudes, les déclenchements ont toujours des coordonnées singulières. Par contre, ce qui est à noter, c'est la direction thérapeutique. Il fait une différence radicale dans le maniement du transfert entre un sujet névrosé et un sujet psychotique. Le travail explicatif du névrosé passe par un certain déroulage de la chaîne signifiante, où l'interrogation du sens supposé à partir du supposé savoir dynamise la cure. Présentifier le manque, c'est alors appuyer le fait que quelque chose échappe toujours aux signifiants.

Dans le cas de la psychose, dans le cas de Jeanne, il y a à l'accompagner dans ce qu'elle peut dire de ce qu'elle traverse, et à ne pas céder là-dessus. L'élaboration discursive ne prend pas ici la forme de la métaphore délirante, mais lui permet une certaine saisie, l'élaboration d'un savoir particulier qui passe par le transfert. Ce travail n'était pas possible dans sa phase aigue, mais s'initiait au CMP. Ce cheminement lui donnait une assise certaine dans son quotidien.

4.4 Nicolas, une pratique à plusieurs

4.4.1 Présentation

Nicolas a 20 ans. Il vit en institution depuis ses 4 ans. Il a connu de nombreuses structures, en métropole puis à La Réunion. Il est accueilli depuis trois ans dans un pavillon d'admission. Aucune institution n'accepte plus de le recevoir, du fait de ses nombreux passages à l'acte et de ses fugues.

L'équipe est très en difficulté avec lui. Notre première rencontre se fait en isolement où il est depuis plusieurs jours, car à nouveau il « veut voir maman ». Depuis des années, quand il « veut voir maman », il saute au dessus du mur qui sépare le jardin de l'unité, de la route nationale, et se lance sur la route au mépris de la circulation, se mettant gravement en danger. Sa maman, il ne l'a pas vue depuis plusieurs mois. Elle a une autre fille hébergée dans le deuxième pavillon du secteur, pour qu'elle et Nicolas « ne soient pas dans les mêmes locaux », c'est la position soutenue par les équipes des deux pavillons.

Peu de temps avant mon arrivée, elle a dit ne plus pouvoir s'occuper de ses enfants, ce qui choque bon nombre de mes collègues. Personne n'a de ses nouvelles, elle est peut-être retournée en métropole comme c'est parfois arrivé. Elle a un domicile de l'autre côté de l'île. Lors de l'une de ses fugues, Nicolas a déjà traversé l'île par un cirque, de nuit et sans chaussure, pour rejoindre la ville où vit sa mère. Le père est inconnu.

Les périodes de crise de Nicolas se traduisent par une agitation psychomotrice intense. La dissociation se majore, les hallucinations se renforcent. Il est hagard, dit qu'on lui parle dans sa tête, ne comprend plus rien de ce qu'on peut lui dire. Il court littéralement dans le pavillon, affolé, se jette sur les autres patients qu'il enlace. Il peut faire la même chose avec des membres de l'équipe.

Pour donner une rapide idée de ce jeune homme, il présente un strabisme divergent important, ses vêtements sont souvent souillés de vomi, il remonte la ceinture de son pantalon sous les aisselles quand il ne se déshabille pas, se touche souvent le pénis. Ce petit tableau pour illustrer combien il vient incarner le rejet quand il se colle aux autres.

Sur un plan somatique et vital, il a déjà fait un oedème cérébral qui l'a conduit en réanimation, dans un contexte d'hyponatrémie sur potomanie. En effet, en plus du reste, quand il va mal il se glisse discrètement dans les toilettes et boit de l'eau. Heureusement, il vomit souvent après, nous indiquant le danger dans lequel il se trouve. Sinon les premiers signes d'oedème cérébral sont une sédation, une diminution de l'agitation, soit un relatif retour au calme dans l'unité.

Par rapport à l'équipe, il ne cesse de rentrer intempestivement dans le bureau, et de poser des questions qu'aucune réponse ne vient apaiser. Les plus fréquentes : « veut voir maman, quand vient maman ? quand voit G(sa sœur) ? en ai marre de l'hôpital, veut partir ! »

L'équipe qui s'occupe de sa sœur est très réticente aux visites de Nicolas. Ils ont repéré une intensification massive des difficultés de G au décours des visites de son frère, ce qui la conduit souvent en isolement.

L'instauration d'un traitement médicamenteux a été émaillée de multiples problèmes. Sa sensibilité aux neuroleptiques a entraîné des syndromes extrapyramidaux ne cédant pas aux correcteurs, ainsi que de volumineux globes vésicaux (trois litres). Pour ces raisons, son traitement se limite à deux milligrammes de risperidone matin et soir, avec du clorazépatate dipotassique en cas d'agitation (seules les benzodiazépines ne sont pas délétères). Ce traitement est unanimement reconnu comme le plus efficace.

4.4.2 Le retour de sa mère

Après des mois d'absence et sans avoir donné aucune nouvelle sinon celle de ne plus pouvoir s'occuper de ses enfants, elle se présente un jour au pavillon pour voir son fils. La rencontre prend une allure déjà repérée par les collègues. Nicolas s'assoit à côté de sa mère, qui lui donne, sans limite, boissons et nourriture, puis il rentre dans le service et vomit. Lors de ce premier contact, fait exceptionnel, elle nous donne ses coordonnées téléphoniques et formule sa volonté de revenir régulièrement voir son fils.

L'hyperexpressivité de sa présentation générale n'est qu'une caricature figée de la féminité. Ses vêtements sont de couleurs criardes. Bijoux et maquillage surchargent son visage et ses mains. Elle reste figée, inexpressive, réticente, parle peu ou pas. Angoisse et froideur affective se repèrent immédiatement. Elle ne semble saisir le signifiant mère que par le versant nourricier uniquement. Elle ne parle ni ne touche son fils, à part la brusque embrassade qui ponctue les retrouvailles et l'au revoir. Elle ne visite pas sa fille ce jour là.

Nicolas l'appelle alors tous les jours. Très rapidement elle ne répond plus au téléphone, dit à son fils qu'elle viendra tel jour, mais ne vient pas, avec les conséquences ravageantes déjà citées plus haut. A l'occasion d'une autre rencontre, elle dira se sentir complètement « débordée » par son fils, et demandera à l'équipe de ne plus le laisser l'appeler. Elle ne tolère qu'avec la plus grande parcimonie ses enfants qui l'envahissent de toute manière. Tout élan qui voudrait lui rappeler sa responsabilité de mère, et donc ses manquements, la fait fuir, la persécute.

4.4.3 La réunion clinique

La situation prenait une tournure inquiétante. Nicolas passait beaucoup de temps en isolement, les passages à l'acte se multipliaient, il parlait pour la première fois de se tuer, sa mère ne venait plus le voir, les coups de téléphone étaient rarissimes. Voici les points essentiels que nous discutâmes.

4.4.3.1 La relation de Nicolas avec sa mère

Elle apparaissait aussi ravageante pour l'un que pour l'autre. Les larmes et les appels désespérés de Nicolas pesaient sur certains collègues. Le fantasme de l'équipe d'une bonne mère s'occupant de son fils ne venait que renforcer les difficultés de l'un et de l'autre. Il y avait un impossible chez cette femme à être une « bonne mère », et à ne pas l'accepter, ou à ne pas accepter ses modalités spécifiques d'être la mère de Nicolas, nous ne soutenions pas ce qui pouvait faire apaisement chez eux deux.

4.4.3.2 Les questions de Nicolas

Nous avons aussi mis en lumière à quel point l'équipe était désemparée face aux questions récurrentes de Nicolas. Elles concernaient les temps de téléphone à sa mère, ses visites, ses permissions et sa sortie définitive hors de l'hôpital. Aucune réponse isolée, c'est-à-dire improvisée par un seul ne l'apaisait.

Chaque jour, il demandait à téléphoner à sa mère, à toute heure. L'idée initiale d'un appel par jour était totalement inefficace. Son rapport au temps semblait se réduire à un « présent éternel »(JR Rabanel). Il entrait alors des dizaines de fois dans le bureau, enlaçait les autres patients après s'être fait sortir, et finissait en isolement.

Nous constatons à quel point les visées éducatives embrasaient son malaise. Par éducatives, on peut entendre les tentatives de lui apprendre à toquer avant d'entrer dans le bureau, l'enseignement du respect d'autrui comme celui de ne pas toucher les autres.

L'embarras, le flottement dans lequel ses questions pouvaient nous plonger, majorait immédiatement son angoisse. Aucun ne répondait la même chose, chacun finissait excédé. Par contre, quand nous posions une échéance temporelle claire et unanime, il s'apaisait.

4.4.3.3 L'emploi du temps

Nous avons alors élaboré une sorte d'emploi du temps, afin de circonscrire les moments d'agitation à certains temps de la semaine, c'était du moins l'idée initiale.

Nicolas pouvait appeler sa mère ou recevoir un coup de téléphone d'elle les mercredis et les samedis à partir de 15 heures. Les possibilités de visite de sa maman étaient réduites au samedi. En dehors de ces créneaux, elle ne pouvait pas le voir ou lui parler, lui non plus bien sûr.

A l'annonce de ces nouvelles mesures, la mère de Nicolas ne manifesta aucun vécu persécutif comme cela avait pu arriver par le passé. Au contraire elle parut soulagée, déchargée peut-être d'une injonction à « être une bonne mère », et simplement invitée à ce qu'elle pourrait.

Nous décidâmes de soutenir la volonté de Nicolas de voir sa sœur, mais dans des conditions sécurisées. Le mercredi de 14 heures à 14 heures 30, si G était d'accord, ils se rencontreraient en présence infirmière.

Enfin, nous introduisîmes un peu de semblant. Le vendredi midi, Nicolas pourrait aller se promener et manger au marché de Saint Paul, avec un soignant qui le désirerait. Ainsi quand Nicolas parlait de partir du pavillon, nous lui répondions, « oui, vendredi avec untel ».

Quand je rencontrais Nicolas pour lui parler de ce que nous appelions son « emploi du temps », il demanda à ce qu'il soit accroché dans sa chambre, et le montra à chacun des membres de l'équipe.

Pendant trois semaines Nicolas ne retourna pas en isolement, ce qui peut paraître modeste, mais redonna à beaucoup l'idée qu'en réfléchissant à plusieurs, nous pouvions trouver des stratégies efficaces, bien qu'éphémères, qui lui rendaient la vie plus supportable.

4.4.4 Discussion autour du cas

4.4.4.1 A propos des questions de Nicolas

Cet aspect clinique se rencontre fréquemment avec les enfants psychotiques. Nicolas posait de multiples questions qui ne trouvaient en fait jamais de point d'arrêt. Les recevoir du côté du sens commun, c'est-à-dire de ce qu'elles voulaient dire pour nous, majorait son désarroi et le notre. Ce point marque la structure psychotique et l'impossible bouclage de signification, l'évolution dans le hors sens.

Trois stratégies pouvaient alors se dégager.

La première s'utilisait plutôt dans le temps des entretiens individuels et consistait à marquer notre ignorance. Nous l'invitions à en dire quelque chose, à construire des réponses, délirantes ou pas, afin que peut-être il crée une néo signification. Son arrimage signifiant était alors trop insuffisant pour qu'il structure un délire. Quand il était au plus mal, seule la répétition de ses

signifiants, soit de ses questions récurrentes prises hors sens permettait un arrêt éphémère des questions.

La deuxième stratégie visait à dégager la fonction de ses questions en tant qu'elles marquaient une dérégulation en rapport avec sa position à l'égard de sa mère. « L'échec de la métaphore paternelle marque que le désir de l'Autre, de la mère, n'est pas symbolisé et que c'est pour cela qu'il est dans le réel. Le désir de l'Autre apparaît comme volonté de jouissance sans limite »[53]. En effet, jamais plus que quand il était soumis au caprice maternel, son flot de questions ne se tarissait. L'introduction d'échéances temporelles visait justement un réglage du flottement maternel. Chacun pouvait alors répondre brièvement ou renvoyait Nicolas à son emploi du temps plastifié.

La troisième stratégie était l'usage des semblants. La question de sa sortie pointait une impasse institutionnelle qui en révoltait quelques uns. Du fait de sa réputation qui dépassait de loin l'hôpital, les structures d'accueil extrahospitalières refusaient jusqu'à la tentative de le recevoir. La ballade au marché les vendredis midi produisait de multiples effets. Elle apaisait la question de Nicolas quant à sa sortie, qui n'en était bien sûr pas une d'où la notion de semblant. D'autre part elle offrait à ceux qui le voulaient une autre clinique avec Nicolas. En effet, hors de l'hôpital, son comportement se modifiait beaucoup. Outre l'angoisse que générait le bouillonnement social du marché, il s'appuyait sur ses accompagnateurs pour se sécuriser, s'intéresser à ce qu'il voyait et accéder par là à une forme d'apprentissage.

4.4.4.2 Stratégie avec la mère de Nicolas

Comme l'observation le laisse supposer, nous faisons l'hypothèse d'une structure psychotique, paranoïaque plus précisément, pour la mère de Nicolas. Plusieurs conséquences fondamentales orientèrent alors notre travail. En premier lieu, il fallait se dégager de la position de jouissance qui accusait cette femme d'être une mauvaise mère et de ne pas s'occuper de ses enfants. L'acculer aux responsabilités de sa fonction ne produisait qu'angoisse, persécution et disparition. Comme elle nous l'indiquait, ses enfants étaient toujours en trop pour elle.

Les premiers temps de son retour indiquaient clairement qu'il fallait opérer une soustraction pour Nicolas et elle. L'acte de l'emploi du temps, et l'interdiction des coups de téléphone et

des visites en dehors d'un temps très limité s'inspiraient de ce qu'elle nous demandait. Nous nous faisons alors partenaires de ce qu'elle pouvait supporter de son fils. Ce n'est qu'assurer de notre tolérance à ne pas trop réintroduire Nicolas dans sa vie que sa présence se fit plus régulière.

4.5 Stéphane le rappeur

4.5.1 Présentation du cas

Stéphane est un jeune patient de 17 ans. Il est déjà venu une fois à l'hôpital, dans un contexte similaire. Les coordonnées initiales de déclenchement n'ont pu être recherchées. Il accuse certaines personnes d'attouchements sexuels, d'autres de vouloir le tuer. En effet, actuellement il sent, sur et dans son corps, des choses qu'il attribue aux mauvaises intentions de certains. Dès son arrivée dans le pavillon, ce sont les autres patients qu'il désigne comme ayant des gestes déplacés à son égard.

Après plusieurs mois d'une prise en charge en hôpital de jour, il arrête de s'y rendre, ne prend plus ses médicaments, et consomme à nouveau du zamal (appellation réunionnaise du cannabis) avec ses amis auxquels il ne sait dire non. A la suite d'une soirée où il aurait flirté avec la petite amie d'un copain, il bascule à nouveau dans un vécu persécutif. Pendant une semaine il va rester chez sa mère, prostré, craignant pour leur sécurité, ne dormant plus. Sa mère le fait à nouveau hospitaliser.

En entretien, Stéphane présente des tics au visage incessants qui se majorent encore quand on lui parle. Il se souffle sur le visage, cligne des yeux, se frappe la tête. Chaque signifiant, chaque mot qui lui est adressé accentue un peu plus ces phénomènes. Ainsi nous ne le rencontrons en entretien que très brièvement, « pour voir comment ça va ». Il a bien du mal à raconter ce qui lui arrive. Il évoque un possible acte de sorcellerie. Chaque propos est déconnecté du suivant. Une ligne se dégage, soit on veut le tuer soit on veut sexuellement jouir de lui. Progressivement, le traitement neuroleptique (400 mg d'amisulpride matin et soir) diminue son angoisse, les entretiens deviennent moins difficiles. Sa demande est essentiellement de sortir. Il est très inquiet pour sa mère. La recherche des accroches, de ce qui le soutient hors de l'hôpital est peu fructueuse. Il voudrait plus tard reprendre une formation dans la menuiserie ; il aime jouer à la console de jeux vidéos ; il s'occupe de certaines tâches ménagères comme la vaisselle.

Sa mère n'a pas non plus repéré de chose que son fils aime particulièrement. Elle s'inquiète de son état. Du père de Stéphane, elle ne dit qu'une chose : un homme démissionnaire qui n'a

rien voulu savoir de son fils, qu'elle a dû élever seule. Un homme a actuellement de l'importance : le voisin. Stéphane bricole avec lui, le bois surtout. Madame décrit cet homme comme concerné par ce que traverse son fils. Enfin, elle insiste pour qu'il reste le moins longtemps possible dans le service. Elle affirme pouvoir s'occuper de lui.

Au décours d'une permission, la décision de sa sortie est prise en synthèse. Elle rassemble les personnes de l'extrahospitalier, dont l'hôpital de jour. A cette occasion nous apprenons que Stéphane participe surtout aux ateliers musique et randonnée.

Au cours du dernier entretien avec lui, nous abordons son intérêt pour la musique. C'est alors qu'il sort de son attitude méfiante et repliée, que son visage se détend et s'éclaire d'un sourire. Oui il aime la musique et la danse, surtout le rap ! D'ailleurs il écrit des textes dans un carnet. Ce carnet, il ne le quitte pas. Il est corné, noir d'écriture, des dizaines de feuilles y sont glissées en plus. Il est particulièrement fier de sa dernière création qu'il se propose de nous chanter. Lui qui parlait un créole trébuchant, nous chante un français rigoureux, au vocabulaire riche, avec une élocution des plus fluide : il semble avoir trouvé une solution pour faire avec le langage.

4.5.2 Discussion autour du cas, arguments pour une réunion clinique

Cette vignette a été écrite pour argumenter l'intérêt d'une réunion clinique dans le pavillon où je travaillais à la Réunion.

Un des points essentiels défendus était l'invitation adressée à chacun : personnel d'entretien, aides soignants, infirmiers, assistants sociaux, psychologues, médecins. Dans ce cas, nous avons appris au bout de trois semaines, ce que certains membres de l'équipe savaient depuis le début, car Stéphane chantait en leur présence et avec eux.

Les patients psychotiques n'osent parfois pas s'adresser aux médecins ou aux infirmiers. Les entretiens sont certes importants, mais ils sont loin d'être la seule occasion de repérage clinique et de travail psychothérapique. Chaque personne qui travaille dans un pavillon vit une relation singulière avec chacun des sujets qui y sont reçus. Ici, ce sont les aides-soignants et les personnes de l'entretien avec qui Stéphane chantait et dansait. Il est important

d'accorder toute sa valeur à ce que chacun, de sa place, peut en transmettre pour l'effort de réflexion commune.

Ici, l'écriture et l'interprétation de texte de rap permettent à Stéphane de retrouver un arrimage signifiant qui indique une direction thérapeutique qui ne se dégageait absolument pas pendant les entretiens. Ce symptôme en tant que construction endiguant la jouissance, est à soutenir.

Des stratégies thérapeutiques cohérentes ne peuvent s'élaborer et se soutenir que dans une communauté de travail qui engage chacun.

5. Axes thérapeutiques

A partir de ces cinq cas cliniques, il est possible de dégager des orientations pour la prise en charge des patients psychotiques en institution.

Au niveau de l'équipe soignante le travail thérapeutique repose aussi sur un repérage des difficultés spécifiques que rencontrent les sujets psychotiques dans le langage et dans le lien social. Ils se vivent comme objet de jouissance. L'équipe doit donc tenter de se dégager d'une position persécutrice.

Au niveau individuel, c'est dans le cadre de la direction des entretiens que peut être visé un certain apaisement.

5.1 Généralités

La prise en charge, le traitement des sujets psychotiques s'avère toujours très difficile. En effet, dans la psychose, l'expérience de l'angoisse peut bouleverser le rapport au monde. Lorsqu'elle est aussi envahissante, elle peut venir gêner, voire empêcher, l'acceptation des soins. Cette angoisse provoque une massivité des relations transférentielles tant sur le cadre que sur les personnes.

Dans ce contexte, toute l'équipe doit y faire face. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence dans l'utilisation du langage, et dans le comportement que l'on adopte. En effet, les mouvements transférentiels sont tellement massifs qu'ils sont peu prévisibles. Un geste, un regard, une parole peuvent déclencher un passage à l'acte sur autrui. Ils peuvent aussi se mutiler ou vouloir arrêter l'horreur de ce qu'ils traversent en se tuant. On conçoit bien que la prise en charge ne peut se faire qu'en équipe.

Les effets des psychotropes sont aussi pris dans une dimension transférentielle. Ils ont une action puissante sur l'angoisse, mais peuvent entraîner des effets secondaires éprouvés de façon pénible par les patients. Il faut parfois les imposer et avoir recours à l'injection. Après, l'amélioration clinique constatée par l'équipe n'est pas un point de vue forcément partagé par le patient.

5.2 L'échelle des délires et l'hypothèse de la paraphrénisation[54]

J-C Maleval , à partir des travaux de Lacan, développe une idée selon laquelle le délire d'un sujet pourrait évoluer en quatre phases.

5.2.1 Le temps du déclenchement : l'expérience inaugurale de la perte radicale de la signification, l'expérience de mort subjective

Au premier temps, temps de la carence paternelle que Maleval appelle P0, le sujet psychotique se trouve confronté à un signifiant forclos qui dénoue la chaîne signifiante. Certains signifiants relevant de l'amour, du sexe, de la parentalité sont propices à ouvrir des questions qui laissent le sujet psychotique complètement démuné. C'est le déclenchement de la psychose, la jouissance se délocalise de ne plus être cernée par les signifiants. Elle entraîne une grande perplexité et des plaintes hypochondriaques. Le monde perd tout son sens, la jouissance fait retour dans le corps et entraîne des plaintes somatiques.

5.2.2 Le délire comme tentative de redonner un sens

Au deuxième temps, P1, se produit une « significantisation de la jouissance »(JA Miller). Les premières idées délirantes fortement teintées de persécution apparaissent. Le délire n'est pour l'instant pas structuré, mais la perplexité laisse place à un phénomène interprétatif diffus ne permettant pas un rapport pacifié à l'autre et à l'Autre. En effet, le vécu persécutif est difficilement prévisible, et le sujet n'a pas retrouvé un arrimage signifiant suffisant pour faire avec le langage. Ce temps correspond au délire paranoïde.

5.2.3 L'organisation paranoïaque du délire

Au troisième temps, P2, Maleval évoque une « identification de la jouissance de l'Autre », c'est le délire paranoïaque. Le délire est bien structuré, le persécuteur désigné. Cette formulation doit cependant être précisée. Il ne faut pas confondre « identification de la jouissance de l'Autre » et identification du persécuteur, sous peine de rabattre imaginativement l'Autre sur le persécuteur. En effet, ce que le délire paranoïaque permet, c'est un apaisement du rapport du sujet au signifiant, qui se fait sur le registre de l'univoque. Dans une perspective

sémiologique, c'est la certitude délirante. D'un point de vue économique, à désigner un persécuteur le sujet se trouve allégé dans son lien social, apaisé avec tous les autres. Mais ceci au prix d'une grande dangerosité pour le persécuteur désigné. En effet, Il ne faut jamais négliger le risque de passage à l'acte des sujets paranoïaques.

5.2.4 La pacification du délire

Enfin, Maleval considère le délire paraphrénique comme un possible aboutissement délirant. P3 correspond au « consentement à la jouissance de l'Autre ». La certitude est toujours présente, mais le sujet est en harmonie avec sa fantastique néoréalité, soutenue par un versant mégalomane très prononcé. Le versant persécutif est éteint, le lien à l'Autre apaisé. Le sujet développe des théories qu'il ne cherche pas forcément à faire reconnaître, mais qui l'arriment singulièrement au langage. Les descriptions font alors état de sujets socialement insérés quoique originaux, résistants aux traitements neuroleptiques.

Ces quatre temps ne s'envisagent pas d'un point de vue chronologique dans ce qu'ils pourraient laisser supposer d'une évolution linéaire. Les sujets psychotiques peuvent passer de P2 à P1, de P1 à P0, etc....Il s'agit plutôt de considérer, à un temps donné, la place du délire comme modalité de réponse aux effets mortifères d'une jouissance totalement dérégulée. L'idée est plutôt d'envisager ce qu'apporte la construction délirante en terme d'apaisement de la jouissance. L'élaboration délirante constitue une voie possible de traitement du rapport du sujet au signifiant. Maleval reprend l'idée du « travail autothérapeuthique de significantisation de la jouissance de l'Autre. »(JA Miller)

Germain témoigne bien des modifications de son rapport au signifiant selon l'état de son délire. Les coordonnées de déclenchement en Afrique n'ont pu être identifiées. Quand il arrive en France, et qu'il rencontre la psychiatrie, il est diagnostiqué « schizophrène paranoïde ». Il se bat alors parfois avec des membres de sa famille, son lien social est chaotique. Logiquement, ses modalités de réaction à ce qui le persécute sont parfois sur le registre du passage à l'acte. En effet, il ne trouve pas suffisamment d'appui dans son délire pour donner une nouvelle signification à ce qui l'entoure.

Quand je le rencontre et qu'il va bien, il présente les quatre caractéristiques d'une paraphrénie: pensée paralogique, mégalomanie, primauté de la fabulation sur les hallucinations, et intégrité paradoxale de l'unité de la synthèse psychique.[55] Par contre, quand il rencontre des situations où il se vit comme objet de jouissance le registre paranoïaque se réactive. Il passe donc de P3 à P2, et vice et versa. Les séries de ce qui fait mauvaise rencontre, et de ce qui au contraire l'apaise sont donc à étudier, parce qu'elles permettent de dégager ce qui est à soutenir pour qu'il se *paraphrénise*. L'hypothèse est donc que cette paraphrénisation ne découle pas d'une histoire naturelle du délire, mais d'une possible élaboration à partir de signifiants particuliers.

De cette notion de paraphrénisation, nous dégagons donc deux usages. Le premier consiste en un repérage de l'état clinique de Germain qui indique sa position subjective, son rapport au langage et sa possibilité de lien social. Le deuxième relève de l'orientation thérapeutique, c'est-à-dire de ce qui est à mettre en œuvre pour favoriser sa paraphrénisation, son élaboration délirante. Le versant de la stratégie d'équipe est l'objet du chapitre suivant et consiste à nous dégager d'une position persécutrice.

Intéressons-nous au versant de la direction de la cure. La paraphrénisation peut s'envisager comme un accompagnement dans l'élaboration délirante. Cette formulation semble plus propre à rendre compte d'un travail qui peut être soutenu avec tous les patients psychotiques qui parlent. En quoi consiste cet accompagnement ? A ne pas s'arrêter au sens commun. Toute parole d'un sujet psychotique peut être invitée à se poursuivre. Là où avec le névrosé le ressort pourra se jouer sur l'équivoque, avec le psychotique c'est plutôt l'ignorance, le non savoir, le manque dans l'Autre que le thérapeute endossera et qui pourra avoir un effet dynamique sur l'élaboration discursive délirante. Comme dans toute cure, il n'y a pas de visée en terme de signification. La différence se marque là entre la psychothérapie qui travaille sur le sens et la psychanalyse qui s'oriente à partir du réel. On ne peut savoir que dans l'après-coup ce que fera le sujet de sa création, soit des effets de sa construction.

5.3 Question du transfert, rencontre avec l'autre jouisseur ou l'autre réglé?

Dans le cas de Germain, la réunion clinique fut l'occasion de saisir l'importance de la forme de nos interventions et de nos demandes. Nous présenter comme ne faisant pas ce que nous voulions, comme réglés par une loi qui s'imposait à nous, était une façon de nous dégager un peu d'une position persécutrice.

L'Autre réglé peut s'envisager comme une position particulière de chacun de l'équipe soignante à l'égard du psychotique.

Le transfert, pour le sujet névrosé dans son adresse à l'analyste, met en jeu du côté de celui-ci, une supposition de savoir. L'amour de transfert s'adresse, non pas à la personne de l'analyste en tant que telle, mais au « sujet supposé savoir ». De cette position logique, et à partir du maniement du transfert, peut se développer le travail analytique. Pour ne pas y faire obstacle, il est important pour l'analyste, qui occupe cette place de « sujet supposé savoir », de ne pas se repérer à partir de son propre fantasme.

Par contre, chez le sujet psychotique, cette supposition de savoir peut conduire à la persécution, parce qu'à la supposition de savoir peut s'opposer la certitude délirante. Ici, il est donc important de « savoir ne pas savoir ».

La formule de Lacan « le psychotique est l'homme libre », peut s'articuler à celle où il indique que « la seule loi humaine est celle du langage ». Cette loi considère l'articulation signifiant / signifié, et l'inscription dans l'ordre symbolique au travers de la signification phallique, chez le névrosé bien sûr. Mais il reste toujours quelque chose qui ne peut pas se dire. Ce reste Lacan l'a appelé *a*, « résidu de l'opération symbolique sur le réel » (A.Zalozic).

Le psychotique n'est pas soumis à cette loi. On le mesure mieux dans les moments aigus, où il peut être particulièrement désarrimé par rapport aux signifiants. Comme le formule Lacan dès le séminaire III, il se trouve alors privé de l'accès à la signification. « Le signifiant est à concevoir d'abord comme distinct de la signification. Ce qui le distingue, c'est d'être en lui-

même sans signification propre. Essayez d'imaginer dès lors ce que peut être l'apparition d'un pur signifiant. Bien entendu, nous ne pouvons pas même l'imaginer, par définition »[56].

« Ce point autour de quoi doit s'exercer toute analyse concrète du discours, je l'appellerai un point de capiton.[...]c'est là le point où viennent se nouer le signifiant et le signifié, entre la masse toujours flottante des significations[...]. C'est le point de convergence qui permet de situer rétroactivement et prospectivement tout ce qui se passe dans ce discours »[57].

Ainsi, « le psychotique est sans le secours d'aucun discours établi ». Les semblants ne l'aident malheureusement pas à vivre. Il peut s'en dégager ce qui peut apparaître comme une certaine ironie du psychotique dans son rapport à l'Autre. Les lois de la société ne le concernent parfois pas, le sens de la vie lui échappe parce qu'il n'a pas le soutien du fantasme pour avancer. «L'ironie va contre l'Autre, elle dit que l'Autre n'existe pas, que le lien social est une escroquerie, qu'il n'y a pas de discours qui ne soit du semblant »[1].

Du coup, les signifiants, les mots sont reçus « au pied de la lettre », « comme des choses »(Freud) avec les effets possibles de ravage et d'incarnation.

C'est ce que peut illustrer l'exemple de cet enfant psychotique, qui rentre dans un bureau et qui donne des coups de pieds dans une chaise. L'intervenant interprète : « tu veux me casser les pieds aujourd'hui ? », et reçoit instantanément des coups dans les jambes...Parle-t'on alors de violence à corriger, à éduquer ou de méconnaissance des difficultés spécifiques de cet enfant avec le langage?

5.3.1 Position de l'Autre réglé

Les institutions se doivent de respecter les règles qui les régissent. Elles ont des obligations légales, réglementaires mais aussi organisationnelles. Ces règles visent en elles-mêmes à assurer la meilleure qualité d'accueil possible. Elles sont souvent interrogées voire rejetées, par les sujets psychotiques qu'elles reçoivent. Cela vient toujours questionner les institutions dans leur fonctionnement.

Il faut souvent rappeler les règles. Cela amène parfois à des situations conflictuelles difficiles à résoudre. Dans une approche purement normative et éducative, on a tendance à les répéter et à faire preuve d'autorité si elles ne sont pas comprises. Cependant, il ne faut pas partir du principe que l'énoncé signifie la même chose pour tout le monde, voire qu'il signifie quelque chose tout court. Les règles n'ont parfois aucun sens pour les sujets psychotiques, qui les vivent comme un abus de la part de celui qui les énonce, et qui se trouve alors mis à la place du persécuteur. A méconnaître le rapport au langage des sujets psychotiques, on risque de les écraser sous le poids d'idéaux normatifs qui génèrent une grande violence.

Par contre, dans l'attention portée au rapport singulier que chaque psychotique a avec le langage, on peut parfois resituer l'énonciation de la règle dans le cadre même de la relation thérapeutique.

Il faut tenir sa place. Il faut éviter d'être celui qui persécute, ou qui fait ce qu'il veut. Il s'agit de ne pas incarner l'Autre jouisseur. On mesure ici toute l'importance du cadre de l'institution, en tant que repère symbolique.

Etre un Autre réglé, c'est ne pas faire ce qu'on veut, c'est être soumis à une instance qui énonce et représente la loi valable pour tous. Ceci induit un style, une formulation prudente de toute demande ou de toute intervention, pour se dégager au maximum de l'intention, de la volonté individuelle et arbitraire. Quelque soit la permanence du cadre, il doit toujours se réfléchir au cas par cas.

Nous évoquerons à ce propos, le cas d'un jeune homme qui ne cesse de rentrer dans le bureau infirmier aux moments des « transmissions ». Tout appel au respect de ce temps de l'équipe se traduit par une grande agressivité. Rien de ce que nous pouvons dire dans ce sens n'a d'effet apaisant. Je lui explique alors que nous risquons la prison si nous parlons des autres patients devant lui, car nous sommes tenus au secret professionnel. C'est la seule façon que nous avons trouvée pour qu'il consente à sortir calmement.

Ce sont donc des inventions du quotidien aux effets éphémères, à toujours renouveler.

5.3.2 Pertinence de l'Autre réglé

La pratique quotidienne permet de reconnaître la pertinence de cette position, en terme d'apaisement, de désamorçage de situation explosive. Mais il semble que les effets soient indirects sur le psychotique.

L'Autre réglé suppose un certain dérèglement des équipes, qui à ne pas prendre en considération les difficultés de structure du psychotique dans le langage, engendre pour ainsi dire une majoration des troubles, comme la violence qui découle du vécu persécutif.

L'Autre réglé peut s'envisager comme une interprétation d'une position de jouissance des équipes à l'égard des sujets psychotiques, qu'elle soit réelle ou supposée. C'est donc aussi du côté des membres de l'équipe qu'il y a quelque chose à interpréter en cas de difficulté avec un sujet psychotique.

Pour Germain nous avons décliné à de nombreuses reprises cette stratégie. Les infirmiers devaient donner les médicaments parce que les médecins les avaient prescrits, et non parce qu'ils le voulaient. Seul le praticien hospitalier pouvait lever l'hospitalisation sous contrainte, il était donc interdit à toute autre personne de l'unité de le laisser sortir sous peine de graves sanctions. Les sorties en ville devaient être accompagnées pour s'assurer qu'il ne lui arriverait rien, car nous étions responsables de lui.

On peut supposer que c'est pour prévenir ou pacifier son rapport paranoïaque au langage que la stratégie de l'Autre réglé a produit des effets positifs, mais en aucune manière elle n'a permis de stabilisation hors de l'unité.

5.4 La docilité du secrétaire

Certains sujets psychotiques ne supportent pas la moindre manifestation de l'autre, du registre du regard ou de la voix par exemple. En entretien, il est alors nécessaire de ne pas les regarder, voire de savoir se taire. Il faut sans doute se garder de toute parole relevant du registre du sens ou de l'intention. Il s'agira plutôt de soutenir une position de non savoir où, dégagé d'un effort de signification, peut alors se produire un espace de création dont le sujet

psychotique peut user comme il le peut. La notion de docilité relève d'un écart radical avec l'axe imaginaire.

Pascal m'a, de nombreuses fois, insulté ou menacé, parfois physiquement, avant de s'excuser ensuite. Ce qui était alors à identifier était l'erreur que j'avais commise et qui avait déclenché sa réaction. Il n'était donc pas question de rabattre ça sur une notion d'irrespect à sanctionner.

Etre secrétaire revient alors à prendre bonne note des créations discursives du sujet. L'objectif est de mettre en place les conditions pour que le sujet se raconte autrement. Ainsi Pascal nous a raconté quelque chose de son enfance de totalement inédit. La valeur n'est en rien historique, au sens du roman familial, mais réside plutôt dans la possibilité pour le sujet de saisir avec les signifiants quelque chose de lui-même, de son histoire ou de son rapport aux autres par exemple.

5.5 La garantie du soutien, de la présence dans la mélancolie

Un sujet mélancolique livré à lui-même est en danger de mort. Il y a donc nécessité vitale de ne pas le lâcher, de lui assurer notre soutien et notre présence, parfois jusque dans chaque chose du quotidien, surtout dans la phase aiguë. Comme le cas de Jeanne l'illustre, au-delà des paroles dites, il y a des actes qui marquent notre intention de ne pas la laisser tomber. En effet, au plus fort de l'abandon de son être, le sujet mélancolique doit parfois être lavé, habillé, nourri. Ce premier temps est en fait peu propice à la parole, qui dans ce moment peut avoir des effets mortifères, tant la moindre manifestation de l'autre et de ses intentions génère de l'angoisse.

L'inscription est aussi celle d'un recours localisé dans l'institution, devant des difficultés qui pourraient engloutir le sujet mélancolique, et qui lui ouvre la possibilité d'un espace où il puisse venir en témoigner, et demander de l'aide.

Dans les premiers mois de traitement, Jeanne ne nous demandait rien. Par contre, une fois sortie de l'hôpital, c'est elle qui venait au CMP ou téléphonait au pavillon. On peut supposer que c'est un des effets de la stratégie adoptée pendant son hospitalisation.

5.6 L'invention du cadre

A chaque sujet son institution. Tous les patients sont accueillis dans les mêmes locaux, mais l'institution se doit d'aménager son cadre en fonction de chacun. Cela nécessite de repérer leurs difficultés spécifiques pour établir des stratégies thérapeutiques cohérentes. L'adaptation, le réglage de ces stratégies se fait à coup d'erreurs successives. C'est pourquoi on peut noblement parler de bricolage.

L'emploi du temps de Nicolas n'a été établi qu'au bout de nombreux mois d'une prise en charge chaotique, après diverses tentatives plus ou moins efficaces. Mais au cours de ces mois, ce qui marchait ou pas a été soigneusement enregistré. C'est comme ça que la stratégie s'est élaborée. Son efficacité n'a été qu'éphémère, rappelant que les trouvailles ne peuvent se figer, et que la clinique de la psychose ne permet pas d'établir des protocoles qui vaudraient pour tous, si déjà ils ne valent pas pour un.

5.7 Le repérage des inventions du sujet psychotique

Ces inventions sont fondamentales, quand elles existent, parce qu'elles offrent aux sujets qui en disposent un ancrage signifiant qui arrime un peu la jouissance, et ouvre des possibilités en terme de lien social, ou d'apprentissage pour les enfants. Mais ces inventions ne sont pas évidentes, ou facilement identifiables. Il faut du temps pour les repérer. C'est d'ailleurs rarement les sujets eux-mêmes qui en témoignent, mais plutôt les équipes ou les familles qui notent une particularité sans l'élever au rang de solution. On peut parler modestement de solution parce qu'elles peuvent servir d'axe à partir duquel s'organise toute la stratégie thérapeutique.

Un enfant psychotique tend à incarner le chat et l'objet déchet dans certains moments mélancoliques. Il réalise alors les deux phonèmes de son patronyme. Il en est littéralement ravagé, se griffant le visage jusqu'au sang, ou réclamant sa mort. Par ailleurs, il est passionné par les tuyaux, l'eau, et veut devenir plombier. Les signifiants qui se rattachent à la plomberie le plongent dans une fièvre d'apprentissage, lui qui par ailleurs tolère au plus mal l'école. Il interroge les adultes, et supporte leur présence. On peut faire l'hypothèse qu'à partir d'un

certain respect, voire d'un soutien actif de ce signifiant, des possibilités en terme de manquement signifiant, de lien social et d'apprentissage s'ouvriront.

Pour Jeanne, l'axe de la stratégie thérapeutique a été le signifiant mère. Pour Stéphane, l'écriture et l'interprétation de ses textes en hôpital de jour ouvraient sur les mêmes perspectives.

Conclusion

La prise en charge des sujets psychotiques présente souvent de grandes difficultés. Elle nécessite beaucoup d'implication et d'engagement de la part de tous ceux qui y participent. Elle amène aussi à beaucoup de modestie au regard de la notion de guérison.

Au-delà de la possibilité d'apaisement des phénomènes symptomatiques de la psychose dans la prise en charge, la question de la structure demeure. Le rapport au signifiant reste marqué d'un vacillement toujours possible. Pour autant, des stabilisations, des améliorations sont possibles, et il est important de prendre soin de repérer ce qui fait rencontre dangereuse ou déclenchement. Un autre point essentiel est l'attention portée aux solutions qu'inventent les sujets : pour Stéphane cela a été le rap, pour Jeanne c'était le fait d'être une mère. Ces suppléances sont à soutenir. Parfois, la création symptomatique peut être, comme pour Germain, de l'ordre du délire.

Le traitement psychanalytique des sujets psychotiques s'oriente à partir du réel. C'est-à-dire qu'il opère à partir de l'idée d'une possible soustraction de jouissance, opération qui se conjugue au cas par cas, et pour laquelle il n'y a aucune possibilité de discours universel. Il en découle une recherche pour chaque sujet de ce qu'il met en place pour s'en protéger. Ce travail exige une pratique à plusieurs, en équipe. La communauté de travail dépasse largement la somme du travail de chacun. D'autre part, les manifestations aiguës de la psychose nécessitent une protection que parfois seule l'institution peut offrir.

Pour reprendre ce que disait Lacan, si la clinique de la psychose représente l'avenir de la psychanalyse, c'est aussi parce que son enseignement n'exclue nullement ce que le travail avec les névrosés a appris. Elle oblige par contre à une certaine rigueur face au réel et à la jouissance, auxquels chacun a à faire.

BIBLIOGRAPHIE

1. MILLER J.A.
Clinique ironique.
Cause freudienne, 1993, **23**, pp 7-13.
2. LAURENT E.
Institution du fantasme, fantasmes de l'institution.
Les feuillets du Courtil, 1992, **4**, pp 1-13.
3. AYME J.
La Psychothérapie Institutionnelle : origine, histoire, tendances.
In: Pratiques institutionnelles et théorie des psychoses
Paris: Harmattan, 1995. pp 25-53.
4. AYME J.
Psychothérapie institutionnelle et administration.
Soins Psychiatrie, mai 1981. **9**. pp 21-25.
- 5 AYME J.
Contribution à l'histoire de la psychothérapie institutionnelle.
L'information psychiatrique, mars 1983. **59**(N 3). pp 399-412.
6. EVRARD P.
Psychiatrie de secteur et Psychothérapie Institutionnelle.
In: Pratiques institutionnelles et théorie des psychoses,
Paris: Harmattan, 1995. pp 291-302.
7. LACADEE P.
*Qu'ont fait les élèves de Lacan de l'incidence de son enseignement dans le champ de la
psychose et de l'institution ?*
Preliminaire, 1993, **5**. pp 113-134.
8. LACAN J.
De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité.
Paris: Seuil, 1975. 364p.
9. LACAN J.
Les complexes familiaux dans la formation de l'individu.
In *Autres écrits*
Paris: Seuil, 2001. pp 23-84.
10. LACAN J.
Propos sur la causalité psychique.
In *Ecrits I*
Paris: Seuil, 1999. pp 150-192.

11. LACAN J.
L'Autre et la psychose.
In *Le séminaire Livre 3 Les Psychoses*
Paris: Seuil, 1981. pp 39-54.
12. LACAN J.
D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose.
In *Ecrits 2*
Paris: Seuil, 1999. pp 9-61.
13. LACAN J.
La signification du délire.
In *Le séminaire Livre 3 Les Psychoses*
Paris: Seuil, 1981. pp 25-37.
14. CHEMAMA R.
Dictionnaire de la psychanalyse.
Paris: Larousse, 1993. p.28.
15. LACAN J.
Allocution sur les psychoses de l'enfant.
In *Autres écrits*
Paris: Seuil, 2001. pp 361-371.
16. LACAN J.
Note sur l'enfant.
In *Autres écrits*
Paris: Seuil, 2001. pp 373-374.
17. TOSQUELLES F.
Encore quelques précisions sur la psychothérapie institutionnelle.
Soins Psychiatrie, mai 1981. N 9. pp 8-20.
18. TOSQUELLES F.
Réflexions sur le mouvement "désaliéniste" de la psychothérapie institutionnelle et des "espaces thérapeutiques" saisis dans la perspective "psychanalytique".
L'information psychiatrique, mars 1983. 59(N 3). pp 425-436.
19. OURY J.
Psychothérapie institutionnelle et précarité: dialogue.
Soins Psychiatrie, mai 1981. N 9. pp 5-7.
20. LAURENT E.
Les limites de la psychose.
Quarto, juin 1987. 27. pp 1-11

21. OURY J.
Les concepts fondamentaux.
In *Pratiques institutionnelles et théorie des psychoses*,
Paris: Harmattan, 1995. pp 55-70.
22. OURY J.
Psychothérapie institutionnelle: transfert et espace du dire.
L'information psychiatrique, mars 1983. 59(N 3). pp 413-423.
23. OURY J.
Dialectique du fantasme, du transfert et du passage à l'acte, dans la psychothérapie institutionnelle.
In *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*
Paris: Payot, 1977. pp 190-204.
24. OURY J.
Contribution au problème de la formation professionnelle en psychiatrie.
In *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*
Paris: Payot, 1977. pp 47-55.
25. OURY J.
La désaliénation en clinique psychiatrique.
In *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*
Paris: Payot, 1977. pp 23-34.
26. OURY J.
Analyse de l'entourage immédiat du malade dans le cadre de la thérapeutique institutionnelle.
In *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*
Paris: Payot, 1977. pp 35-39.
27. OURY J.
Les clubs thérapeutiques.
In *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*
Paris: Payot, 1977. pp 56-99.
28. OURY J.
La participation de l'infirmier à la psychothérapie.
In *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*
Paris: Payot, 1977. pp 40-46.
29. OURY J.
Quelques problèmes théoriques de psychothérapie institutionnelle.
In *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*
Paris: Payot, 1977. pp 174-185.
30. MANNONI M.
Le psychiatre, son "fou" et la psychanalyse.
Paris: Seuil, 1970. 247 p.

31. MANNONI M.
Education impossible.
Paris: Seuil, 1973. 306 p.
32. STEVENS A.
L'institution : pratique de l'acte.
In *Pertinences de la psychanalyse appliquée*
Paris: Seuil, 2003. pp 90-99.
33. FREUD S.
Au-delà du principe de plaisir.
In *Essais de psychanalyse*
Paris: Payot, 2001. pp 47-128.
34. MANNONI M.
L'enfant arriéré et sa mère.
Paris: Seuil, 1964. 245p.
35. DICIACCIA A.
Inventer la psychanalyse dans l'institution.
In *Pertinences de la psychanalyse appliquée*
Paris: Seuil, 2003. pp 83-89.
36. LACAN J.
Acte de fondation.
In *Autres écrits*
Paris: Seuil, 2001. pp 229-241.
37. STEVENS A.
La psychanalyse appliquée.
Mental, 2002. **10**. pp 77-84.
38. ZENONI A.
Orientation analytique dans l'institution psychiatrique.
Mental, 2002. **10**. pp 85-98.
39. DICIACCIA A.
A propos de la pratique à plusieurs.
Les feuillets du Courtil, 2005. **23**. pp 11-17.
40. RABANEL J.R.
Nonette, une institution du RI3.
In *Pertinence de la psychanalyse appliquée*
Paris: Seuil, 2003. pp 100-105.
41. RABANEL J.R.
Nonette : une pratique orientée par la psychanalyse.
Les feuillets du Courtil, 2005. **23**. pp 129-137.

42. MALEVAL J.-C.
La chaîne borroméenne et le sinthome.
In *La forclusion du nom du père*
Paris: Seuil, 2000. pp 134-158.
43. ZENONI A.
La mesure de la psychose, note sur la dite schizophrénie.
Quarto, 2004. **80/81**. pp 17-24.
44. MALEVAL J.-C.
Les troubles du langage chez le psychotique / la dérégulation de l'appareil de jouissance.
In *La forclusion du nom du père*
Paris: Seuil, 2000. pp 229-237.
45. ROUILLON J.P.
De la psychose à l'autisme.
Les feuillets du Courtil, 2004. **22**. pp 73-85.
46. ROUILLON J.P.
De la clinique à la politique.
Les feuillets du Courtil, 2005. **23**. pp 91-97.
47. ROUILLON J.P.
L'institution : une réponse à la ségrégation?
Mental, 2005. **15**. pp 131-143.
48. MALEVAL J.-C.
Le schizophrène et son traitement.
Mental, 1999. **6**. pp 67-86.
49. LACAN J.
Secrétaires de l'aliéné.
In *Le séminaire Livre 3 Les psychoses*
Paris: Seuil, 1981. pp 233-241.
50. GRASSER F.
Un enfant "blocal".
Les feuillets du Courtil, 2003. **21**. pp 63-81.
51. VALLET D.
Un vacillement mélancolique.
La cause freudienne, 03/2001. **47**. pp 96-99.
52. VALLET D.
Lorsque l'enfant paraît.
Mental, 07/1998. **5**. pp 83-93.
53. VALLET D.
La clinique de l'urgence ou l'urgence dans la clinique.
Quarto, 2005. **84**. pp 40-46.

54. MALEVAL J.-C.

L'échelle des délires.

In *La forclusion du Nom-du-Père*

Paris: Seuil, 2000. pp 309-326.

55. EY H., BERNARD P., BRISSET C.

Les délires fantastiques.

In *Manuel de psychiatrie*

Paris: Masson, 1978. pp 522-526.

56. LACAN J., *Des signifiants primordiaux et du manque d'un.*

In *Le séminaire livre 3 Les psychoses*

Paris: Seuil, 1981. pp 221-231.

57. LACAN J.

Le point de capiton.

In *Le séminaire livre 3 Les psychoses*

Paris: Seuil. 1981. pp 293-306.

Pertinence of psychoanalysis applied to psychotic patients hospitalised in an institution

In a structural perspective, the clinician inspired by Lacan's orientations, insists on recognizing each subject's particular rapport to language. In the case of triggered psychosis, one can measure the effects of the unveiling of the forclusion of the name of the father. One can then observe a significant drifting away which prevents the subject from accessing to signification. Hence the subject finds himself immersed in an out-of-sense universe, where the significant themselves can come to persecute him. Thus the subject no longer has the possibility to discern reality from his body with the significant, and is submitted to a pulsional discharge. The subject is entirely submitted to the ravaging effects of the reality of jubilation.

Hospitalisation can then represent a precious recourse, to protect the subject from himself. The institution must then face the massiveness of the transferential movements, and yet also often to the failing of the setting. Indeed, the fields of rules and demands, in their normative dimension, sometimes set off a profound indifference, or a vivid persecution. It is then essential to reveal the logics of these situations, according to each patient's particular situation.

Enlightened by psychoanalysis, singular therapeutic strategies can be thought out for each case. For some, the delirious elaboration can lead to a neo-reality on which too lean. For others supporting certain imaginary identifications, docking onto a particular significant will appease the symptoms and sustain a certain social bond.



VU

Nancy, le **11 avril 2006**

Le Président de Thèse

Professeur D. SIBERTIN-BLANC

NANCY, le **19 mai 2006**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **22 mai 2006**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

Dans une perspective structurale, le clinicien qui s'oriente de l'enseignement de Lacan, insiste sur le repérage du rapport singulier de chaque sujet au langage. Dans le cas de la psychose déclenchée, on peut mesurer les effets du dévoilement de la forclusion du Nom-du-Père. On peut alors observer un désarrimage signifiant qui ne permet plus au sujet d'accéder à la signification. Il se retrouve ainsi plongé dans un univers hors-sens, où les signifiants eux-mêmes peuvent venir le persécuter. Il n'a alors plus la possibilité de cerner le réel de son corps avec les signifiants, et est soumis à un déchaînement pulsionnel. Il est entièrement soumis aux effets ravageants du réel de la jouissance.

L'hospitalisation peut représenter alors un précieux recours pour le mettre à l'abri de lui-même. L'institution doit alors faire face à la massivité des mouvements transférentiels, mais aussi souvent à la mise à mal de son cadre. En effet, les registres de la demande et de la règle, dans sa dimension normative, déclenchent parfois une profonde indifférence, ou une vive persécution. Il est alors fondamental de dégager les logiques de ces situations en fonction des difficultés spécifiques de chaque patient.

Eclairées par la psychanalyse, des stratégies thérapeutiques singulières peuvent se penser au cas par cas. Pour certains, l'élaboration délirante peut permettre la création d'une néo-réalité sur laquelle s'appuyer. Pour d'autres, soutenir l'arrimage singulier à un signifiant, apaisera les symptômes et maintiendra une certaine inscription dans le lien social.

TITRE EN ANGLAIS

Pertinence of psychoanalysis applied to psychotic patients hospitalised in an institution

THESE : MEDECINE SPECIALISEE – ANNEE 2006

MOTS CLEFS :

Histoire de la psychiatrie française - Psychothérapie institutionnelle - Psychanalyse appliquée
– Traitement psychanalytique des psychoses

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex