

Claude Léger

L'arrière-garde aux avant-postes *

J'ai été immergé dès l'internat en psychiatrie dans ce qu'on a appelé la psychothérapie institutionnelle, dont il ne persiste que quelques avatars ici et là. C'est ce qui m'a conduit à l'époque à dénoncer dans un activisme groupusculaire l'archaïsme et le totalitarisme des grands hôpitaux psychiatriques, dont le démantèlement allait bientôt être scellé sans que notre action y ait été pour grand-chose. J'étais très loin d'imaginer alors les conséquences fâcheuses qui allaient en résulter trois décennies plus tard.

Dans ces années-là, je construisais de façon plus ou moins éclairée selon les moments ce que j'appellerais une position à tenir, comme on dit en termes militaires. Il s'agissait des premiers effets qu'avait produits chez moi l'expérience psychanalytique dans laquelle je m'étais engagé. Je dis : expérience, mais j'aurais pu dire aussi bien parcours, pour continuer à filer la métaphore guerrière : parcours du combattant. Les embûches tenaient surtout au fait que j'avais entre des références parfois contradictoires ; aujourd'hui, je m'aperçois que certaines des surprises qui furent les miennes, mais que beaucoup d'autres ont éprouvées, concernaient précisément l'influence des remises en cause imaginaires suscitées par la psychanalyse. Pour le dire simplement, le déploiement symptomatique révélé par l'analyse faisait de tout malade mental un frère souffrant et l'effet de la parole suscitait une identification névrotisante qui entraînait des doutes diagnostiques propres à ébranler les fondements de la nosographie qui m'avaient été transmis par des cliniciens pourtant chevronnés. Il faut se souvenir que tout cela se déroulait en un temps où les salles de garde étaient emplies d'internes en analyse – comme on aurait dit en religion – et où les ténors de la psychiatrie étaient encore nombreux à poursuivre une analyse ou des contrôles,

* Texte prononcé en avril 2004.

ce qui donnait aux jeunes une perspective parfois déroutante sur la durée du parcours. La frontière était donc poreuse et il allait falloir un certain nombre d'événements pour que je puisse en redéfinir le tracé et réévaluer la position que j'estime devoir toujours tenir.

La mise à plat de l'ensemble n'est pas simple, puisque les choses se sont nouées entre des consistances différentes, dont l'entrelacs est le fait du destin. Je me dois cependant de vous en livrer quelques fils.

La psychanalyse a fait irruption dans la psychiatrie française dans l'entre-deux-guerres et si l'on veut symboliser ce moment inaugural, on peut le concevoir comme celui de la rencontre manquée entre plusieurs acteurs dont aucun n'était vraiment à sa place.

Je nommerai d'abord Henri Claude, influencé par les travaux de Bleuler et découvrant le Freud traduit en « *reader's digest* » par Angelo Hesnard et véhiculé par René Laforgue, que Claude accueillit dans son service. Puis Clérambault, auquel Claude et ses élèves s'opposent, en particulier au congrès de Blois de 1927 sur le syndrome d'influence, et qui revendique « l'histologie » comme signifiant maître de son organicisme. 1927 est l'année où André Breton écrit *Nadja* : son entrée en scène est retentissante. Les surréalistes, dès 1924, dénoncent non seulement la violence asilaire, mais nommément les médecins chefs des asiles, en tête desquels Henri Claude. La publication de *Nadja* crée des remous jusqu'au sein de la Société médico-psychologique, où Clérambault n'est pas le dernier à vilipender ces énergumènes qui se réclament de Freud et de sa *Traumdeutung*.

On voit déjà que les contradictions ne manquent pas et cela va perdurer quand entrera en scène le quatrième personnage du drame, Jacques Lacan. Celui-ci soutient sa thèse de doctorat en médecine en 1932. Il a été, entre autres, interne chez Henri Claude et à l'infirmerie du Dépôt où il a rencontré celui qu'il qualifiera bien plus tard de son « seul maître en psychiatrie », à savoir G. Gatian de Clérambault. La thèse de Lacan connaît un succès inhabituel pour une thèse de médecine et ce grâce aux surréalistes qui en font des comptes rendus dithyrambiques ; en particulier, René Crevel et Salvador Dali. Cette reconnaissance vaudra à Lacan d'écrire dans la revue *Minotaure* l'année suivante son célèbre article sur le crime des sœurs Papin.

Lacan passe le médicat des Asiles de la Seine, mais ne s'engage pas dans la carrière psychiatrique. Il se forme à la Société psychanalytique de Paris, où il élabore un des piliers de son corpus théorico-clinique, le « stade du miroir ». Cependant, il ne se coupe pas du monde psychiatrique où il garde des amitiés – à commencer par celle d'Henri Ey –, des interlocuteurs et des élèves.

L'audience de sa thèse va connaître un parcours inattendu du fait de la Seconde Guerre mondiale. Son destin va en effet croiser celui de la psychiatrie en temps de guerre à l'hôpital de Saint-Alban en Lozère. Cet hôpital psychiatrique, confronté aux restrictions – lesquelles entraînent des dizaines de milliers de morts dans l'ensemble des asiles français –, décida sous la responsabilité de son médecin directeur, Paul Balvet, une opération de survie en disséminant ses patients parmi les familles de la région. L'hôpital hébergera, par ailleurs, des résistants (dont G. Canguilhem) et des intellectuels sur la route de l'exil. Parmi eux Paul Eluard, qui avait édité des textes de Marguerite Pantaine, l'Aimée de la thèse de Lacan, thèse dont il parla à un jeune psychiatre du lieu, François Tosquelles, catalan exilé après la guerre d'Espagne, lequel allait diffuser la thèse de Lacan avec les moyens du bord.

Les figures dont je me sers sont en fait des fils qui s'entrelacent pour faire un destin, ici collectif, celui de la psychiatrie française dans les années qui suivront la Seconde Guerre mondiale.

Lacan produira lui-même un syntagme de ces années terribles, dès 1945, dans un texte fondateur de ce qu'il nomme alors une logique collective. Il s'agit du « temps logique et l'assertion de certitude anticipée », dont la conclusion, reprise de la « *Massenpsychologie* » de Freud, se résume à ceci que « le collectif n'est rien, que le sujet de l'individuel ».

On assiste là au nouage de la psychanalyse et de l'institution psychiatrique. Ce n'est pas un hasard si Lacan va rendre hommage, à la même époque, aux psychiatres et psychanalystes anglais, dont les trouvailles durant la Seconde Guerre mondiale, grâce aux petits groupes sans chef de W. R. Bion et J. Rickman, servent à élaborer les prémices de ce qui deviendra la psychothérapie institutionnelle. Ces trouvailles serviront plus largement à de nombreuses applications des concepts freudo-kleinien aux groupes et pas seulement dans le

champ psychiatrique, puisque les groupes de type Balint furent conçus par ce membre éminent de la SBP issu de l'école hongroise pour les gynécologues et les médecins somaticiens.

Mon propos est non pas de parcourir toute l'aventure de la psychothérapie institutionnelle de ses débuts à sa fin programmée dans les années 1980, mais d'indiquer en quoi elle fut la tentative la plus originale et la plus avancée de mise de la psychanalyse aux commandes de la psychiatrie.

Les promoteurs de cette théorico-praxis, du moins ceux qui se réfèrent à la psychanalyse et plus spécialement à l'enseignement de Lacan, avaient pour projet non pas de remplacer une nosographie obsolète et chahutée par les remaniements psychopathologiques de l'entre-deux-guerres, mais plutôt de se servir de matrices conceptuelles pour remettre en cause l'ordre politique qui gérait l'univers institutionnel en psychiatrie, ce que Foucault appelait le pouvoir disciplinaire. Ce projet reposait sur le présupposé que l'objet de la psychiatrie était unique et portait le nom de psychose. Cela revenait à considérer que le cadre à apporter au traitement de la psychose devait être spécifique et les lieux de soins conçus à cet effet. Ainsi les dispositifs thérapeutiques devaient-ils être non seulement contenant, protecteurs, mais aussi producteurs d'échanges symboliques, de liens sociaux, donc anti-hiérarchiques. Et si la psychanalyse y avait un rôle de premier plan, c'était avant tout pour entamer le narcissisme afférent aux positions de pouvoir. Il s'agissait donc non pas d'adapter le traitement psychanalytique aux schizophrènes en y apportant des variantes, comme ce fut le cas avec certains analystes anglo-saxons – par exemple l'analyse directe de Rosen ou même l'antipsychiatrie anglaise –, mais de faire que les soignants aient éprouvé eux-mêmes par l'analyse ce qu'il en était pour eux de la frustration, de la privation et de la castration.

Jean Oury fut un des tenants de cette tendance qui visait, à partir d'un syncrétisme marxo-lacanien, à tenter une redéfinition de la « fonction sujet » dans la psychose en délinéant les diverses surfaces des symptômes institutionnels pour distinguer ce qui était proprement endogène de ce qui était réactionnel ou pathoplastique. À la notion de surfaces, il adjoignait un repérage temporel : à l'attente

passive, il opposait le gain de temps (on gagne du temps comme on gagne sa vie) pour que puisse s'opérer la métamorphose ou la mobilisation de l'énergie narcissique originaire. Selon les termes mêmes d'Oury en 1972, « ce qui est en question, c'est l'impact institutionnel sur la surface déchiquetée du sujet psychotique ». Il va s'agir alors d'accompagner le psychotique dans « l'itinéraire intime qui le reformule petit à petit comme sujet » ; d'où la nécessité de structurer des lieux dont la clef est « un système d'échanges permanents ». C'est pourquoi la psychothérapie institutionnelle s'est servie de la notion de « structures transitionnelles », en référence aux objets transitionnels de Winnicott. Il apparaît évident, en le relisant, que les tentatives de formalisation faites par Oury au début des années 1970 sont des applications des avancées topologiques de Lacan, particulièrement la topologie des surfaces (bande de Möbius et plan projectif). Mais il s'est arrêté au seuil de la topologie borroméenne, laquelle n'est pas ensembliste, ne permet pas de voisinages, mais vise à serer le réel. Il n'est plus, dès lors, question de système transitionnel.

J'ai aujourd'hui l'idée que la psychothérapie institutionnelle s'est arrêtée sur un point de théorisation qui faisait butée pour que sa mise en œuvre en fasse un système pérenne. Ce fut, me semble-t-il, son incapacité à dépasser l'abord de la structure qu'elle contenait. Oury désigne explicitement celle du fantasme qui, tout en bouchant l'accès au réel, rend compte de ce que son approche est cependant possible. Mais le franchissement de cette utopie est quant à lui impossible, puisque, en énonçant que le réel est celui du politique, il est identifié au fantasme : la psychothérapie institutionnelle aurait donc structure de fantasme. Le franchissement en question serait justement celui qui conduirait à envisager la dissolution du dispositif et non plus sa renaissance de phénix. Il ne s'agirait plus de révéler la capacité de fantasmatisation du groupe, ni de déchiffrer ses combinaisons fantasmatiques, mais de franchir ce qui, dans chaque groupe, fait consister imaginairement le fantasme. Or, cela a nécessairement comme effet de dissoudre les groupes ou de faire basculer leur structure de lien social d'un discours dans un autre.

L'idée du réseau, issue de la Résistance, ou de la création d'événements orientés par l'analyse permanente, était l'idée force de la psychothérapie institutionnelle qui visait à obtenir un effet de dissolution interne sans remettre en question l'ensemble, d'où sa ten-

dance centripète. Toutes les tentatives de maintenir ne fût-ce que les rouages inventés par la psychothérapie institutionnelle furent mises à mal avant d'être mises en pièces pour des raisons gestionnaires. Il ne fut bientôt plus question de gagner du temps sur la psychose, mais de faire des économies à partir de modèles antinomiques avec la distorsion temporelle de la psychose.

En 1977, Lacan créait la Section clinique dans le cadre du département de psychanalyse de Paris VIII. Ce fut un nouveau moment de fondation après celle de l'École freudienne de Paris en 1964. En effet, Lacan savait qu'il allait devoir transmettre le flambeau de ce qu'avait été sa place éminente de clinicien, place reconnue par sa présentation de malades – sans parler de sa pratique analytique et des contrôles. C'est la clinique qui était en jeu – je pourrais presque dire toute la clinique, même celle de la médecine qui s'évapourait déjà derrière les techniques. Lacan avait certainement perçu les dangers que représentaient les dérives du monde psychiatrique auxquelles étaient conduits ceux, de plus en plus nombreux, qui n'avaient plus accès à la pratique des entretiens orientés par la clinique psychiatrique classique et dont la déliquescence s'était accélérée dans les après-coups de Mai 68. Cette clinique, il l'avait subvertie, non pas en la démantelant – ce qui était déjà quasiment fait – mais au contraire en la réunifiant selon des axes de formalisation, selon la logique de l'inconscient, dont la définition restait celle d'une structure de langage dont les avatars butaient sur le réel.

Il fallait donc mettre en place un dispositif qui permette de renouveler cette clinique et lui donner de nouvelles coordonnées. Lacan se servit de la présentation de malades – qui désignait une pratique fort ancienne – pour la nouer à la pratique analytique. De cet exercice académique, Lacan avait fait un dispositif à trois termes : le présentateur, en position d'analyste, le patient dans sa position subjective qui était d'avoir à témoigner, et enfin l'auditoire en position tierce, tierce dans l'écoute du patient. Durant l'entretien, Lacan avait le souci de mettre en relief la structure subjective en sollicitant avec soin les fondements de la parole. Il évoque dans sa « Question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » (1958) cette « soumission entière, avertie, aux positions proprement subjectives du

malade ». C'est cela qui fondait la présentation de malades selon Lacan. C'est ce que je tente de pratiquer depuis plus de vingt ans avec toujours le même effet de surprise, les mêmes effets de rencontre, le même espoir d'une possible transmission. Là, je sais que la psychanalyse est compatible avec la psychiatrie, car c'est de là qu'il me revient que l'enjeu de la psychiatrie reste la psychose et que c'est elle, repérée comme telle, qui pourra nous dire si la psychiatrie a encore un avenir. En effet, son repérage, son déchiffrement dans les dires du patient justifie une stratégie thérapeutique, une position de la part du thérapeute, qui tienne compte des coordonnées structurales de la psychose pour un sujet, à savoir ce trou dans la chaîne signifiante, dans lequel le psychotique peut être précipité par un forçage interprétatif.

En créant la Section clinique, Lacan s'appuyait sur ceux de ses élèves qui occupaient une place de responsabilité dans le dispositif psychiatrique. Du reste, lui-même, après avoir été évincé de la clinique de la faculté par J. Delay, avait été accueilli pour faire sa présentation de malades par G. Daumézon, un des *boys* de Saint-Alban, à Henri Rouselle. Il venait tout juste de revenir une dernière fois à la psychose en ayant redéfini les coordonnées avec un nouvel outil topologique, qui lui servait d'appareil conceptuel, le nœud borroméen, et en s'appuyant sur un cas paradigmatique, celui de James Joyce, à partir duquel il déplaçait la fonction du symptôme dans la structure psychique pour en faire une suppléance.

De même qu'avec Freud, inlassablement remis en chantier, Lacan a dialogué tout du long avec la psychose. Certes, il avait commencé par là, en étant lui-même psychiatre de formation, en ayant rédigé cette thèse sur la « paranoïa d'auto-punition » qui fit date, comme on l'a vu. Il avait ensuite régulièrement fait retour à la psychose : par exemple en 1938, dans son article de l'Encyclopédie française, « Les complexes familiaux », où il incluait le stade du miroir et la régression topique à cette capture spéculaire dans la paranoïa, ainsi qu'aux troubles de sa constitution dans les psychoses précoces.

En 1946, dans ses « Propos sur la causalité psychique », dernier grand débat d'épistémologie psychiatrique, Lacan prédit une prochaine psychotisation de notre monde imaginaire : « L'art de l'image bientôt saura jouer sur les valeurs de *l'imgo* et l'on connaî-

tra un jour des commandes en série d'«idéaux» à l'épreuve de la critique. » En 1955-1956, dans son séminaire sur *Les Structures freudiennes des psychoses*, repris et précisé dans sa « Question préliminaire » en 1957-1958, il définit d'une manière qualifiée alors de structuraliste la fonction du Nom-du-Père, c'est-à-dire ce qui, par l'opération de ce qu'il nomme « métaphore paternelle », permet au sujet d'entrer dans le registre phallique, de se structurer comme névrosé, faute de quoi, la fonction n'étant pas advenue, le sujet se situe dans la logique de la psychose. En 1966, en préfaçant la traduction française des célèbres *Mémoires d'un névropathe* de D. P. Schreber, Lacan définit la paranoïa comme identifiant la jouissance au lien de l'Autre, marquant ainsi que le sujet n'est pas seulement celui du signifiant, mais aussi celui de la jouissance qui envahit de façon persécutrice celui qui n'est pas représenté par le signifiant organisateur.

On voit qu'environ tous les dix ans, Lacan revient à la psychose pour l'aborder avec de nouvelles bases théoriques. La psychose, qui lui a servi à asseoir sa conception même de la structure langagière et sa logique signifiante, se retrouve au cœur de la psychanalyse et non pas aux marges ou aux limites des indications. C'est ainsi qu'on peut comprendre l'injonction de Lacan : « Le psychanalyste n'a à reculer en aucun cas devant la psychose. » Cela ne veut pas dire que les psychiatres doivent laisser le soin des psychotiques aux seuls psychanalystes. Du reste, les psychotiques n'attendent pas une autorisation pour consulter les psychanalystes, ils trouvent le chemin tout seuls. C'est plutôt aux psychiatres qu'il conviendrait de s'orienter pour repérer ce qu'il en est de la structure de la psychose, et pour cela « croire à l'inconscient ».

Le projet de Lacan, avec la Section clinique, était donc bien d'instaurer un mode de nouage entre la psychiatrie et la psychanalyse par la clinique. À cette époque, il définissait cette dernière comme « l'impossible à supporter ». Dans sa spécification des registres de la structure psychique, l'impossible est ce qui désigne le réel, celui de la sexualité humaine et celui d'où les signifiants désamarrés du sujet psychotique font retour.