

Lina Velez

Psychanalyse et institution Questions et réflexions autour de la pratique clinique en institution

Pour réfléchir aux conditions de la mise en place d'une clinique en institution, situons le champ général où peuvent s'inscrire des pratiques cliniques au sein des institutions.

Si la question du rapport entre psychanalyse et institutions s'épuise trop souvent dans la controverse autour de la possibilité de pratiquer la cure analytique en institution, il nous semble que cela tient au fait d'avoir trop étroitement identifié le discours et l'éthique de la psychanalyse à son application à la cure du névrosé. Or, cette identification ignore ou méconnaît que les institutions reçoivent aussi d'autres problématiques que celles qui s'adressent le plus souvent à l'analyste, mais qu'elles sont aussi et surtout destinées à accueillir, héberger et aider d'autres positions subjectives que la névrose. Elles répondent plutôt au passage à l'acte et à l'*acting out* qu'au symptôme. L'institution existe pour donner des réponses à des phénomènes cliniques, tels certains états de la psychose, certains passages à l'acte qui peuvent amener le sujet vers l'exclusion sociale.

Une certaine orientation a trouvé son expression achevée dans le courant de la psychothérapie institutionnelle. Elle promeut la fonction psychothérapique de l'institution comme telle. On est dès lors dans une situation où tout ce qui se passe, arrive et surgit dans le cadre institutionnel doit être repris dans le champ du thérapeutique. L'idée sous-jacente à ce courant est que tout est signifiant, qu'il y a de la signification partout, de sorte que tout peut être reçu, interprété, analysé.

Freud avait son cadre, il posait des conditions à la possibilité du travail analytique. Le cadre freudien, c'est la règle de l'association

libre. Pour Lacan, ce qui cadre le travail de l'analysant, c'est le désir de l'analyste.

Nous savons qu'il existe une antinomie entre institution et psychanalyse : l'institution vise à réduire le symptôme tandis que la psychanalyse cherche son déchiffrement ; l'institution répond à la demande, la psychanalyse vise le désir qui soutient cette demande. Comment s'inscrit la psychanalyse dans l'institution à l'heure du projet sécuritaire de la société actuelle ? Nous voulons réfléchir à la clinique d'orientation psychanalytique dans l'institution.

Il s'agit non pas d'installer un cabinet d'analyste dans l'institution, mais d'essayer de placer le dispositif institutionnel dans le champ de la clinique. La question est non pas de savoir si la psychanalyse fait partie des soins auxquels l'institution pourvoit, mais de savoir si l'institution peut compter avec la psychanalyse et s'orienter à partir de ses hypothèses.

Quand la psychanalyse est transposée dans un contexte théorico-pratique préexistant, elle finit par se faire repousser. Elle se transforme ainsi en une inspiration des pratiques qui opèrent avec une conception générique du traitement du sujet, soumis aux idéaux du discours du maître qui traversent souvent l'institution.

Comment s'orienter dans la clinique institutionnelle ? L'orientation d'une pratique institutionnelle qui accueille différentes positions subjectives est fondée par la construction clinique qu'elle élabore. C'est dire que les diverses questions qui encadrent une pratique institutionnelle renvoient à des présupposés : la conception de la clinique, la conception du transfert et la possibilité d'une position analytique.

Dans le cas d'une institution accueillant des adolescents, la question se pose de savoir comment recevoir ce qui se présente comme hors limite, impossible à supporter. Quelle est la validité de nos pratiques qui prennent appui sur la parole face à des sujets dont la propension à l'agir semble court-circuiter ce recours ?

L'adolescence correspond à l'exigence d'une mutation subjective qui réveille le désir, ses impasses et ses angoisses. Cette crise confronte l'adolescent à un point d'impossible face auquel il aura à se déterminer, à trouver des issues, des réponses. Une de celles-ci concerne le savoir : avoir envie d'apprendre, d'acquérir des connaissances. Le

désir d'apprendre vient comme réponse à l'énigme de la sexualité et des origines. Il s'agit du choix d'une position quant aux significations du monde, qui se substitue au manque de savoir sur le sexuel. Ce que nous appelons savoir est une certaine position par rapport à l'ignorance. Lacan a parlé de la « passion de l'ignorance ¹ », ce qui vise non pas la passion de ne rien savoir, mais le fait d'être animé par le désir de connaître, d'expliquer l'inexplicable, ce que l'on ne sait pas.

C'est par rapport à ce manque structural dans le savoir que va se manifester une urgence de savoir, articulée à la nécessité de trouver à la hâte un sens à ce qui se présente comme une énigme. De quel désir suis-je issu ? Quelle est ma place dans le désir de l'Autre ? Qu'est-ce qui justifie mon existence ? C'est cette absence de savoir qui pousse le sujet à se tourner vers l'Autre dans l'espoir d'y trouver une réponse. Il essaye d'arracher à l'Autre des bribes de savoir sur le sexe et la mort et peut en même temps être écrasé par les signifiants qui lui viennent de l'Autre. Ce savoir peut devenir insupportable, car il voudrait inventer sa propre réponse, et c'est justement là que le savoir académique trouve ses limites, au bénéfice du savoir inconscient.

Quelles structures cliniques, quelles positions subjectives, quelles demandes rencontrons-nous ?

L'Autre est primordial pour tout sujet. Il faut de l'Autre pour se constituer, Autre auquel il faudra se confronter toute sa vie et qui n'est pas toujours bienveillant. Le sujet devra développer sa stratégie propre pour répondre à ce qui lui vient de l'Autre qui sera fonction de l'appareillage dont il dispose.

Le névrosé décomplétera l'Autre en lui supposant une demande, donc un manque qui fait objection à la toute-puissance. Le sujet s'emploiera dès lors à proposer ce qui est supposé lui manquer, au besoin pour mieux le lui refuser, le lui retirer ou s'offrir lui-même à le combler. Il constituera un fantasme, un scénario destiné à se régler sur le désir de l'Autre, chargé de faire écran à la jouissance de l'Autre, une sorte de bouclier le protégeant de la question : « Que me veut-il ? »

Le psychotique peut se trouver confronté directement, sans bouclier au surgissement de la question venant de l'Autre, qui le vise dans son être même, dans une figure toute-puissante, sans limite et qui veut l'absorber, d'où une angoisse majeure que rien ne vient

1. J. Lacan, *Le Savoir du psychanalyste*, séminaire inédit, leçon du 4 novembre 1971.

tempérer. La réponse possible peut être le délire comme tentative de donner un sens et une signification au désir énigmatique de l'Autre.

Une clinique différentielle structurale implique une conception du transfert comme actualité du rapport à l'Autre, c'est-à-dire du désir du sujet au désir de l'Autre. Cela diffère de la conception du transfert selon laquelle on aime toujours une figure du passé sous la figure de l'amour présent. Qu'il s'agisse de la mère, du médecin ou du psychologue, la tromperie de l'amour est non pas celle d'une erreur sur la personne mais celle de l'amour lui-même, celle par où le rapport actuel au désir de l'Autre – c'est-à-dire aussi le transfert – tend à s'exercer.

Ce qui devient crucial pour la réponse au transfert n'est plus le type de savoir destiné à dissiper l'erreur du sujet mais est la nature du désir de celui qui répond. Parce que le statut de ce désir de l'Autre n'est pas le même dans la névrose et dans la psychose². D'où l'importance du moment clinique, en tant que préliminaire à la réponse institutionnelle au transfert.

Dans la psychose, les conditions du rapport à l'Autre et la rencontre du sujet supposé savoir sont déclenchantes, si nous nous référons à ce qui constitue le noyau de la psychose et une de ses formes, à savoir la paranoïa.

Dans la névrose, le sujet rencontre dans sa propre conduite quelque chose qui ne va pas, il n'en saisit pas le sens et se questionne à ce propos. Tandis qu'avec la psychose, c'est dans l'Autre que ça ne va pas (le sujet peut se sentir transparent, on le manipule, on devine sa pensée, on commande ses gestes).

Préalable à toute réponse institutionnelle, l'élaboration clinique permet de nous interroger sur la position subjective et sur le mode de transfert de tel sujet, dans le cadre d'une mise au travail des questions que pose la clinique. Le délire, les voix, le passage à l'acte sont non pas des formations de l'inconscient, un retour du refoulé, mais

2. Dans « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » (dans *Écrits*, Paris, Seuil, 1966), Lacan montre que la parole n'a pas dans la psychose la fonction de symbolisation qu'elle a dans la névrose, à savoir de substitution et de négativation de la jouissance par le signifiant, parce que le statut de l'Autre, et du sujet, n'est pas le même dans les deux cas. Il met surtout en évidence le statut de la parole et du langage, dans les deux destins subjectifs névrose et psychose.

le retour dans le réel de ce qui n'a pas été noué à l'intérieur. D'où l'inefficacité ou la nocivité d'un recours à l'interprétation.

Il s'agit de réinventer un style de présence qui oriente l'ensemble de la réponse institutionnelle pour ne pas se placer en position d'exception, comme une personne à laquelle il est conseillé, voire imposé, d'aller parler. Cela pour laisser au sujet le choix de l'adulte qu'il veut prendre à témoin.

Comment s'orienter dans la réponse que l'on met collectivement en place, devant ces diverses modalités de la psychose : le tourment et la perplexité face à une énigme envahissante, l'hallucination, le passage à l'acte ? Le lien avec le psychotique implique que toute idée d'une modification du sujet soit exclue. « Si ce que modifie le sujet est l'interprétation dans la psychose, c'est du sujet que celle-ci émane ³. » Il arrive qu'il invente, construisse des solutions pour traiter le retour du réel.

La clinique à l'intérieur de l'institution se configure dans une dimension qui n'est pas celle du symptôme analytique, elle nécessite donc des réponses autres que celles proposées par l'entretien individuel. Plusieurs psychologues cliniciens rencontrent et accompagnent un même sujet au cours de son passage dans l'institution et chaque psychologue établit des liens avec plusieurs adolescents et dans ce lieu. La responsabilité thérapeutique ne s'arrête pas aux adolescents avec qui nous avons engagé une série d'entretiens, mais s'étend à chacun d'entre eux, et parallèlement cette responsabilité ne peut faire abstraction de la rencontre de l'adolescent avec les autres intervenants.

Il semble nécessaire de prendre en compte le rapport de chaque psychologue avec la clinique institutionnelle comme un élément de réponse à la question de la pratique en institution. L'entretien clinique permet d'avoir une idée de la position à occuper selon le mode de transfert propre à la psychose ; néanmoins, tous les moments de la pratique institutionnelle (qu'il s'agisse du déjeuner, de la fabrication d'un objet dans un atelier, etc.) demandent un certain mode de présence et sollicitent les psychologues. Ces moments ne pourraient être envisagés sans impliquer la spécificité du lien transférentiel avec les modalités du retour dans le réel de la pulsion. Dans ce contexte,

3. C. Soler, « Le sujet psychotique dans la psychanalyse », dans *Psychose et création*, GRAPP, Paris, Navarin, 1990, p. 28.

peut s'amorcer le déplacement vers une forme moins ravageante de la jouissance – quand un sujet peut s'adresser à un psychologue ou à tout autre intervenant –, mais c'est aussi le moment où il faut parer et décider d'une forme d'intervention, et tout cela n'est pas *a priori* assignable à une seule personne. Chacun est confronté, dans des registres différents, à une clinique qui comporte l'agir et est mis en demeure de trouver à tout moment la réponse ou la modalité d'énonciation qui conviennent.

Le travail en équipe traduit non seulement une certaine particularité dans le lien professionnel mais aussi la responsabilité de chacun et la construction permanente de la clinique. La nécessité de cette clinique nous met dans une position de travail qui exige la mise en commun, la mise en question réciproque des expériences et des hypothèses, et cette exigence nous met dans une position d'apprentissage face à la psychose.

L'institution et la règle

L'énonciation de quelques règles de vie en commun n'a d'autre motivation que de rendre la cohabitation possible et de permettre aux sujets de s'inscrire dans l'institution. Il ne s'agit pas d'introduire des règles ou des interdits pour les effets thérapeutiques qu'ils pourraient produire, pas plus d'ailleurs qu'il ne s'agit de les supprimer au nom des mêmes effets.

Le critère fondamental de l'énonciation de la règle, et ce d'autant plus que nous accueillons essentiellement des sujets psychotiques, doit être non pas d'énoncer une instance qui dicte la loi, incarnation de la « fonction paternelle », mais d'en proposer une qui soit elle-même soumise à la loi, une instance régulière. Il convient que l'équipe ou celui ou celle qui la représente ne se positionne pas en maître. Un certain vidage de la volonté de l'Autre s'opère du fait même que l'équipe est plurielle et qu'il s'agit avant tout d'un pouvoir auquel chacun de ses membres est soumis.

Ainsi, l'équipe qui rappelle un interdit (par exemple, celui de filmer dans l'institution) n'est pas en continuité avec la volonté de jouissance, au contraire, elle se met du même côté que le sujet face ou contre cette volonté. En conséquence, l'Autre qui persécute le sujet est moins telle ou telle personne de l'institution.

Quel transfert ?

La référence à une « manœuvre du transfert ⁴ » dans la « Question préliminaire... » laisse entendre que la réponse de la part du clinicien comporte une modalité de présence spécifique face à la psychose. Peut-on manœuvrer le transfert de manière à éviter la persécution ? La balance réversible de l'amour à la haine, souvent surprenante, fait plutôt penser que ces deux versants sont en continuité et viennent recouvrir la dimension de l'objet autour duquel la relation se produit. Cette manœuvre implique par conséquent une orientation de la pratique qui relativise fortement la croyance dans les vertus thérapeutiques de « s'exprimer » et de « mettre en mots ». Pour prendre un exemple, il est clair que l'injure, pour être un moment de parole, n'en comporte pas moins une dimension de passage à l'acte. Avec l'injure, ainsi qu'à un moindre degré avec la moquerie ou l'ironie, il est sensible que la parole n'est pas disjointe de la jouissance et qu'elle en est même un vecteur.

Un adolescent qui commence à s'approprier le dispositif institutionnel a été fréquemment l'objet de renvois de l'institution dès son arrivée. Son rapport à l'Autre est souvent caractérisé par des propos insultants qui touchent à la faille de l'autre. Ses propos semblent destituer l'adulte de sa place. Il semble vouloir méconnaître son interlocuteur, voire l'annuler complètement, en se défendant de cet Autre perçu comme envahissant : « Je développe une stratégie pour agresser les adultes sans passer par la violence, sans les frapper comme avant. Donc je les insulte. » Lors d'un autre entretien, il précise que ses renvois avaient dans un premier temps un sens pour lui mais qu'il a aujourd'hui le sentiment d'être suspendu de l'institution d'une façon injuste : « Je ne comprends pas pourquoi j'ai été suspendu... Vous savez, mon problème, c'est l'insolence, pourquoi me renvoyez-vous ? Si vous continuez à me renvoyer, c'est que vous ne voulez pas traiter mon problème. »

Que nous adresse-t-il ? Il répond dans le transfert à la malveillance en puissance de l'Autre. « C'est pas clair. » Les intentions de l'Autre à son égard lui paraissent menaçantes. Cette situation témoigne d'une difficulté souvent rencontrée dans la pratique institutionnelle : celle de l'écart entre le temps logique du sujet et celui de

4. Cf. J. Lacan, « D'une question préliminaire... », *op. cit.*, p. 583.

l'institution. Il me semble que cet adolescent commence à trouver sa place et à pouvoir se donner des réponses quant à sa présence dans l'institution. Actuellement, il s'inscrit et participe à des activités institutionnelles, ce qu'il ne pouvait pas faire auparavant. Parallèlement, il semble commencer à épuiser ce que nous appelons le cadre institutionnel, comme s'il devait en passer par la mise à mal de ce dernier pour amorcer une élaboration psychique. Le recours à la suspension ne semble plus opérant pour lui. Quelle stratégie inventer alors dans notre dispositif institutionnel ?

Un autre aspect de la parole est celui qui vise son caractère impératif. Il est mis en jeu lorsque, en institution, la parole appartient aux responsables qui doivent assurer la possibilité de partager un espace commun. Ce traitement peut opérer, par une régulation de l'Autre. L'Autre se présente comme tel lorsque l'autorité des responsables est assumée de façon à être elle-même soumise à l'autorité supérieure d'une loi qui vaut pour tous les responsables eux-mêmes. L'autorité est ainsi reconnue comme un fait de responsabilité et non comme un fait de pouvoir.

Dans ce contexte, comment pourrait se construire la fonction de directeur clinique ou de responsable thérapeutique ? Il me semble que son rôle touche à la garantie que l'institution soit articulée par un vide central. Il constitue la garantie que ce vide central ne soit occupé par aucun signifiant, par aucun idéal. S'il est ce qui permet le fonctionnement symbolique de l'institution, il incarne aussi bien ce qui vient trouer ce cadre symbolique. À maintenir ce vide central, il permet qu'une interrogation puisse surgir, qu'un désir de savoir puisse prendre forme pour chacun de nous. Ce directeur thérapeutique n'est pas en place de maître du savoir. Il a la charge non pas d'élaborer une théorie, mais de veiller à ce que chacun puisse déployer son style propre dans sa rencontre avec les adolescents. À préserver cette place vide, se dessine un lieu où se tisse un savoir nouveau qui concerne notre clinique avec les adolescents, un par un.

Par sa position, ce directeur désamorce les effets imaginaires qui foisonnent habituellement dans les institutions. Il nous recentre ainsi sur le savoir que nous pouvons tirer de notre clinique, nous motive à l'élaborer de façon toujours plus fine, en problématisant les séquences cliniques trop vite bouclées. Par là, de façon indirecte,

nous sommes toujours orientés vers ce qui fait notre version désirante dans le travail avec les sujets.

La clinique en institution avec ces jeunes renvoie chacun à sa responsabilité par rapport aux effets mortifères de sa propre jouissance. Ce ne peut être qu'à cette condition-là que nous pouvons obtenir un véritable travail en équipe.

Il s'agit de trouver une modalité particulière de présence pour laisser place au travail de subjectivation. Cela implique pour chacun de nous une forme de destitution : quand on se trouve dans une position de savoir, on risque d'empêcher toute possibilité d'élaboration. C'est à partir d'un savoir défaillant, avec des trous, que naît le désir de savoir : ce qui devrait se transmettre, c'est aussi du manque. « Le non-su s'ordonne comme le cadre du savoir ⁵. » Autrement dit, le désir de savoir pour tout sujet ne peut s'installer que dans la mesure où il est confronté à un Autre qui ne sait pas tout.

Il est peut-être souhaitable de ne pas se préoccuper des idéaux, pour plutôt se soucier de faire place à l'élaboration du sujet. Un clinicien se situe dans une position de non-savoir fondamentale. Cette position de non-savoir, c'est aussi bien un savoir faire une offre vide, un savoir créer du manque, un savoir se taire.

5. J. Lacan, « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'École », dans *Autres écrits*, Seuil, Paris, 2001, p. 249.