

Lina Velez

De l'institution et du discours analytique

Nous voulons aborder la question de ce que peut apporter le discours analytique dans l'institution thérapeutique. Ce qui motive la création d'une institution, c'est la nécessité de donner des réponses à des phénomènes cliniques, tels que certains états psychotiques, des passages à l'acte et des moments d'effondrement psychique qui peuvent conduire le sujet vers l'exclusion sociale et la mort. Les institutions accueillent, hébergent des positions subjectives autres que la névrose. Elles répondent plutôt au passage à l'acte et à l'acting out qu'au symptôme. Nous voulons aborder la question de l'institution à partir de ce qui la fonde, du réel mis en jeu dans la psychose, de ce qui rend la vie ordinaire impossible pour certains sujets.

Prendre en compte le fondement clinique de l'existence de l'institution a l'avantage de reconnaître sa fonction sociale irremplaçable et peut empêcher sa disparition. Cela a aussi l'intérêt de permettre la dissociation de deux dimensions distinctes : la dimension du soin psychiatrique qui répond au droit d'être soigné, protégé, même sans demande explicite, et la dimension du sujet qui requiert la reconnaissance de sa singularité. La mise en place d'un ensemble de savoirs interdisciplinaires a tendance à négliger la question du sujet parce que la perspective d'un progrès dans un fonctionnement apparemment plus adapté implique l'estompement de la position subjective.

Comment nous orienter en tenant compte de la psychanalyse dans un contexte et dans un discours qui ne sont pas ceux de la psychanalyse, mais ceux du maître qui semblent être les fondements du projet sécuritaire de nos sociétés ? Cela au risque d'entraîner une prise en charge limitée en fonction des diagnostics et des protocoles à appliquer.

Nous allons situer du point de vue historique le champ général où se sont inscrites les pratiques cliniques au sein des institutions.

L'idée d'institution thérapeutique dite psychanalytique apparaît dans la pensée de Freud en 1919 dans « Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique » : « Ce qui est à prévoir : un jour ou l'autre, la conscience morale de la société s'éveillera et elle lui rappellera que le pauvre a tout aussi le droit à l'aide animique [...]. Alors seront édifiés des centres de consultation auxquels seront affectés des médecins formés par la psychanalyse [...]. Ces traitements seront non payants. Il faudra peut-être longtemps avant que l'État ressente ces obligations comme urgentes ¹. » Il inscrit à cette époque-là la fonction politique de la psychanalyse dans la société et dans le monde. Plus tard, Max Eitingon fonda à Berlin avec Karl Abraham la première polyclinique psychanalytique, qui avait une double fonction : thérapeutique pour la population et de formation pour les psychanalystes.

Lacan n'est pas insensible à cette question, dans son « Acte de fondation » il énonce la division entre la psychanalyse pure, définie comme « praxis et doctrine de la psychanalyse proprement dite, laquelle est et n'est rien d'autre [...] que la psychanalyse didactique ² », et la « psychanalyse appliquée ce qui veut dire de thérapeutique et de clinique médicale ³ ». Il semble opposer la psychanalyse pure et didactique à la psychanalyse appliquée et thérapeutique. Cette dernière est définie ainsi : le travail des praticiens de la psychanalyse appliquée, qu'ils soient psychanalystes ou non, consiste à la mise à l'épreuve des indications de la psychanalyse « dans l'examen clinique, dans les définitions nosographiques, dans la position même des projets thérapeutiques ⁴ ».

L'institution organisée autour d'un projet thérapeutique apparaît après la fin de la Seconde Guerre mondiale et comme résultat du positionnement de certains analystes dans les enjeux auxquels ils sont confrontés à l'armée. Tosquelles, précurseur de la psychothérapie institutionnelle en France, Bion et Rickmann, fondateurs de communautés thérapeutiques en Angleterre, apparaissent comme les pionniers

1. S. Freud, « Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique », dans *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1953.

2. J. Lacan, « Acte de fondation », dans *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 230.

3. *Ibid.*, p. 231.

4. *Ibid.*

de l'introduction de la psychanalyse dans le champ thérapeutique institutionnel.

Les différentes expériences de travail institutionnel ont introduit au fil du temps l'idée d'une équipe soignante et d'un discours soutenu par un ensemble qui fonctionnerait comme opérateur thérapeutique dans un champ clinique particulier en introduisant un nouveau rapport à la logique hospitalière d'enfermement existante à ce moment-là.

Dans cette perspective se sont constituées plusieurs institutions de soins, dites psychanalytiques dans les années 1960, celles-ci s'orientent vers le traitement de la psychose basé sur la psychothérapie institutionnelle et les élaborations de Lacan.

La reprise d'intérêt pour la clinique des psychoses dans le champ institutionnel est en lien avec une transformation interne à la théorie même de la clinique dans l'enseignement de Lacan. Le premier temps pouvait amener à concevoir la psychose en termes de déficit de névrose et à lui appliquer une psychanalyse élaborée à partir de la clinique des névroses. Les perspectives ouvertes par Lacan en 1958 ont été suivies de développements qui permettent de repenser le traitement psychanalytique des psychoses. L'idée du « secrétaire de l'aliéné » semble correspondre à une pratique contemporaine.

Les années 1950 furent marquées par le foisonnement psychanalytique des psychoses. L'école anglaise, avec Melanie Klein, Anna Freud, Bion et Rosenfeld, considérait qu'il n'y avait pas de possibilité d'établir un transfert de type paternel dans la psychose ; on ne pouvait donc pas y établir le même type de transfert que dans la névrose. Lacan intervint au milieu de ce déploiement moderne, en invitant à une relecture des *Mémoires* du président Schreber et à une analyse renouvelée de l'apport freudien. Il ne s'agit pas, au nom du fait qu'il n'y a pas de transfert paternel, de mettre en place une bonne mère « nourricière » selon les différentes versions de celle-ci. Il s'agit de voir que l'enjeu est le rapport du sujet à la langue elle-même. La « forclusion du nom du père » dénuce le rapport à la langue comme telle. L'évolution de l'enseignement de Lacan a déplacé la question du traitement psychanalytique des psychoses. L'horizon du traitement possible de celle-ci devient ainsi l'établissement d'une signification nouvelle après l'invasion d'une jouissance innommable, d'un

mécanisme pulsionnel envahissant le corps du sujet psychotique, le « pas d'interprétation au nom du père » possible va avec la mise au jour de la façon dont la langue du sujet psychotique est habitée par un effort de nommer la jouissance innommable. « La langue fondamentale », comme s'exprime Schreber, dénote un mécanisme commun à toute la psychose : l'établissement d'un usage particulier de la jouissance pour cerner la langue. C'est ce qui s'aborde dans la clinique freudienne comme reconstruction du monde par le sujet psychotique.

Le nom du père, qui apparaît dans toute sa singularité freudienne, a été pluralisé pour ensuite se trouver logé dans l'ensemble des noms de la langue qui prennent en charge la nomination de la jouissance. Le parcours de Lacan est passé du « Nom du père » aux « Noms du père ». L'Autre, la langue, prend en charge la nomination de la jouissance dans son ensemble. L'Autre est foncièrement barré, sans garantie. La jouissance toujours en excès est un lieu qui n'a pas de nom : le signifiant de ce qui n'a pas de nom s'écrit $S(A)$. Il s'agit de trouver ou de définir le remède à apporter au défaut de la signification phallique, à la non-garantie par l'effet métaphorique défaillant. Comment va s'établir la recherche d'une nomination nouvelle pour cet objet qui n'a pas de nom ?

Après ces références historiques, il nous semble important de considérer que la question du rapport entre psychanalyse et institution a souvent été problématisée en termes d'antinomie. Cela tient peut-être au fait d'avoir identifié le discours et l'éthique de la psychanalyse à son application à la cure du névrosé. Les liens entre psychanalyse et institution sont formulés en ces termes : « L'institution thérapeutique veut le bien de l'individu, vise à réduire le symptôme tandis que la psychanalyse cherche son déchiffrement ; l'institution répond à la demande tandis que la psychanalyse vise le désir qui soutient cette demande ⁵. » Il ne s'agit pas d'installer un cabinet d'analyste dans l'institution, ni d'inclure l'analyste dans l'institution sur un mode problématique, c'est-à-dire en le démarquant de tout critère de fonctionnement institutionnel, mais d'essayer de déplacer le dispositif institutionnel dans le champ de la clinique orientée par le discours analytique. Quand la psychanalyse est transposée dans un

5. L. Velez, « Psychanalyse et institution. Questions et réflexions autour de la pratique clinique en institution », *Mensuel*, n° 46, Paris, EPFCL, 2009, p. 98.

contexte théorico-pratique préexistant, elle finit par se faire repousser. Elle peut se transformer ainsi en une inspiration des pratiques qui opèrent avec une conception générale du traitement du sujet, soumis aux idéaux du discours du maître qui traversent une institution.

En ce qui concerne l'institution de soins, la question n'est pas de savoir si la psychanalyse trouve une place dans les pratiques du champ médical, elle n'est pas un soin de plus, voire une discipline de plus. Il s'agit plutôt d'envisager comment le travail institutionnel peut être orienté par les hypothèses de la psychanalyse, si le discours analytique peut traverser la pratique clinique.

L'abord institutionnel du traitement des psychoses

« Une institution thérapeutique qui se réfère à la psychanalyse tient compte avant tout de la structure subjective et de la position du sujet dans sa relation à l'Autre. Non pas pour sélectionner le type de traitement à appliquer comme le fait la psychiatrie, mais pour tenter de situer la position du collectif soignant au cas par cas afin d'établir à partir de quelle place l'équipe s'adresse au patient ⁶. »

Lorsque l'état clinique de la psychose peut permettre le surgissement d'un transfert sur l'analyste, il n'est pas nécessaire que le sujet aille dans une institution. Le traitement de la psychose n'exige pas toujours une réponse collective. Mais quand cette rencontre transférentielle n'est pas possible, la clinique exige aussi une réponse qui ne peut être celle d'un seul praticien, ni d'un seul moment de la journée. Comment s'orienter dans la réponse que l'on met collectivement en place, devant ces diverses modalités de la psychose comme l'hallucination ou le passage à l'acte ? Le lien transférentiel avec le sujet psychotique implique que toute idée d'interprétation soit exclue. « Si ce que modifie le sujet est l'interprétation, dans la psychose c'est du sujet que celle-ci émane ⁷. » Il arrive qu'il invente, construise des solutions pour traiter le retour du réel.

La clinique exige parfois une réponse de type médical, d'aide et d'hébergement. La question qui semble fondamentale est de savoir

6. G. Rubio, « Discours analytique et institution thérapeutique », *Mensuel*, n° 40, Paris, EPFCL, 2009, p. 90.

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

si la psychanalyse peut permettre d'exercer des actions médicales qui laissent place à la clinique du sujet, en tenant compte des différentes modalités du retour dans le réel de la pulsion à l'intérieur du contexte institutionnel. La cohabitation de divers sujets fait partie de la pratique institutionnelle et pose des questions quant à la pratique de la régulation minimale qui doit permettre à la fois une vie en commun et des effets de stabilisation pour chaque sujet.

« Il semble nécessaire de prendre en compte le rapport de chaque intervenant 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 intervenants. 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 peut s'amorcer le déplacement vers une forme moins ravageante de la jouissance – quand un sujet peut s'adresser à tout 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 convient ⁸. »

Lorsqu'on essaye de faire un corps à celui dont le sien est dispersé, on essaye de l'assembler, par des pratiques qui mettent en jeu l'imaginaire. On tente de le mettre ensemble en proposant des ateliers, de sculpture, de modelage, de musique, de dessin, des pratiques de groupe, par un accrochage sur le corps de l'autre. Tout cela fait partie de la vaste entreprise de conversation avec le sujet psychotique. Traduire et stabiliser des corps, participer au soutien de l'effort de l'écriture chez le psychotique sont des œuvres nécessaires.

La réponse au transfert nous ramène à un moment problématique de la clinique des psychoses, qui est aussi un moment plus problématique de la clinique institutionnelle. Dans ce contexte, il est nécessaire de pouvoir expliciter ce qu'est le transfert, ses coordonnées

8. L. Velez, « Psychanalyse et institution », *op. cit.* p. 101.

et ses spécificités dans la psychose. L'implication majeure qui en découle est de devoir partir de l'usage que fait le sujet de l'institution pour cheminer vers un point ne pouvant être déterminé à l'avance. Cela s'oppose radicalement à la perspective d'un contrat thérapeutique, qui anticipe ce que sera son parcours.

Actualité du transfert

Dans le texte « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », Lacan nous enseigne que la réponse de la part du clinicien comporte une modalité de présence spécifique face à la psychose. Comment manœuvrer le transfert de manière à éviter la persécution ?

Il est peut-être utile de rappeler ce que l'enseignement de Lacan a apporté comme évolution de la conception du transfert par rapport à Freud, et surtout par rapport à ce qu'est devenue la théorie du transfert chez les postfreudiens.

Lacan a voulu souligner ce qui relève de l'actuel dans le transfert : actualité symbolique entre le sujet et l'Autre, par opposition à la relation imaginaire où sont censées se reproduire les relations anciennes, celles de l'enfance ; actualité de ce que le sujet demande à l'Autre du simple fait de lui parler (demande d'amour) ; actualité de la satisfaction pulsionnelle inconsciente. Le transfert est conçu par Lacan comme étant avant tout une mise en acte d'une structure actuelle (demande d'amour, fantasme) et non comme une répétition du passé. Dans la psychose, le transfert est une mise en acte, à ceci près que la structure de ce qui est mis en acte est inversée. Il s'agit d'une supposition : c'est l'Autre qui est censé aimer le sujet, c'est l'Autre qui le suppose être son objet premier. Le vouloir de l'Autre s'impose, son appétit de savoir aussi.

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, à savoir la paranoïa (le sujet peut se sentir transparent, on le manipule, on devine sa pensée, on commande ses gestes). Toute réponse institutionnelle requiert une élaboration clinique. Celle-ci permet de nous interroger sur la position subjective et sur le mode de transfert de tel sujet, dans le cadre d'un travail sur les questions que pose le réel de la clinique.

De la rencontre de l'équipe avec le sujet résulte une clinique singulière, produit complexe entre un sujet accueilli avec sa problématique, le clinicien et la capacité de ce dernier à se mouvoir entre identification et désidentification à sa fonction. Il s'agit de fonder et de faire vivre, pour chaque personne accueillie, une place où chacun sait ne pas savoir ou ne pas revendiquer le savoir qu'il faudrait auprès d'autres.

L'institution comme telle ne protège en rien contre l'envahissement, l'étrangeté du monde, la déstabilisation due à une intrusion quelconque. Pas de lieu qui vaille sans lien transférentiel, pourrions-nous prendre comme adage. Ce n'est que lorsque le sujet investit l'équipe *a minima* qu'un travail peut réellement avoir lieu. Toutefois, ce principe de base doit être complété dès le moment où nous acceptons des sujets socialement exclus et dont le fonctionnement nous amène à intervenir sans demande de leur part.

Le lien peut prendre des formes extrêmement variées. Il s'agit de se régler sur l'usage de l'institution par le sujet, puis de reconnaître différentes temporalités qui s'affinent avec l'instauration du transfert. On repère peu à peu l'usage qui peut être fait des différents professionnels. Comment, en se mettant à leurs côtés, peut-on devenir partenaire dans le traitement de ce qui leur est insupportable ?

L'orientation vers la clinique du réel comme impossible à supporter, orientation décidée et soutenue institutionnellement, constitue une possibilité. Pour que le traitement soit possible, il convient donc de se laisser enseigner par le sujet. C'est-à-dire de repérer les modes de présence qu'il accepte.

Le travail en équipe ne traduit pas 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.

Le transfert dans la psychose doit être pensé dans une inversion par rapport à la névrose. Le sujet psychotique répond à l'« Autre qui s'impose à lui avec son savoir » là où le névrosé demande l'Autre

comme « sujet supposé savoir ». L'Autre du psychotique est toujours potentiellement un Autre jouisseur.

Une discussion sur la jouissance est fondamentale pour définir les traitements de la psychose. À partir de l'énigme de la jouissance, qui est toujours en défaut ou en excès, les traitements possibles ont toujours visé à aider le sujet à nommer cette chose innommable. C'est-à-dire choisir dans le travail du délire ce qui amène vers une nomination possible. Cette nomination est en même temps une entreprise de traduction constante de ce qui arrive, de ce qui excède la signification.

Pour en revenir au travail clinique institutionnel, il nous semble nécessaire de reconnaître la place centrale de la jouissance dans la clinique des psychoses. Deux occurrences de cette place, le réel de la jouissance et l'Autre du signifiant, devraient trouver asile pour chaque sujet psychotique dont nous avons à nous occuper pour un traitement dans la durée.

Quelle place donner à la jouissance lorsqu'elle déborde le sujet, envahit son corps et vient marquer la particularité de son langage ?

À quelle place le sujet convoque-t-il l'intervenant institutionnel ? Quel usage le sujet fait-il de l'institution ? Quel montage particulier a-t-il pu faire, à partir des rencontres qu'il y a faites, pour que l'institution présente une certaine opérativité sur son débordement ?

Quel espace l'institution ouvre-t-elle pour s'y placer comme partenaire du sujet, partenaire de la tentative du sujet de savoir y faire avec cette jouissance qui le ravage ?

D'où intervenir pour que le sujet, malgré la forclusion de la métaphore paternelle, puisse avoir une chance dans sa tentative de border la jouissance ?

Comment collaborer avec le sujet pour refuser de collaborer avec la jouissance ? Comment l'aider à se constituer comme sujet à partir de cette jouissance ?

Dans le travail institutionnel, une grande prudence est nécessaire, qui semble se traduire par deux principes. Il s'agit d'éviter, dans la mesure du possible, notre position de savoir par rapport au sujet qui s'adresse à nous. Ce que nous adresse le psychotique, l'attente qu'il peut avoir à notre égard n'est pas de l'ordre d'une demande. On

mensuel 60

pourrait dire qu'il cherche avant tout une place où s'abriter comme sujet, et le clinicien a pour première fonction de garantir cet espace évidé de projet le concernant.

Peut-on parler de clinique institutionnelle ? Si elle semble parfois difficile à appréhender au sein des lieux où elle tente de s'exercer, c'est le fait même de nous interroger sur ses conditions d'existence et de nous questionner sur ce dont elle est faite qui nous permet, *in fine*, de la nommer comme telle.