

Lina Velez

La clinique sous transfert et l'institution

La nouvelle organisation dans le champ de la psychiatrie, plus particulièrement dans la pédopsychiatrie, se confronte à un obstacle parce qu'elle remet en question l'objet qui l'a fondée. « Cet objet a été la rationalisation de la folie. La psychiatrie classique lui donna le nom de "Psychose", terme générique, englobant à quelques exceptions toutes les formes de réponses à ce que la pensée ne pouvait accepter, appréhender et intégrer de la rencontre d'un sujet avec la sexualité, qu'il s'agisse du corps propre, de celui de l'autre, de la procréation et de ses conséquences symboliques et sociales ¹. » Les institutions de soins avaient été définies comme un dispositif de protection, d'aide et de soin au plus près de la population. Ainsi, c'est sur la base du concept fondateur de la psychiatrie institutionnelle – celui du transfert – que s'est développée cette politique de secteur. Le transfert est un concept qui ne se limite pas à un procédé technique et qui s'oppose à toute saisie objectivante. Que devient la clinique, celle qui se fait au chevet du malade, quand le mode de gestion qui articule la réforme de la psychiatrie est un mode de gestion comptable ? Quelle est la spécificité des institutions de soins aujourd'hui ? À quoi se trouvent-elles confrontées ?

Malaise dans la clinique institutionnelle

Une institution de soins ne se réduit pas à une structure administrative. Elle est un ensemble vivant inscrit dans une histoire à laquelle chacun peut se référer. Au-delà des réunions et des synthèses, le dynamisme d'une équipe provient de son style, de cette façon spécifique de travailler à plusieurs qui permettra ou non d'analyser,

1. C. Léger, « L'évaluation en psychiatrie », dans *Réseau Institution et Psychanalyse*, hors série, décembre 2012, p. 164.

d'inventer et de construire les conditions d'un changement subjectif des personnes qu'elle accueille.

L'institution s'appuie sur la transmission de son histoire, le temps d'avant lui sert de point d'appui pour légitimer celui d'aujourd'hui. Elle est donc dans une dialectique, toujours en train de se reconstruire, et n'a de cesse d'être remaniée. François Tosquelles disait que tout un travail était nécessaire pour que les institutions ne deviennent pas des établissements, c'est-à-dire des lieux où les échanges seraient figés à partir de ce qui est prescrit par la tradition. Mais ces institutions initiées dans les idéaux des années 1970 ne semblent plus être d'actualité.

La pratique clinique institutionnelle s'est construite dans le temps nécessaire à l'intrication de la clinique avec l'institution. L'institution était vouée à être un outil thérapeutique à partir de l'observation clinique, des conditions d'un déclenchement, des phénomènes élémentaires et de la construction de cas. Ces éléments permettaient de reconnaître les patients en tant que sujets et acteurs de la vie institutionnelle. Qu'en est-il de l'institution d'aujourd'hui ? Depuis quelques années nous assistons au passage d'une pratique centrée sur le malaise du sujet vers une pratique gestionnaire centrée sur le contrôle des actes, des conduites et des comportements. La remise en cause incessante du travail fait que l'institution se trouve aux prises avec de l'immédiateté et en oublie ses propres conditions d'existence. Posons-nous la question suivante : l'organisation proposée actuellement dans un souci de rationalisation des institutions ne serait-elle pas en train de se substituer à l'institution elle-même ? L'institution peut-elle se gérer comme une entreprise ? La question se pose de savoir comment redonner une dimension institutionnelle à une vie collective. Comment réintroduire des conditions institutionnelles conciliables avec le désir du sujet ?

« L'évaluation est un mode par lequel un pouvoir (politique ou administratif, général ou local) exerce son empire sur les savoirs ou les savoir-faire qui président aux différentes activités en prétendant fournir la norme du vrai ². » Nous sommes face à une idéologie de l'évaluation qui tente de normaliser les comportements. Lorsque les cliniciens se mettent à questionner ce modèle, c'est-à-dire cherchent

2. Y.-C. Zarka, dans la revue *Cités*, n° 37, *L'Idéologie de l'évaluation*, Paris, Puf, 2009, p. 4.

à mettre en évidence le conflit d'intérêts que l'évaluation génère, ils sont souvent niés dans la pertinence de leurs propos parce que ces derniers ne relèvent pas du discours ambiant. En exigeant que les cliniciens de l'écoute se transforment en acteurs de l'évaluation, en faisant entrer leurs compétences dans des protocoles et en multipliant les actes qui permettent de légitimer leur travail, un glissement s'est opéré dans lequel les interventions de ces cliniciens sont régulées par une pratique managériale où la gestion semble prendre le pas sur la clinique.

L'appréciation des dispositifs de prise en charge de la détresse psychique est à l'ordre du jour. L'évaluation, surtout si elle est imposée, ne garantit en rien que l'institution de soins soit pensée par ses praticiens, comme lieu d'accueil et comme lieu de réponse à la demande des sujets en souffrance.

Ainsi voudrait se mettre en place une évaluation objective des hommes et de leurs actes, ayant pour finalité d'améliorer la chaîne de production des soins. Elle tente d'effacer ce fait : c'est toujours un sujet qui évalue ; aussi ses jugements et ses croyances toujours subjectifs sont-ils inéliminables des échelles de cotation.

Les enjeux de cette évaluation sont multiples : choix budgétaires opérés par les organismes de contrôle et par les élus, luttes d'influences visant à faire prévaloir une réponse thérapeutique unique.

La conséquence est la remise en cause des pratiques et de leurs références théoriques : les hypothèses de la psychanalyse et le discours analytique.

Prises en étau entre les exigences réglementaires de « bonnes pratiques » et les demandes plus ou moins explicites des tutelles, les institutions sont contraintes de s'adapter, d'inventer des solutions nouvelles aux problèmes actuels qui ne soient pas seulement une soumission aux injonctions scientifiques modernes.

Qu'appelle-t-on la clinique dans l'institution de soins ?

C'est à cause d'un point d'insupportable que la pratique collective de l'institution se met en place. Les soins, l'assistance deviennent nécessaires lorsque le délire, l'exclusion menacent la vie du sujet. L'institution vient en place d'un lien social devenu impraticable.

Elle est un lieu qui se positionne en s'appuyant sur ce qu'enseigne la clinique. C'est le réel en jeu dans chaque position subjective. Cette spécificité est en train de disparaître et les questions qui traversent les institutions inscrites dans le champ médico-social et sanitaire sont de moins en moins orientées par le discours analytique.

Être attentif à la parole du patient, c'est maintenir ouvert l'espace de la singularité, bien que les institutions tendent vers un idéal porté par le social qui a tendance à atténuer cette parole. Le sujet de l'inconscient résiste à cela, il veut faire valoir sa singularité, en mettant son grain de sable dans cette machine sociale qui cherche, au fond, à le normaliser. Cette attention à la singularité de chacun renvoie à la clinique différentielle, à la distinction entre psychose et névrose, où l'on ne vise pas à établir un classement, mais plutôt à apprendre de chaque cas, à entendre ses dires dans leur spécificité. C'est donc une volonté de repérer ce qui fait problème pour un sujet dans sa position par rapport à l'autre et au monde.

Or, la dimension du sujet ne semble plus avoir de place quand il s'agit de mettre en œuvre un projet thérapeutique qui repose sur l'évaluation et les protocoles. La menace est bien d'assister à un passage de la technique vers la finalité. Notre époque d'idéologie de l'évaluation ne pouvait pas faire l'économie de l'élaboration d'une mesure des pratiques cliniques.

Par ailleurs, le médico-social et le sanitaire semblent devoir en effet composer avec l'accréditation qui place ainsi les établissements dans un nouveau rôle de prestataire de services soumis à une démarche-qualité efficace et rationnelle. Le risque de ce glissement est de déplacer les priorités, c'est-à-dire que cette démarche-qualité cesse de n'être qu'un outil et devienne un but. Pouvons-nous penser qu'à terme cette modalité se référera davantage au respect de la démarche qu'à l'amélioration des pratiques ? S'il y a un risque à évaluer, il existe un risque encore plus grand à subir les faits sans prétendre les analyser ni les ordonner.

Comment les institutions s'y prennent-elles pour répondre ?

L'évaluation ne contribue pas à une mise en valeur des pratiques ni à des élaborations théoriques issues d'un débat collectif sur les options et les choix qui permettent de penser l'institution.

Outre les enjeux de l'évaluation dans l'institution et sa volonté de se substituer à la clinique, nous nous interrogeons aussi sur la manière dont la clinique conduit à penser l'institution. Pourquoi devient-il difficile de parler de clinique dans l'institution ? Pouvons-nous dire que si l'évaluation semble se constituer comme « un pouvoir supposé savoir », l'une des conséquences est que la clinique sous transfert ne trouve plus sa place dans l'institution ?

Le transfert est un concept de la psychanalyse pour lequel le statut éthique est déterminant. C'est dire que le transfert comme principe de production des phénomènes analysables n'est résorbable dans aucun savoir, ni réductible à des recettes techniques à appliquer. Il s'agit d'analyser en quoi la prise en compte du transfert, rattaché au fait que la psychanalyse est un discours, c'est-à-dire une modalité de lien social, est susceptible de redéfinir ses enjeux dans la clinique.

Quelle est l'actualité du transfert ?

Il y a eu dans la psychiatrie, la psychopathologie et la littérature psychanalytique une dilution de ce concept fondamental. Dans les institutions qui s'orientaient à partir des hypothèses de la psychanalyse, au concept de transfert semble avoir été substitué celui de contre-transfert. Comment expliquer ce déclin relatif du concept de transfert ? Nous n'allons pas développer l'historique de cette problématique. Ce qui nous intéresse ici est d'en montrer les conséquences dans la clinique :

- un rejet rationaliste du transfert a eu lieu comme conséquence du discours de la science. Le transfert semble souvent être considéré comme obscur, imprévisible et non maîtrisable dans ses effets. Le rejet du transfert a entraîné une préférence pour un modèle « mécaniciste » du sujet et de son fonctionnement. Souvent le concept de transfert semble réduit à celui de demande, dans lequel la dimension transférentielle se trouve ravalée.

Un glissement s'est opéré à partir des nouveaux modèles de gestion dans les institutions. Par exemple, la « novlangue ³ » introduit de nouveaux termes qui évaluent le sujet de sa substance et le considèrent

3. Le choix des mots n'est qu'un des procédés langagiers qui consolident la domination. Les « stratégies de domination » ainsi que « la nouvelle vulgate planétaire » de Bourdieu et Wacquant illustrent fort bien le propos.

comme un usager. Cela empêche d'emblée la construction, voire la naissance d'un lien transférentiel ;

- une division oppose le transfert comme relevant du seul patient au contre-transfert en tant qu'il nommerait les réactions affectives conscientes et inconscientes de l'analyste vers son patient. Lacan dans le *Séminaire XI* écrit : « Le transfert est un phénomène où sont inclus ensemble le sujet et le psychanalyste. Le diviser dans les termes de transfert et de contre-transfert, quelle que soit la hardiesse, la désinvolture, des propos qu'on se permet sur ce thème, ce n'est jamais qu'une façon d'éluder ce dont il s'agit ⁴. » En effet, si la psychanalyse n'est pas une simple thérapeutique, ce n'est pas parce que son opération ne produit pas des effets thérapeutiques, ni que tout souci de soin est étranger à son agent : c'est parce qu'elle est indissociablement « expérience de savoir » et « clinique sous transfert », qu'elle vise un au-delà thérapeutique.

Lacan a mis au principe du transfert les fonctions du sujet supposé savoir et de la cause du désir. Le sujet supposé savoir est le pivot du transfert, autrement dit, il faut de l'amour, un amour sans doute laïcisé et au-delà du père, afin de créer un lien. Le lien signifiant est condition de l'élaboration d'un savoir inconscient dans la névrose ; le lien à l'analyste restaure un rapport à l'humanité chez des sujets psychotiques en état de grande exclusion.

Peut-il y avoir une institution sans orientation clinique ?

Le fondement de la clinique est inscrit dans la prise en compte de la structure subjective et de la position du sujet dans son lien à l'Autre. Cette relation est unique et inclassable. Si elle ne se crée pas, l'intervention se réduit à une application. Loin d'inventer, voilà qu'on impose ! Si à la relation transférentielle on réfute sa dimension originale et unique, on technicise la réponse, qui sera inscrite dans le répertoire de la bonne, voire de la meilleure solution.

La référence au transfert dans « D'une question préliminaire... » laisse entendre que la réponse de la part du clinicien comporte une modalité de présence différente dans la psychose. Cela implique une orientation de la pratique qui relativise la croyance dans les vertus

4. J. Lacan, *Le Séminaire, Livre XI, Les Quatre Concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1973, p. 210.

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 que, à un moindre degré, avec la moquerie ou avec l'ironie, on remarque que la parole n'est pas disjointe de la jouissance, mais qu'elle en est un vecteur.

Un adolescent qui commence à s'approprier du 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 son interlocuteur. Ses propos semblent destituer l'adulte de sa place de sujet supposé savoir. 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 je suis renvoyé ? Si le directeur continue à me renvoyer, c'est parce 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. Les intentions de l'Autre à son égard lui paraissent menaçantes, « ce n'est pas clair », dit-il. Cette situation témoigne d'une difficulté souvent rencontrée dans la clinique : celle de l'écart entre le temps logique du sujet et celui de l'institution. Cet adolescent commence à trouver sa place et à pouvoir se questionner quant à ses symptômes. Il s'inscrit et participe à des activités institutionnelles, ce qu'il ne pouvait pas faire auparavant. Parallèlement, il semble commencer à épuiser les cliniciens. Comme s'il devait en passer par la mise à mal de ces derniers pour amorcer une élaboration psychique. Comme il le fait remarquer lui-même, le recours à la suspension ne semble plus opérant pour lui.

Le travail à l'intérieur de l'institution requiert la construction permanente de la clinique. Qu'est-ce que ce sujet vient questionner dans son rapport à l'Autre ? S'adresse-t-il à un sujet supposé savoir cause du désir ? Ou le savoir est-il plutôt de son côté ? Quelle position occupe le clinicien-analyste ? La nécessité d'un travail d'élaboration

clinique nous met dans une position qui exige la mise en commun, la mise en question réciproque des expériences et des hypothèses, une exigence qui nous met dans une position d'apprentissage face à la psychose.

Nous pouvons dire que si l'objet de travail n'est plus à sa place, nous voyons combien il devient difficile de conserver la possibilité de parler des sujets et d'éviter leur exclusion. Les réunions ne servent plus qu'à parler de thèmes divers et variés qui n'abordent plus le réel de la clinique.

L'orientation d'un travail clinique ne peut pas être dictée par les procédures de la certification. La clinique nous ramène toujours « au chevet du malade » et définit notre relation au sujet.

La question du positionnement de chaque clinicien est importante et peut être interrogée à partir de deux axes : ils peuvent se satisfaire d'une position dominante des tenants du savoir, ou bien ils s'engagent dans un processus permanent de délogement des certitudes. Leur questionnement les amène à accéder à une clinique du détail, une clinique fine, précise et subtile, pour que la scène institutionnelle puisse se remplir des bricolages de chacun (sujets comme intervenants) et se dégage du risque du savoir prêt-à-porter qui guette chacun de nous.

L'inversion des modalités de travail qui placent le triomphe du rationalisme sur l'exception humaine présentera une fausse réponse aux problèmes avant même que la question ne soit posée. La prise en compte du transfert peut-elle permettre d'aller au-delà de l'évaluation et de retrouver les enjeux d'une clinique fondée sur la singularité, la contingence et l'imprédictibilité, à partir de laquelle chaque clinicien doit, à partir de sa position et son désir, « réinventer la façon dont la psychanalyse peut durer ⁵ » ?

5. J. Lacan, « 9^e congrès de l'ECF sur la transmission », *Lettre de l'ECF*, n° 25, volume 2, 1979, p. 219-220.