

« Actualité des psychoses dans les institutions sociales. »

Cycle de conférences

Organisées par
l'AMC PSY : Sous la coordination du
D^r Pascale Belot-Fourcade, psychiatre, psychanalyste

En articulation avec le Pôle Rosa Luxemburg,
Directeur : Claude Chevrier



Couverture :

Fin de cérémonie, huile sur toile, 105x105 cm

Daniel Bassin, né en 1953, arrive à la peinture par le biais de la restauration (huile et estampes). Peintre de la déclinaison, sa dernière exposition s'est tenue à Nantes en 2011.

Ces interventions s'inscrivent dans la suite de plusieurs cycles de conférences, organisées par l'AMC PSY, dénommés :

« **Les Jeudis de la Poterne des Peupliers** » en 2011-2012 sur le thème :
« *Les structures subjectives en regard de la structure de l'institution* »

« **Les Jeudis de Montparnasse** » en 2012-2013 sur le thème :
« *Réflexion autour de la sexualité contemporaine et ses incidences sociales* »

« **Les Jeudis du Pôle Rosa Luxemburg** » en 2013-2014 sur le thème :
« *Le corps dans ses différents états : selon la structure et ses rapports au lien social* »

« **Les Jeudis du Pôle Rosa Luxemburg** » en 2014-2015 sur le thème :
« *Qu'est-ce qui fait traumatisme ?* »
Édition disponible sur demande.

« **Les Jeudis du Pôle Rosa Luxemburg** » en 2015-2016 sur le thème :
« *Actualité des psychoses dans les institutions sociales* »

« **Les Jeudis du Pôle Rosa Luxemburg** » en 2016-2017 sur le thème :
« *Les trois métiers impossibles* ».

Vous trouverez les éditions des séminaires, sur demande :

- Pour les éditions imprimées :
Association Lacanienne Internationale
25, rue de Lille
75007 Paris
Tél : 01 42 60 14 43
secretariat@freud-lacan.com

- Pour les éditions numériques sur le site de l'AMC PSY : amcpsy.com

L'AMC PSY a souhaité réaliser, avec l'accord des participants et des intervenants, un support permettant à chacun de reprendre le trajet parcouru lors de ce séminaire.

L'AMC PSY remercie l'ensemble des intervenants et participants, et surtout ceux qui par leur travail ont permis la réalisation de ces retranscriptions, contribuant ainsi à la création de ce document.

« Actualité des psychoses dans les institutions sociales. »

Au CHRS « Le relais des carrières »
71, rue du château des Rentiers 75013 Paris

- Le 8 octobre 2015 : Introduction au séminaire :
Louis SCIARA
- Le 12 novembre 2015 : « Peut-on dire que c'est la société qui rend fou ? » :
Bernard VANDERMERSCH
- Le 10 décembre 2015 : « Dépression, mélancolie, manie : repérage et incidence dans l'élaboration des projets de soin et de ré-insertion » :
Danièle BRILLAUD
- Le 14 janvier 2016 : « Les folies mères-enfants » :
Angela JESUINO
- Le 11 février 2016 : « À propos des dérives psychotiques du post-traumatique de l'exil forcé » :
Omar GUERRERO
- Le 10 mars 2016 : « De la folie des addictions aux addictions dans la folie » :
Thierry ROTH
- Le 14 avril 2016 : « Sur quoi fonder nos réponses sur les mises en acte de certains résidents en institution ? » :
Alain BELLET
- Le 12 mai 2016 : « Travail de la psychose/travail social » :
Pascale MOINS
- Le 9 juin 2016 : « Déficitaires ou créateurs ? » :
Jeanne WILTORD

Sommaire

L'actualité des psychoses dans les institutions sociales Claude Chevrier, Directeur du Pôle Rosa Luxemburg	p. 6
Introduction au séminaire D ^r Louis SCIARA, psychiatre, psychanalyste	p. 8
Peut-on dire que c'est la société qui rend fou ? D ^r Bernard VANDERMERSCH, psychiatre, psychanalyste	p. 53
Dépression, mélancolie, manie D ^r Danièle BRILLAUD, psychiatre, psychanalyste	p. 111
Les folies mères-enfants Angela JESUINO, psychologue, psychanalyste	p. 132
À propos des dérives psychotiques du post-traumatique de l'exil forcé Omar GUERRERO, psychologue, psychanalyste	p. 145
De la folie des addictions aux addictions dans la folie Thierry ROTH, psychologue, psychanalyste	p. 163
Sur quoi fonder nos réponses sur les mises en actes de certains résidents en institution ? Alain BELLET, psychologue, psychanalyste	p. 191
Travail de la psychose/travail social D ^r Pascale MOINS, psychiatre, psychanalyste	p. 213
Déficitaires ou créateurs ? D ^r Jeanne WILTORD, psychiatre, psychanalyste	p. 237
Présentation du séminaire 2016-2017 D ^r Pascale BELOT-FOURCADE, psychiatre, psychanalyste	p. 257

L'actualité des psychoses dans les institutions sociales

- Présence et repérage dans les lieux d'exclusion sociale.
- Prise en compte des modalités du transfert dans les institutions d'accueil.

Les sujets psychotiques, dits « handicapés mentaux », ont largement débordé dans les champs de la psychiatrie. En grande souffrance d'insertion sociale et relationnelle, ils se retrouvent un peu partout dans le champ traditionnel du travail social. En IME, en ITEP, en MECS, en CHRS, ou les divers services sociaux pour les adultes, la question de l'accueil et du traitement du « fou » dans sa différence et son droit à occuper, comme citoyen et comme sujet, une place dans la société, se pose de façon cruciale. Les professionnels du champ social, habitués à d'autres populations, sont souvent bouleversés dans leurs savoirs et leur savoir-faire. Il s'agit donc d'appréhender aujourd'hui, sous l'éclairage de la psychanalyse, dans quel monde vit un psychotique. Quelle est la logique interne à la psychose ? Comment aborder et accompagner les sujets qui en souffrent, dans une relation transférentielle souvent complexe ? Comment ouvrir des espaces de médiations socio-éducatives, en concertation avec les services de psychiatrie, qui prennent en compte l'accompagnement d'un sujet dans toute sa singularité ?

Claude Chevrier

Actualité des psychoses dans les institutions sociales

Introduction

Louis Sciara

8 octobre 2015

Introduction par Claude Chevrier

Tout d'abord, bienvenus au Pôle Rosa Luxembourg. Je le rappelle, le Pôle Rosa Luxembourg, c'est la réunion de quatre centres d'hébergement : La Poterne des Peupliers, Le Relais des Carrières (l'endroit où nous sommes aujourd'hui), Baudricourt, et puis un autre établissement qui se trouve à Thiais. Ce dernier est un établissement innovant puisqu'il accueille des personnes qui ont plus de cinquante ans, issues de la grande exclusion, et que l'on a nommé « foyer d'accueil spécialisé ».

Ce séminaire du Pôle en est à sa 5^e édition. Un programme riche nous attend cette année, pour ceux qui ont envie de nous suivre avec assiduité, puisque nous allons travailler la question des psychoses. Chaque année nous choisissons un thème, une thématique, et cette thématique nous la choisissons avec Pascale Belot-Fourcade, que je vous présente. Elle est responsable de l'AMC PSY, elle pilote cette formation. Je le rappelle, cette formation est ouverte à toutes et à tous, et nous sommes très heureux d'accueillir des personnes qui viennent d'autres établissements. C'est un enrichissement, puisque le principe même de cette intervention est fixé ainsi : deux heures d'intervention théorique et une heure de débat. Dans le cadre de ce débat, libre à vous d'amener une situation et tout le monde pourra en parler.

Aujourd'hui, nous avons le plaisir d'accueillir Louis Sciara. Ce n'est pas la première fois qu'il vient, il commence à être un ancien de ces séminaires. Il va introduire cette question des psychoses. Nous avons souhaité travailler cette thématique car dans notre quotidien, dans nos pratiques, nous rencontrons de plus en plus de personnes structurées sur un mode psychotique. Nous ne sommes pas véritablement outillés, habitués à suivre ces populations dans le domaine social, or cela suppose un certain nombre de connaissances. C'est pour cela que nous avons souhaité aborder cette thématique. Le D^r Sciara va

pouvoir introduire ce sujet. Je le rappelle, Louis Sciara est non seulement psychiatre, mais aussi psychanalyste.

Docteur Belot-Fourcade, un petit mot ?

Pascale Belot-Fourcade : Oui, merci. L'AMC PSY a toujours travaillé sur le plan clinique dans les champs de l'exclusion et de la précarité. Il y a bien sûr un parallélisme entre le délitement du lien social et la dégradation de la vie psychique. C'est une chose dont vous vous apercevez toujours, vous êtes au premier rang pour accueillir ce que l'on appelle le symptôme social. C'est pour cela que nous avons traité les questions du corps, de la dépression, des toxicomanies, tous ces symptômes qui sont tout à fait envahissants. Cette année, c'est donc la question de la psychose. Il y avait dans le passé des asiles où étaient accueillies et soignées des personnes qui avaient du mal à être inscrites dans le lien social. À l'heure actuelle, ces asiles ont disparu et ce sont souvent la rue et les institutions d'accueil social qui sont devenues les lieux d'accueil de ceux que l'on appelle les psychotiques. Vous êtes devant quelque chose qui est très difficile à saisir, parce que la psychose, comme l'a dit très justement M. Chevrier dans cette introduction au séminaire, concerne des personnes qui fonctionnent de façon très particulière. Le travail relationnel avec ces sujets demande de la réflexion pour essayer de les aider. Notre bienveillance, notre sympathie, notre engouement ne sont pas suffisants. Il faut donc se former pour mieux prendre en compte leurs spécificités et mieux comprendre les questions qu'ils soulèvent.

Nous allons essayer de faire quelque chose d'un peu raisonné et plutôt large dans l'abord de ces sujets, pas forcément sur un mode direct, tout ceci pour mieux cerner cette question de la psychose, pour ne pas dire des psychoses. C'est un travail de maillage, de compréhension et il est important de pouvoir venir régulièrement pour l'entendre.

Louis Sciara : Bonjour. Ce n'est pas la première fois que je viens ici, en ces lieux. J'étais venu aussi à Montparnasse. Ce qui me semble intéressant, à la lecture du programme de ce séminaire, c'est que chacun des intervenants a le souci de l'institution, pour ainsi dire de l'ancrage institutionnel, à partir d'une expérience professionnelle. Aucun(e) n'exerce seulement en pratique libérale. Les intervenants sont essentiellement des psychologues et des psychiatres, tous psychanalystes. Nous avons tous l'expérience clinique nécessaire pour pouvoir entendre les difficultés transférentielles que suscitent les patients psychotiques, chacun dans sa singularité, pour leur suivi, leur prise en charge. Nous nous questionnons aussi sur le travail qui se fait pour ces pa-

tients dans les institutions sociales, puisqu'elles prennent bien souvent désormais le relais des institutions psychiatriques. Je fais aussi partie des cliniciens qui considèrent qu'il est fondamental de lier les questions de subjectivités individuelles et les questions sociales, plus larges, car les discours qui circulent dans l'actualité, le contemporain du social, déterminent évidemment un certain nombre de choses à l'échelle des subjectivités individuelles. Nul n'échappe au Réel de son temps.

Évoquer la clinique des psychoses est une affaire bien délicate. Qui plus est, j'ai la charge de faire l'introduction d'un programme de séminaire aussi riche et à multiples entrées. Il est significatif qu'il se termine par le thème de la pente déficitaire ou créative propre à telle ou telle forme de psychose. Car il ne faut pas seulement envisager les aspects négatifs de l'évolution de ces patients. Il existe en effet des potentialités insoupçonnées pour nombre de ces personnes. Vous devez avoir à l'esprit que les personnes dont vous avez la charge en CHRS sont des personnes qui ont de grandes difficultés, mais que chacune est singulière. Il ne faut pas s'arrêter à une étiquette diagnostique, même si le diagnostic d'une structure clinique a toujours son importance, ne serait-ce que dans la façon d'entendre la singularité de leurs demandes, la souffrance particulière qui concerne chacune des personnes.

D'autre part, il ne faut pas oublier que le travail en institution est un travail collectif qui noue le travail de différents intervenants, et que chaque institution a une vocation particulière, une mission particulière. Pour des usagers qui posent problème, notamment des sujets psychotiques, vous ne devez jamais perdre de vue tout l'intérêt qu'il y a à se parler, à se concerter. D'où des temps institutionnels comme les réunions de synthèse, nécessaires à la réflexion individuelle et collective, puisqu'effectivement, pour ces « usagers » il y a des choses qui peuvent désarçonner dans le quotidien, dans la pratique. Mon travail d'aujourd'hui va consister à préciser certains repères cliniques et transférentiels, pour vous aider à mieux travailler avec eux, tout en suivant le thème de « l'actualité des psychoses dans les institutions sociales ». L'intérêt de cette transmission est de pouvoir plus aisément reconnaître la nature de leurs difficultés. Il me semble important de vous apporter un certain nombre d'éclairages, pour susciter des questions à partir de vos expériences avec ces « usagers ». De toute façon, cette formation me semble indispensable, car vous êtes amenés à rencontrer ces personnes en très grande difficulté. Vous ne pouvez pas faire autrement que de vous positionner le mieux possible dans votre travail, dans l'intérêt que vous avez de votre travail, dans l'investissement que vous avez de votre travail. Vous y engagez inévitablement, chacun de vous, votre responsabilité, et vous contribuez aussi au destin de ces sujets, au moins

pour les aider à essayer de trouver un cheminement moins funeste qu'il n'y paraît, puisqu'ils se retrouvent dans vos établissements, en situation sociale pour le moins précaire, et qu'ils sont susceptibles de trouver d'autres issues dans leur vie. Le fait d'être porteur d'un diagnostic de psychose ne préjuge pas du destin individuel. Il y a beaucoup de gens qui ont des structures psychotiques qui vivent bien leur vie, parfois beaucoup mieux que des névrosés gravissimes, auxquels vous avez affaire dans les CHRS. Si j'en juge par ma propre expérience quand j'étais médecin de secteur psychiatrique à Nanterre, j'ai eu affaire à des patients très mal en point, non psychotiques, d'ailleurs faussement diagnostiqués « psychotiques » par erreur, à trop se fonder sur leur dégradation psychique, leur déchéance sociale. Toutes ces déchéances brouillaient les cartes du diagnostic. J'ai rencontré des sujets névrosés, si mal en point qu'ils s'enfonçaient dans des impasses, sans retour, en situation d'échec telle qu'ils se retrouvaient sans domicile fixe. Certains, les cas favorables, se retrouvaient ensuite, une fois pris en charge, en CHRS. Quoi qu'il en soit, des sujets psychotiques, des sujets névrosés très malades, peuplent les CHRS et vous avez comme fonction d'essayer de les accompagner, pendant un temps de leur vie, pour les remettre sur des rails, afin qu'ils retrouvent un maximum de leurs possibilités, les moyens psychiques et ceux matériels de trouver un ancrage plus solide dans la société. Enfin... quand vous y parvenez.

Je voudrais rappeler aussi toute l'importance dans une institution, aussi bien sociale comme la vôtre, d'avoir à différencier les fonctions de chacun des professionnels. Or cette confusion des places et des fonctions tend à s'accroître. Elle est même, d'une certaine façon, favorisée par l'évolution du lien social, au titre de l'égalité des droits pour tout usager. Je veux signifier en disant cela qu'il y a comme une confusion qui s'étend. Dirigeants politiques, référents administratifs, responsables d'institution, travailleurs sociaux, et même parfois des cliniciens, tendent à une conception qui édulcore, « normalise », suppose des normes psychiques communes à tout citoyen et même des solutions homogènes, au titre justifié d'une égalité des droits, mais en omettant les spécificités psychopathologiques propres aux diverses structures cliniques, notamment pour les sujets psychotiques. Ce n'est pas sans conséquences, car une telle homogénéisation de la psyché humaine et de la perception de la maladie mentale, au titre de la citoyenneté de tous les sujets, engendre une conception des soins, du traitement des « usagers », suivant un même modèle. Celui qui a justement le vent en poupe actuellement est le comportementalisme : on attache une importance majeure aux conduites, aux comportements. On dénie la dimension de la parole, l'assujettissement des humains aux lois du langage. Ce qui fait qu'on « oublie » qu'on ne peut traiter, soigner,

les personnes toutes de la même façon. Les personnes qui ont une psychose, qui ont une structure psychotique, du fait d'un défaut de symbolisation dans leur rapport à la parole et au langage, n'obéissent pas à la même logique inconsciente que les personnes dites normales, qualifiées usuellement de névrosées. Ils n'ont pas le même rapport à leur corps, à leurs semblables et, plus globalement, à ce qui conditionne le lien social. Cela pose un vrai problème. À ne se préoccuper que de leur faire bénéficier des mêmes droits que ceux du citoyen « normal », on passe à côté d'un juste repérage de leurs difficultés psychiques. Cela engendre un mouvement, une dynamique que je trouve de plus en plus prégnante dans les institutions, à savoir que cela vient gommer leurs spécificités psychiques. Cette tendance ne fait que se renforcer quand on ne raisonne plus qu'en termes d'usagers, d'acteurs du social ou du soin. Or dans un contexte d'exigences budgétaires renforcées, de traitement des institutions sociales dans le registre de la logique d'entreprise, je vous laisse deviner les conséquences.

Les questions de formation, telle celle que propose l'AMC PSY, viennent en quelque sorte répondre à ces difficultés, tout en prenant la mesure des conceptions néolibérales, bien dans l'air du temps, dans lesquelles les professionnels des institutions sanitaires, médico-sociales et sociales sont immergés. Or dans notre travail – je dis « notre » parce que les travailleurs sociaux, les cliniciens, ont affaire à des humains, à des humains avec leurs particularités –, ce n'est pas toujours facile à la fois d'entendre les logiques économiques de nos gestionnaires d'institution et de veiller à travailler dans la différence de nos professions : psychologue, psychiatre, éducateur, assistante sociale, directeur d'établissement. Il faut donc institutionnellement faire preuve d'un certain discernement, savoir qu'on a à se débrouiller avec des discours différents, sans omettre qu'il peut être délétère de s'imaginer qu'un seul discours puisse valoir pour tout le monde. Or je le répète, cette dérive contemporaine se retrouve de nos jours dans nombre d'institutions médicales, médico-sociales, sociales. C'est le danger actuel, au titre de la citoyenneté – je ne discrédite pas la citoyenneté – que de traiter les subjectivités individuelles comme si elles étaient toutes les mêmes. C'est pourquoi les sujets psychotiques sont si enseignants. Il faut entendre et prendre la mesure de leurs spécificités.

Voilà ce que je voulais dire, en quelques mots, en préambule.

Je vais évoquer quelques points qui me paraissent essentiels. Le premier, Pascale l'a déjà fait remarquer, c'est qu'effectivement nous en sommes arrivés à une situation tout à fait particulière – c'est un glissement qui s'opère depuis trente ans – à savoir que les institutions médicales, soignantes,

psychiatriques, sont de plus en plus amenées à travailler différemment, obéissant à une logique et une organisation différentes, plus soucieuses d'une certaine « rentabilité », ce qui traduit aussi les évolutions sociétales. Ce sont les institutions médico-sociales et sociales qui « récupèrent » maintenant un certain nombre de sujets qui n'arrivent pas à se mettre sur les rails usuels aux personnes « normales ». Parmi ces sujets, il y a évidemment des personnes qui ont des problèmes psychiatriques avérés. Et ce pourcentage n'est pas petit, il est élevé. Aujourd'hui, je suis médecin directeur d'un CMPP à Villeneuve-Saint-Georges, donc je travaille avec les enfants et les adolescents. Il m'arrive de me dire, pour certains jeunes sujets, qu'ils pourraient avoir un destin proche de ces adultes qui vivent en CHRS ; les choses se surdéterminent dès la prime enfance, surtout quand la cellule familiale est gravement en défaut. Quand même, il y a la jeunesse qui suscite toujours l'espoir d'un avenir meilleur pour certains enfants soignés, pris en charge. Parmi ces jeunes gens en difficulté, certains présentent une psychose. Elle peut être larvée, avérée, contenue socialement, notamment à l'école. Pour d'autres, il apparaît la nécessité de pouvoir intégrer très jeune un établissement, tel un hôpital de jour, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ou encore, dans le champ du médico-social, un institut médicalisé... Tout ceci est conjugué au maintien de la scolarité quand il reste possible, y compris en l'aménageant dans des classes qui relèvent d'un statut de handicap octroyé par la MDPH (Maison Départementale des personnes présentant un handicap). Quoi qu'il en soit, dans le cadre d'une institution comme la vôtre, il est important de vous sensibiliser aux problèmes cliniques inhérents aux processus psychotiques. De même que les praticiens de la psyché ont à prendre la mesure du retentissement des problèmes sociaux sur les subjectivités individuelles. C'est un point extrêmement important à souligner, à une époque de l'hégémonie croissante de ladite santé mentale au détriment de la psychiatrie (qui s'inféode de plus en plus à la santé mentale). Le problème est d'éviter de diluer la spécificité de la psychiatrie dans le champ du social, car c'est ce qui conduit à « déspécifier » les métiers, les fonctions de chacun, psychiatre, psychologue, psychanalyste, éducateur spécialisé, assistant de service social. Pour cela, la lecture psychanalytique, entre autres, dans le champ des psychoses est fort utile.

Je vais maintenant vous rappeler les trois courants essentiels de conception des maladies psychiatriques. La clinique des psychoses constitue un pan psychopathologique majeur. Il donne lieu, selon les courants, à des interprétations différentes.

- Le courant de l'organogenèse, c'est celui qui suppose une causalité orga-

nique, somatique, cérébrale, biologique à toute maladie mentale.

- Le courant de la sociogenèse selon lequel c'est la société, la famille, qui détermine les troubles psychiatriques individuels.

- Le troisième courant est celui qui fait prévaloir la causalité psychique comme induisant le trouble psychiatrique. Pourtant, Lacan a pu dire de la psychanalyse que son secret réside dans le fait qu'il n'y a pas à proprement parler de psychogenèse !

La psychanalyse fait néanmoins usuellement partie de ce troisième courant. Sauf que les psychanalystes ont toujours considéré que nous sommes des êtres de langage et que le langage concerne aussi bien le corps de l'individu que les discours qui conditionnent leurs liens sociaux, que tous ces éléments ne sont pas dissociables.

Actuellement, l'heure est au démenti de l'ancrage des vraies folies (les psychoses) dans le langage. Si bien qu'on a affaire soit à une logique purement organiciste, biologique (il y a une cause qui n'a pas été trouvée dans le cerveau, mais qui pourrait bien être dévoilée grâce à l'imagerie cérébrale ; il s'agit alors de trouver le mécanisme en jeu, et surtout de le réparer par la bonne molécule, à la bonne posologie, comme si le médicament suffisait en soi. Je ne suis pas contre la prescription des médicaments, notamment dans les cas de psychoses, mais je ne puis me contenter d'une simplification), soit on considère que la causalité est sociale, voire sociétale. On met de moins en moins l'accent sur la logique psychique, propre à chaque individu. Ce dernier a beau s'ancrer dans une société, une culture, à une période historique donnée, il relève malgré tout de processus inconscients, puisque nous sommes des êtres de langage et que le langage est la condition de l'inconscient.

Dans le cas des patients psychotiques, il est très important de prendre la mesure de ces diverses conceptions. On peut aisément se fourvoyer en imaginant que ces patients partagent la même réalité psychique que chacun. On leur suppose une « normalité partagée », celle où les sujets raisonnent de la même façon, se déplacent dans le temps de la même façon, ont la même idée de leur lieu psychique, de l'espace et de la temporalité. Or il n'en est rien. Ils nous enseignent plutôt que leur ancrage symbolique n'est pas en place ou perpétuellement chancelant. Il s'avère que pour eux, quelque chose n'a pu opérer, à savoir qu'ils n'ont pas le même ancrage que les névrosés. En tout cas, ces notions sont déniées ou refoulées. Elles passent malheureusement aux oubliettes actuellement. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas traiter ces sujets avec les mêmes droits, mais il faut insister sur les conséquences que cela engendre de les traiter à l'identique. Par exemple, on se préoccupe

actuellement davantage de la sécurité collective plus que des soins, ou encore on ne veut pas léser le citoyen « moyen » – afin qu’il ne soit pas abusé dans ses droits, qu’il ne soit pas abusivement hospitalisé en psychiatrie. Ainsi, on ne veut plus envisager des droits spécifiques, comme à une autre époque, pour des personnes qui seraient certes des citoyens, mais qui seraient soumises à une logique (quand il s’agit de cas de folies très avancées) qui n’est pas la même, ce qui fait qu’elles ne relèvent plus de mesures juridiques et thérapeutiques différentes de celles prises pour tout autre citoyen. Actuellement, raisonner ainsi n’est plus politiquement correct. Ce qui ne veut pas dire que les pouvoirs publics ne peuvent plus en être conscients. Mais il y aurait des mesures à prendre pour améliorer leurs soins, ce qui est estimé comme ayant un coût financier trop important. Beaucoup de personnes psychotiques se retrouvent ainsi dans des CHRS, à défaut d’établissements sanitaires en quantité suffisante. Le démantèlement des secteurs psychiatriques va dans le même sens. Les structures psychiatriques ne peuvent plus suivre, il faut bien alors des relais dans le social et le médico-social.

Je travaille dans une association où je suis responsable du conseil médical, donc pas uniquement d’un CMPP. Il y a des structures pour des adultes, entre autres des foyers d’accueil médicalisés. Les FAM prennent en charge des patients psychotiques sortis de l’hôpital. Ils restent en lien avec l’équipe soignante des secteurs psychiatriques. C’est un travail différent de celui en CHRS, mais les « usagers » qui fréquentent ces deux types d’institutions sont assez proches et il y a nombre de personnes psychotiques. Dans chacune de ces institutions se pose la question du travail des éducateurs confrontés à des sujets à la problématique complexe, pour ne pas dire aux pathologies avérées et lourdes. Il vaut mieux y être formé, pour mieux se repérer, se situer dans la relation avec elles. Il faut apprendre à demander conseil et pouvoir s’appuyer sur un travail de supervision, quand il est mis en place dans l’institution. Tout ceci sous-entend un travail d’équipe à l’intérieur de l’institution, une remise en cause de son fonctionnement, un repérage permanent de ses limites. C’est d’autant plus nécessaire avec des patients psychotiques dont la particularité est de nous interroger sur nos propres limites, sur nos propres conceptions, sur notre savoir-faire dans le soin, dans l’accompagnement.

Je ne sais pas si je suis clair...

Mon souci, et je pense que c’est le souci des cliniciens, celui de la plupart des travailleurs sociaux, c’est de veiller à s’occuper de la personne, de la traiter dans sa singularité et avec humanité. Malheureusement, ce que je perçois dans toutes les institutions, je ne parle pas spécifiquement des CHRS, c’est un souci prioritaire de régulation gestionnaire, parce que les budgets sont à

la baisse. En retour se dessinent les exigences marquées de l'accréditation de méthodes qui seraient prouvées scientifiquement, de méthodes systématisées, pour ne pas dire de recettes toutes prêtes pour traiter des patients ou, selon l'institution, des usagers. Je peux vous dire une chose. On a beau multiplier les méthodes, former les professionnels à des méthodes, viser aussi à améliorer l'organisation d'une institution, il n'y a pas de miracle ! Il y a toujours quelque chose qui reste en défaut. Chaque professionnel va attraper les choses à sa façon, se référer à telle ou telle formation, se débrouiller selon sa fonction, mais jamais on ne pourra gommer la complexité des problèmes individuels. Le risque, à force de chercher à uniformiser les pratiques, est d'étioler toute créativité et de traiter chaque sujet sans tenir compte de sa singularité. Nous touchons là au Réel, à ce qui nous échappe, aux limites. C'est faire croire n'importe quoi que d'imaginer que l'on peut arriver au bout du bout de la vérité, en prônant une norme du bien faire ou du bien dire qui permettrait d'avoir la meilleure façon de faire, car chaque façon de procéder est à moduler en fonction de chaque personne, de sa structure clinique, du transfert qui s'est mis en place avec chacune.

J'en viens à l'intitulé de ce séminaire : « Actualité des psychoses dans les institutions sociales »... Dans quelle mesure peut-on parler d'une actualité ? Ce qui est intéressant, c'est que l'on est obligé, dans notre clinique, d'évoquer le mot d'actualité, comme si la plupart des cliniciens étaient pris dans l'idée que nous avons affaire à de nouvelles formes de pathologies, de nouvelles formes de lien social ou, à l'inverse, à une certaine uniformisation des liens sociaux, qui font que l'on a beau être dans une démocratie qui se veut prôner la qualité, la responsabilité, le respect de l'autre, on voit à l'inverse se démultiplier des disparités subjectives, non sans lien avec les difficultés socio-économiques propres à l'époque. Or chaque époque draine son type de malaise, chaque époque draine son actualité. Ce qui fait que quand on évoque l'actualité, ce n'est pas sans lien avec le malaise social ambiant et les discours qui en témoignent. Ainsi, il y a à s'interroger sur les incidences cliniques des directives actuelles qui circulent dans les institutions. Elles contribuent à façonner le travail des cliniciens ou des travailleurs sociaux.

Est-ce que cette actualité est particulière à la clinique des psychoses ? La question que cela soulève est simple : Y a-t-il de nouvelles modalités, dans les psychoses, qui sont engendrées par la modernité, la mutation dans les liens sociaux, les transformations juridiques sur le droit aux soins, le droit des usagers... ? Est-ce qu'il y a de nouvelles modalités, ou est-ce que c'est un leurre ? Est-ce qu'on a affaire à de nouveaux phénomènes ? Est-ce que les

structures, les logiques mêmes de ces structures cliniques, ont fondamentalement changé, sont en train de changer ?

Viennent s'ajouter à cela les conceptions déjà évoquées sur la causalité des psychoses. Elles sont diverses, mais influencées par les avancées scientifiques de notre époque, les évolutions démocratiques, l'impact du néolibéralisme. Il y a les cliniciens, de plus en plus nombreux, happés par la biologie, par l'organogenèse, ceux qui sont plus dans la sociogenèse, et ceux qui sont happés par la psychanalyse, même si elle a de plus en plus mauvaise presse. Je crois qu'il faut savoir discuter avec des gens qui ont des conceptions très différentes, même si on se heurte rapidement à des limites. Dans une équipe, dans une synthèse, il faut être capable de discuter. Cela mène parfois à des impasses, mais cela peut aider à ce que les gens puissent, avec des mots différents, réfléchir à des situations où les choses se recoupent et sont finalement assez proches.

Les conceptions des cliniciens sur les psychoses ont évolué. On a affaire à une clinique devenue mondialisée, celle qui repose sur le DSM. Elle est plus proche d'un repérage des signes, mais pas de signes cliniques pris dans une globalité. C'est une clinique de plus en plus « saucissonnée », hachée, fragmentée, à l'image du ségrégationnisme social. Malgré tout, il y a des phénomènes nouveaux concernant les patients psychotiques.

Thierry Roth va parler des addictions. Vous savez qu'il y a des mots qui sont très à la mode. Bipolarité, addiction... Pour la pédopsychiatrie, c'est l'hyperactivité (TDAH), devenue plutôt trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité, ce sont les autismes (on en diagnostique de plus en plus, cependant qu'on parle de moins en moins de psychotiques), les « dys » : lexie, praxie, orthographe... Voilà. Il y a quelque chose qui traduit de nouvelles conceptions. Malgré tout, concernant les addictions, il est vrai que l'on est dans une société où il y a de plus en plus de recours, vu le malaise social, aux drogues, toxiques en général, l'alcool entre autres. Il est vrai qu'un certain nombre de patients psychotiques peuvent décompenser leur psychose au moment d'une prise de drogue, mais la drogue, ou la prise de drogue, à condition qu'elle soit relativement modérée, peut aussi être une espèce de tampon qui sert de pare-angoisse pour que ces mêmes sujets, soumis à des hallucinations et/ou à une activité délirante, puissent tenir socialement, malgré les angoisses qui en résultent.

Ce qui est intéressant, c'est aussi d'entendre l'impact majeur et exponentiel du numérique, de son utilisation, sur les subjectivités individuelles. Ce n'est pas sans induire un ordinaire de la logique binaire qui peut épouser la clinique de certaines formes de psychoses, tout en les « normant », en les protégeant

en retour dans le lien social, pouvant masquer leurs difficultés, en les banalisant en quelque sorte.

Mais vous, évidemment, dans les CHRS, vous n'avez pas affaire à des gens qui sont dans une psychose relativement tolérée dans le lien social, ou qui se débrouillent avec, vous avez affaire à des gens qui ont déjà passé un cap, qui ont subi une certaine dégringolade subjective en plongeant dans la précarité sociale. Ce sont des « usagers » qui pâtissent le plus souvent de la décompensation avérée de leur psychose.

Soit dit en passant, dans les nouvelles modalités de psychoses, ce qui est intéressant c'est qu'au fond, on est aussi dans un moment de démocratisation. Quand je parle de démocratisation, je fais toujours allusion au fait que l'égalité ce n'est pas l'égalitarisme, et la pente actuelle va plutôt du côté de l'égalitarisme, au sens absolu, c'est-à-dire ne plus reconnaître de différences. L'égalité c'est autre chose, j'y tiens : c'est un principe essentiel. C'est un pilier républicain essentiel.

Par ailleurs, on sait aussi que les psychotiques ont des difficultés majeures concernant leur identité, sexuelle et sexuée, à des degrés divers, selon les cas. Avec le démocratisation présent, il y a quelque chose pourtant qui permet une certaine tolérance par rapport à une symptomatologie qui aurait pu être tout à fait dommageable à d'autres époques, et beaucoup moins tolérée. Le fait, par exemple, qu'il existe depuis un certain temps – je prends cet exemple parce que c'est une caricature – des associations de transsexuels (je ne veux pas dire que les transsexuels sont tous des psychotiques, mais il y a une partie des transsexuels dont je peux vous dire cliniquement qu'il s'agit bien de cas de psychoses) : le fait d'être dans un cadre associatif est quelque chose qui peut les protéger relativement, puisqu'ils sont portés par d'autres, et ça fait lien social, ça fait rapport à l'autre, sur un mode justement égalitariste ou symétrique, ou encore en miroir avec un supposé semblable, appelons ça comme on veut, cela leur permet de se sustenter, de s'affilier aux autres, de coller à l'image de semblables. Ces représentations imaginaires confèrent à ces sujets une assise imaginaire et même une légitimité sociale, au titre d'une reconnaissance qui les inscrit dans l'égalité citoyenne et leur donne la possibilité de faire valoir leurs droits et leurs spécificités. Donc, c'est un versant intéressant et fondamental de la clinique des psychoses qui trouve une légitimité certaine dans le lien social. Pourtant, lorsque l'on prend les choses de plus près cliniquement, on sait aussi les ravages du transsexualisme, les opérations – je passe là-dessus – et les décompensations qui en résultent. Parce qu'une fois que l'on a opéré quelqu'un, il est fréquent qu'il ne vive plus de sexualité et, surtout, que des décompensations dépressives et des idées suici-

daïres puissent émerger. Enfin, tout ceci n'est pas trop mis en avant...

Et puis, il y a la question importante de la créativité, car beaucoup de femmes et d'hommes psychotiques peuvent avoir une activité créative, et effectivement, dans les institutions sociales, les ateliers d'art-thérapie, les possibilités d'en passer, dans le transfert, par d'autres biais que la parole, sont aussi des leviers thérapeutiques, des modalités pour créer du lien social, mais aussi pour les « narcissiser ». Tous ces procédés peuvent favoriser la création de suppléances aux avatars du Symbolique. Il y a beaucoup d'artistes qui sont psychotiques, mais aussi des mathématiciens, des psychiatres, des travailleurs sociaux (rires), mais qui n'ont pas forcément besoin de vivre en institution, a priori, je vous rassure !

Dans les CHRS, à en juger par mon expérience, à l'instar des patients en hôpital de jour, les tableaux cliniques témoignent des grands ravages induits par leur psychose. Pascale, c'est toi qui me fais penser à dire un mot sur la question de l'errance, celle de l'errance subjective. J'en ai déjà beaucoup parlé, j'ai écrit à ce sujet... L'errance, c'est la question du sujet qui n'a pas de lieu psychique, c'est-à-dire de lieu qui lui soit propre, de lieu d'où il peut parler, d'où il reconnaît que c'est sa parole, d'où il ancre son identité subjective. Parmi les errants, nombre d'entre eux sont psychotiques. Ils n'ont jamais pu inscrire le lieu de leur subjectivité en raison de leur psychose. Combien de délirants, d'hallucinés, errent et font partie de cette population d'exclus du lien social... Quand un *parlêtre* n'a jamais pu se constituer son lieu psychique, il est d'autant plus enclin à déambuler, à se tromper de chemin – ces deux acceptions sont inscrites dans l'étymologie de l'errance. Ce sont des patients qui ne savent pas d'où ils partent et où ils vont. Leur errance peut les mener, évidemment, à être hospitalisés ou pris en charge par des travailleurs sociaux, au fil d'un travail d'accompagnement, ce qui ne sera pas sans faire appel, à un moment ou un autre, à une équipe « psy ».

L'autre aspect très important, c'est le versant de la déchéance. Ce n'est pas un très beau terme, mais il y a bien une pente à la « déchettisation » dans certaines formes de psychoses. C'est ce dont parle Marcel Czermak, mais aussi les aliénistes d'autrefois dans la mélancolie. Les mélancoliques sont des humains qui perdent l'aptitude à être affectés, durant l'accès mélancolique. Leur problématique les submerge, les rend suicidaires, au point de réclamer leur châtimeñt, leur bannissement et d'en appeler à les éliminer. Dans ce qu'il est convenu d'appeler le syndrome de Cotard, une forme extrême de mélancolie, ils déploient un délire de négations de leur corps, de leurs organes, des angoisses majeures, une conviction d'être condamnés à vivre à jamais

(immortalité)... Dans un tel tableau clinique, il y a une dysrégulation de leur rapport au corps et ils se déchetissent au point de ne plus boire, de ne plus se nourrir, de réclamer leur mort pour les délivrer de leur condamnation délirante à l'immortalité. Le risque suicidaire est maximal.

Vous avez, à l'inverse, des psychotiques paranoïaques qui tiennent très fort les choses, qui sont dans des revendications, qui passent d'une institution sociale à une autre et pour lesquels on sait que la marge de manœuvre est très compliquée. Il n'est pas rare, pourtant, qu'il y ait une inversion du tableau clinique et qu'ils versent dans un tableau mélancolique. J'ai eu affaire parfois à de tels cas lorsque je travaillais à l'hôpital de Nanterre où étaient accueillis des patients sans logis.

Et puis vous avez des sujets délirants chroniques avec lesquels il faut composer, pas pour leur dire « vous délirez complètement », mais pour utiliser, dans le transfert, dans la façon de travailler avec eux, leur propre conception délirante. Leur délire peut être plus ou moins étendu (il peut être partiel et non global), plus ou moins structuré. Il ne s'agit pas de tenter de « gommer » leur délire, mais éventuellement d'aider (médicament à l'appui) à mieux le supporter ou à en atténuer les effets. L'expérience prouve que lorsqu'un sujet délirant est confronté à une abrasion trop importante de son activité délirante, il peut aller très mal, déprimer, se mélancoliser, être saisi par des idées suicidaires, passer à l'acte. Il faut « apprendre » à composer dans le transfert avec la subjectivité de ces patients. Quand on a affaire à une personne psychotique, il faut savoir qu'un délire c'est une forme de création pour apprivoiser son rapport au monde, son rapport aux autres. Il s'agit de respecter cette sorte d'inventivité quand elle n'est pas trop nocive pour la personne elle-même et pour la collectivité dans l'institution où elle est accueillie. Malheureusement, dans les institutions psychiatriques, comme dans les autres institutions où sont reçus des patients psychotiques, on est de moins en moins sensible à prendre en compte la parole de ces patients, plus enclin à considérer qu'un délire, des hallucinations, n'a aucune valeur en soi, comme si ce qu'ils racontent ne relève d'aucune singularité. On ne tient plus compte, on ne respecte plus la valeur de la parole des patients. On n'accrédite plus leur parole. Cette tendance est fortement liée à l'expansion du biologisme et du comportementalisme.

Cliniciens et travailleurs sociaux doivent donc se montrer disponibles pour accréditer la parole de ces sujets. Même leurs paroles les plus délirantes, il faut les prendre en compte. L'intérêt c'est de voir que d'un entretien à l'autre, d'une séance à l'autre, il y a des choses qui peuvent évoluer. Il faut être capable d'entendre les petits décalages qui se font jour au fur et à mesure.

Avec des patients psychotiques, c'est une question de travail à long terme, ce n'est pas le *hic et nunc*, l'immédiateté qui doit prévaloir. Il n'y a pas de baguette magique qui permette de trouver une solution au fait que quelqu'un délire. Mais son délire peut évoluer, même si la racine de son délire reste la même.

Le principe éthique à tenir est, au-delà de la maladie psychiatrique propre à chaque sujet, la prise en compte et le respect de la singularité de son dire.

Que vous le vouliez ou non, vous êtes pris dans une relation transférentielle au cas par cas. La relation transférentielle n'est évidemment pas la même avec chacun. Dans les institutions psychiatriques ou dans les institutions sociales, telle personne va déposer des choses auprès de quelqu'un à un moment donné, qu'elle ne déposera pas auprès d'un ou d'une autre. Parfois, l'assistante sociale peut recueillir des éléments essentiels parce qu'une confiance s'est mise en place pour des raisons lambda, voire délirantes, et ça c'est lourd, ce n'est pas évident. Les travailleurs sociaux sont soumis à cela, comme les cliniciens. Il est donc essentiel d'avoir un recentrage par une lecture clinique qui permet de repérer ce qui se joue dans le transfert avec tel ou tel sujet. Dans des CHRS, vous êtes conduits, en tant que travailleurs sociaux, à vous débrouiller avec chaque « usager ». Chacun demande un savoir-faire, une écoute et puis une disposition à ne pas se braquer parce qu'on entend quelque chose de délirant, tout en se demandant comment faire quand quelqu'un, par exemple, vous inclut dans son délire. Vous pouvez devenir le persécuteur ou bien l'objet aimé par excellence. Comment faire pour parvenir à travailler avec la personne ? En cohérence avec le travail de l'équipe ? Avec les exigences de l'institution ? Dans le cadre de votre fonction ? Alors ça, c'est le plus difficile ! Vous pouvez vous référer à telle ou telle théorie, méthode, au comportementalisme, au cognitivisme, à la psychanalyse, etc. Cela ne suffit pas ? Certes, il faut apprendre, se former... mais cela ne délivre pas tous les secrets du transfert. Évidemment, je suis psychanalyste. Elle influence ma pratique, mon exercice aussi de la psychiatrie. Mais, d'autres pys passent par d'autres biais, même si je me demande comment ils font avec la question du transfert. Par exemple, si on s'imagine que le transfert est réductible à un stimulus-réponse (c'est une caricature), on peut espérer qu'il y aurait toujours une bonne réponse à une parole, savoir à l'avance ce que l'on aurait à répondre ! Or la parole, la langue, ce sont les domaines de l'équivoque. Comme sujet humain, nous sommes des êtres de parole, cette dernière nous échappe alors que l'on croit la maîtriser. Nous sommes soumis à nos propres difficultés lorsque l'on répond telle ou telle chose à une personne, même si chacun

de nous – clinicien ou travailleur social – apprend à se taire, à parler autant que faire se peut à bon escient. Avec des sujets psychotiques, des sujets qui ont un autre rapport au langage que les névrosés, c'est d'autant plus ardu. Donc, il y a tout un travail en amont de formation pour parler des questions de psychoses, pour se former à mieux se situer dans son travail, pour mieux percevoir ce qui est praticable ou non... La règle commune est d'être angoissé, préoccupé ou embarrassé dans sa pratique avec telle ou telle personne.

Pascale Belot-Fourcade : Oui, enfin... on est même parfois, dans le transfert, envahi.

Louis Sciara : Tout à fait.

Pascale Belot-Fourcade : Parfois, quelqu'un qui vous transmet ce qu'il dit, c'est vital pour lui. Quand on est dans le souci de l'autre comme vous l'êtes, il faut savoir que, parfois, on vous confie quelque chose et qu'il faut prendre la mesure de ce qu'on vient de vous confier. Que ce soit dans la persécution ou dans l'amour, parfois c'est vital pour l'autre. C'est quand même ça qu'il faut pouvoir savoir. Le un par un, il se fait par ce transfert. C'est le cas par cas. On ne peut pas passer à l'autre comme ça, de façon un peu anonyme. On aurait tendance, dans les institutions sociales, à pouvoir passer dans l'anonymisation. Il faut savoir que quand quelque chose vous est dit (on a eu des cas particuliers qu'on a déjà traités), évidemment c'est un engagement. Il est là, l'engagement que l'on a dans notre métier. Ce que l'on reçoit, ce n'est pas pour rien !

Louis Sciara : Cela me fait penser à ces formulations qui sont proposées partout. Par exemple dans toutes les institutions on propose des remèdes, ou on essaie. L'intérêt des formations c'est que cela ouvre des questions. Mais il n'y a pas de remède miracle. Vous pouvez aller dans un séminaire sur l'« estime de soi » ou la « pleine conscience ». Cela existe désormais même dans les services de psychiatrie, en particulier pour des patients psychotiques. On a même des collègues qui écrivent des livres « tout public » qui se vendent très bien, qui flirtent parfaitement avec la demande sociale en délivrant des conseils à chacun. On les entend sur les ondes. Qu'est-ce que ça veut dire pour un patient psychotique, la pleine conscience ? De même pour un névrosé est-ce que cela existe ? Qu'est-ce que c'est qu'une formation sur l'estime de soi ? Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas réfléchir à la question, à celle du narcissisme. Mais comment faire pour que l'on ne s'emballe pas si facilement

autour d'une méthode qui aurait fait ses preuves, pour laquelle on entretient l'illusion qu'elle serait scientifique, alors qu'il n'en est rien ? Tout ceci ne permet pas d'éviter la confrontation avec les vraies difficultés : celles de se débrouiller au cas par cas, de réfléchir à sa fonction et à son travail dans une institution ? Comment peut-on en répondre et dans quelles limites ? Je reviens là-dessus parce que c'est vraiment essentiel.

Dans le maniement du transfert, quand on passe d'un mot à l'autre, il y a déjà un écart. Quand je m'adresse à vous je suis à une certaine place et vous à une autre place, tout en ne sachant pas vraiment à qui je parle. Malgré tout, dans l'énonciation de toute parole, prise dans un discours, en s'adressant à l'autre, la configuration est telle qu'il y a différenciation et disparité des places. Dans la question du transfert en général, quelqu'un parle à quelqu'un d'autre. Quand il parle il dit quelque chose à l'autre. En tant qu'émetteur d'une parole, il n'entend pas ce qu'il dit, ni ce qui en est entendu par l'autre. Quand on s'adresse à quelqu'un pour lui demander quelque chose, c'est ce qu'on appelle une demande. On va supposer que l'autre en sait quelque chose, qu'il peut y répondre. Dans l'expression d'une demande, il y a demande implicite d'autre chose au-delà de la demande formulée. Si un résident, Monsieur X, s'adresse à M. Chevrier, il va s'adresser au directeur et M. Chevrier est supposé lui répondre quelque chose de sa place de directeur. Ça, c'est à la racine même de la vie en institution, à savoir de tout transfert, de votre relation avec vos proches, mais aussi avec des gens spécialisés dans tel ou tel domaine. Avec des patients psychotiques, cette disparité n'est pas vraiment en place. Ces deux places de l'énonciateur et de l'autre ne sont pas bien différenciées. Le rapport à la langue et au langage n'est pas homogène à celui du névrosé qui, lui, aurait symbolisé un certain nombre de choses auxquelles les psychotiques n'ont pas accès. De façon doctrinale, je pourrais souligner que dans le cadre transférentiel, les psychotiques sont des *parlêtres* pour lesquels la fonction de sujet supposé savoir quand ils s'adressent à un autre n'est pas en place... si bien que cela peut conduire à des malentendus, à des dérivés délirantes. À certains moments, le psy, le travailleur social, l'autre à qui ils s'adressent, peuvent devenir des figures d'un savoir absolu à leur endroit, au point de devenir des « sachants » persécuteurs. À l'inverse, ils peuvent être investis d'un amour de transfert réel. Ceci pour vous indiquer que le transfert n'obéit pas à la même logique quand il s'agit de sujets névrosés, de sujets pervers ou psychotiques.

Je voulais également souligner la question du normal et du pathologique. Pour des psychanalystes, différencier le normal du pathologique mérite des

nuances. L'inconscient joue des tours à chacun. Un sujet névrosé peut agir de manière folle, dans des circonstances lambda, dans un contexte signifiant particulier. Le passage à l'acte meurtrier, par exemple, n'est pas l'apanage du psychotique. C'est comme cela qu'il y a des névrosés qui se retrouvent en prison. À l'inverse, un *parlêtre* psychotique peut être d'une normalité, d'un conformisme total avec ce qui lui est demandé et passer pour quelqu'un de tout à fait normal. C'est ce qu'on appelle la psychose ordinaire, ou la psychose blanche. On peut recevoir des personnes qui parlent apparemment normalement, sans tenir des propos délirants, mais sans qu'il y ait chez eux une demande, une adresse particulière. Ils ne râlent pas, alors que les névrosés, ces gens considérés comme « normaux », râlent toujours pour quelque chose ! Vous pouvez alors vous étonner qu'ils soient si contents, ou qu'ils acceptent leur sort avec tant de passivité.

Le terme de folie s'emploie pour toutes les structures (névrose, psychose et perversion). Mais les folies psychotiques ne sont pas des folies de névrosés, même si parfois, phénoménologiquement, cela peut être proche. Vous avez des gens qui ont des symptômes de dépersonnalisation. Tout à coup, ils ne savent plus où ils habitent, ils ont l'impression que leur corps leur échappe, etc. Cela peut se voir dans des états névrotiques graves, à des moments aigus, comme dans des cas de psychose, schizophrénies ou autres.

Les folies psychotiques se caractérisent par une sémiologie caractéristique. La première chose à retenir, c'est qu'effectivement le sujet « normal » (celui qu'on appelle névrosé, au sens freudien) est un être de parole, et sa parole, c'est ce qui lui permet de savoir, d'avoir une idée (quand elle est symbolisée évidemment) de son rapport au monde, aux autres, à sa vie, à la vie en général. Quand quelque chose n'est pas en place de ce côté-là, il commence à y avoir des difficultés. On n'est pas arrimé de la même façon à la parole et au langage qu'un psychotique. On a beau être des citoyens égaux en droit, des individus qu'il faut traiter de façon égale, pour autant le rapport au langage, à la symbolisation de la vie en général, n'est pas le même. Il n'obéit pas à la même logique inconsciente. C'est en cela que la question de la folie psychotique est plus marquée. L'être humain se construit toujours sur quelque chose qui est en défaut. Le bébé, si on lui donne à manger toute la journée, sans que lui-même exprime, d'une façon ou d'une autre, en criant ou autrement, que quelque chose vient à manquer, il est comme saturé et comme privé du manque nécessaire à l'émergence du désir. C'est le fait qu'il y ait une absence de manque qui peut rendre malade sur le long terme. La question du manque est une question essentielle pour les gens « normaux » puisqu'elle conditionne la mise en place de la dimension du désir – le désir étant le propre

du sujet humain. Dans la psychose, la symbolisation du manque fait défaut. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de manque du tout, c'est beaucoup plus compliqué que cela.

Au niveau de la triangulation œdipienne, quelque chose est en défaut. On appelle cela, dans les psychoses, la forclusion du Nom-du-Père. C'est-à-dire, de manière schématique, que la symbolisation de ce qui ferait tiers entre la mère et l'enfant et qui sépare la mère de l'enfant n'a pu opérer. Le tiers qui nomme n'a pu imposer sa loi pour se substituer au désir de la mère vis-à-vis de l'enfant. Ce dernier se retrouve en peine pour assimiler ce qui vient à lui manquer. Or c'est parce qu'il y a du manque que quelque chose peut être symbolisé. Cela passe par le langage. Malgré tout, des *parlêtres* psychotiques ont pu passer par des phases de manque. Cela ne les empêche pas de décompenser à un moment donné, quand ils ont à répondre de leur nom, au moment où le signifiant Nom-du-Père les interpelle et qu'ils ne peuvent y répondre. Pour autant, on peut se demander pourquoi un sujet de structure psychotique peut passer de nombreuses années sans décompenser sa psychose ou même vivre sans jamais vraiment la décompenser. La notion de « suppléance » à ce défaut de symbolisation prend à ce niveau toute son importance : la créativité, le fait de vivre dans une communauté, le fait de s'appuyer sur une famille qui protège (mais enferme à la fois), mais qui ne protège pas trop, parce qu'en général, au bout d'un moment il y a quelque chose qui déborde (rires) ! Il y a des gens qui sont confinés dans une famille, on sait très bien qu'ils ne sont pas comme les autres, pour autant ils gardent un pseudo-lien social, parfois certains travaillent et d'autres n'y arrivent pas.

Donc la normalité et le pathologique... il faut se méfier ! Je le disais au début, il y a des névrosés obsessionnels gravissimes qui ne font plus rien, qui « procrastinent », qui ne prennent jamais de décisions, qui évitent tout choix, qui sont incapables de prendre la moindre initiative, dont la moindre parole est suivie d'une contradiction immédiate, pour ne pas dire d'une annulation. Ce qui fait qu'ils sont enlisés. Le moindre acte devient impossible, car faire un choix cela veut dire perdre quelque chose et perdre quelque chose, cela renvoie au manque qu'il s'agit absolument d'éviter, c'est-à-dire à la castration. Ces personnes peuvent vivre beaucoup plus mal qu'un sujet psychotique.

Il y a aussi des sujets névrosés qui vivent à la marge, dans une grande solitude, dans la « dèche ». Ils ne parviennent pas à interroger – c'est une question de responsabilité du sujet – ce qui a déterminé leurs difficultés. Ils s'y dérobent. Ils ne peuvent subjectiver ce qui leur arrive. Ce sont donc des éternelles victimes. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas des raisons à cette victimologie. D'une certaine façon, ils ne veulent rien en savoir. Certains psychotiques, au

contraire, on peut en être étonné, peuvent se prêter à une subjectivation. Il est parfois plus facile de leur faire des suggestions, de leur proposer des choses, puisqu'eux ne demandent rien, le plus souvent. Ils adhèrent à ce qui leur est proposé, mais jusqu'à un certain point. Cela n'exclut pas qu'il faille aussi entendre comment ils mettent en place leurs propres suppléances. Dans les CHRS, j'imagine que vous avez affaire à certains sujets qui peuvent coller à ce qui est proposé par le social, aux solutions proposées. Cela peut avoir une utilité de développer le lien social pour quelqu'un qui est isolé. Cela ne veut pas dire que chacun va adhérer de la manière dont on va supposer qu'il va adhérer. En cela, il est essentiel de prendre appui sur le dire et l'agir de la personne concernée. Quand on évoque la notion de « contrat » entre un « usager » et son référent institutionnel – puisque l'heure est à la généralisation de la contractualisation –, on suppose que les contractants ont la même responsabilité. C'est normal, c'est considérer chacun comme un citoyen. Sauf qu'il faut distinguer la responsabilité citoyenne, la responsabilité de l'individu, et la responsabilité du sujet de l'inconscient. Et je peux vous dire qu'entre elles, il y a des écarts. Simplement, les politiques, les juristes, ne peuvent pas se mettre au diapason uniquement de la logique des structures psychotiques. Ceci pour ajouter qu'entre normalité et pathologique, il faut des nuances, y compris à différencier cliniquement les niveaux de responsabilité suivant les structures cliniques.

D'autres éléments sont importants. Ils concernent le rapport au corps, celui au sexe, celui à l'espace et celui au temps. Il y a un élément sur lequel je voudrais insister, c'est que l'être humain se fonde sur le nouage de trois registres : le Symbolique (ce qui a trait au langage), l'Imaginaire (ce qui a trait à l'image qu'on a de soi-même à travers l'autre, par l'autre, en s'appuyant sur l'image de l'autre pour avoir une idée de soi-même) et le Réel (ce qui échappe, ce qui est indicible, irreprésentable, hors sens). Dans le rapport au corps, à la représentation, à l'image de soi-même et à celle de l'autre, ce n'est pas la même configuration dans les psychoses que dans les névroses. C'est un point qu'il faut toujours avoir en tête. Ce point touche aussi à la question de la sexualité. La façon, pour des psychotiques, d'habiter son sexe, son identité sexuelle, la façon dont ils peuvent vivre leur identité sexuelle, mettre en acte leur sexualité, n'est pas homogène à celle des névrosés. Ce qui est frappant, c'est que bien souvent les patients psychotiques n'ont pas symbolisé la différence des sexes. Cela ne les empêche pas d'avoir une sexualité, mais parmi les patients psychotiques que je suis à mon cabinet, il y en a bien un tiers, voire la moitié, qui n'a pas de vie sexuelle. Or le fait de ne pas avoir de vie sexuelle, de ne pas se confronter à la question du désir sexuel, les protège

d'une décompensation. Donc, il ne faut pas trop « titiller » ces personnes sur ces questions de désir sexuel. Il faut être extrêmement attentif à cela. Pourtant, je me souviens de l'un de mes patients. Je l'ai suivi pendant quinze ans, il était en analyse. C'était un paranoïaque, un grand malade. À un moment donné, j'ai eu l'imprudence, quand il allait mieux, de lui dire un mot, lié à mon propre désir qu'il aille mieux, et qu'éventuellement il commence à construire sa vie un peu différemment, sexuellement. J'ai dit deux ou trois mots de trop. Eh bien ! Il a fallu à peu près un an, un an et demi, pour que les choses se tassent et qu'il cesse d'être dans une certaine vindicte à mon endroit pour l'avoir trop interrogé sur la dimension désirante, là où il était en incapacité symbolique de pouvoir y répondre. Alors que de lui-même, par la suite, il a pris d'autres initiatives, ne serait-ce qu'en allant voir des prostituées... Ce qui est extraordinaire, c'est de voir comment cela peut pacifier, de ne pas avoir de vie sexuelle, pour un certain nombre de cas de psychoses. Moi, je ne sais pas comment dans les CHRS... enfin bon, tout ceci circule... (rires)

Sur le rapport à l'espace et au temps, on est censé avoir une idée que la vie commence un jour et se termine, c'est la temporalité. Il y a une chronologie, une façon aussi de repérer les étapes de la vie de chacun. Mais cette temporalité peut aussi ne pas obéir à la même logique, être d'un autre ordre dans les cas de psychose. C'est intéressant parce que vous avez un névrosé qui rêve, une nuit. On peut aussi bien interroger des éléments du passé, du présent, ça fait un méli-mélo, des choses extraordinaires, des confusions, des télescopes. L'inconscient est intemporel. Cela n'empêche pas le névrosé de se réveiller le lendemain matin et de se dire « j'ai rêvé de telle ou telle chose, et tiens, je peux mettre en lien (s'il est en analyse, par exemple) tel élément quand j'avais cinq ans et ça qu'on m'a raconté la veille », etc. Pour les psychotiques, cela ne fonctionne pas forcément comme cela. Cette façon de faire des liens, dans les repères temporels, n'est pas forcément la même, elle est différente.

Pascale Belot-Fourcade : On avait évoqué ici la question de la reconstruction. On en a parlé dans les questions de traumatisme : parfois, dans la psychose, étant donné qu'il n'y a pas eu ce point de départ, à partir d'un vide on va pouvoir construire une histoire, une fiction. Le psychotique est souvent dans une reconstruction des choses qui n'est pas fixe. On peut s'apercevoir qu'il y a sans cesse une reconstruction, et qu'il faut être très prudent à ne pas prendre ces reconstructions comme le croisement de la vérité et de la réalité. C'est d'ailleurs pour cela qu'il est très difficile, pour les travailleurs sociaux, « d'attraper » l'histoire de ces résidents, qui racontent à l'un quelque chose, à

l'autre quelque chose d'autre... ce n'est pas parce qu'ils mentent, c'est parce que cela se reconstruit sans arrêt. Même pour eux-mêmes, leur mémoire n'est pas fixée, puisqu'ils n'ont pas pu « coincer » la vérité et la réalité.

Louis Sciara : C'est très important ce que tu dis, parce que malgré tout... bon, je ne sais pas comment vous travaillez, mais quand on essaie de connaître la biographie de quelqu'un, il s'agit pour vous d'avoir un certain nombre de repères, de considérer qu'il peut y avoir un certain nombre de vérités, de contre-vérités, de mensonges, mais tout cela, cela existe chez tout le monde, c'est une façon de dire la vérité. L'important est de ne pas inspecter sur la vérité, de ne pas s'assigner comme tâche, surtout avec des personnes psychotiques, de lui faire dire la vérité de la vérité, par exemple sur sa biographie. Nous-mêmes, en tant que névrosés... si vous prenez votre sœur ou votre frère qui a été élevé dans la même famille, vous n'avez pas la même vérité. Mais il y a quand même des repères : si quelqu'un ne sait plus son nom et que ça dure trop longtemps, on finit par s'inquiéter. Si quelqu'un ne sait plus où il habite... Il y a bien des cas de démence, mais il n'empêche qu'avec cette façon de construire et de reconstruire, on participe sans le savoir à un tissage de quelque chose qui n'est pas forcément en place. J'ai une patiente que je vois depuis vingt-cinq ans. Je l'ai considérée pendant longtemps comme une femme ayant une névrose hystérique gravissime. Je sous-estimais totalement, parce qu'elle m'était très sympathique, parce qu'elle me parlait d'une façon qui donnait l'impression qu'il y avait une familiarité, celle d'une commune mesure – là où il s'agissait d'une composante hypomane –, la possibilité qu'elle soit psychotique, alors que le collègue qui me l'avait adressée ne doutait pas une seconde qu'elle était psychotique. J'ai commencé à raconter cette histoire dans un groupe, et tous ont souligné que cette femme était bien incapable de construire la moindre historicité, de soutenir une construction fixe. Historiciser, c'est une façon d'habiter le langage pour rendre compte d'une histoire personnelle. Quand ça devient fluctuant, en perpétuel remaniement jusqu'à devenir impersonnel, il faut se méfier ! Cette patiente avait un rapport au temps très différent du mien et ses efforts de reconstruire sans cesse son passé étaient l'indice d'un rapport différent, justement non orienté « phalliquement », hors du bon sens commun.

Dans la même veine, je pense que Danièle Brillaud va vous parler de la mélancolie. On a déjà parlé du syndrome de Cotard, ce qui est une façon de nier son corps, de nier l'autre, de nier la vie, de ne plus être inscrit dans un rapport à l'espace et au temps ordinaire (celui du névrosé). Ces patients-là, qui sont des mélancoliques gravissimes, dans une « dépression » grave, plutôt un délire,

sont amenés à se suicider tellement ils se sentent condamnés à être immortels, à vivre dans la douleur morale. Ce qu'on mesure, en tant que névrosé, c'est la douleur de ne pas avoir l'idée d'une fin de vie, qui arrime à quelque chose de la vie et qui fait castration (pour le dire en langage psychanalytique). C'est une façon de revenir au fait que dans la vie, on est tous de passage. Ce sont des gens qui se sentent condamnés, mais qui n'ont pas peur, comme chacun d'entre nous, de mourir : ils se sentent condamnés à vivre. L'idée de la mort ne fait plus fin, ne fait plus échéance, ne fait plus scansion, ne donne plus de sens à leur vie.

Pascale Belot-Fourcade : Il y a, puisque tu parles de cela, des délires de filiation, d'origine. Vous devez certainement recevoir des gens qui inventent des histoires extraordinaires de leur naissance : ils sont fils ou fille du Tsar, il s'agit de gens très célèbres souvent. Peu arrimés, ils ont un narcissisme assez bas. Nous, dans notre fiction, où on essaie de se raconter du début à la fin, où l'on raconte l'histoire de notre vie, de notre famille, en se mettant dans un rapport à la vérité et dans ce qui nous a posé problème, on va vers un point final qui est que nous allons mourir. Le grand malheur, c'est que nous allons mourir. Dans le syndrome de Cotard, le grand malheur, c'est de ne pas pouvoir mourir. Vous voyez donc comment on est pris dans la psychose, avec des choses qui nous épatent !

Louis Sciara : Un autre exemple, dans un tout autre registre : les cas dits de psychose passionnelle, l'érotomanie. C'est l'illusion délirante d'être aimé, une psychose plus volontiers féminine, en général par un homme célèbre, de meilleure condition sociale. Cela peut aller jusqu'à des passages à l'acte.

Pascale Belot-Fourcade : Il y a un très beau film, *L'Histoire d'Adèle H.*, la fille de Victor Hugo...

Louis Sciara : Par exemple. Il se trouve que le déclenchement de ces psychoses se fait à l'âge adulte. Il y en a parfois les prémices dès l'enfance. Par exemple, cela se déclenche sur ce qui semble un détail pour n'importe qui. Telle personne fait tel signe, tel geste, prononce tel mot, dans la rue, à la TV, lors d'une réunion. J'avais reçu une patiente qui avait l'illusion qu'un chanteur connu était fou amoureux d'elle parce qu'il avait dit une chose qu'elle avait interprétée comme un message qui la concernait. Elle était persuadée qu'il lui était adressé personnellement – ce qu'on appelle une « signification personnelle ». Il y a ce moment où ça bascule, où cela fait signe, quelque chose fait

signe, et cela donne une conviction absolue de cette illusion délirante d'être aimée. J'insiste sur le rapport au temps de ces patient(e)s. Quelque chose vient se figer à un moment X et reste un point indépassable, impossible à dialectiser. Vous, quand vous avez une histoire amoureuse, comme chacun(e), vous traversez des périodes d'illusions, cela peut donner des fictions sur ce que pense l'autre, ce qui pourrait changer... mais même si l'état amoureux rend aveugle et sourd, au fond il y a toujours un battement, des doutes, des incertitudes et tout signe, négatif ou positif, n'est pas une confirmation de son amour. Donc la signification peut fluctuer, le rapport au temps n'est pas le même, parce que si quelque chose est devenu immuable dans le temps, en tant que signe, et vient commander tout le reste de votre vie, ce n'est pas la même chose que quand on a un petit battement, qu'on se dit que le temps a passé, que l'amour évolue... Dans ces cas d'érotomanie, l'illusion délirante d'être aimée est inflexible, irrémédiable. Ceci dit, ce n'est pas une forme actuelle de psychose, c'est un classique qui existe depuis toujours. Phase d'espoir, puis de dépit, puis de rancune... Cette dernière peut conduire ces femmes à des extrêmes meurtriers.

Le rapport à l'espace. J'en ai un peu parlé tout à l'heure. Dans la dynamique de l'échange, du transfert avec des patients psychotiques, la rencontre, la parole, c'est important, mais aussi ces questions de rapports au corps, à l'espace et au temps, tous corrélés au langage. On peut être parfaitement psychotique et tout à fait se rendre compte qu'au CHRS il y a trois étages, être capable de repérer sa chambre, etc. On peut être névrosé et chercher – comme moi, parfois, le matin – où on a garé sa voiture, quand on n'a pas envie d'aller travailler. On peut aussi être psychotique et ne pas du tout intégrer cette affaire, même si on sait qu'il y a des lieux ; les lieux ne sont pas symbolisés. Dans la subjectivité de chacun, ce qu'on appelle le phallus, en terme psychanalytique, est inscrit ou non. Le phallus symbolique c'est ce signifiant qui manque, ce signifiant du désir, ce signifiant du manque, à partir duquel il peut y avoir un point fixe, autour duquel on tourne, même si on balbutie à jamais avec ce point fixe qui nous échappe fondamentalement. Avec le syndrome de Cotard, par exemple, la personne peut avoir l'impression que tout ce qui est tout petit devient immense, ou que ce qui est immense devient petit. Tout à coup, les dimensions changent.

Pascale Belot-Fourcade : Comme dans *Alice aux pays des merveilles*. C'est une psychose infantile qui est racontée à travers ces changements de dimensions d'espace et de temps. Cela est proche de ce qui se vit parfois dans

l'enfance. On parlait de l'amour : la passion, c'est une folie quotidienne que nous partageons sans qu'on puisse se référer à une normalité quelconque. C'est pour cela que nous ne sommes pas si étrangers que cela aux psychotiques.

Louis Sciara : Oui. Bien sûr, il est délicat de faire la part des choses entre un état passionné et une dynamique passionnelle, car dans chaque occurrence, cela déborde le sujet, cela le soumet à son état amoureux au point de le rendre fou. Pour autant, cette humanité partagée n'est pas homogène et il y a des différences entre une jalousie délirante et une jalousie banale, même si jalousie et envie sont des affects largement partagés.

Autre occurrence clinique, cette fois dans le champ de la mélancolie. La mélancolie est un état d'esprit pour les uns, une pente créatrice pour d'autres, une passion bien humaine... Mais, sur le plan clinique, son acception psychotique la plus stricte, la plus rigoureuse, est celle d'un état délirant, au-delà de sa phénoménologie dépressive de grande intensité. La mélancolie peut être secondaire à une décompensation paranoïaque, elle est aussi un des deux versants typiques de la psychose maniaco-dépressive, renommée désormais, à tort, « troubles unipolaires » ou « bipolaires », alors qu'il s'agit bel et bien d'une psychose. Ce sont des personnes qui ressentent une culpabilité terrible qui s'impose à elles, une « douleur morale » affreuse du fait d'avoir perdu... la capacité d'être affectées. Il y a un autre signe clinique qui est intéressant. Vous savez, il faut faire la différence entre ce qui est de l'ordre de la vue, qui est en rapport avec la physiologie, et ce qui est de l'ordre du regard, qui est articulé à la question du langage. Normalement, quelqu'un dans son habitus, dans son rapport à l'espace et à ce qu'il y a autour de lui, a ses repères : sa maison, l'endroit où il fait telle ou telle activité, toujours en rapport avec un agencement qui lui semble familier de son espace de vie. Il y a un quotidien qui paraît aller de soi. Dans la mélancolie, les classiques ont évoqué la « perte de la vision mentale » pour indiquer une perte pour un sujet, celle de son rapport ordinaire à son espace. Quelque chose devient tout à coup complètement étranger, qui, pourtant, faisait partie intégrante du quotidien dans le repérage du rapport à l'espace et qui fait tout à coup défaut. Il y a d'autres pathologies qui peuvent engendrer ce genre de choses, par exemple des démences séniles, des maladies d'Alzheimer, mais c'est très différent. C'est pour vous dire qu'il y a des bascules comme cela, dans des choses qui pourraient faire certitude. Cela peut arriver à chacun, des vacillations sur des repérages spatiaux qui semblent aller de soi. Mais dans les épisodes mélancoliques, ils ont affaire à cela tout le temps : ce qui paraît être des points de repérages sûrs peuvent faire défaut. Il en résulte la recherche d'un ancrage, quand il est menacé de

disparaître. Dans ces conditions, des hallucinations font parfois émergence, assignant une place au *parlêtre* concerné...

Il est intéressant de se pencher sur la question du moi paranoïaque. Elle est compliquée. Depuis la tendre enfance, le sujet humain se construit dans son rapport à l'Autre, c'est-à-dire communément à la mère en tant qu'elle se montre apte à anticiper et à répondre aux besoins de son enfant, sensible à lui parler, à lui transmettre la parole, les signifiants dont il fera à son tour usage pour entrer en humanité, et à faire l'hypothèse qu'il puisse les entendre. Dans la relation primaire mère/*infans*, cette tâche n'est pas simple, car encore faut-il que la mère parvienne à faire entendre à son *infans* qu'il n'est pas tout pour elle, qu'elle a du désir pour un tiers et qu'en ce sens elle se soumet à la Loi (castration) de ce tiers, celle communément dont le père est l'agent. Le moment chronologique et logique du stade du miroir constitue ce moment décisif des prémices de la mise en place de la structure clinique d'un sujet. Il peut donner lieu à bien des avatars. Il en résulte que tout sujet est pris dans une aliénation à l'image de l'Autre, au visage de la mère comme précurseur (Winnicott) de ce qui va l'inscrire dans son rapport spéculaire à l'autre, à son semblable. Cette phase du miroir (dix-huit mois/trois ans) rend compte de l'assujettissement spéculaire du moi du sujet humain à l'autre et permet à l'*infans* d'accéder à une représentation de l'unité de son corps, séparée de celle du corps de sa mère, tout en se fourvoyant sur sa propre image qui lui restera à jamais inaccessible, puisqu'elle en passe toujours par le miroir de l'autre. Jamais le sujet humain n'aura accès à son image réelle. Il courra, s'il est névrosé, après l'image idéale qu'il s'est projeté dans le regard de sa mère, dans le miroir. Ce qui fait que les névrosés courent après leur moi idéal toute leur vie... ce qui, dans une société où l'image est reine, renforce d'autant plus leur aliénation ! De ces traces inscrites au moment du stade du miroir, émerge ce que Freud appelait la question du moi, à savoir ce qui fait de nous un *parlêtre* qui cherche à se tenir dans la vie, à faire bonne figure, à avoir des relations avec les autres, à s'inscrire dans un lien social, professionnel, etc. Mais, tout ceci, à partir de cette idéalisation, de ce moment où le sujet se perçoit avec une image qui fait à peu près unité, non sans le scotome, le refoulement, concernant la question du sexe. Cet aspect-là concerne tous les névrosés, mais aussi beaucoup de patients psychotiques, notamment les paranoïaques, dont les formes de psychoses sont plutôt, voire très bien structurées. Ce n'est pas le cas des schizophrénies dont la constitution du moi n'est pas en place, ce qui explique leurs difficultés majeures sur le plan de la symbolisation de leur corps, qui s'avère plus fragmenté, plus morcelé. Mais, pour les paranoïaques,

il n'en est rien. La dimension moiïque est bien présente, cette dimension qui concerne le rapport avec les autres et qui s'appuie sur l'envie, la jalousie, la rivalité, l'agressivité, soit notre quotidien à tous. « J'ai fait ou dit telle chose, que va en penser mon voisin ? » Les névrosés sont tous obsédés par leur image, certes à des degrés divers. Tout cela, qui tourne autour de ce côté spéculaire, est une caractéristique humaine. On passe toujours par l'image de l'autre, il y a une aliénation à l'autre pour se faire une image de soi-même, ce qui se noue avec la dimension de la parole. Vous entendez ce qui se noue entre l'image et le signifiant, entre Imaginaire et Symbolique... mais aussi en quoi cela se noue avec le Réel, ne serait-ce que par le refoulement de la dimension sexuelle phallique dans l'image...

Toutefois, il faut nuancer. Si le moi est une instance partagée par les névrosés et les paranoïaques, ce que Charles Melman nomme la « paranoïa commune », il y a à mon sens des différences. Entre autres, qui sait ce qu'est l'image de l'autre pour un psychotique paranoïaque ? Est-elle si identique à celle du névrosé ? À mon sens, il n'est pas sûr qu'elle soit comme celle des névrosés, même si on lui suppose de fortes similitudes. Parce que les nouages des trois registres ne sont pas les mêmes.

De surcroît, il y a des formes de psychoses que Marcel Czermak regroupe sous la dénomination des « psychoses sans moi » (délires d'imagination, schizophrénies...) ; psychoses qui, justement, n'ont pas de moi, de représentation du corps. Elles révèlent les défections du stade du miroir et n'ont rien de partageable avec les structures névrotiques ou les structures paranoïaques. Cependant, dans la psychopathologie de la vie quotidienne, on pourrait croire qu'entre un paranoïaque et un névrosé, il y a quelque chose de commun, parce qu'un névrosé peut devenir un peu paranoïaque : il suffit qu'il ait un problème professionnel, qu'il lui arrive telle chose qu'il analyse comme une malveillance venant de l'autre, parce qu'il le jalouse, qu'il lui attribue une hostilité... parce qu'il le tient responsable de ce qui lui tombe sur la tête... Ce sont des moments paranoïaques qui renvoient à cette proximité moiïque, mais ce n'est pas la même teneur qu'une paranoïa avérée.

Pascale Belot-Fourcade : Notre moi est paranoïaque. On a toujours envie de séparer le monde en deux. C'est ça le racisme, d'ailleurs : le bon et le méchant. L'autre, c'est celui qui est persécuteur. On voudrait ranger cela d'une façon simple. Le racisme, c'est de la paranoïa.

C'est toujours le petit autre qui est responsable de tout, et qui veut plus ou moins notre malheur. Vous voyez comme les choses sont, dans notre actualité, extrêmement présentes. Tout le monde a des réactions paranoïaques.

Louis Sciara : Oui, tout à fait. Mais en distinguant la réaction paranoïaque de la paranoïa. Malgré tout, pour des sujets dont les éléments symboliques sont en place, grâce à cette symbolisation de la fonction paternelle, etc., il y a quelque chose de l'altérité qui est inscrit, dans le rapport au langage et dans le rapport aux autres. Dans les questions de psychoses, justement, c'est cette altérité qui est en défaut. Mais les logiques, parfois sociales, institutionnelles, politiques, peuvent être aussi quelque chose qui renforce encore plus cette logique paranoïaque. C'est ce que l'on appelle la « psychose sociale ».

Je voudrais rajouter une chose importante. Concernant la question des psychoses, il ne faut jamais perdre de vue que les médicaments peuvent être un apport très important dans la prise en charge de ces patients, à condition qu'il y ait au moins un lieu d'écoute. Il arrive que le praticien dans la relation duelle soit aussi le prescripteur, mais en libéral bien souvent, un thérapeute officie d'un côté et un prescripteur de l'autre, dans un autre lieu. Vous n'ignorez pas qu'en institution les lieux d'adresse sont diffractés, qu'il y a plusieurs personnes qui peuvent intervenir, à des places et à des fonctions différentes. Cela peut être des personnes extérieures, dans le cas d'un suivi en CMP, cela peut être quelqu'un qui prescrit dans la « boutique institutionnelle ». C'est important à prendre en compte, mais la dimension des médicaments, pour des sujets qui peuvent se mettre à mal, mettre à mal les autres, qui sont tellement pris d'angoisse qu'ils ne dorment plus, qui sont susceptibles de passages à l'acte, en proie à des phénomènes hallucinatoires incessants, englués dans un délire qui les met à mal, c'est évidemment une question importante. Je ne néglige jamais les souffrances des patients psychotiques et l'intérêt pour eux d'avoir à les en apaiser. Ce n'est pas parce que je suis psychanalyste, que la psychanalyse renvoie toujours à la clinique du transfert, que je néglige ces aspects médicaux. Pour certains patients psychotiques, la prise de médicaments ne pose pas trop de problèmes, mais pour d'autres, on a l'impression que leur donner un traitement, c'est au forceps, c'est-à-dire que ça ne va pas se faire comme ça. Dans mon expérience clinique, en institution, il y a plusieurs intervenants, et la logique de l'institution ainsi que sa mission viennent « discipliner » l'affaire, lui donner un ancrage, une pertinence ou non. Il ne faut pas négliger non plus les murs, le caractère contenant des temps d'hospitalisation, y compris à introduire un traitement ou à l'ajuster. Dans mon expérience de cabinet, j'ai pas mal de suivis de patients psychotiques. Certains à qui je ne prescris strictement rien. D'autres pour lesquels c'est inévitable. Certains en analyse, certains qui viennent trouver un soutien et qui sont parallèlement traités par un psychiatre. En tout cas, il ne s'agit pas de condamner aveuglément

ment les médicaments. La question est plutôt comment les patients intègrent la nécessité d'un traitement et en quoi il se justifie.

Une personne de l'assistance : Je peux intervenir ? Je suis assistante sociale. Sur la question du traitement, je rejoins votre position qui est de la nécessité de certains traitements, mais je constate, ces dernières années, au niveau des équipes soignantes, des équipes médicales, que le traitement est devenu une finalité, on remet un traitement à une personne, ensuite cela ne s'accompagne plus de lieux de paroles, de groupes, et nous après, en CHRS, on voit les personnes avec un traitement qui est trop massif. Peut-être que c'est nécessaire, mais les personnes l'arrêtent parce qu'elles se retrouvent avec beaucoup moins de capacités qu'avant, parfois il y a des problèmes de poids, elles grossissent énormément... Le médicament en lui-même ne suffit pas.

Louis Sciara : On est tout à fait d'accord. Le problème de la psychiatrie publique, aujourd'hui, c'est que les médecins n'entendent plus rien des personnes, de leur discours, ils ne s'attachent plus qu'à une prescription, tous les mois, tous les deux mois, sans savoir qu'il faut un accompagnement au quotidien, qu'il faut réfléchir. On a le parcours de vie, le parcours de soins, promu par les pouvoirs publics. J'ai toujours considéré que c'était une façon de noyer le poisson. Mais ça a au moins l'avantage de dire qu'il y a un parcours, que ça ne suffit pas d'avoir un traitement. J'ai une patiente, qui a une psychose maniaco-dépressive. Je la suis pas à pas, elle vient à mon cabinet, je la reçois deux fois par semaine. Je lui prescris des médicaments, on ne peut pas faire autrement. Mais si je ne la suivais pas comme ça, si elle ne pouvait pas me téléphoner (je lui laisse mon portable, on ne peut pas le faire pour tous les patients, sinon on devient dingue, mais pour elle, c'est une nécessité)... Ce qui est intéressant, c'est que ce sont les structures sociales qui renvoient à ces questions fondamentales. Les structures de soins, les plus concernées, semblent peu à peu s'en détourner, voire deviennent incapables d'y répondre, parce qu'elles ne savent plus quoi faire des patients, parce que les hospitalisations ne durent pas le temps qu'il faudrait, parce que les praticiens sont moins formés à la clinique et au transfert... Mais la responsabilité n'incombe pas qu'aux cliniciens, ni aux travailleurs sociaux, ni aux responsables d'institutions. C'est qu'il y a quelque chose d'autre : c'est au niveau politique. Le sujet humain, psychotique ou non, est moins pris en compte, alors qu'il n'est question que de droits des patients, de citoyenneté, de qualité, d'évaluation de bientraitance, de bonne gouvernance, comme si l'État aurait à aimer les uns et les autres pour pouvoir s'en occuper, cependant que les de-

voirs les plus élémentaires sont bafoués en raison des contraintes et exigences budgétaires. Je ne vais pas tomber dans un pessimisme qui ne sert à rien, les générations se succèdent et il va y avoir des changements. Je crois néanmoins que nous baignons dans une belle hypocrisie. On est dans le monde de la communication et non plus de la parole. On est dans un monde de la mise en acte, et pas de la parole. On est dans un monde de l'image. On vend des produits sur le marché. Aussi bien d'ailleurs des méthodologies toutes prêtes et supposées scientifiques, donc garantes, dignes de foi, pour la clinique que pour autre chose. Au début, j'ai évoqué le fait que beaucoup de patients psychotiques n'ont pas de demande. Cela signifie qu'ils n'ont pas eux-mêmes interiorisé leurs difficultés, qu'ils restent apparemment indifférents à ce qui leur arrive, alors que les préoccupations des travailleurs sociaux, des cliniciens, etc., c'est effectivement d'essayer de les aider, de les soigner. Il faut se méfier du « trop » prétendre vouloir aider les gens. Je passe mon temps à chercher à soigner, à amener les sujets qui me consultent à trouver leur voie, autant que faire se peut, puisque j'ai une « vocation » soignante. Mais il y a des limites à entendre. À l'inverse, il ne faut pas négliger l'incidence des traitements et leur importance, car ce serait pure folie. Actuellement, on parle de plus en plus du travail d'accompagnement dans le social, ça ne me choque pas, mais quand on l'emploie dans le champ du soin, parler de l'accompagnement ce peut être aussi une manière de déspecifier le transfert, de différencier travail social et travail thérapeutique. Le seul intérêt est que cela traduit la nécessité d'une continuité personnalisée. Dans un autre registre, je pense à des enfants qui nous sont envoyés pour trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité – je vous assure, ça va être une vraie catastrophe cette croissance exponentielle d'un faux diagnostic. Ils ont fait un bilan neuropsychologique dans un centre hospitalo-universitaire. Puis on leur dit d'aller faire une thérapie, on donne pendant six mois du Concerta, de la Ritaline, et après six mois, ils ont rendez-vous pour faire un bilan, renouveler leur traitement. Or, pendant ce temps, l'enfant est censé être suivi en thérapie ! Mes collègues pys des CHU se sentent-ils préoccupés par cette thérapie, ce travail transférentiel avec l'enfant, au long cours ? Que nenni. Le traitement médicamenteux semble si important pour eux qu'ils considèrent que la thérapie est secondaire ou complémentaire, mais ne semblent préoccupés ni par les effets du traitement sur la thérapie, ni par les modulations que celle-ci peut engendrer sur le traitement. Pour les patients psychotiques actuellement, il y a aussi quelque chose de cet ordre pour les psychiatres convaincus par la détermination génético-biologique des maladies mentales.

Pour les psychotiques, cette question de la demande est essentielle, parce que quand quelqu'un ne fait aucune demande, et vous pouvez le constater pour des personnes dans la déchéance et qui n'en sont pas réellement conscientes, il y a un devoir d'assistance, évidemment, qui en passe par l'idée de les hospitaliser, ou bien encore de les garder dans un lieu, de leur trouver un abri, pour commencer à les écouter, à les accompagner, à les soigner... Quand je faisais mon internat, entre 1985 et 1989, j'étais parfois surpris d'entendre dans les équipes d'infirmiers et parfois dans la bouche de certains psys : « mais ça, c'est du social, ils ne viennent pas pour des problèmes psychiatriques ». Il est absurde de vouloir dissocier, pour des personnes psychotiques mais pas seulement, ce qui est de l'ordre du social de ce qui relève du domaine psychiatrique, surtout quand les effets de leur psychose ravagent leur lien social jusqu'à les conduire à une désocialisation.

Je vais m'arrêter là-dessus.

Pascale Belot-Fourcade : Est-ce que certains d'entre vous ont des questions ?

Une personne de l'assistance : Moi, j'aurais juste une question. Quand vous parliez des catastrophes que pouvaient générer les prises médicamenteuses pour des enfants, par exemple, je n'ai pas bien compris...

Louis Sciara : Le plus souvent c'est systématisé. Ça ne veut pas dire que cela n'a pas d'utilité pour certains.

Une personne de l'assistance : Oui, et quand vous avez dit ça, je me suis dit « bonjour, les futurs toxicomanes », parce que si on ne leur apprend pas, petits, à gérer leurs émotions, si cela est substitué par des médicaments, comment ils vont faire plus tard ?

Louis Sciara : Pour que quelqu'un se construise, en se tenant à peu près aux choses de la vie, grâce à quelques repères symboliques, il faut avoir pu s'inscrire dans l'ordre du langage à partir d'un manque. Est-ce que cet argument, fondé sur le discours analytique, est audible, de nos jours, alors qu'il est profondément dénié par les discours sociaux, notamment ledit discours psychanalytique ? C'est devenu de plus en plus inaudible. Tout manque vise à être comblé. On est dans une société où la science a fait beaucoup de progrès – on croit maîtriser notre corps – et on cherche à combler par un hyper-

consumérisme tout ce qui a trait au manque, considérant que ce dernier n'est qu'une anomalie. Actuellement, il existe de plus en plus de familles éclatées, déstructurées, et on a des enfants qui y répondent, faute de repères stables, sur un mode agité, ce qui induit qu'ils ont du mal à se concentrer. La réponse de la société, actuellement, du fait des progrès pharmaceutiques, et en raison de la puissance de cette industrie pharmaceutique, c'est de dire que si l'on a des enfants agités, c'est que c'est lié à un trouble cérébral, au minimum, dont on n'a pas prouvé la réalité mais on suppose que c'est lié à cela. Alors on fait des radios, on fait des IRM, on oublie que les images n'ont rien à voir avec l'interprétation que l'on en fait, et les industries pharmaceutiques ont déjà ciblé le produit amphétamine-like, celui qui est largement diffusé sur le marché (aux États-Unis, 20 % des enfants de certains États sont traités par la Ritaline). En la matière, on peut relever : un surdiagnostic, une surmédication, une surmédicalisation, des effets secondaires conséquents de ces produits, un facteur favorisant pour une appétence médicamenteuse future. Quels effets dans les vingt ans à venir ? Les lobbies financiers ne s'en soucient guère. Les pouvoirs politiques ne veulent pas défavoriser tous ces intérêts financiers et préfèrent fermer les yeux, tout en se persuadant que c'est la voie de la science qui importe. Moi, je trouve que cela fait des ravages. Mais il n'empêche que des médicaments peuvent être utiles au cas par cas. Il y a des chercheurs sérieux, mais on s'aperçoit que les recherches sont déjà orientées par les intérêts financiers. Concernant les psychoses, on est aujourd'hui dans une logique causale qui privilégie le biologique et qui considère que la parole est moins importante que ce qui est déclenché par le cerveau. Dans un autre registre clinique, les généticiens de haut niveau savent très bien que ce que l'on raconte sur les autismes, les découvertes qui les concernent, tout ceci est totalement exagéré, amplifié par les médias, au service d'intérêts. Cependant que la clinique des psychoses infantiles tend à disparaître et à être englobée dans les « troubles du spectre autistique », la conception de la folie est toujours significative de la culture d'une époque. Or le scientisme a le vent en poupe. C'est très important parce que c'est toute l'organisation des soins, du rapport au social, etc., qui est codifiée par des conceptions pseudoscientifiques qui font des ravages.

Dès le départ, j'aurais pu vous faire un cours sur les psychoses. J'ai préféré vous donner une introduction un peu plus large, sans doute de façon plus désordonnée. Je vais finir aujourd'hui en vous délivrant du « savoir de psy ». Je voudrais évoquer la diversité des psychoses, leur repérage dans la classification française psychiatrique. Ce n'est pas le même que celui du

DSM, lui-même inducteur d'une psychiatrisation de la vie quotidienne. Les entités psychiatriques décrites par des classiques et revisitées par des années d'expérience sont subverties, elles sont devenues obsolètes, se sont fragmentées. Elles disparaissent ou changent de nom parfois, devenant alors de plus en plus illisibles. Certains syndromes sont montés en épingle. Depuis le DSM ? On en est au DSM V, ce qui fait que les entités répertoriées ont beaucoup augmenté en nombre. Les psychoses, pour certaines, ne sont plus mentionnées, celles de l'enfant sont intégrées, diluées, dans les troubles autistiques.

Pascale Belot-Fourcade : Il y a une association qui s'appelle STOP DSM...

Louis Sciara : Dont je fais partie... Elle fait résistance, cherchant à sensibiliser les politiques, la société citoyenne, les associations familiales... L'association s'appelle « Initiative pour une clinique du sujet – STOP DSM ». C'est Patrick Landman qui a lancé cette association. Il y a beaucoup de groupes analytiques qui y participent, la participation est très diverse. Ce dont je vous ai parlé pour les psychoses, c'est de la psychiatrie que j'ai apprise, celle qui me paraît cohérente et que j'ai revisitée grâce à ma lecture analytique. Les nouvelles entités en matière de psychoses, je ne trouve pas que cela soit si évident. Il faut savoir que dans la psychiatrie française – c'est un élément très schématique – il y a une dichotomie entre les psychoses aiguës et les psychoses chroniques.

Il y a essentiellement trois catégories de psychoses chroniques : les paranoïas, les paraphrénies et les schizophrénies. Même si cela n'a pas une appellation de psychose chronique, on peut aussi évoquer la psychose maniaco-dépressive. C'est une entité clinique décrite depuis le XIX^e siècle. La bipolarité n'en rend pas tout à fait compte. Parmi les gens qui sont « bipolaires », bon nombre sont des psychotiques qui ont une psychose maniaco-dépressive. Mais il est dit que ce sont des « troubles », parce que l'on est tombé dans les eaux troubles, c'est-à-dire qu'on ne veut plus appeler un symptôme un symptôme, une maladie une maladie... c'est la novlangue. Trouble, c'est une traduction de l'anglais, mais ce n'est plus un symptôme, et maladie, c'est plutôt sous l'angle du syndrome, du regroupement de signes. On a tendance, maintenant, à regrouper un certain nombre de signes, à les considérer sous l'angle du social et du retentissement social. Les classifications françaises rendaient compte de psychoses chroniques ou aiguës sur un mode où l'ensemble de l'organisation de la personnalité – les analystes parlent de « structure » – était pris en compte, avec des phénomènes que l'on considérerait comme intriqués les uns aux autres – en « covariance », pour le dire de manière structurale.

Les schizophrénies sont considérées comme des psychoses qui se déclenchent à l'adolescence, mais on parle aussi de schizophrénie chez l'enfant. Considérées comme les psychoses qui ont une évolution des plus délicates, des plus compliquées, plus souvent sur un mode déficitaire, elles se caractérisent par un rapport au corps qui est particulièrement en défaut. Ceci dit, la question du corps concerne toutes les psychoses, les névrosés interrogeant beaucoup la question de leur image, de la représentation qui les renvoie aux autres. Quant à la question des pervers, c'est celle qui a trait à l'organe, au phallus. Pour les schizophrénies, c'est le pan des psychoses où le schéma corporel – pour le dire selon les termes neurologiques – où le stade du miroir, qui permet à un sujet d'avoir accès à une image de soi et de l'autre, est le plus en défaut et peut conduire à une image morcelée du corps, à quelque chose qui ne fait pas unité.

Pascale Belot-Fourcade : La question du narcissisme...

Louis Sciara : Je pourrais avancer qu'il n'y a pas de « principe narcissique » qui viendrait fédérer le rapport du corps au langage, aux pulsions, à l'intrication des pulsions, et qui permettrait d'en avoir une globalité, comme si les choses étaient plus à cru, comme si le langage était court-circuité, et que quelque chose du langage était pris directement dans les mots, que le corps n'était pas symbolisé, pas métaphorisé. C'est variable selon les formes de psychoses et même suivant chaque *parlêtre* en question.

Les schizophrénies sont décrites classiquement comme des psychoses aux évolutions les plus déficitaires, mais on peut avoir des surprises, c'est toujours comme cela dans le transfert. Il y a des schizophrènes qui se construisent à la faveur du transfert, d'une prise en charge précoce. Des suppléments peuvent émerger de façon parfois beaucoup plus marquée que pour d'autres formes de psychoses, qui apparemment initialement paraissent beaucoup plus structurées. Mais pour de vrais schizophrènes, qui ne sont pas en très bon état de santé, il peut vraiment y avoir un délabrement du corps, un délire mal structuré, paranoïde, ravageur, des phénomènes hallucinatoires délétères, une atteinte de toute relation à l'autre, une invalidation sociale. Ils nécessitent des prescriptions de médicaments (neuroleptiques et autres).

Les paranoïas sont considérées comme les psychoses les plus systématisées, au sens où une construction délirante est en place et permet au sujet d'avoir une assise du moi plus consistante. Elle le met dans des dispositions subjectives de défense ou de quérulence vis-à-vis des autres, et avec une

altération du jugement qui fait que le paranoïaque est souvent persécuté, incompris, sur un mode où il est convaincu de sa supériorité. Il y a des éléments de mégalomanie, de méfiance par rapport aux autres. Il y a toutes sortes de paranoïas, mais essentiellement il y a le pôle des délires de persécution, ceux dits d'interprétation : ils sont systématisés, se déclenchent à partir de signes perçus comme s'adressant à eux, sans dialectique possible. Le mécanisme prévalant est celui de l'interprétation délirante. Une idée délirante entraîne une autre, en réseau. Le parano se voit pris dans une toile d'araignée de signes qui lui sont hostiles. Des signes qui lui parlent, qui s'adressent à lui et qui, à la fois, le persécutent et le mettent dans une situation de rupture par rapport aux autres, parce qu'il en est le dépositaire exclusif. Il y a divers tableaux cliniques de paranoïas : les délires d'interprétation décrits par Sérieux et Capgras au début du XX^e siècle et qui s'étendent au point d'envahir tout le champ de la réalité du sujet. Il y a aussi les psychoses passionnelles, qui sont un peu à part. Elles ont été décrites par le D^r Gaëtan Gatian De Clérambault dans les années 1920-30. Il distinguait trois formes de psychoses passionnelles, toutes fondées sur un élément idéo-affectif, sur une idée délirante qui touche à la question de l'amour, du désir (non symbolisé) de la personne :

- L'érotomanie est l'illusion délirante d'être aimé(e). Psychose en grande majorité féminine. J'en ai un peu parlé. Ce sont des cas cliniques qui peuvent être extrêmement graves, parce que quand la conviction est en place, c'est très difficile de l'arrêter, et ils conduisent à des actes médicaux importants. Il y a successivement une phase d'espoir, une de dépit et cela se termine par la phase de rancune, la plus dangereuse. Tout signe perçu comme émanant de l'objet, dont elles sont persuadées qu'il les aime, est interprété pour confirmer l'existence de cet amour. Par exemple, telle femme est convaincue que tel homme célèbre l'aime. Elle lui écrit et s'il ne répond pas, c'est parce qu'il l'aime tellement qu'il ne peut pas lui répondre, c'est oui, c'est qu'il l'aime, c'est une preuve de son amour pour elle. Peu importe qu'il soit libre, ou marié. Il faudra éventuellement éliminer sa compagne, sa femme, qui est supposée l'empêcher de réaliser son amour pour elle. Tout ce qui peut dire « non » chez l'autre est un « oui » dans l'interprétation du sujet.

- Il y a les délires de jalousie, qui ne sont pas la jalousie que l'on connaît les uns ou les autres.

Pascale Belot-Fourcade : Lorsque l'on rencontre un paranoïaque, on ne va pas mettre en place un dialogue démocratique, ni lui demander son avis sur le fait d'être hospitalisé. Quelqu'un qui est persécuté et qui a désigné un per-

sécuteur, il faut l'en séparer tout de suite. On ne va pas faire une réunion en lui demandant s'il veut bien être hospitalisé. Pour un délire érotomaniaque, il n'y a rien d'autre à faire que de séparer, car sinon l'érotomane ira...

Louis Sciara : ... Au bout de sa logique !

Pascale Belot-Fourcade : Donc, il faut pouvoir savoir qu'il n'y a pas de discussion possible. Si vous avez de la considération pour quelqu'un qui est dans une certitude paranoïaque, il faut l'amener au CPOA, sans lui demander forcément son avis. Il y a des questions de vie et de mort qui se posent. Il y a des moments où votre bienveillance normale, qui vous conduit à discuter avec les gens, va être mise en question. Chez les névrosés, il y a cette souplesse de conviction que nous avons, mais parfois pour les psychotiques, il faut savoir qu'il n'y a pas d'autre solution que de couper.

Louis Sciara : Couper, ça veut dire pour le praticien faire acte. Par exemple, un clinicien peut se retrouver dans une situation où il n'a pas d'autre choix qu'ordonner et rédiger un certificat d'hospitalisation. J'imagine qu'au CHRS, il y a parfois des situations extrêmement aiguës où vous faites appel au secteur psychiatrique. À chaque fois que j'ai eu besoin de faire une hospitalisation sans consentement, je l'ai fait mais ça m'a toujours coûté, ce n'est pas évident. Quand on ne connaît pas quelqu'un, qu'on voit qu'il est complètement mal et qu'il peut faire mal à autrui, bon... Mais quand on connaît quelqu'un dont on sait qu'il va peut-être plus tard évoluer, mais pour qui c'est le moment stratégique, il faut accepter que cela passe par l'hospitalisation.

Donc, le délire de jalousie... je ne vais pas développer là-dessus, mais tout tourne autour du délire, d'une conviction qui est assez inébranlable, qui ne permet pas d'avoir un minimum de plasticité, il y a une espèce d'inertie dialectique, c'est-à-dire que cela reste figé, cela ne peut pas bouger d'un poil. La jalousie délirante, c'est compliqué parce que chaque chose, le moindre geste, est interprétée comme venant camoufler la tromperie.

- Le troisième type de délire passionnel, que l'on voit de plus en plus je trouve, ce sont les délires de revendication. Parmi eux, les hypocondries délirantes. Ce sont des sujets qui sont toujours en train de penser qu'ils ont quelque chose – et ce n'est jamais le bon médecin, ce n'est jamais le bon diagnostic ou le soin adéquat –, il y a quelque chose dans le corps qui les travaille sans arrêt. Ils sont persuadés qu'ils sont malades. Je raconte toujours ce cas qui m'a beaucoup marqué, celui dit d'une sinistrose délirante : j'étais en troisième

année de médecine, je commençais à me sensibiliser à la psychiatrie et je rencontre ce patient, qui était un travailleur émigré. Il avait avalé pendant son travail un sandwich avec un morceau de verre. Le type était toujours persuadé que le morceau de verre était au fond de sa gorge. Un corps étranger parmi les étrangers... Il y a aussi les inventeurs méconnus, les idéalistes passionnés par exemple, comme Jean-Jacques Rousseau, ou des révolutionnaires qui devaient être plus qu'un peu paranoïaques, par exemple du temps de la Terreur, on a parlé, entre autres, de Robespierre... Ce sont des personnages historiques, mais il en existe... quelques tyrans politiques font partie de ce club ! Je pense aussi à un patient qui était venu me voir, qui avait les mêmes origines siciliennes que moi, qui était persuadé que sa femme avait été abusivement licenciée, et qui s'est présenté jusque dans le lieu de travail de sa femme avec un paquet d'explosifs... Ce qui est intéressant, c'est que ce sont des délires où quelque chose de l'acte n'est pas élaboré. On parle de « délire en acte ». Il y a donc les idéalistes passionnés, qui défendent des théories, ou des inventeurs qui s'estiment méconnus. Je citerai aussi les délires de préjudice et certains délires de filiation (tel patient connu durant mon internat et qui se prenait pour le roi d'Angleterre).

Le troisième pôle, dans les paranoïas, est celui du « délire de relation des sensitifs », que l'on appelle la paranoïa de Kretschmer. Ce sont des diagnostics qui ont été discutés à l'époque comme pouvant rendre compte de structures névrotiques. J'ai souvent eu affaire à des patients avec ce délire de relation des sensitifs, ce sont des personnes qui sont extrêmement sensibles à tout ce qui se passe autour d'elles, qui sont en général extrêmement attentives et qui s'estiment lésées par un préjudice. Ça arrive beaucoup dans les lieux de travail. Ce sont des gens qui ressentent une attaque provenant de l'Autre sur le plan de leur intégrité morale. Ils développent un délire persécutif plus subtil, moins marqué, moins convaincu que les sujets atteints de « délire d'interprétation » et ils sont sujets à des accès dépressifs, ce qui les rend plus abordables dans la relation transférentielle.

Voilà pour les paranoïas.

La deuxième entité est constituée par les PHC, psychoses hallucinatoires chroniques.

Pascale Belot-Fourcade : M^{me} Anquetil est venue vous en parler plusieurs

fois avec son livre, *Les Voix*¹, tout à fait remarquable d'ailleurs.

Louis Sciara : Oui, ce sont des patients qui sont sujets à toutes sortes d'hallucinations, essentiellement acoustico-verbales, c'est-à-dire qu'ils entendent des voix. Ils présentent un syndrome d'automatisme mental : toute leur vie est envahie par des phénomènes hallucinatoires. C'est invivable. Ils échappent souvent à des prises en charge, jusqu'au moment où, par exemple, ça ne va pas, parce que le voisinage va porter plainte au commissariat, parce que la musique est trop forte. Ce n'est pas que tel patient veut écouter fort la musique, mais plutôt parce qu'il vise à couvrir les bruits, les voix qui l'envahissent chez lui. Il cherche à se défendre d'entendre ces voix intrusives...

Il y a aussi les paraphrénies, où le côté imaginaire, fictif, fantastique, est au premier plan, avec des fantasmagories sur l'univers, le monde. Ce sont des gens qui ont des supra théories sur la fondation et la reconstruction du monde par exemple. Leur bizarrerie est tout à fait particulière. Elle peut fasciner, rester longtemps secrète. Cette espèce de folie douce est en général compatible avec la vie en institution. Quand j'étais à l'ex-Maison de Nanterre, j'ai connu quelques patients intégrés dans les murs de l'institution ! J'ai connu un patient handicapé physiquement par de gros ennuis vertébraux, qui était d'une grande discrétion. Mais, en parlant avec lui, j'ai découvert son élaboration fantastique sur l'univers, l'humanité. Il était savant sur plein de choses, c'était formidable. Un univers personnel clos. Cependant qu'il était complètement délocalisé, son rapport à l'espace n'avait strictement rien à voir avec nos coordonnées usuelles, son rapport au temps intemporel.

Les paranoïas, les psychoses hallucinatoires chroniques et les paraphrénies sont considérées comme des délires chroniques non déficitaires. En revanche, les schizophrénies sont plutôt reconnues comme évoluant sur un mode déficitaire.

Maintenant, quelques mots sur ce que l'on appelle les psychoses cycliques. Maintenant, on parle de bipolarité/unipolarité, car on ne veut plus employer le mot psychose et on met en avant le trouble de l'humeur (dépressif ou maniaque). La psychose maniaco-dépressive est une psychose qui est supposée intermittente, dans la mesure où se déploient à intervalles plus ou moins réguliers des épisodes aigus, maniaques et/ou mélancoliques, de façon in-

1. Aimée F., Anquetil N., *Les Voix*, éd. Payot, coll. Essais, Paris, 2014.

termittente. La bipolarité rend compte de ces deux versants, de manie et de mélancolie. Or manie et mélancolie sont deux états qui ne sont pas réversibles, la bipolarité se présente comme si le moins et le plus étaient en miroir. Ce sont deux pentes cliniques qu'on ne trouve pas que dans la psychose maniaco-dépressive. La manie, en psychiatrie, c'est un état d'excitation, d'euphorie, qui est complètement débridé, avec une hémorragie du langage qui fait que la personne ne comprend plus d'où elle parle, qui parle, de quoi ça parle. Il y a quelque chose qui est inarrêtable, une métonymie infinie d'apparence ludique en jouant sur les mots. Or c'est tout le contraire : ce sont les mots qui défilent et le sujet maniaque est comme avalé et rejeté dans cette hémorragie de la langue.

Pascale Belot-Fourcade : Y a-t-il eu, au CHRS, des hébergés en phase maniaque ? (Pas de réponse)

Louis Sciara : Le maniaque colle aussi à l'humeur des personnes qui l'entourent. Si vous êtes triste, il va lui aussi être triste. C'est une pathologie de l'affect par excellence.

Depuis Hippocrate, la mélancolie est associée à la bile noire comme humeur spécifique. Aristote a fait valoir que c'était un état qui favorisait la création artistique. Cliniquement, il s'agit d'une forme de délire, qualifié usuellement de dépression grave ou de grande intensité. Les mélancoliques présentent une culpabilité délirante : ils s'estiment responsables du malheur dans le monde, du malheur d'autrui. Il y a un risque de suicide majeur, donc cela doit être pris très au sérieux et traité, surtout en cas de mélancolie anxieuse ou agitée. Il existe des formes gravissimes de mélancolie altruiste avec passages à l'acte. Danièle Brillaud va vous parler de l'état dépressif. Le mot dépression englobe, actuellement, toutes sortes de dépressions et ne différencie pas que la dépression dans les névroses, dans les psychoses ou dans les perversions. Or ce n'est pas la même chose. Maintenant, dans le DSM, on parle d'épisode dépressif majeur, toujours sans différencier sur quelle structure clinique il se greffe. La clinique de l'épisode dépressif, chez un sujet névrosé, s'appuie sur l'existence d'une demande que le sujet adresse à l'autre. Il se plaint, tout en étant désespéré. Ce n'est pas ainsi chez le mélancolique. Il ne demande rien, si ce n'est à être tué. Il est pris dans une organisation psychotique qui n'a rien à voir avec celle d'un névrosé, où les rapports au temps, au corps, sont très différents.

À propos de la psychose aiguë, très simplement... Dans la nosologie fran-

çaise classique, on appelle bouffées délirantes aiguës des épisodes délirants avec dépersonnalisation, chez des jeunes, des jeunes adultes. Elles présentent soit l'entrée dans une psychose, soit une forme de décompensation d'une problématique névrotique qui peut se traduire par un moment d'éclosion pseudo-délirante. Personnellement, j'ai toujours cru que les véritables bouffées délirantes ne concernaient que des patients psychotiques. Ce n'est pas l'avis de tous les cliniciens. La question du diagnostic différentiel se pose et elle n'est pas du tout évidente. Parmi les psychoses aiguës sont incluses les confusions mentales, souvent liées à des pathologies neurologiques (tumeurs cérébrales) ou métaboliques, mais aussi la manie et la mélancolie.

Donc voilà les classifications classiques, sur lesquelles je ne vais pas insister outre mesure.

Sur les psychoses elles-mêmes, j'aurais d'ailleurs dû commencer par ça, il faut dire que c'est ce qui désigne la folie par excellence. Même si « ne devient pas fou qui veut », disait Lacan, et même si ça ne veut pas dire que chacun d'entre nous n'a pas une part de folie. Les psychoses se sont imposées depuis toujours comme des folies, au sens ou quelque chose échappe, par leur caractère de gravité, par leur côté invalidant, par leur évolution plus ou moins déficitaire, puisque le processus de la psychose peut aller jusqu'à déconstruire ce qui a pu se mettre en place ou, à l'inverse, empêcher qu'un processus de développement se mette en place. Ça a été décrit par les aliénistes à la fin du XIX^e siècle. Une des définitions, que donnait Henri Ey, de façon tout à fait schématique, c'est que par rapport aux autres pathologies, les psychoses ont :

- Une gravité plus importante ;
- Un rapport à la réalité perturbé, au point que l'on peut avoir des idées délirantes ;
- Une non-conscience du caractère morbide des troubles.

Quand on a l'expérience de la psychiatrie et de la psychanalyse, on peut nuancer chaque élément :

- Non-conscience du caractère morbide des troubles : il y a des patients psychotiques qui ont une certaine conscience de l'affaire, qui ne sont pas sans savoir qu'il y a quelque chose qui ne va pas.
- Le rapport à la réalité, qu'est-ce que c'est ? La réalité, c'est celle qu'on croit partager par les uns et les autres. Chaque réalité psychique est spécifique à une personne, la réalité est le fait de chaque individu, alors que le rapport à la réalité présuppose qu'il existe une réalité commune. Mais malgré tout, il y a

des valeurs communes, qui fondent le bon sens commun. Et ces patients-là, évidemment, ont bien du mal à trouver une inscription dans le bon sens commun. Cette réalité dont il est question, ça peut être « Pourquoi le type à la TV se met à parler de moi ? », « Pourquoi le chien parle à tout le monde et dit tout fort tous mes secrets ? »... Donc, effectivement, le rapport à la réalité n'est pas tout à fait le même.

- La gravité : je vous ai dit que dans les névroses, il pouvait aussi y avoir des formes invalidantes et parfois beaucoup plus que dans certaines psychoses.

Un mot sur la décompensation des psychoses. Ça reste un mystère. Qu'est-ce qui fait qu'un sujet qui a une structure psychotique, pendant des années, ne décompense pas. Et qu'est-ce qui fait que pendant toute une vie, certains ne décompensent pas vraiment, ou jamais, ou ne font pas de vagues socialement, ou bien sont traités par les autres comme des personnages originaux, un peu spéciaux dans une famille et qui sont préservés des autres... Lacan nous a enseigné que la décompensation advient quand la question du père est appelée pour un sujet, qu'elle vient faire résonance en lui, et qu'il n'a pas les moyens symboliques d'y répondre en son nom, parce que cette question n'a pas été symbolisée. Il y a alors advenue d'une déconstruction, faute pour le psychotique de pouvoir y répondre. C'est un peu ça, l'idée de la décompensation.

Pascale Belot-Fourcade : Nicole Anquetil en a beaucoup parlé à propos des voix de cette femme², qui, finalement, a mené une vie extrêmement méritante et qui a décompensé au moment de sa retraite, quand l'institution pédagogique (elle était professeure) qui la tenait ne la tint plus. C'est une question de suppléance.

Louis Sciara : En général, pour des jeunes, c'est quand ils doivent répondre en leur nom, par exemple quelqu'un qui passe un examen. J'ai un patient qui a décompensé sa psychose au moment où il devait inscrire son patronyme sur une copie et il n'a pu le faire. C'est encore lorsqu'un homme se retrouve en place d'assumer une paternité...

Je voudrais aussi dire un mot sur la sémiologie psychotique : le délire, les hallucinations, les troubles du langage et ce qu'on appelle les phénomènes élémentaires.

Le délire, c'est une tentative de guérison, disait Freud, pour réparer sur le

2. Aimée F., Anquetil, N., *op. cit.*

plan de l'imaginaire ce qui fait défaut sur le plan symbolique. Il donne une assise subjective à un sujet qui n'en a pas, ça lui permet de s'appuyer sur quelque chose, de même que des hallucinations, le fait d'entendre son nom, de s'entendre interpeller par des voix, peuvent permettre à un *parlêtre* psychotique d'avoir un minimum d'habitus, c'est-à-dire un lieu où au moins il peut se reconnaître comme sujet. La grande difficulté c'est le rapport au langage. J'ai évoqué les mécanismes du délire : les hallucinations (bruits, voix, représentations visuelles, odeurs, goûts particuliers, tactiles, cénesthésiques) les interprétations, les imaginations, les intuitions...

Concernant le délire, il faut s'interroger sur sa force, sa conviction et sur sa systématisation. Est-ce qu'il est très organisé, très articulé ? On a l'impression que la personne raisonne parfaitement, mais on s'aperçoit que sa pensée lui est plus imposée qu'il ne croit l'imposer lui-même.

Pour finir, je dirai un mot sur les phénomènes élémentaires comme pathognomoniques de toute psychose ; un exemple : j'avais une patiente qui me disait : « Je suis complètement dévariée ». Quand elle avait des moments de décompensation de sa psychose, cela touchait son rapport au langage, elle employait des mots auxquels on pouvait trouver, nous en tant que névrosés, diverses significations, une façon de jouer avec les mots, etc. Pour elle, « dévariée », c'était la signification de quelque chose qui la dépassait, sur lequel elle ne pouvait pas mettre d'autres mots, si ce n'est qu'elle était prise dans des phénomènes d'angoisse inépuisables et qui montraient déjà qu'elle était dans un moment de décompensation. C'était un néologisme à partir de l'emploi paralogique d'un mot. Cela s'appelle un phénomène élémentaire. C'est à la fois un phénomène très ténu, mais aussi dont la valeur structurale est majeure, car il traduit l'organisation de la vie psychique du psychotique. Le phénomène élémentaire, disait Lacan, a la même valeur structurale qu'un délire. Il obéit à une conviction absolue, il ne souffre aucune dialectique possible, il est vécu comme imposé de l'extérieur au psychotique, et prend une valeur singulière, toute personnelle, car c'est lui qui serait visé et pas un autre. Pour revenir sur ce néologisme « dévarié ». Il m'a questionné les premières fois où il surgissait de la bouche de cette patiente. Je me suis demandé si ce n'était pas une façon de broder autour du verbe « varier ». Mais très vite j'ai entendu qu'il n'en était rien. Dans les cas de psychose, l'automatisme mental traduit le fait que ça pense le sujet plus qu'il pense, ça articule les mots plus que le sujet ne les articule. Il y a quelque chose de l'ordre du dévidage de la pensée, c'est comme si la langue prenait le pas sur la subjectivité. Ça défile tout seul, cependant que pour un névrosé il y a quelques attaches.

Je vais donner un exemple clinique. Un de mes patients, un homme d'origine

antillaise, a longtemps échappé à un suivi psychiatrique. Il vient désormais me parler depuis des années, c'est un homme qui ne me demande rien, il vit avec sa mère, il est pris dans un délire à caractère religieux, même mystique. Il ne cesse d'être harcelé par des phénomènes hallucinatoires. Un jour, il est dans la rue. Il y a un grand espace devant lui, il se dit : « Je respire, j'en profite pour nettoyer mes poumons ». Il inspire donc, et au moment où il expire, il fait « pfff », et il entend « pfff » partout autour de lui. Et là, voilà, il a la preuve de la présence d'un démon qui, au moment où il est bien, va mettre fin à son bonheur. Comment lui faire entendre que le « pfff » vient de lui, qu'il est l'émetteur et le récepteur de cela, alors qu'il n'en a aucune lecture critique ? Avec lui, ma façon de procéder consiste à le laisser dire, parce que cela se tient tout seul pour lui. D'autres seraient tout de suite pris dans une telle persécution qu'ils seraient très angoissés. Je n'ai jamais réussi à lui prescrire quoi que ce soit à cet homme, mais il vient me voir toutes les semaines, et ça tient comme ça. Il a un nom extraordinaire parce que cela a trait au désir et à l'amour, alors qu'il n'a aucune idée de ce qu'est le désir ou l'amour. Moi, j'aimerais bien qu'il ait un minimum de vie sociale, car le jour où sa mère va mourir, ça va être quelque chose... peut-être qu'il ira en CHRS, je ne sais pas. En tout cas, mon vœu de socialisation est celui d'un névrosé, pas celui d'un patient psychotique comme lui.

Deuxième occurrence le concernant : il est dans une église. Il va de temps en temps y prier, quand il ne critique pas le Vatican. Dans l'église il voit une vieille femme, qui a des tics, elle fait des mouvements bizarres. Elle passe devant lui et fait un geste de la main droite. À ce moment-là, ça lui fait signe, à lui. Ça lui fait signe qu'il y a un démon. Or, pour cet homme, le mot « démoniaque » est très important. Ce mot, « démon », fait écho à ses rêves, qui n'ont pas le caractère des rêves de névrosés, qui sont pris au premier degré. Dans ses rêves, il y a une figure démoniaque qui vient envahir toute sa représentation de l'espace. Elle prend une forme transparente et noire. Ça, c'est un phénomène élémentaire. Il est persuadé que quelque chose d'extérieur, le démon, vient s'imposer à lui, alors que c'est le produit de sa propre pensée. Il relève d'une automaticité qui s'impose à lui et qui lui échappe.

C'est pour cela que l'on distingue les hallucinations psychiques, où la pensée commence à s'émanciper, du moment de l'écho de la pensée quand la personne entend sa pensée, s'entend penser, jusqu'au moment où ça verse dans « c'est l'autre qui commence à me persécuter », ça s'appelle la xénopathie, c'est-à-dire que c'est de l'extérieur que les choses s'imposent à elle, c'est le passage dans ce que de Clérambault appelait le grand automatisme mental, cortège hallucinatoire à l'appui.

Par exemple, j'ai cette citation : « J'ai l'impression d'être observé et d'être entendu par mes pensées ». Bon, nous aussi parfois, on a l'impression d'être observé... mais là, quel est l'intérieur, quel est l'extérieur ?

Pascale Belot-Fourcade : C'est très important ce que tu as dit sur le rapport à l'espace. Effectivement, la question de l'intérieur et de l'extérieur est tout à fait différente dans la psychose et chez les névrosés. Pour les névrosés, il y a une idée de disparité des espaces, au moins. Or cet homme a l'impression que l'intérieur, c'est l'extérieur. À ce moment-là, tout devient persécutant, tout devient dangereux. Car le fait que nous ayons le sentiment que l'extérieur, ce n'est pas nous, ça nous protège, ça fait un mur. Or dans la psychose, il n'y a pas ce mur-là. Vous qui travaillez avec des personnes qui n'ont pas ce mur, il faut faire attention. Parfois, il faut pouvoir intervenir, quand l'extérieur est trop présent, et se protéger aussi. La question du traitement de la psychose, de la prise en compte de la psychose, c'est aussi la sécurité des intervenants. Quand l'extérieur est trop à l'intérieur de quelqu'un, il y a du danger. Quand il y a une persécution qui est formulée, il faut être vigilant. Quand un mélancolique vous dit « je vais me tuer »...

Louis Sciara : ... C'est à prendre au pied de la lettre.

Pascale Belot-Fourcade : Nous avons une responsabilité par rapport à la psychose. Il faut savoir comment l'autre peut fonctionner, qu'il est très différent, et qu'il faut intervenir sans avoir tout notre imaginaire de bienséance, de démocratisation, etc.

Louis Sciara : Oui, il s'agit de protéger à la fois la personne et les professionnels. Cela dit, on a trop tendance actuellement à diaboliser la folie. Il y a des passages à l'acte, mais ils sont très rares statistiquement, plutôt auto agressifs et moins hétéro agressifs.

Une personne dans la salle évoque la psychopathie.

Louis Sciara : Le psychopathe est une personnalité dite antisociale. La psychopathie désigne des sujets qui ne sont pas dans la norme sociale, qui font du fracas. Dans les troubles du comportement, il y a des schizophrénies que l'on appelle des héboïdophrénies, où le trouble du comportement est au premier plan, du fait de la dissociation psychique. Mais la psychopathie, cela renvoie à toutes sortes de structures cliniques, mais quand même plutôt à des struc-

tures que certains appellent des états-limites, d'autres des psychoses. Elle est rapportée en général à la délinquance, c'est-à-dire aux mises en acte. La psychopathie, c'est une façon de désigner celui qui n'a aucune gratitude, qui met à mal les institutions, met en échec tout ce qui est proposé ; il est dans la toute-puissance et inapte à assumer quelque chose. Cela touche à l'inconséquence. Mais, à mon sens, ce n'est pas une catégorie clinique à part.

Des transgressions permanentes peuvent obéir à une certaine logique. Le problème est de comprendre cette logique et cela ne veut pas dire que l'institution est capable de les tolérer. Jusqu'où tolérer ? J'ai eu l'expérience, à Nanterre, des patients qui entraient en hospitalisation avec le diagnostic de psychose et qui en ressortaient avec celui de psychopathie. L'institution, plutôt que de prendre en considération leur psychose, ne se focalisait plus que sur leur trouble du comportement, parce que ces patients prenaient du cannabis et de l'alcool et qu'à l'hôpital ils transgressaient. Mais faire entendre à quelqu'un ce qui se joue pour lui dans une transgression, et entendre que cette transgression s'inscrit dans sa pathologie est pour le moins complexe. Cela devrait au moins renvoyer les praticiens à des questions éthiques, diagnostiques, thérapeutiques.

Pascale Belot-Fourcade : La manière de traiter et d'articuler l'accompagnement des psychopathies demande à être réfléchi avec soin, pour pouvoir y répondre *in situ*. Et pour cela, il y a une adaptation à faire.

Louis Sciara : Les lieux de soins se dé-spécifient. Je me suis battu pour que les hôpitaux psychiatriques puissent évoluer. Maintenant je me bats pour que les soins psychiatriques aient encore un sens.

Peut-on dire que c'est la société qui rend fou ?

Bernard Vandermersch

2 novembre 2015

Claude Chevrier : Merci de répondre aussi nombreux à notre invitation des jeudis du Pôle, ce sont des séminaires, c'est la quatrième année que nous poursuivons. En tout cas, bienvenue au CHRS Relais des Carrières, nous avons l'honneur d'accueillir aujourd'hui Bernard Vandermersch qui va nous parler de : « Est-ce que la société rend fou ? »

C'est un thème très intéressant qui, je l'espère, va répondre à beaucoup de questions que nous nous posons dans notre quotidien en tant que travailleurs sociaux ; en tout cas, je vois autour de cette table des personnes qui viennent d'endroits différents, il n'y a pas que le CASVP et tant mieux. Ce qui est intéressant, c'est que nous aurons, après deux heures d'intervention, une heure d'échange et, dans le cadre de l'échange, chacun depuis notre place nous pouvons interroger M. Vandermersch, ou bien faire part d'une situation problématique et nous réfléchirons tous ensemble.

Pascale Belot-Fourcade : Oui, on peut aussi intervenir dans le feu du discours.

Bernard Vandermersch : Je ne suis pas spécialement à l'aise de parler devant des gens qui sont immergés dans le travail social à la dure, étant un homme de cabinet, bien que j'aie exercé aussi dans les hôpitaux psychiatriques pendant des années. Bon, alors, j'ai pris comme titre « Peut-on dire que c'est la société qui rend fou ? » C'est peut-être bien pour allécher mais, à vrai dire, ça ne me semble pas un excellent titre. Quand on était jeunes, nous, surtout dans les années 1968, c'était assez répandu cette idée que la société rend fou. Ce n'était pas nouveau dans le fond, Rousseau disait déjà que l'homme naît bon et que la société le corrompt. Il y a eu tout un courant antipsychiatrique, en Italie, qui a amené la disparition des hôpitaux psychiatriques sous l'influence de Basaglia ; en France, il y a eu des expériences nombreuses à cette époque, et c'était une époque plutôt enthousiaste avec Tosquelles à Saint-Alban,

Bonnafé à Vaucluse, Oury à La Borde. Ces expériences ne portaient pas de l'idée que la société rend fou, mais leur idée était de se servir du social pour essayer de corriger la folie.

C'était aussi l'époque de Foucault et du grand renfermement. Alors oui, l'idée était quand même de sortir de l'asile. L'asile. Quand j'étais gosse, asile ça voulait dire hôpital psychiatrique. Je ne sais pas si c'est un mot qui est encore employé dans ce sens. Non, on ne dit plus : « Si tu continues comme ça, tu finiras à l'asile ! ». Je ne vais pas développer tout ce qui est de ce courant, de cette époque. Dans tout ce mouvement de désaliénation, il y a des choses très différentes ; je crois que Pascale va en parler un petit peu tout à l'heure.

Pour aller au fait de ce que j'avais l'intention de dire aujourd'hui, je résumerai comme suit :

Premier point : La société ne rend pas forcément fou, mais il y a certaines places dans la société, par exemple celle du pouvoir, qui peuvent faire aisément déraiper. On voit comme ça des gens très bien, militants, résistants ; un jour, ils arrivent au pouvoir et se déclenche chez eux une petite paranoïa ou une grosse paranoïa, c'est assez fréquent. Je ne parle pas tellement de nos démocraties, encore que...

Deuxième point : C'est que le rejet des fous par la société, auquel nous étions très sensibles à l'époque, si souvent dénoncé, c'est aussi et d'abord l'effet en retour, effet quasi automatique, de l'absence dans l'inconscient d'un psychotique – là, j'emploie l'expression psychotique et non pas fou – de l'inscription de ce qui fonde l'ordre social et le bon sens. Je laisse ouverte la question de savoir si l'absence de cette inscription est d'origine ou liée à un rejet. Le rejet des fous par la société – souvent, nous dénonçons le fait que la société rejette les malades mentaux...

Pascale Belot-Fourcade : Comme dangereux ?

Bernard Vandermersch : Comme dangereux, comme... comme devant être enfermés. C'est un peu moins sensible... parce qu'il y a le politiquement correct qui passe là-dessus, mais en fin de compte c'est quand même l'idée – ce que je voulais dire, c'est que ce rejet des fous par la société, c'est d'abord l'effet en retour d'un rejet qui existe, « rejet », je le mets entre guillemets, ou en tout cas de l'absence, dans l'inconscient d'un psychotique, de l'inscription de quelque chose qui fonde l'ordre social. Je ne spécifie pas tout de suite ce dont il s'agit parce que ça reste de l'ordre de l'hypothèse, même si nous avons

des façons de l’appréhender, je ne voudrais pas coller des concepts tout de suite mais quand même, il y a là quelque chose qui semble ne pas être inscrit et qui provoque en retour cet effet de rejet par la société.

Troisième point : Cette inscription de ce qui fonde cet ordre social et le « bon sens », c’est un élément qui dans le langage fait *exception* aux lois du langage. J’apporte cette idée de l’exception. Il y a normalement, dans l’inconscient de chacun, un élément qui fait exception à l’ensemble des autres éléments.

Quatrième point : Que c’est donc le rejet ou l’absence de cet élément d’exception qui va rejeter le sujet psychotique hors de la société et qui va faire de lui-même une exception.

Pascale Belot-Fourcade : C’est compliqué !

Bernard Vandermersch : C’est très compliqué, c’est simplement le résumé. Que cette absence fasse du psychotique une exception, nous en avons tout simplement l’exemple en justice : il n’y a ni crime ni délit si, au moment des faits, l’auteur était dans un état de démence au sens du code. Vous tuez votre voisin mais vous êtes psychotique et au moment du crime dans cet état de démence : donc exception.

Une personne de l’assistance : Non-responsable.

Bernard Vandermersch : Vous faites exception, vous n’êtes pas responsable. On reconnaît qu’il y a en vous quelque chose qui fait que vous allez tomber dans l’exception.

Pascale Belot-Fourcade : Ce n’est d’ailleurs pas reconnu de la même manière dans les différentes démocraties.

Bernard Vandermersch : Oui, à vrai dire, les avocats aujourd’hui sont assez circonspects, ils se demandent s’il faut plaider dans le sens de la folie, dans le sens de faire démontrer la psychose ou la folie du client, ou s’il faut au contraire essayer d’atténuer cet aspect car il n’est pas sûr que le jury, mis en présence de quelqu’un dont on soupçonne la folie, ne se mette pas à être encore plus sévère à cause de la peur qu’engendre la folie. La justice est une chose humaine et les avocats sont circonspects.

Donc la société rend fou, c’était un courant, c’étaient des idées qui étaient

assez répandues, notamment dans le courant antipsychiatrie, dont Pascale nous montre que c'est un courant très hétérogène et qu'il y a d'ailleurs aussi tout un courant de thérapie institutionnelle, à cette époque, qui cherchait à rendre les institutions moins pathogènes et, si possible, même thérapeutiques. Puisque, à l'époque, avant les années 1960, l'hôpital psychiatrique n'existait pas, enfin existait comme terme, mais c'était l'asile. Et l'idée était qu'il fallait sortir les malades de l'asile, et comme je disais tout à l'heure, asile voulait dire asile d'aliénés. Aujourd'hui, avec le droit d'asile, par exemple, le mot a retrouvé une certaine noblesse, il ne concerne pas que les fous.

Asylum, c'est du grec latinisé, ça veut dire « un temple inviolable », un espace donc sacré, un espace qui fait *exception* à l'espace ordinaire. Dans le Temple, on ne pénètre pas pour aller chercher les victimes potentielles. Le génocide perpétré au Rwanda est assez horrible par lui-même sans qu'on y cherche des choses pour le charger davantage, mais il est certain que le fait que des gens ont été pris jusque dans les églises, dans les temples, a quand même augmenté notre horreur.

Claude Chevrier : On peut dire la barbarie ?

Bernard Vandermersch : *Barbarie* veut dire ici la non-reconnaissance qu'il y a des lieux qui font exception à la loi générale. Voyez, je poursuis mon idée d'exception. Exception, ça veut dire : qui est hors de la prise.

Pascale Belot-Fourcade : Il y a aussi une exception qui est le secret professionnel médical, qui est actuellement d'ailleurs maltraité et le lieu d'un médecin, on l'a vu pendant la guerre, était un lieu où on pouvait se faire soigner, qui que l'on soit.

Bernard Vandermersch : Ami, ennemi...

Pascale Belot-Fourcade : Ami, ennemi et le médecin est en dehors de la loi de devoir dénoncer.

Bernard Vandermersch : Voilà, et ça, c'est une chose très importante parce qu'aujourd'hui, ça n'est pas très bien compris de la majorité de la population. La plupart des gens, vous ou moi, trouveraient à peu près normal qu'un médecin qui reçoit dans son cabinet un truand, un pervers, voyez tout ce que je veux dire par là, soit après tout amené à le dénoncer. Ça veut dire simplement que nous n'avons plus le sens du sacré, que d'ailleurs la plupart des gens

confondent avec le religieux – qui n’a rien à voir – c’est-à-dire de quelque chose qui, de par la loi, fait exception à la loi. Le paradoxe ne plaît pas beaucoup aujourd’hui. D’ailleurs, ça n’a jamais plu, on aime les idées claires, c’est blanc ou c’est noir, t’es de droite ou t’es de gauche, du côté du patron ou du côté de l’ouvrier, enfin bref, il faut que les choses soient simples. Là, ce qu’il est intéressant de noter, c’est qu’il y a dans la loi quelque chose qui prévoit l’exception à la loi. Et la folie – essentiellement la psychose – a toujours été dans cette situation un peu spéciale soit d’être protégée, soit d’être considérée comme médiatrice entre les puissances occultes et le monde profane. Aujourd’hui, l’idée la plus répandue est que c’est un dérèglement cérébral. Et d’ailleurs on va vous montrer de l’imagerie cérébrale, ça clignote dans ce coin-là, ça prouve que ce n’est pas bon. Ou alors c’est un problème chimique. Encore que tout cela existe, mais ce qui est intéressant, c’est que dans la conception actuelle dominante, il n’y a rien qui soit hors du corps. On va voir ça un petit peu mieux.

Puisqu’on a un peu de temps, je vais faire un tout petit détour entre sacré et profane et puisqu’on est en train de célébrer outre-Atlantique la mort de René Girard qui, à mon avis, ne mérite pas l’excès d’honneur dans lequel on l’encense.

C’est celui qui a inventé la folie mimétique en oubliant que Hegel avait déjà annoncé ça : le désir, c’est le désir de l’Autre depuis longtemps. Bon, enfin bref. Il reste que c’est quelqu’un qui s’est quand même occupé de la violence du sacré et c’est quelque chose dont je veux dire un tout petit mot. En tout cas, je m’aperçois qu’aujourd’hui le mot asile, au sens d’asile d’aliénés, semble avoir disparu. Enfin vous le connaissiez quand même ?

Une personne de l’assistance : Oui.

Claude Chevrier : Nous, on connaissait l’asile de nuit.

Bernard Vandermersch : L’asile de nuit, oui, voilà, vous aviez gardé ce terme d’asile.

Claude Chevrier : On l’a gardé et ce sont les CHRS qui ont pris la suite, donc, des asiles.

Bernard Vandermersch : Oh, c’est beaucoup plus poétique, CHRS ! (rires)

Claude Chevrier : Ça ne l’est pas aujourd’hui, c’était poétique en 1973.

Bernard Vandermersch : « Chresse », ça sonne pas mal ! (rires) Bon, alors il y a un philosophe italien qui s'appelle Giorgio Agamben qui a écrit un livre qui s'appelle *Homo Sacer* (Homme « sacré »). Son idée, c'est le parallèle entre cet *homo sacer* et le souverain, parce que tous les deux partagent un statut d'exception, c'est-à-dire que l'un et l'autre sont celui qui, dans la loi, fait exception à la loi. Ce qui est intéressant, c'est que la loi, la loi symbolique, régit elle-même sa propre exception, c'est-à-dire régit ce qui l'annule. Le souverain, c'est celui qui, dans la loi, a le pouvoir de suspendre la loi.

Pascale Belot-Fourcade : L'état d'urgence...

Bernard Vandermersch : Comme ça se dit, l'état d'exception. C'est prévu : dans la loi, il y a un petit alinéa qui dit : On peut suspendre la loi. Mais c'est le souverain qui peut faire ça. Le souverain, aujourd'hui, évidemment ce n'est plus théoriquement le président, ce n'est théoriquement plus le roi, l'empereur, le tsar, tout ce qu'on voudra, c'est le peuple qui est souverain. Ça rend les choses un petit peu plus délicates.

Mais je vais d'abord partir de l'*homo sacer*, parce que l'*homo sacer*, c'est un homme qui est exclu de l'humanité par la loi. C'est-à-dire quelqu'un que l'on peut tuer sans commettre de crime et, en même temps, c'est quelqu'un dont le meurtre n'a aucune valeur sacrificielle. Vous ne pouvez pas vous en servir pour faire un sacrifice aux dieux. Ça ne vaut rien.

Pascale Belot-Fourcade : C'était quand, ça ?

Bernard Vandermersch : C'était dans les premiers temps de Rome. Mais enfin, il ne faut pas se laisser leurrer par l'antiquité de la chose, parce que (dans) l'humanité et la structure des sociétés, il y a des nécessités logiques qui persistent de toute façon. Et bien sûr, aujourd'hui, on ne va pas déclarer d'un homme qu'il est de par la loi déclaré hors-la-loi et que l'on peut tuer comme ça sans autre forme de procès, comme du gibier, un homme réduit à la vie animale. La vie dés-humanisée.

Pascale Belot-Fourcade : Ça s'est vu quand même.

Une personne de l'assistance : On s'en rapproche.

Bernard Vandermersch : Ça s'est vu récemment puisque...

Pascale Belot-Fourcade : Au XX^e siècle, ça s'est vu.

Bernard Vandermersch : Ça s'est vu justement parce que le fait que le peuple soit souverain n'empêche pas que le peuple, du coup, se découvre une part de lui-même qui va être déshumanisée pour fournir la cause du malheur social. Puisque dans toute société il y a du malheur, il y a certaines formes d'impossible à une convivialité heureuse, parfaite, réciproque, les hommes aiment les femmes et les femmes aiment les hommes, les patrons aiment leurs ouvriers et les ouvriers aiment leurs patrons, tout va bien, les patients sont reconnaissants envers leurs médecins qui les guérissent (rires). Bref. Il semble qu'il y ait une difficulté et il est tentant, évidemment, de trouver la cause de cette difficulté. Ce n'est pas parce que le peuple va être déclaré souverain qu'il n'y aura pas de tyran – et ça peut arriver à peu près en même temps – et qu'une fraction du peuple ne peut être déshumanisée. C'est même un phénomène qui a pris une radicalité puisque, après le XX^e siècle, on croyait que c'était fini, mais non, ça peut continuer. Donc la démocratie ne protège pas contre cela. Ce peuple, d'ailleurs, qu'on va éliminer, va être accusé de toutes sortes d'abominations, de transgressions, mais aussi, notez-le bien, de détenir souvent un pouvoir secret et extraordinaire : les *Protocoles des Sages de Sion*, qui est encore distribué dans le monde arabe, c'était un faux fabriqué par le régime tsariste contre les Juifs supposés détenir un pouvoir extraordinaire.

Pascale Belot-Fourcade : Tu peux en dire deux, trois mots, parce que c'est très nouveau ?

Bernard Vandermersch : Je ne suis pas un spécialiste de la chose, ce que je sais, c'est que c'est un livre qui a été écrit sous le régime tsariste qui dénonçait un pouvoir mondial, secret, des Juifs et qui justifiait donc les pogroms, et tout ça. Et ce faux serait tombé dans l'oubli si, après la Shoah, avec le conflit israélo-arabe, ce livre n'avait été republié, rediffusé comme étant authentique dans beaucoup de pays arabes. De toute façon, dès qu'il y a un conflit, dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas, il est toujours tentant de trouver la cause dans un complot international. Il y a des théories complotistes pour tout. Aux États-Unis, certains ont dit que l'attaque des Twin Towers était un coup monté par les Américains eux-mêmes, etc.

Si j'ai fait ce petit détour par le sacré, c'était pour insister sur le fait de l'exception, et plus spécialement d'un espace qui, normalement, reste à l'écart des lois ordinaires. C'est une notion qui tend à être difficilement acceptable aujourd'hui, où on exige une transparence absolue.

Pascale Belot-Fourcade : Je n'ai pas compris, tu n'as pas fini ton raisonnement sur le dictateur et le mauvais, l'*homo sacer* à éliminer.

Bernard Vandermersch : Oui, la jonction entre les deux, l'*homo sacer* et le souverain, c'est que les deux partagent ce statut d'exception. Le souverain, celui qui, de par la loi, est au-dessus de la loi, est hors-la-loi d'une certaine façon puisqu'il peut la suspendre. Vous, vous n'avez pas le pouvoir de suspendre la loi, vous ne pouvez pas arriver au commissariat – vous êtes arrêté pour circulation en état d'ivresse ou quelque autre motif – et dire : « Ah bon, alors je suspends la loi, Monsieur ! ». Mais il y a un personnage délégué, je ne sais pas lequel dans notre République, qui a le pouvoir de promouvoir l'état d'exception, je pense que c'est le président de la République...

Une personne de l'assistance : Je crois que c'est l'article 14.

Claude Chevrier : L'article 16.

*Loi n° 55-385 du 3 avril 1955 relative à l'état d'urgence.
Version consolidée au 3 août 2016*

Article 2

*Modifié par Ordonnance 60-372 1960-04-15 art. 1 JORF 17 avril 1960
L'état d'urgence est déclaré par décret en Conseil des ministres. Ce décret détermine la ou les circonscriptions territoriales à l'intérieur desquelles il entre en vigueur.
Dans la limite de ces circonscriptions, les zones où l'état d'urgence recevra application seront fixées par décret. La prorogation de l'état d'urgence au-delà de douze jours ne peut être autorisée que par la loi.*

Bernard Vandermersch : Bien, je vois que j'aurais dû vous laisser la parole, mais j'espère que vous me direz si je n'ai pas dit trop de bêtises jusqu'à présent.

Donc, le lien entre les deux, c'est qu'il y a, aux deux extrémités, en quelque sorte, de la respectabilité, le plus haut et le plus abject, un point commun. Si j'évoque ça, c'est que dans le phénomène psychotique, on va rencontrer cette réunion entre le plus élevé et la bascule dans le rejet. C'était particulièrement clair dans la paranoïa, par exemple, mais aussi dans certains délires schizophréniques, c'est-à-dire ces personnes qui se trouvent tout à coup au-

dessus de toute loi, qui sont les empereurs du monde et qu'on retrouve à la rue ou à la bouche du métro tout en étant toujours empereurs du monde.

Donc les fous réfléchissent. De temps en temps je dis fou, de temps en temps je dis psychotique, ce n'est pas la même chose. C'est-à-dire qu'il y a beaucoup de fous qui sont psychotiques, il y a beaucoup de psychotiques qui sont fous, mais pas tous ; il y a des psychotiques qui sont sages et généralement, d'ailleurs, ils ont commencé leur vie comme ça, en étant sages, en faisant comme tout le monde et personne ne s'était aperçu que c'étaient des candidats à la psychose.

Donc les fous réfléchissent et ils raisonnent. La folie, tout comme la normalité supposée, résulte de la prise de l'animal humain dans le langage. Il n'y a pas de folie animale. La vache folle, elle n'est pas folle, c'est une pauvre bestiole qui a le cerveau ravagé et qui se casse la figure avant de mourir. Il n'y a pas de folie animale, il y a un peu de folie chez les animaux domestiques, mais enfin on voit que c'est parce que, comme dit Lacan qui écrit « d'hommes », ils ont été un petit peu contaminés et c'est vrai que la chienne de la petite vieille a souvent un peu de pelade, elle dort mal, elle fait pipi, bon, bref. Il y a un peu de folie mais enfin ça ne va pas très loin.

Pascale Belot-Fourcade : Oui, il y a des maladies psychosomatiques chez des animaux domestiques. Les vétérinaires connaissent très bien ça.

Bernard Vanderersch : Oui, il y a d'ailleurs des psychiatres vétérinaires, ou simplement des vétérinaires qui ont le sens de ces choses et qui s'occupent bien des « parents » des chiens et des chats, ils sont sensibles. Le problème des animaux domestiques, c'est qu'ils sont justement pris dans le langage sans l'immunité que l'être humain, que la plupart d'entre nous, a à l'égard du langage ; parce que le langage c'est quand même une espèce de monstre extrêmement agressif.

Ben oui, vous avez un bébé dans les bras, vous pourriez vous contenter, la maman, de lui donner du lait tranquillement jusqu'à ce qu'il s'endorme. Non, vous êtes obligée de lui parler, de lui raconter des tas de salades (rires), il n'a rien demandé ! Imaginez que ce soit un fils de roi ou petit-fils de roi, déjà comme ça, il est entouré de toute une série de précautions parce qu'il va devenir Charles X, Louis XIV, François I^{er}, bref, c'est effrayant ! C'est effrayant de penser que vous êtes pris, longtemps avant votre naissance, dans quelque chose où vous êtes déjà inscrits.

Pascale Belot-Fourcade : Qui a dit : « Maintenant ça suffit, on ne veut plus

de médecin, on ne veut plus de précepteurs, moi, je le cache », et c'est comme ça qu'étant caché, Louis XV a survécu...

Bernard Vandermersch : À la malfaisance des médecins...

Pascale Belot-Fourcade : Des médecins et des gens qui voulaient son bien.

Bernard Vandermersch : Ils essayaient de bien faire quand même, mais enfin comme vous le savez, les choses les plus abominables n'ont jamais été faites que pour le bien du peuple ou des gens.

L'idée, c'est que nous avons un corps animal, qui est extrêmement proche de celui des singes supérieurs, puisque je crois qu'on a avec les bonobos 98 % de génome en commun, c'est-à-dire qu'on est quasiment plus près du bonobo que le cheval du zèbre (rires). Et pourtant, quand vous voyez un bonobo, remarquez qu'on n'en voit pas tous les jours...

L'assistance : Heureusement ! (rires)

Bernard Vandermersch : Vous sortez du métro, vous rencontrez un bonobo (rires), mais quand on les voit au bord de la rivière où ils vont tremper leurs pattes dans l'eau et jouer, ça vous fait un petit quelque chose quand même. Parce qu'il ne leur manque vraiment que la parole pour le coup. Parce que, pour le reste, ça ressemble diaboliquement à des êtres humains. Il y a aussi que la société des bonobos est un peu plus cool que celle des chimpanzés qui, elle, est très agressive paraît-il. Eh bien, ces sociétés sont quand même très différentes des sociétés humaines, contrairement à ce qu'on essaye aujourd'hui de faire valoir, à savoir une espèce de disparition de la frontière, de ce qui distingue le primate humain des autres primates. Quand vous demandez à quelqu'un dans la rue, au sortir du métro : « Qu'est-ce qui fait la différence entre un homme et l'animal ? » On vous répond : « L'homme est intelligent », « le rire est le propre de l'homme », etc. L'idée que la différence est que l'homme est un animal parlant et parlé est quelque chose qui ne vient pas spontanément. Et pourtant, ça semblerait une évidence. Ce n'est pas seulement les gens du commun. Aujourd'hui, même pour ceux qui s'occupent des neurosciences, les savants, la frontière du langage n'est pas très clairement posée. La différence c'est le langage dans lequel on est plongé avant même de naître et que l'on va incorporer au prix d'une digestion difficile, parce que la première chose que l'on constate quand on voit un petit animal humain, c'est qu'il ne suffit pas de satisfaire ses besoins, l'alimentation, les couches pour le

caca, le dodo... Tous les bébés font des caprices, c'est quand même bizarre, qu'est-ce qui se passe ?

Comme dit Lacan, qui est quelqu'un qui a beaucoup compté pour moi, « tous les besoins de l'être parlant [de l'animal humain] sont contaminés par le fait d'être impliqués dans une autre satisfaction à quoi ils [ses besoins] peuvent faire défaut ». Qu'est-ce que ça veut dire ? Ça veut dire que vous avez satisfait les besoins de votre bébé, vous lui avez donné à boire la quantité suffisante, normalement il devrait être rassasié, il devrait vous faire des sourires, eh bien, il pleure, il réclame quelque chose, la tétine, le doudou... Et comme aujourd'hui on veut essayer de satisfaire les enfants au nom d'une bienveillance généralisée, alors il y a une pléthore de doudous, de machins, ce n'est pas seulement les besoins de l'enfant qui sont contaminés, ce sont les parents qui sont affreusement contaminés parce que si le bébé perd son doudou, vous imaginez, on peut faire 500 km pour retrouver le doudou ! On est quand même loin de la satisfaction des besoins. « Tous les besoins sont contaminés par le fait d'être impliqués dans une autre satisfaction... », alors quelle est cette autre satisfaction ? À quoi faut-il donc satisfaire ? Quand un obsessionnel ne peut pas marcher sur le trottoir sans calculer le nombre de pavés, le nombre de barres sur lesquelles il ne faut pas marcher et, peu ou prou, tous les gosses ont joué un peu à ça. Vous avez déjà vu un chien qui se préoccupe de savoir s'il faut marcher sur la barre ou pas sur la barre ?

Une personne de l'assistance : ... Et la lumière ?

Bernard Vandermersch : Oui, par exemple, et vérifier qu'on l'a bien éteinte trois fois ; ou alors un nombre de fois qui se divise par 3 mais pas par 2. J'ai connu un patient qui faisait des calculs extrêmement complexes pour savoir... Bref, il devait satisfaire à autre chose qu'à ses besoins. Donc ça, c'est le langage. Et donc si je parle de ces histoires de barres qui coupent, qui séparent deux pavés, c'est que ça fait partie de la structure du langage. Le langage, quand je parle, sur un enregistrement cela apparaît comme du continu, c'est un flot plus ou moins modulé mais vous verrez que c'est continu ; et pourtant vous, vous entendez des mots, quelquefois des phrases, quelquefois vous n'entendez rien du tout, mais bon, je fais des efforts pour parler distinctement ! Ce qui est bizarre, c'est qu'on entende des découpes là-dedans. On doit avoir quelque chose, génétiquement programmé, qui fait que l'on est sensible à la découpe signifiante. Ce que n'est pas l'animal, car il entend bien des choses, mais découper dans du continu une série de mots dont l'un renvoie au suivant et qui n'a de sens qu'en fonction d'une chaîne, ça, c'est spéci-

fiquement humain. Donc la rencontre inouïe, dans l'espèce humaine, d'un corps qui est assez voisin, très voisin des primates supérieurs et du langage qui est lui-même un corps organisé avec une syntaxe, avec des possibilités de substitution de mots, etc., une espèce d'organisme vivant, pourrait-on presque dire, puisqu'il se transforme au cours des âges, mais qui est en même temps quelque chose de mort (ou plutôt de mortifiant), c'est-à-dire qu'il n'appartient pas au sujet ; pour celui qui rentre dans le monde du langage, le mot est déjà là, comme ça (il faut s'y plier).

Alors de cette rencontre résulte la possibilité d'un sujet. C'est possible qu'il en naisse un sujet ; je dis que c'est possible parce que ce n'est pas à chaque fois le cas, il y a des cas où l'enfant ne devient pas sujet. Il y a des cas d'autisme très sévère où on a l'impression que l'enfant ne peut pas reprendre à sa charge l'énonciation.

Alors où situer ce sujet ? Je vous propose de dire qu'il est dans un double exil. Tout sujet, pas seulement ceux qui ont quitté leur pays, tout sujet est dans un double exil, parce qu'il n'est pas dans son corps et il n'est pas non plus dans le langage.

Une personne de l'assistance : C'est-à-dire ?

Bernard Vandermersch : Je vais essayer de le justifier. Qu'il ne soit pas dans son corps, ça, tout le monde ne l'admet pas. Il y a des neuroanatomistes ou des neurophysiologistes qui cherchent dans le cerveau la trace du sujet. Ils la cherchent dans le cerveau. Ils ne trouveront jamais que les conditions cérébrales du fonctionnement du sujet, mais l'illusion est de croire que le sujet est vraiment là. Il n'est pas dans le corps, la preuve c'est que l'on ne dit pas : je suis un corps, mais on dit : j'ai un corps. Et si j'ai un corps, c'est que mon corps, je le situe hors de moi, je le situe comme une possession. Et le sujet n'est pas dans le langage, ce qui fait tiquer Pascale, parce que ce n'est qu'une demi-vérité. Mais je ne suis pas dans le langage en ce sens que je ne suis pas un mot (ni aucun autre élément du langage). Et je ne suis pas non plus un sens. Vous pouvez, si vous le voulez, essayer de me réduire à un mot : c'est le mécanisme de l'injure.

Pascale Belot-Fourcade : Il y a le nom propre ?

Bernard Vandermersch : Ah, question remarquable ! Le nom propre, je m'appelle Vandermersch, ce qui veut dire dans cette noble langue qu'est le flamand à peu près : « du marais » (rires). Oui, c'est plus banal traduit en français.

Cela dit, c'est quand même très bien parce que ce n'est pas n'importe quel marais, ce sont les prés qui sont inondés par la crue des rivières. Ce ne sont pas des marécages à proprement parler. Mais bon. Cela dit, c'est un mot qui a disparu du flamand moderne et « Vandermersch », vous voyez bien que ça ne signifie pas « moi, du marais », je sais bien que mes propos peuvent vous paraître marécageux, mais quand même, vous voyez bien que ce n'est pas la signification du nom propre qui fonctionne. Le nom propre renvoie à quoi ? À celui qui vous parle et qui reste une énigme. C'est une sorte de trou par où la parole va sortir. Ce n'est qu'un trou le sujet, un manque. C'est quelque chose qui manque au langage. Et d'ailleurs, une définition que donne Lacan, c'est que le sujet, c'est ce qu'un signifiant représente pour un autre (signifiant). Représente, c'est-à-dire que dans le langage nous n'y sommes pas, nous n'y sommes que représentés. Quand je parle, il y a des mots et il y a certains mots particuliers qui m'ont touché dans mon histoire et qui me représentent. Je ne vais pas trop développer cette affaire.

Pascale Belot-Fourcade : Si, donne un exemple.

Bernard Vandermersch : C'est assez compliqué, parce qu'en donnant un exemple on se révèle tout de suite. Je veux dire que les vrais signifiants, ceux qui représentent le sujet pour d'autres signifiants, sont toujours des choses relativement intimes.

Pascale Belot-Fourcade : Tu représentes peut-être un homme pour ta femme, je ne sais pas ?

Bernard Vandermersch : Par exemple ! Mais quel homme, va savoir ! Mais tu me donnes un bon exemple. Je vais en dire d'autres. Puisque ma chère épouse, quand elle était petite, habitait un village de l'Oise qui avait été colonisé par une vague de Flamands qui venaient de Belgique et qui avaient repris les fermes ; ce qui fait qu'elle allait chercher son lait chez M. Vandesompel, ou chez M. Vandekerkhove, etc.

Pascale Belot-Fourcade : Elle a fini par t'épouser !

Bernard Vandermersch : De longues années après, elle me rencontre et flashe, Vandermersch ! (rires) On peut penser, qu'effectivement, ce signifiant elle l'avait comment dire... Ce n'est évidemment pas par la signification, qu'elle ignorait complètement à l'époque, maintenant elle sait que ça

veut dire à peu près du marais, c'était quelque chose qui était de l'ordre du phonème, c'est-à-dire de l'image acoustique. Alors je dis signifiant plutôt que mot, parce que même si le mot « signifiant » peut paraître un peu pédant, c'est que le signifiant ce n'est pas forcément un mot, ça peut être toute une phrase, ça peut être toute une langue, tout ce qui se découpe dans la langue, ce n'est pas forcément des mots seulement en tant qu'ils représentent le sujet. Toutes les langues humaines répondent à cette même structure, celle d'unités qui se découpent et qui ne valent que d'être différentes des autres et même d'elles-mêmes. Ça, c'est plus difficile à piger, mais il y a des exemples extrêmement simples, quand on dit : « à la guerre comme à la guerre », le premier « guerre » n'est pas le même que le deuxième, il n'évoque pas la même chose. Ils ont tout compris ! (rires) Bon, il y a encore un petit point de détail, c'est que le signifiant dans « un signifiant représente un sujet », parce que le sujet n'est pas dans le langage, il est seulement représenté et il y a un déchet quand même dans le langage, c'est la lettre. C'est-à-dire que quand vous parlez, vous entendez les mots et vous n'entendez pas les lettres. De la même façon que quand vous lisez, vous ne lisez pas v-a-n-d-e-r-m-e-r-s-c-h, vous lisez vand... vous faites comme vous pouvez ! (rires) Mais vous lisez les mots. D'ailleurs, c'est le problème de la querelle qui a longtemps fait les choux gras de l'éducation, faut-il apprendre aux enfants la méthode globale ou la méthode analytique. C'est sûr que si l'enfant en reste à b.a.-ba, il n'arrivera jamais à lire. Mais en même temps, s'il n'apprend que les mots sous forme de hiéroglyphes, il ne pigera pas le système alphabétique de nos langues.

Alors, il y a encore un autre effet, plusieurs effets, de cette incorporation du langage par l'être humain, à moins que ce ne soit l'être humain qui soit incorporé dans le langage ; je dis le langage, mais c'est une illusion, il n'y a que des langues. Le langage, c'est un concept scientifique, mais en fin de compte on ne connaît que des langues. Cette restriction à certaines incidences, c'est que dans une certaine langue je peux y trouver ma représentation et dans une autre, beaucoup moins. Le mot « français », par exemple, n'est pas pris de la même façon en arabe algérien ou en français. Il n'a pas le même sens. Il n'a pas tout à fait la même place. Je ne sais pas si vous voyez ce que je veux dire...

En tout cas, il y a un effet important de cette colonisation du corps par le langage, c'est l'absence d'instincts qui en résulte. À moins que ce ne soit le contraire, je ne sais pas, peut-être qu'on a eu une mutation qui nous a fait perdre nos instincts (et que nos grognements sont devenus des signifiants pour compenser). En tout cas c'est un fait que, chez l'animal humain, il y a très, très peu d'instincts qui restent ; et ne me parlez pas de l'instinct

maternel, parce que si vous avez été dans des maternités, je peux vous garantir que c'est une chose relativement précaire. Par exemple, donner le sein. Ça a l'air idiot, c'est si simple. Eh bien, certaines femmes n'arrivent pas à le donner et vous vous apercevez que souvent c'est parce que le sein reste un organe trop érotisé et que, sous le regard de l'autre, une inhibition se produit. Contrairement à l'animal, donc, on n'a pas de règles pour satisfaire nos besoins. La satisfaction des besoins ne satisfait pas forcément cette autre satisfaction et la satisfaction de cette autre satisfaction peut nuire à la satisfaction des besoins. Par exemple, une anorexique, elle satisfait à quelque chose qui est dans sa logique à elle, mais c'est au prix d'éventuellement crever. Et cette logique de l'autre satisfaction, à savoir de soutenir une subjectivité malgré tout et envers et contre tout, peut très bien aller jusqu'à sacrifier la vie, la vie biologique. Voilà, ça c'est spécifiquement humain.

Une deuxième conséquence, c'est que nous sommes tracassés par la vérité. Nous sommes tracassés par la vérité, déjà parce que nous ne savons pas ce que nous sommes puisque nous ne sommes que représentés et même mon nom propre ne fait que désigner une certaine place et qu'il n'y a pas d'objet du désir qui soit valable pour tous, il n'y a pas d'objets communs du désir, chacun a ses objets particuliers. Quel est le mien ? Quel est mon objet ? Que dois-je désirer ? C'est une question qui tracasse les gens un tout petit peu honnêtes. Il n'y a pas de vrai sur le vrai, comme dit Lacan. Et le désir naît de ce manque d'être, à savoir que je ne suis ni un mot, ni un corps et il se fait que les gens qui m'ont parlé, notamment ma mère – quand ils m'ont parlé – m'ont laissé sans réponse sur ce que j'étais, ils m'ont abreuvé d'un tas de noms, mon petit chéri, mon lapin, tout ce que vous voudrez dans les bons cas, mais que suis-je ? Et que dois-je être ? *To be or not to be* ? Homme ou femme ? Vivant ou mort ? Si vous naissez juste après la mort d'un enfant pour le remplacer, vous ne savez pas trop si vous devez la ramener ou pas. Donc, voilà. En même temps, c'est une ouverture et c'est ça qui va permettre de constituer le désir humain. Non pas que mon désir va être celui de ma mère, mais que je vais constituer mon désir à partir de ceci que je l'ai perçue comme désirante, sans que je sache vraiment quel était l'objet de ce désir. Mais la plupart du temps, je fais une hypothèse. Une hypothèse qui n'est pas si bête que ça, c'est que je m'aperçois que je ne satisfais pas ma mère et que pour ce qui est de la satisfaction de choses plus ou moins cachées, c'est plutôt du côté du mâle, du père, que ça se passe. Il y a un au-delà de moi et cet au-delà, je ne vais pas encore lâcher le mot, il sera pour plus tard parce que quand je le lâche trop tôt, il y a la moitié de la salle qui s'en va (rires). Une fois, j'étais à la Fnac pour présenter notre dictionnaire, j'ai lâché le mot trop tôt et il y a une bonne

femme qui s'est levée : « Ça suffit, a-t-elle dit, il y en a assez de ces vieilles badernes. » Bon, donc...

Pascale Belot-Fourcade : Oui, il faut quand même savoir que Bernard Vandermersch a œuvré avec Roland Chemama pour faire un dictionnaire de la psychanalyse¹. Je vous encourage à lire ce très bon ouvrage, très clairement formulé et éclairant sur des notions qui peuvent paraître difficiles. Il est très bien fait parce qu'il va d'un point à l'autre, il fait un réseau.

Bernard Vandermersch : D'ailleurs, Pascale y a participé (rires) et elle a écrit... Bon, on va arrêter de se congratuler, mais bon, c'est vrai que c'est intéressant d'avoir un dictionnaire qui essaye d'élucider quelques concepts. J'en reviens donc à ceci, c'est ce qui va me sauver aussi de cet asservissement à la demande maternelle, c'est-à-dire d'essayer de répondre totalement à la demande maternelle, puisqu'au départ je n'ai pas d'autre...

Pascale Belot-Fourcade : Solution.

Bernard Vandermersch : Oui, d'autre indice que : qu'est-ce qu'elle veut que je sois, d'autres points d'ancrage. Je sens bien qu'elle n'est pas contente quand ceci, elle est plus contente quand cela, mais comment faire pour sortir de cette aliénation, dont d'ailleurs, il faut bien dire, le névrosé ordinaire se sort assez mal. Parce qu'on voit des gens qui passent leur vie, sans être malades mentaux, à rester à côté d'une mère plaintive, jamais contente, et qui vont se retrouver à soixante-quinze ans avec une mère de quatre-vingt-quinze ans. Ce sont des cas que vous avez peut-être rencontrés. Qu'est-ce qui va permettre de sortir de là ? C'est que je fais un deuil, je comprends quand même quelque chose, c'est que je ne suis pas ce qui va satisfaire ma mère et qu'elle se satisfait ailleurs. Généralement, le bonhomme n'est pas loin. (rires) Il n'est pas loin, il est à côté, il m'em... la nuit, du coup je vais aller dans leur lit pour les empêcher de... etc. C'est l'interprétation sexuelle du désir de la mère. C'est ce qui se fait la plupart du temps et ce qui va échouer sous une certaine forme dans la psychose. C'est-à-dire que ce n'est pas tellement que le psychotique ne sait pas qu'il y a un monsieur qui couche avec sa mère, mais ce qu'il ne sait pas ou ne peut admettre c'est que le désir de la mère lui-même est asservi à un signifiant qu'elle va chercher du côté du père. Du côté du père ou du côté de quelqu'un d'autre, en tout cas quelque chose qui fait loi pour

1. Chemama R. et Vandermersch B., *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse, Paris, 2009.

elle. C'est-à-dire qu'elle n'est pas, elle, toute la loi. Il y a une exception et, cette exception, elle la trouve ailleurs.

Pascale Belot-Fourcade : On a, l'an dernier, parlé de la maltraitance maternelle et des difficultés de ces mères qui sont omnipotentes et qui peuvent, ou par des actes ou par une imposition, ne plus laisser d'espace à leurs enfants.

Bernard Vandermersch : Oui, j'ai eu connaissance de la mère d'un pauvre garçon psychotique et diabétique et qui en parlait à son thérapeute en disant : « Aujourd'hui, il est assez sucré, mais hier il n'était pas très sucré ». C'était un enfant très important pour elle mais réduit plutôt à une question de concentration de glycémie. Elle s'en occupait très bien avec beaucoup d'attention et de tendresse, mais il y avait quand même quelque chose qui ne fonctionnait pas, c'est qu'elle n'arrivait pas à faire l'hypothèse d'un sujet désirant, amené à désirer, et en tout cas, elle ne faisait jamais référence dans son discours à quoi que ce soit qui puisse être au-delà de son désir à elle et qui guiderait son désir.

Pascale Belot-Fourcade : Qu'il puisse refuser le traitement antidiabétique.

Bernard Vandermersch : Par exemple. Voilà. Il n'y a pas de vrai sur le vrai, disais-je, ce qui fait que l'être humain est quand même un animal angoissé, forcément. Si je parle plus précisément de la rencontre sexuelle, c'est parce que c'est quand même le lieu de l'angoisse maximale vu qu'il n'y a absolument rien qui nous guide dans ce lieu. Sauf, chez l'homme, une petite perversion, à savoir qu'il y a des trucs qu'il faut et d'autres qu'il faut pas, il faut qu'elle soit comme ci et pas comme ça, la dame, objet du désir, elle ne sait rien (au départ) de tout cela, mais en gros c'est ça ; du côté de la femme, c'est plus clair, parce qu'il y a quelque chose qui lui manque. Qui lui manque ? Il ne lui manque rien du tout sur le plan anatomique, mais l'interprétation sexuelle va de pair avec un délire communément partagé, à savoir que la mère n'aurait pas de pénis. C'est un délire parce qu'on ne voit pas pourquoi elle devrait en avoir un. Mais c'est un fait que c'est comme ça que les choses se rangent.

Donc pour en revenir aux fausses garanties de mon existence puisqu'en réalité je n'ai pas de garanties, mais il y en a de fausses : il y a mon nom : « je m'appelle ». J'ai connu quelqu'un, une femme d'ailleurs qui n'allait pas très bien, qui ne se présentait pas au téléphone en disant : « Mademoiselle Dupont au téléphone », ou bien « je m'appelle Juliette Dupont », elle disait : « je suis Juliette Dupont ». Ce qui me semblait assez étrange, c'est comme

si elle se définissait par son nom. Mais c'est vraiment tout à fait une fausse garantie. Il y a le moi, c'est moi. Le moi, c'est l'image que je me fais de moi, grâce au miroir et grâce à ce que j'entends de l'Autre. Je me regarde dans la glace et je dis : « c'est moi ». Remarquez que ça échoue dans certains cas. Dans certains cas, ça va être à nouveau problématique, c'est le cas de la schizophrénie. Un des signes classiques de la schizophrénie, c'est le signe du miroir. Tout à coup, je me regarde dans la glace et je ne me reconnais pas, j'ai un sentiment d'étrangeté. Vous me direz, peut-être que je l'éprouve aussi un petit peu à bas bruit ; c'est vrai que moi, je m'attends aujourd'hui toujours à voir un beau jeune homme dans la glace et je me dis : « Et m..., c'est mon grand frère que je vois ! » (rires), celui qui a cinq ans de plus, qui a déjà un peu d'avance vers la tombe. Néanmoins, c'est quelque chose de tout à fait spécifique et c'est très important pour la psychose, cette idée du moi ; je dis : « C'est moi ». Il y a des animaux qui reconnaissent leur image dans le miroir, mais on ne se rend pas compte d'une petite différence. Un chimpanzé peut très bien dire (pas avec des mots mais avec un clavier) devant son image : « C'est Koko² ! »... on lui a donné le nom de Koko, il peut très bien dire : « C'est Koko », mais il ne se prend pas réellement pour cette image, alors que nous, on se prend pour l'image. On se prend pour quelqu'un. On s'identifie. D'ailleurs, de plus en plus souvent, je reçois des gens qui viennent me voir en disant : « Je suis quelqu'un qui... » Au lieu de dire : « Je suis avare, je suis peureux, je suis... », non, ils disent : « Je suis quelqu'un qui est peureux », comme s'il fallait d'abord s'assurer d'être quelque « Un » avant d'en dire quelque chose de ce Un. Et c'est vrai que je suis quand même quelque Un, un parmi d'autres, et non pas un d'exception. Donc le moi, c'est vrai que c'est une première chose qui peut échouer dans certains cas, mais dans la plupart des cas, ça fonctionne. Je me prends pour cette image, mais ça n'a jamais empêché la folie, c'est même plutôt une porte grande ouverte pour se croire, pour se prendre pour autre chose. La solution normale va consister à faire supporter la fiction du sujet... Pourquoi j'emploie le mot fiction ? Parce que mon existence est une élaboration, c'est un montage, ma réalité n'est pas du réel brut, pour chacun d'entre nous c'est une construction...

Pascale Belot-Fourcade : C'est un roman...

Bernard Vandermersch : Et souvent un roman, je te remercie de le signaler parce que le roman, c'est même spécifique à la névrose, enfin la névrose

2. Dans l'exemple que je cite, Koko était une femelle gorille.

normale. Quand vous interrogez quelqu'un qui a l'air normal... mais qui est suspect de psychose, eh bien une des façons de s'orienter, c'est de le faire parler sur son histoire, sur son enfance. Et vous verrez qu'il y a une différence. Le névrosé a toujours son petit roman familial tout prêt, il a toujours été pas aimé, ou trop aimé, etc. C'était ma grande sœur qui était la préférée, etc. Il y a toujours une histoire toute prête dans laquelle on peut lire l'histoire œdipienne à ciel ouvert. Bizarrement, dans l'anamnèse psychotique, il y a des souvenirs, bien sûr, mais ils ne sont pas organisés autour du drame sexuel de ce qu'on appelle l'Œdipe bêtement...

Pascale Belot-Fourcade : Nicole Anquetil, l'an dernier, à propos du livre *Les Voix. Témoignage*, signé Aimée F. et Nicole Anquetil, est venue parler de ce non-traumatisme d'origine.

Bernard Vandermersch : Oui, alors voilà, donc on a un sujet qui est un manque dans le langage et qui est aussi un manque à son corps, il n'est pas dans son corps. Donc la solution, c'est de trouver un lien entre ces deux manques et c'est ce qu'on appelle nous, analystes, le fantasme fondamental. Ça devient de plus en plus difficile pour moi, et peut-être pour vous ! Comme le sujet ex-siste, *exsistere* en latin veut dire « se tenir en dehors de », *ex-sister*. Remarquez que c'est une langue intelligente, le latin.

Pascale Belot-Fourcade : Non, mais c'est fini, c'est interdit.

Bernard Vandermersch : Non, ce n'est pas interdit, c'est encore possible, mais c'est moins prisé. À quoi ça sert d'apprendre le latin ? C'est la réponse qu'on a quand on suggère de le maintenir au programme. À quoi ça sert ? Mais à quoi ça sert d'apprendre l'hébreu, à quoi ça sert d'apprendre les maths, à quoi ça sert... Moi, je leur dis : il n'y a qu'une seule chose qui sert, c'est de faire du commerce. Bon. Mais si on ne fait que les choses qui sont déclarées utiles, on s'emmerde. (rires) La jouissance, c'est ce qui ne sert à rien. Donc il y a un signifiant qui va faire exception à l'ensemble des signifiants et là, il faut que je le lâche quand même, c'est ce qu'on appelle le *phallus*. Et puis il y a quelque chose qui va se séparer du corps, qui va manquer au corps, et c'est ce que Lacan appelle les *objets a*, je suis désolé pour cette algèbre-là, petit « a ». Nous en avons des exemples, comment dirais-je, des manifestations toutes simples. Un de ces objets c'est par exemple le sein – le sein maternel qui n'est en fait pas plus à la mère qu'à l'enfant puisque c'est l'enfant qui va le rendre fonctionnel –, le sein quand il est sevré, quand il vient à manquer

à l'enfant, pas quand il donne du lait, mais qu'il ne sert plus aux besoins, et quand le sevrage a été aussi accepté par la mère, parce que c'est ça qui est intéressant dans ces objets, c'est qu'ils sont à la fois du côté de la mère et du côté de l'enfant, et la séparation, si elle a lieu, c'est qu'elle est acceptée de part et d'autre. Vous savez que pour faire un bon sevrage, il faut que la mère l'accepte aussi.

Avec l'apprentissage de la propreté, c'est un autre *objet a*, le caca, qui doit être perdu par l'enfant, en tout cas une part de jouissance liée au lien avec la mère que permet sa maîtrise, mais il faut aussi que de l'autre côté on accepte de perdre une certaine maîtrise. Je me souviens d'une petite fille qui disait : « je veux pas voir le caca, je veux pas voir le pipi », c'est-à-dire qu'elle n'arrivait pas à faire caca dans son pot de peur de voir cette perte-là, qu'est-ce que c'est que j'ai perdu ? Où on voit que ce qu'elle perd, c'est son être même, qu'à partir de là, elle devient un manque à être, c'est-à-dire quelqu'un de désirant ; et je dois dire que depuis, c'est très récent et ça m'a beaucoup frappé, depuis qu'elle accepte de faire caca comme tout le monde, en étant même un peu contente au début, « Tiens, regarde, j'ai fait caca », eh bien elle est beaucoup plus agréable, beaucoup plus désirante, beaucoup plus... voilà, elle a passé une étape. Voilà deux types d'objets qui viennent à supporter le manque du sujet, à savoir un manque de mots qui va être soutenu par le manque d'un objet, un objet qui manque au corps et qui est accepté comme tel. Mais il y a encore deux autres objets qui sont encore plus en rapport avec le désir futur, c'est le regard et la voix. Le regard et la voix, c'est quelque chose qu'on verra fleurir dans la psychose, si je puis dire, parce que jamais, au moins dans le secteur psychotique du sujet, le regard et la voix ne fonctionneront comme cause de son désir. C'est-à-dire que le sujet sera toujours soumis à la jouissance de l'Autre, il sera soumis à des regards, soumis à des voix, mais ce ne seront jamais la cause de son désir.

Pascale Belot-Fourcade : Donne, peut-être, des exemples.

Bernard Vandermersch : Oui, l'exemple de quelqu'un qui passe dans la rue et qui entend : « Salaud, pédé ! » il est clair que le sujet ne peut entendre cette voix ni comme la sienne, ni comme la cause de son désir. Un autre exemple avec l'objet anal : un monsieur schizophrène me dit :

« Je ne peux plus aller à Paris au cinéma.

– Ah bon, et pourquoi donc ?

– Parce que, quand je fais la queue, j'ai des diarrhées.

– Comment ça se fait ?

- Oui, ça veut dire que je suis homosexuel.
- Ah bon, et pourquoi ça veut dire que vous êtes homosexuel ?
- Parce qu'ils veulent me sodomiser. »

Voyez que l'objet, l'érotisme anal, il est là. On pourrait penser qu'il est tout fait pour faire un futur banquier, quelqu'un qui adore garder, donner, reprendre, vous savez quand on est entre copains, au moment de payer l'addition celui qui dit : « Bon, on va faire les comptes ». Mais non, ce n'est pas ça du tout, c'est l'Autre, lui, il est réduit à cette zone anale, il est l'objet de la jouissance de l'Autre et cet objet anal, la diarrhée, ne vient pas dans l'inconscient comme cause de son désir. Elle apparaît dans la réalité du sujet comme affirmant l'emprise de la jouissance de l'Autre sur lui. Voilà un exemple de ce passage qui ne se produit pas, tout au moins dans le champ de sa psychose.

Pascale Belot-Fourcade : Alors, de l'Autre, tu en donnerais quelle définition ?

Bernard Vandermersch : Ben, l'Autre quand il dit : « ils veulent me sodomiser », c'est « ils », mais on peut dire que quand même, pour lui, cet Autre, ce lieu Autre, il est sérieusement habité. Le croyant pense qu'il y a Dieu ; certains même ont entendu des messages de la part de Dieu, tout au moins dans les religions monothéistes. Mais dans l'ensemble, l'Autre ne parle pas. Enfin l'Autre, dans ce lieu Autre, ça se tait. On avait un excellent psy, un des premiers analystes de l'école de Lacan, le père Bernard, qui était un Jésuite, je me souviens de l'avoir entendu dire : « On prie Dieu mais Dieu ne répond pas, il ne parle pas. » Jamais Dieu ne lui avait dit quelque chose dans sa tête. Le psychotique, lui...

Pascale Belot-Fourcade : Le président Bush pensait parler avec Dieu...

Bernard Vandermersch : Oui, il y en a quelques-uns comme ça. Et généralement leur destin est important. C'est ça le problème !

Pascale Belot-Fourcade (rires) : Il a changé le destin du monde !

Bernard Vandermersch : Il a fait quelques conneries quand même, mais bon.

Donc ce phallus, j'y reviens, ce phallus est donc ce signifiant qui fait exception à l'ensemble des signifiants. Pourquoi ? Parce que, ne rencontrant pas

de correspondant dans le champ de l'Autre, il ne renvoie qu'à lui-même et s'il ne renvoie qu'à lui-même, il ne peut avoir aucun sens et c'est là où il y a un malentendu sur l'œuvre freudienne, sur la psychanalyse. On a cru que la psychanalyse, c'était un pansexualisme, c'est-à-dire qui explique tout par le sexe. Ce qui n'est pas tout à fait faux, mais ce qu'on n'a pas entendu, mais peut-être que Freud n'était pas très clair là-dessus, c'est que le sexe, c'est ce qui pour l'être humain n'a pas le moindre sens. C'est ce devant quoi on est dans la patouille la plus complète. Et quand on regarde la sexualité des animaux parlants, vous vous apercevez qu'on voit de tout. Il n'y a aucun instinct qui le guide là-dedans, c'est le... il y a des homosexuels, bien sûr, mais il y a aussi des gens qui ne peuvent baiser qu'avec des godasses, d'autres avec des enfants, d'autres avec des vieillards, d'autres en rond, d'autres... Bref, on voit toute une série d'inventions extraordinaires. Il y en a même qui ne peuvent vraiment prendre leur pied qu'avec des morts. Je me souviens que mon père m'a raconté que le médecin du village d'à côté adorait être appelé pour les constats de décès, il demandait à la famille de s'écarter un moment, il restait seul avec le mort et puis un beau jour, il y en a un qui a ouvert la porte et il l'a vu en train de... Bon, c'est pour vous dire que tout se rencontre dans la sexualité humaine et on ne voit jamais ça dans le monde animal, même si en captivité on voit des remaniements...

Donc ce phallus qui est ce signifiant d'exception mais qui ne signifie qu'une chose, c'est la limite de toute signification, c'est ça qui est important à comprendre. La limite, tout ne peut pas être dit, il y a de l'impossible à dire. Et il y a de l'impossible à jouir. On ne peut pas jouir de tout. Et c'est ce signifiant donc qui fait la distinction – enfin, à la grosse –, la présence de ce signifiant d'exception fait la différence entre le monde psychotique et l'autre. Non pas le phallus, l'organe imaginaire, l'organe... etc. Je veux dire, les psychotiques font l'amour comme tout le monde, enfin comme tout le monde, à leur façon ; mais c'est qu'il y a quelque chose qui ne les protège pas contre la totalisation de la signification.

Pascale Belot-Fourcade : Ah ! Il faut nous expliquer ça.

Bernard Vandermersch : Eh bien, le président Schreber, par exemple, qui était un grand psychotique qui a écrit ses mémoires, à un moment donné s'écrie : « Tout non-sens s'annule ! », ça y est, la vérité est là tout entière. Il y a du vrai sur le vrai. Imaginez que... par certains moments, ça nous prend quand même, on a plus ou moins l'impression d'être au centre d'une malveillance, on a le sentiment de petits complots contre soi-même, voire la

certitude d'être l'objet d'une malveillance ou simplement de repérer une série de signes qui s'adressent à soi ; je prends un exemple récent qui m'a d'ailleurs beaucoup déprimé parce que je devais travailler pour vous cet exposé, c'est un monsieur que j'avais eu en analyse pendant un certain nombre d'années, je ne le voyais plus et un beau jour je le revois, et il déclenche un délire de persécution. Alors c'est assez humiliant pour moi parce que je n'avais pas fait l'hypothèse de la paranoïa et, au moment où je devais vous dire tout ce que je sais là-dessus, je constate mon insuffisance. Il y a toujours un moment dans la vie où ça arrive... Mais enfin, qui ne s'est jamais trompé ? Eh bien, tout à coup voilà, il y a des choses qui font signe, une crotte devant la porte, ou alors les lettres ou les chiffres de la plaque d'immatriculation de la voiture qui passe devant la maison, c'est bien la preuve que... Voyez : normalement vous ne pensez pas ça, vous pensez qu'il y a du hasard, c'est-à-dire que le hasard, ça veut simplement dire que tout ne fait pas sens.

Je continue. Pour symboliser la limite du sens, le garçon et aussi bien la fille se servent de l'absence de pénis chez la mère pour imaginer un manque. Et le phallus montre bien qu'il y a quelque chose qui a à voir avec un manque dans le langage, c'est que tous les mots qui tournent autour du sexe soit sont imprononçables par décence (ne pas voir que le roi est nu), ou alors entraînent une rigolade chez les enfants qui les manipulent, ce qui montre bien qu'ils sont dans une transgression ; c'est généralement autour du pipi-caca, mais un pipi-caca qui a pris une valeur phallique – ou qui va prendre cette valeur. Donc, la castration ce n'est pas tellement l'idée qu'on va te la couper, c'est d'abord l'inscription de cette absence dans l'Autre d'une garantie de la vérité. Ce avec quoi nous vivons tous normalement et nous nous en accommodons. Encore que certains aient besoin de la religion, de l'instauration d'un lieu habité par quelqu'un qui peut dire : « Je suis la voie, la vérité et la vie ». Mais ça n'empêche pas que ces personnes, quoique postulant l'existence d'un lieu habité par un sujet qui aurait toute la vérité, se conduisent dans la vie comme n'ayant pas, eux, toute la vérité.

Donc la mère, normalement, ne sait pas tout et s'en remet à un ordre qui la dépasse et pas seulement à son propre caprice. Cette faille dans l'Autre, elle existe normalement mais, chez le sujet normal, elle est signifiée donc par le désir de la mère et le fait qu'elle se réfère à un au-delà d'elle-même, ce qu'on appelle le Nom-du-Père, au nom du père c'est-à-dire au nom d'autre chose. À partir du moment où cette faille existe, qu'elle n'existe pas seulement naturellement mais qu'elle a été symbolisée, on peut dire même comprise par l'enfant...

Pascale Belot-Fourcade : Cette faille, tu veux dire quoi ?

Bernard Vandermersch : Le fait qu'il n'y a pas de vrai sur le vrai, qu'il y a une incomplétude, c'est-à-dire qu'il n'y a aucun propos qui puisse trouver sa garantie. On demande au tribunal : « Dites la vérité, toute la vérité, rien que la vérité », mais c'est impossible ! Comme s'il y avait une vérité unique. On sait très bien que la vérité, c'est ce qui convient, c'est : « Moi, je le vois comme ça ». D'ailleurs, dans un couple, il y a ma vérité et puis il y a la tienne ; on peut s'amuser à avoir des discussions de couple ou, comme on dit, des scènes, on peut avoir des scènes, mais ces scènes, on sait très bien qu'elles n'ont comme solution que l'oreiller parce que ma vérité sera toujours la mienne, ta vérité sera la tienne et ces vérités, on voit bien qu'elles butent sur l'impossible à dire, l'impossibilité de formuler un rapport logique entre les sexes et c'est la jouissance qui va faire l'appoint pour calmer le jeu. Et en plus, ta jouissance n'est pas la mienne. Je sais bien qu'il y a des hommes qui sont très soucieux de contrôler la jouissance de l'épouse, mais...

Pascale Belot-Fourcade : Mais il y a aussi un savoir des femmes qui savent un peu déplacer l'omnipotence masculine et sa difficulté à penser autrement.

Bernard Vandermersch : Oui, vous voyez bien, voilà, typique, on va avoir une scène. (rires) Est-ce qu'il y a une omnipotence masculine ?

Pascale Belot-Fourcade : Non, mais...

Bernard Vandermersch : Mais le pauvre mec, il est là, il fait ce qu'il peut, même son zizi, il ne le commande pas, alors... C'est pour ça que la castration, les femmes n'y comprennent rien. Elles ne comprennent que quand elles ont vécu un petit peu longtemps avec un homme, alors là, elles s'aperçoivent que le gars, il n'a pas le pouvoir, le gars, c'est le phallus qui a le pouvoir et il est au service du phallus, alors il prend sa femme comme phallus, ce n'est pas si mal parce qu'après tout, c'est quelque chose d'exceptionnel. Bref, donc, pour le reste je suis d'accord. Mais quand même la toute-puissance masculine ! (rires) Tu vois, ça fait rigoler tout le monde.

Pascale Belot-Fourcade : C'est-à-dire l'impossibilité de comprendre l'autre.

Bernard Vandermersch : L'impossibilité de comprendre l'autre.

Pascale Belot-Fourcade : Ça, c'est compliqué.

Bernard Vandermersch : Ça, c'est intéressant parce que ça ferait l'objet d'un autre topo que je vais faire dans peu de temps : est-ce que les femmes sont plus folles que les hommes ? (rires)

Dans notre milieu, c'est un sujet bateau. Cela concerne la dimension Autre, la dimension de l'altérité. Pour parler de cela, il faut admettre que l'ensemble des *parlêtres*, des êtres parlants, est divisé en deux sous-ensembles : un sous-ensemble fermé (*i. e.* contenant sa limite) et son complémentaire, sous-ensemble ouvert (*i. e.* ne contenant pas sa limite). Nous dirons alors que les hommes (ceux qui se mettent de ce côté) sont dans le sous-ensemble fermé. Du coup leur univers est fermé, c'est l'univers phallique, c'est-à-dire que, pour eux, la castration, le bon sens, la logique, ils sont en plein dedans. D'ailleurs, il m'est arrivé de voyager en voiture avec seulement des hommes, c'est un cauchemar parce que les conversations... alors qu'il suffit qu'il y ait une ou deux femmes pour que, comme tu dis, il y ait de l'Autre, qu'on ne soit plus dans un univers fermé avec la performance, la compétition, le calcul de la cylindrée, le rapport qualité-prix, etc. C'est vrai qu'il y a une dimension Autre parce que la femme est dans la castration forcément, encore que... avant qu'elle s'en aperçoive, ça peut prendre du temps parce qu'avant elles sont plutôt dans la frustration. C'est-à-dire avant elles disent : « Non, ce n'est pas normal qu'on ne l'ait pas, on n'a pas les mêmes droits, on n'a pas les mêmes... »

Pascale Belot-Fourcade : C'est fini, ça ?

Bernard Vandermersch : Ohhhh... On veut l'égalité. Ce qui est légitime, l'égalité des droits. Sauf que de l'égalité des droits à l'égalité mathématique, à savoir qu'il n'y a pas de raison que ce ne soit pas superposable, que là où on met un homme, on puisse mettre une femme, et réciproquement, là où on met une femme, faut pouvoir mettre un homme ; ça, c'est la définition mathématique de l'égalité : on peut substituer l'un à l'autre sans que rien ne change et la vérité est sauve. Pas sûr que tous les hommes et toutes les femmes, ne serait-ce que dans le rapport sexuel, souhaitent être interchangeables. Mais, tu peux...

Une personne de l'assistance : C'est-à-dire ?

Bernard Vandermersch : Voilà, le problème c'est qu'une femme, c'est un problème logique. Claude Chevrier a dit qu'il fallait développer la logique de

la psychose, alors on va faire un peu de logique. Le langage, donc l'ensemble des signifiants, c'est un ensemble ouvert. C'est un ensemble ouvert au sens mathématique qui ne contient pas sa limite, c'est-à-dire qu'aussi près que vous alliez à ce qui serait le bord du langage, il y aura toujours un mot, vous ne rencontrerez jamais le bout du langage : entrez dans un dictionnaire, cherchez une définition, eh bien la définition renvoie à une autre définition, qui renvoie à un autre mot, et vous n'en sortez jamais, vous ne trouvez jamais le dernier mot. C'est un univers sans limites. Mais le phallus qui, lui, vient borner tout ça, donne l'idée de limite justement ; seulement, quand vous introduisez cette limite et que vous mettez des gens qui sont soumis à cette limite et que vous dites : ceux-là sont du côté du phallus, ce sont les hommes, et les autres, alors ? Les autres, elles sont évidemment marquées par cette empreinte, mais elles ne sont pas toutes dedans. Elles sont Autres. Et c'est en cela que ça ressemble un peu à la folie, puisque la folie, c'est l'absence du phallus. Mais les femmes ne sont pas du tout absentes du phallus, au contraire, le phallus vectorise tout à fait leur existence, mais elles ne sont pas dans le petit groupe des cinglés du phallus, elles sont aussi en dehors, il y a un autre mode de jouissance, il n'y a pas que la compétition, on peut rester sur une plage pendant des heures à se bronzer au soleil, par exemple. Moi, ça m'a toujours ennuyé profondément, cette jouissance du corps, cette capacité à ne pas être dans la compétition ; jouer au tennis, pour moi, c'est gagner, mais vous voyez des femmes jouer au tennis, par exemple, c'est pour le plaisir de se renvoyer la balle... Bien sûr, il y a aussi chez les femmes des cinglées de la compétition, mais manifestement, dans ce cas, elles sont généralement un peu du côté masculin quand même. Bon, grâce à toi, j'ai amené cette dimension Autre qu'une femme introduit, qui fait son charme et qui la rend d'ailleurs un peu folle... Mais elle peut l'être vraiment et voir sa folie se déclencher dans la rencontre avec un homme. La rencontre de Nadja avec Breton lui a été fatale. Notre collègue, Christiane Lacôte-Destribats, vient de sortir un bouquin sur Nadja et Breton, Breton, le surréaliste³. Il rencontre une fille dans la rue, un petit peu légère, c'est une fille qui était d'une condition assez modeste, lui était de milieu bourgeois. Les surréalistes, vous savez, jouaient beaucoup avec l'inconscient, ils avaient un abord du langage qui voulait déconstruire la logique du langage, la logique phallique en fait – ils ne le disaient pas comme ça – et en fin de compte le bon sens. Et cette fille, elle n'avait pas l'inscription phallique, pour elle ce n'était pas un jeu ; alors elle s'essayait à ressembler, à faire des trucs un peu à la Breton et Breton, ça l'embêtait parce qu'il voyait

3. Lacôte-Destribats C., *Passage par Nadja*, Galilée, Paris, 2015.

bien qu'elle n'avait pas de génie ; elle était tombée amoureuse folle de lui et folle, c'est le cas de le dire puisqu'elle a fini folle, c'est-à-dire que sa rencontre avec Breton a été dé-structurante pour elle ; mais peut-être qu'elle aurait été aussi déstructurée par une autre rencontre. En tout cas, ça ne l'a pas du tout aidée, la rencontre avec quelqu'un qui jouait comme ça avec le langage, mais lui avait l'armature qui lui permettait de jouer, pour lui c'était un jeu, ce n'était pas pareil.

Pascale Belot-Fourcade : Ce qui est intéressant peut-être à faire valoir, c'est que ça met dans une disparité, la folie des femmes et la folie des hommes. Et que c'est moins strict la définition de la folie pour une femme que pour un homme. Voilà, tu peux peut-être en parler.

Bernard Vandermersch : Oui, enfin je ne vais pas trop en parler parce que je crois que tu en parlerais mieux. D'autre part, j'ai encore deux ou trois choses à dire.

Pascale Belot-Fourcade : Oui, mais c'est peut-être important pour ici. Il y a des femmes pour qui nous avons beaucoup de mal à faire le diagnostic de folie.

Bernard Vandermersch : C'est vrai que c'est souvent un peu plus difficile. Maintenant, il ne faudrait pas croire que c'est toujours facile avec les hommes, d'autant que ce n'est pas tellement le sexe anatomique, ici, qui fait le partage, mais plutôt la position du sujet à l'égard de la sexualité. C'est-à-dire : est-ce que c'est quelqu'un qui se met sous le primat du phallus ou bien quelqu'un qui se met plutôt dans la position Autre ? Et un homme peut parfaitement se situer dans une position Autre, et une femme se situer du côté... je parlais tout à l'heure de ces certains tennismen qui manifestement sont du côté masculin...

Pascale Belot-Fourcade : Tenniswomen, tu veux dire ?

Bernard Vandermersch : Tenniswomen, j'ai fait un lapsus.

Pascale Belot-Fourcade : Eh oui, c'est là où on lapse.

Bernard Vandermersch : Eh oui, c'est là où évidemment le sujet se manifeste, rien ne sert de dire « c'est un lapsus », je trouve ça génial aujourd'hui,

les gens pour s'excuser disent : c'est un lapsus. Mais c'est se condamner soi-même : si c'est vraiment un lapsus, alors tu as dit la vérité. Enfin, la vérité, faut pas exagérer.

Pascale Belot-Fourcade : C'est la bonne santé de faire des lapsus.

Bernard Vandermersch : Voilà, d'ailleurs un autre exemple, les psychotiques font peu de lapsus, et surtout les paranoïaques, ils ont en général une maîtrise de la langue et un souci de pureté du langage, c'est-à-dire d'éviter l'équivoque, toute équivoque, il faut que les choses soient claires, un chat c'est un chat, un chien c'est un chien.

Alors pour exister, il faut payer quelque chose du corps pour garantir sa propre vérité. C'est ça, à mon avis, une loi, alors peut-être que payer ça fait un petit peu catho, mais il y a quand même quelque chose qu'il faut régler pour constituer la cause de son désir. Je l'ai dit à propos de ces objets, tout à l'heure. Une fois, tu m'avais beaucoup impressionné par le fait que tu avais reçu en vacances une petite fille asthmatique, je crois ; tout se passait très bien chez toi en vacances, elle était donc en vacances chez des amis, cette petite fille, loin de sa mère... Bref, arrive le soir où la maman téléphone pour prendre des nouvelles de la petite, la petite décroche l'appareil ou on lui donne, et à ce moment-là se déclenche la crise d'asthme. C'est assez embêtant pour les mamans, c'est dur, c'est une vacherie, quand même. Bon, alors je ne sais plus ce que tu as fait, tu as dit : « On arrête un peu... »

Pascale Belot-Fourcade : Oui, on a essayé de faire autrement.

Bernard Vandermersch : Voilà, mais là, c'est la voix qui est l'objet d'une jouissance partagée entre la mère et sa fille, et vous connaissez sûrement des exemples de mères et d'enfants qui se téléphonent pendant des plombes, sans avoir rien à dire d'autre, c'est simplement un prétexte pour entendre la voix de l'autre. De ce côté-là, les femmes, à mon avis, sont quand même plus... entre elles, elles ont gardé cette espèce de jouissance de la voix, que moi je n'ai pas du tout, j'ai très peu ou alors je lutte énormément (rire)... les communications téléphoniques, il faut que ce soit bref.

Donc la difficulté de constituer son désir, là on voit bien que c'était l'enjeu, il fallait payer le prix de la voix pour que cette voix puisse devenir la cause de son désir, par exemple devenir une chanteuse, devenir quelqu'un qui va s'exprimer comme je le fais en ce moment, par exemple ; il est clair que la voix a joué pour moi un rôle important au niveau de la cause du désir puisque

je passe mon temps à faire des exposés !

Pascale Belot-Fourcade (rires) : Enfin, on te les demande.

Bernard Vandermersch : Bon, on me les demande, mais si on me les demande, c'est parce qu'on voit bien que je ne dis pas non. Non, non, je reconnais, je suis coupable ! (rires) Coupable, mais pas seulement coupable, complètement coupé, c'est-à-dire que de ce côté-là, c'est vraiment un objet qui est tombé dans l'inconscient, je n'entends pas de voix, mais c'est vrai que ça a fonctionné un peu à ce niveau-là. En tout cas, ces morceaux de corps fonctionnent comme cause de notre désir, à condition évidemment qu'ils ne servent plus à rien et qu'ils aient été coupés et de l'Autre et du sujet. On peut le dire aussi bien pour le sein. Vous savez qu'il y a des enfants qui restent éternellement au domicile familial où ils sont nourris par la mère, et chacun jouit réciproquement de l'excellente nourriture ; il n'y a pas mieux que ma mère pour la cuisine ! D'ailleurs, c'est souvent une des difficultés conjugales aussi, tu ne fais vraiment pas la cuisine comme ma mère. Ou alors...

Bon, je ne vais pas parler de la merde parce que c'est trop compliqué, c'est un objet qui fonctionne chez tout le monde, mais à des degrés divers, comme cause du désir ; toute la monnaie, toute l'économie fonctionne à partir de là, garder, donner, échanger, etc. Donc ce sont des supports métaphoriques, si on peut dire, de notre désir, de notre manque à être. Parce que le désir c'est un manque. Et même en latin, pour faire encore un peu de cuistrerie, désir, ça vient de *desiderium* qui veut dire « regret » ; ça montre bien que le désir se constitue à partir d'une perte ; et en plus, pour faire encore plus cuistre, *desiderium* se compose de *de* et de *sidus*. *Sidus*, c'est l'étoile qui sidère, la sidération ; le désir, c'est la dé-sidération, c'est quelque chose qui suppose d'être décollé d'un idéal. Parce que tant que vous êtes soumis à l'idéal, tant que vous essayez de répondre à l'idéal, vous pouvez faire des choses merveilleuses ; mais supposons que l'idéal vienne à s'effondrer, sur quoi vais-je m'appuyer ? Une dame, de mon âge, ou un peu plus âgée, allemande, père nazi, fin de la guerre, ruine de l'idéal national-socialiste, le héros du Reich devient le déchet, le rejet de l'humanité, l'horreur absolue. Cette dame s'éprend d'amour pour la langue française, elle vient en France où elle satisfait pleinement à ses employeurs. Elle rencontre un charmant garçon français avec qui elle se marie après de longues tergiversations. Elle est à peine mariée qu'elle va à la mairie, le soir même, voir si elle peut annuler le mariage. Ça avait été d'abord une si longue série d'atermoiements que la belle-mère avait dit : « Écoutez, ou vous vous mariez ou vous quittez mon fils ». Bref, elle se marie

et le soir même, elle cherche à voir si elle ne peut pas annuler son mariage. Ça va quand même, ils font des enfants ensemble et un beau jour elle rencontre un amant, c'est-à-dire que là, pour de vrai, elle rencontre une relation où le désir est engagé, ce qui n'était pas le cas avec son petit copain sympa. Son désir est engagé vis-à-vis d'un homme qui, justement, dans l'entreprise où elle travaillait, a été marqué par le fait d'avoir commis des escroqueries, c'est-à-dire d'avoir été marqué par une dévalorisation morale. Et à ce moment-là, elle rentre dans une passion invincible et un alcoolisme épouvantable qui l'amène, elle qui était dans un milieu plutôt bourgeois, à se retrouver dans le caniveau. Se régler uniquement sur l'idéal, ça ne suffit pas pour soutenir un désir. Pour soutenir un désir, il faut se régler sur un fantasme et ce fantasme fondamental, c'est ce que je viens de dire, ce lien entre ce manque à être du sujet et cet objet sacrifié en quelque sorte, cet objet séparable du corps. Ça, ce ne sont pas des élucubrations, ça peut paraître des élucubrations mais je peux vous garantir que ça se démontre dans la cure.

Pascale Belot-Fourcade : Mais vous en avez tout le temps, justement, des expressions dans le champ social, justement parce que cette position phallique qui, quand même, tamponne un peu la relation au monde, n'est pas possible pour le psychotique. Et donc dans le travail social, je crois que c'est là où, de toute manière, ça apparaît de façon absolument brute.

Bernard Vandermersch : Oui, cette femme en fin de compte, celle dont je vous parlais, elle est psychotique. Et pourtant elle était réglée sur un idéal auquel elle satisfaisait, mais au moment d'engager son désir, et son désir, c'est pas n'importe quoi, c'est toujours le désir par rapport à l'Autre, par rapport à cette dimension inconnue de l'Autre qui est l'autre sexe, quand on est pris là-dedans, si on n'a pas déjà la solution au préalable, si on n'a pas fabriqué sa petite clé dans l'enfance qui est son fantasme fondamental, alors le moment venu, on est dépourvu.

Pascale Belot-Fourcade : Alors, je vais te poser une question pour qu'on comprenne bien ce cas, que je trouve très passionnant parce qu'il nous ouvre aussi au champ international. Cette femme, donc, elle n'a pas pu constituer son fantasme parce que son père avait été là marqué de l'opprobre. Comment tu comprends ça ?

Bernard Vandermersch : Alors, il y a deux idées qui viennent. La première, c'est qu'elle avait constitué un fantasme fondamental au nom du père, au nom de cet idéal qui fonctionnait non seulement dans la famille mais dans la nation, quelque chose qui était reconnu. Et tout à coup, cette caution du

nom disparaît. Alors il n'est pas impossible qu'il y ait une réversibilité de cet acquis qu'est le fantasme fondamental. Après tout, c'est une clé, mais elle n'est peut-être pas universelle et, en tout cas, elle ne répond pas, par exemple, à des rencontres traumatiques gravissimes et immédiates ; par exemple, un tremblement de terre ou un attentat, vous êtes immédiatement pris dedans, votre inconscient n'a pas le temps de traiter l'affaire, pas le temps de faire des symptômes... c'est un traumatisme.

Une personne de l'assistance : ...

Bernard Vandermersch : Ce qui se passe, souvent, c'est que ces gens-là, après, ne sont plus les mêmes qu'avant. Avant, ils se réglèrent sur leur fantasme, sur leur désir, tant bien que mal. Se régler sur son désir, ça ne veut pas dire forcément y aller, ça peut être construire des tas de défenses contre lui, mais enfin, il y a une vectorisation, une prise en compte de cette direction. Et, pour ces gens, tout à coup, ce qui vient prendre la place c'est le traumatisme qu'ils ont subi et certains vont organiser toute leur vie autour de ça, de la revendication ou d'une attitude...

Pascale Belot-Fourcade : La répétition...

Bernard Vandermersch : La répétition, alors ça, la répétition, c'est vraiment un phénomène assez étrange, c'est ce qui a mis Freud dans l'embarras. Si, comme il le pensait, l'inconscient était soumis au principe de plaisir, comment se fait-il que des gens passent leurs nuits à répéter le traumatisme, la douleur, la souffrance, l'horreur ? J'ai en traitement un gars comme ça. En Algérie il était étudiant et, dans son village, on avait organisé une milice contre le GIA et son cousin, qui faisait partie de la milice, et lui, qui n'en faisait pas partie, se font emmener avec quelques autres par ces rebelles. Ils les emmènent dans la forêt, ils décapitent le cousin et ils balancent la tête devant les autres. Et puis il y a parmi les rebelles un type qu'il croit reconnaître sous sa cagoule, qui devait être son professeur. Quoi qu'il en soit on lui laisse la vie sauve, c'est-à-dire qu'il n'a même pas été jugé digne de mourir. Il ne faut pas croire que c'était un geste de clémence. Lui, il n'était pas dans la milice. Depuis vingt ans, toutes les nuits, tout le temps, ce type est obsédé par la tête qui roule et toutes les thérapies du monde... et évidemment, sa vie est organisée autour de ce traumatisme ; alors il a bien pris une femme grâce à des parents, en Algérie, c'est plus facile là-bas... Alors je ne sais pas comment il était avant, mais on voit que toute sa vie est actuellement réorganisée autour de ça.

Pascale Belot-Fourcade : Alors on va bientôt s'arrêter, j'aimerais bien que tu puisses reboucler sur la première phrase que tu as donnée, l'effet de retour.

Bernard Vandermersch : L'effet de retour du rejet. J'ai dit rejet ou absence au départ parce qu'il y a deux grandes pathologies psychiatriques dans le champ des psychoses – il y en a d'autres encore : il y a la paranoïa et les schizophrénies, ce sont plutôt des pôles, le pôle paranoïaque et le pôle schizophrénie. Et puis il y a aussi la psychose maniaco-dépressive qui pose des problèmes encore plus ardues. Dans les formes pures de paranoïa, c'est-à-dire les paranoïas d'interprétation ou passionnelles sans hallucinations verbales, il y a manifestement un rejet de l'ordre phallique mais dont on se demande si ce ne serait pas un rejet actif, c'est-à-dire rejet actif de la condition ordinaire du névrosé vécu comme un pauvre type noyé dans la culpabilité, comme nous tous qui renonçons à des tas de choses, qui sommes soumis à l'autorité au prix de toutes sortes de petites lâchetés, qui avons accepté le bon sens commun et nous privons ainsi d'un destin sublime. Dire « le paranoïaque », c'est un peu forcer le trait, parce qu'entre le paranoïaque délirant et puis ce que nous appelons le caractère paranoïaque, il y a quand même une différence – il y a des gens qui ont des délires paranoïaques et qui sont plutôt des gens modestes, à vrai dire, qui ne sont pas forcément imbus de leur personne. Mais dans certaines paranoïas, on peut se demander, avec Charles Melman, s'il n'y a pas, pour des raisons historiques, pour des raisons familiales, pour des raisons diverses, une impossibilité d'accepter la loi phallique et, du même coup, subir en retour d'être rejeté par cette loi. Si vous ne reconnaissez pas l'Autre, l'Autre ne vous reconnaît pas non plus. Et si l'Autre ne vous reconnaît pas, il vous met dans la position de l'exclu. Alors le paranoïaque, si vous voulez, dans la mesure où il ne reconnaît pas l'instance phallique, c'est-à-dire le référent de tout langage, de toute énonciation... (Se retrouve malgré lui à cette place vacante du référent.)

Pascale Belot-Fourcade : Il faut peut-être un peu imaginer ce que tu viens de dire là. L'ordre phallique, c'est un ordre qui est fragile, bancal, qui dit qu'on ne peut pas tout.

Bernard Vandermersch : C'est un ordre qui dit qu'on ne peut pas tout, deuxièmement, c'est un ordre inégalitaire, puisque c'est un ordre qui se manifeste par la séparation des humains en deux camps ; je sais bien que le christianisme, avec Saint Paul, a dit : « Il n'y a plus ni Juifs, ni Gentils, il n'y a plus ni hommes, ni femmes, il n'y a plus ni maîtres, ni esclaves, vous êtes tous

frères en Jésus-Christ ». Formidable. Bon, on voit bien que, dans la pratique, même à l'église, on mettait les hommes à gauche et les femmes à droite...

Pascale Belot-Fourcade : Le maître et l'élève.

Bernard Vandermersch : Le médecin et son patient, c'est ce qui fait que tout lien social est fondé sur une dissymétrie, tout lien social authentique, socialement résistant. C'est curieux parce qu'on a toujours un peu l'idée que c'est aliénant et qu'il faudrait lutter contre ça. Par exemple, l'idée aujourd'hui très répandue que ce serait formidable si le malade prenait en charge sa maladie par lui-même, avec l'aide du médecin, comme un copain, voilà. C'est-à-dire qu'il y a une tendance aujourd'hui à lutter contre toute disparité, toute dissymétrie. Or, le problème, c'est la structure même du langage. Eh bien oui, le maître et l'élève n'ont pas la même place (ce qui n'interdit pas de savoir changer de place), et alors ce qui est intéressant c'est que pour le paranoïaque, cette répartition des places n'est pas vécue comme deux places différentes, mais comme une lutte pour la même place, c'est toujours le supérieur et l'inférieur, la relation à l'autorité est ravalée à quelque chose de l'ordre de l'intimidation. Dans la mesure où l'autorité c'est l'acceptation de la dimension phallique, n'acceptant pas cette dimension phallique, il n'y a plus d'autorité ; en l'absence d'autorité, c'est la loi du plus fort. Et vous verrez que très souvent le déclenchement d'un délire paranoïaque est lié à une humiliation : le sujet s'est senti humilié par une autorité, il n'a pas pu comprendre qu'il était lui-même dans un refus de reconnaître l'altérité. Je peux voir un professeur pour faire ma thèse, je ne suis pas de plain-pied avec lui, ce n'est pas forcément qu'il est plus malin que moi, qu'il vaut intrinsèquement plus que moi, c'est qu'il est dans un lien social avec moi dans lequel il occupe une position distincte. Il se peut que je le prenne pour un c... si je sais que par ailleurs c'est sa réputation. (Il aurait quand même mieux valu en choisir un que j'estime !) Mais si j'en ai besoin pour faire ma thèse, je peux entendre que la société le place dans cette position de maître du savoir. « Hypocrite ! » Voilà ce que dénonce le paranoïaque, le misanthrope, « et je veux qu'en homme d'honneur, on ne dise rien qui ne sorte du cœur... »

Pascale Belot-Fourcade : Oui, c'est vrai, il faut relire Molière...

Bernard Vandermersch : C'est formidable, *Le Misanthrope* !

Pascale Belot-Fourcade : *L'École des femmes* aussi, il faut lire ça. Ça n'a

pas changé. Les revendications de *L'École des femmes*, j'ai écrit un texte là-dessus⁴, sont identiques aux revendications féministes, absolument identiques, c'est tout à fait étonnant, quand même, dans un autre régime social !

Bernard Vandermersch : Oui, mais il faut croire qu'il y a de l'universel là-dedans, il y a des auteurs qui touchent à l'universel et Molière passe pour un comique, mais bon, c'est vraiment de la haute comédie parce que, quand on compare avec ses modèles, il est vraiment au-delà. Bon, oui, *Le Misanthrope* et alors ce qui est extraordinaire de finesse chez Molière, c'est : de qui tombe-t-il amoureux, le misanthrope ? De Célimène, la plus légère, la plus...

Pascale Belot-Fourcade : Persifleuse.

Bernard Vandermersch : La plus hypocrite, on va dire ! Bon, enfin, bref. C'est tout à fait intéressant. Tu voulais donc que je dise quoi ?

Pascale Belot-Fourcade : Qu'on fasse le retour sur ta définition : pourquoi ça rend fou, le langage ?

Bernard Vandermersch : Oui, alors comment va-t-il payer, le paranoïaque, puisqu'il rejette ce signifiant phallique ? Du coup, c'est lui qui se trouve précipité à cette place même du phallus qu'il a rejeté. Il y a un vide là, du fait de son rejet et hop, il se trouve précipité à cette place. Du coup, toutes les paroles, au lieu de référer au phallus, réfèrent à lui, dans le champ de sa psychose. On ne va pas dire que quand il voit une casserole, c'est forcément un signe. Mais enfin on est quand même étonné de voir que le bon sens l'abandonne complètement. Il peut, par exemple, lui qui est intelligent, ne pas douter un instant que les chiffres ou les lettres de la plaque d'immatriculation de cette voiture qui vient de passer devant lui sont un signe qui le concerne. Ce que ce signe signifie exactement, il peut en douter, mais que cela parle de lui, c'est pour lui indubitable. Si ça fait signe pour lui, on peut penser que c'est parce qu'il s'est trouvé à la place même du signifiant auquel tous les autres signifiants renvoient. Il se retrouve propulsé par la logique même du langage, dans le vide créé par son rejet du phallus et c'est lui qui, maintenant, se trouve à cette place du référent. Alors (que le névrosé paye avec la monnaie de l'*objet a* dont je parlais tout à l'heure), le paranoïaque, lui, paye avec son moi. C'est lui, moi et moi tout entier, il ne se sert pas de son fantasme pour résoudre la

4. Belot-Fourcade P., « Femmes actuelles », *Journal Français de Psychiatrie*, n° 40, Éditions Érès, Toulouse, 2011.

situation. Maintenant, je vais quand même parler de la schizophrénie.

Pascale Belot-Fourcade : Je voudrais poser une question parce que, finalement, tu nous as décrit deux aliénations par le langage, deux folies, je dirais, par le langage. Or, on est tous aliénés par le langage, assujettis en partie.

Bernard Vandermersch : On est aliénés dans le sens où on est pris dans le langage et c'est ce qui fait qu'on est des êtres humains, quand même.

Pascale Belot-Fourcade : Oui, des êtres humains et qu'on n'est pas si à l'aise que ça. Et que d'autre part, il y a une autre aliénation, plus fondamentale peut-être, plus radicale, qui est la définition de la folie, c'est-à-dire du côté de la psychose, en quelque sorte. Est-ce que tu es d'accord avec ces deux...

Bernard Vandermersch : Il y a plusieurs sortes d'aliénations. D'abord, c'est certain que l'être humain est aliéné par rapport à la nature. Il lui manque les instincts que nous voyons chez les animaux. Inversement, les enfants qu'on a retrouvés dans la nature, il y a eu quelques cas comme ça en Inde, ou Itard et le sauvage d'Aveyron, bref, un enfant élevé hors langage ne peut plus s'humaniser. Cette aliénation de la nature, est-ce qu'elle est première ou est-ce qu'elle est seconde à la prise dans le langage, je n'en sais strictement rien, mais ce qui est certain c'est que pour l'être parlant, la nature, c'est un mythe ; revenons à la nature, dit le Parisien, mais ce qu'il entend par nature, c'est un jardin bien fait, bien tondu avec des arbres, il faut que ce soit mignon, parce que la forêt vierge, excusez-moi, très peu pour moi, il y a des araignées, des serpents, etc. Donc on est coupé de la nature. On crève dans la nature, on ne s'en sort pas. Première aliénation qui est liée au langage.

Le langage, c'est l'aliénation au sens où le langage me donne le sentiment d'être un être puisqu'on parle de moi, mais cet être se dérobe tout le temps à moi : je ne sais pas ce que je suis réellement au-delà de ce qu'on m'en dit et cela donne cette angoisse et cette question de la vérité qui tourmente normalement tout être humain un peu respectable.

Et puis, il y a l'aliénation de la folie ; le fait que l'enfant est privé de l'être que le langage lui suggère en même temps qu'il l'en prive, fait que, très tôt, il est inquiet sur ce qu'il est. Aussi, quand il voit son image dans le miroir, contrairement aux animaux qui se contentent de repérer que cette image, c'est bien la leur, lui, il traverse le miroir comme Alice, il dit : « C'est moi ! ». Et ça, à condition que la mère soit d'accord, oui, oui c'est bien toi, tu es mignon, etc., parce qu'il lui faut un petit peu de considération. Ça, c'est quand même

étrange. Première aliénation, le moi. Nous y sommes tous, je suis un moi, c'est moi, moi je...

Pascale Belot-Fourcade : Faire sans moi ?

Bernard Vandermersch : Ah, aujourd'hui : « Je n'ai pas confiance en moi, je manque de confiance en moi ». (Quand ce n'est pas « je manque d'estime de soi ».) Heureusement qu'ils n'ont pas confiance en eux parce que ce moi, là, n'inspire aucune confiance. Aucune. Il change d'une minute à l'autre, le matin je suis content, je me réveille, à midi, zut, j'ai encore raté ce truc, ça va plus, enfin, le moi est extrêmement fluctuant puisque, pour se sentir bien au niveau du moi, il faut répondre aux exigences de l'idéal du moi, vous vous rendez compte, je fais un exposé, ça peut être bien ou pas bien.

Une personne de l'assistance : ...?

Bernard Vandermersch : Bon, donc il y a le moi. Mais dans la psychose, ce n'est pas cette aliénation-là qui joue ; ce qu'on appelle l'aliénation dans la psychose, c'est qu'au moment critique, dans une situation spécifique, il n'y a rien qui vienne répondre à ma place de ma subjectivité, de mon désir. Je rencontre des situations pour lesquelles il n'y a pas eu de préparation dans l'enfance pour cette situation, ce qui fait que je n'ai pas de réponse, que je suis dans un trou absolu de signification ; le réel tout à coup apparaît brut, non interprété, et très vite dans cette absence de signification va s'engouffrer tout un réseau de significations jusqu'à ce que ça se stabilise un petit peu avec un délire qui va essayer d'arranger les choses. C'est pourquoi Freud disait que le délire n'est pas la maladie mais une tentative de guérison. Disons que c'est presque un mécanisme automatique, il y a un vide qui se déclenche et hop, une précipitation pour combler le trou jusqu'à ce que ça se comble plus ou moins. C'est pourquoi la conduite à tenir avec un psychotique, ce n'est certainement pas de lutter contre le délire. La seule chose qu'on ait à faire, c'est quand le délire est un peu trop dangereux, à savoir que la personne est persuadée que c'est Madame Unetelle qui lui... et qu'il a donc fait le projet de la zigouiller, on peut lui faire comprendre que... et s'il ne comprend pas, on l'interne.

Pascale Belot-Fourcade : J'ai donné le message plusieurs fois dans les centres d'hébergement et c'est parfois difficile à faire accepter par les intervenants sociaux.

Bernard Vandermersch : Lutter contre le délire c'est sans espoir puisque le délire, c'est ce qui permet au sujet, justement, de ne pas tomber encore plus loin dans la déshumanisation, parce que vous voyez bien que ce trou de signification, ça amène petit à petit à se retrouver dans un monde de plus en plus sauvage, « ininterprété » et de plus en plus angoissant.

Pascale Belot-Fourcade : Alors, avant de s'arrêter, tu as dit dans ton titre : peut-on dire que c'est la société qui rend fou ? Quelle définition tu fais de la société ?

Bernard Vandermersch : Il est clair que je fais la définition que ce n'est pas une société comme les sociétés animales, parce qu'aujourd'hui on emploie le même mot. La société, les sociétés...

Pascale Belot-Fourcade : Les êtres parlants, tu veux dire ?

Bernard Vandermersch : Oui, la société des êtres parlants, mais qui est toujours représentée par un certain type de société avec la façon singulière dont chacune met en place la question phallique. Cette façon n'est pas la même dans un monde qui a été marqué par le monothéisme que dans un monde polythéiste, qui est par exemple beaucoup plus tolérant vis-à-vis de l'étranger... Tu amènes ton dieu, pas de problèmes, d'ailleurs certains de leurs dieux vont s'arranger avec les nôtres. Qu'est-ce qui a causé des problèmes à Rome ? Excusez-moi, mais c'est d'abord les Juifs avec leur Dieu qui ne supportait pas d'être avec les autres, il fallait qu'il soit le seul, et les Chrétiens qui ont mis du temps à s'apercevoir qu'ils n'étaient plus juifs... Alors je ne dis pas que le monothéisme n'est pas un progrès logique par rapport au polythéisme, mais dans la pratique, ça a quand même créé de graves difficultés. D'ailleurs les Chrétiens se sont montrés aussi iconoclastes que nos camarades de Daech. Il y a eu des mouvements iconoclastes... Ce qui est bizarre, c'est que tout ça s'est retourné et le christianisme est quand même une des religions où il y a le plus d'images et des images étranges. Si vous n'avez pas été bercé par la religion chrétienne et que vous entrez pour la première fois dans une église, et surtout une église d'Amérique Latine ou d'Espagne, que vous voyez ces corps de martyrs, ce corps du Christ ensanglanté partout, et ces cœurs qui saignent et ces plaies, vous pouvez vous demander ce qu'adorent ces gens-là. C'est bizarre. Pourquoi n'adorent-ils pas plutôt un mec musclé, intelligent, un Apollon...

Pascale Belot-Fourcade : Avant c'était Apollon, la représentation du Christ. Mais c'est vrai que, par exemple, les Chinois trouvent que d'avoir comme idole un type aussi gringalet, freluquet, ils ne comprennent pas du tout.

Bernard Vandermersch : Mais il n'était pas mal nourri non plus, faut pas exagérer, il avait multiplié les poissons et tout ça. (rires)

Pascale Belot-Fourcade : Bon, allez, on va s'arrêter là. On va reprendre après les questions.

SECONDE PARTIE

Pascale Belot-Fourcade : Je vous dirai un petit point sur la psychiatrie institutionnelle quand C. Chevrier sera rentré, mais dès à présent quelles questions, qu'est-ce qui vous embarrasse ? Quels sont les points que vous aimeriez reprendre ?

Une personne de l'assistance : La définition du mot « phallus ».

Bernard Vandermersch : La définition du mot « phallus », ça, c'est une bonne question. Vous avez pigé tout de suite qu'on ne le prenait pas dans le sens de l'organe, quoique l'organe ait son importance. Il a son importance parce qu'il divise déjà les humains entre ceux qui ont le petit appendice apparent et ceux qui ne l'ont pas. C'est déjà une interprétation avec tout de suite les questions : pourquoi ne l'ont-elles pas ? Ou est-ce qu'elles l'ont à l'intérieur ? Ou est-ce qu'elles ont l'équivalent ? Voyez, par exemple, même chez les psychanalystes, pour Freud, lui, c'était clair, elles ne l'ont pas et il a piégé un petit peu la suite de l'histoire dans l'imaginaire à savoir que les hommes avaient le pénis (et avaient peur de le perdre) et que les femmes ne l'avaient pas et étaient nécessairement dans l'envie du pénis et donc dans une frustration éternelle. Lui-même ne voyait pas très bien comment surmonter ce problème puisque, si c'est effectivement comme ça, la femme apparaît comme un homme un peu moins doté.

Alors on va dire qu'elle se récupère sur ses enfants, etc., mais enfin on reste dans la frustration. La frustration, c'est banal mais ce n'est pas une solution extraordinaire parce que c'est l'appel à la revendication, avec un sentiment d'insuffisance qui peut d'ailleurs durer toute une vie. Donc l'idée du phal-

lus, c'est bien sûr une interprétation sexuelle du désir de la mère. Dire : elle n'a pas de pénis c'est un petit délire, mais qui est sur la voie de reconnaître que le désir de la mère est orienté vers le sexe et donc soumis à un au-delà de son propre caprice. En fait c'est une façon imagée d'entrer dans la structure du langage. Ça signifie simplement qu'il y a un manque dans l'Autre c'est-à-dire que l'Autre n'est pas complet. Or l'Autre, le grand Autre, c'est d'abord, au-delà de la mère, le langage qui est le véritable Autre auquel le petit animal humain a affaire. Il vient au monde et ce à quoi il a affaire, c'est cette espèce de corps Autre, ce corps du langage qui l'envahit de toute part et qui va l'asservir à ses lois. Alors le phallus, c'est ce qui, dans cet ordre-là, introduit l'exception. C'est aussi le signifiant de la jouissance, d'un certain mode de jouissance. Qu'est-ce qu'on va dire ? Pour qu'il se constitue ce phallus comme signifiant, pour le garçon, ça suppose d'accepter que son petit zizi, il n'en ait pas la maîtrise, qu'il ne soit pas amoureux de sa queue, pour tout dire ; et pour la fille, qu'elle ne se vive pas comme éternellement privée de quelque chose. Alors à ce moment-là, le symbole peut se constituer et introduire cette limite à la toute-puissance. C'est surtout ça que je veux faire entendre. On le voit parce que ceux chez qui ça ne fonctionne pas sont livrés à la toute-puissance du langage, aux voix qui les assaillent, aux regards qui les transpercent, ils n'ont plus de *home*, ils n'ont plus d'intimité, ils sont violés en permanence. Il y avait un cas comme ça que Lacan rapporte, une fille qui écrivait : « *Io sono sempre vista* » : je suis toujours regardée. Bien sûr, on est toujours regardé un peu, mais pas par un vrai regard insistant...

Pascale Belot-Fourcade : Et permanent...

Bernard Vandermersch : Et permanent ; c'est-à-dire, nous sommes regardés bien sûr, nous faisons attention, on ne s'habille pas n'importe comment, mais voilà. Alors le phallus, c'est ce qui vient signifier pour un sujet que les mots ne peuvent pas tout dire, que la jouissance n'est pas totale, qu'il y a une limite, qu'il y a du manque. Et dans ce manque vont s'introduire ces petits objets qui vont devenir la cause du désir ; ces objets, tout à coup, deviennent un peu étranges, un peu phalliques, on va dire qu'un regard est perçant, que la voix est autoritaire, que le sein est gonflé comme un phallus, la crotte peut très bien aussi être « phallicisée ». Voyez, c'est le destin étrange de ces objets dans la névrose. Ça peut paraître bizarre, comme ça, mais je vous jure bien que sur un divan, les gens vont parler de ça. C'est-à-dire qu'on va s'apercevoir que c'est ça qui organise leur énonciation : on parle en oral, en anal...

Une personne de l'assistance : Et le fantasme vient.

Bernard Vandermersch : Le fantasme, c'est ça, c'est le fantasme fondamental, dans le sens des psychanalystes, c'est cette espèce de fiction qui, dans l'inconscient, se constitue en associant ces deux manques, un morceau détaché du corps et ce mot qui n'existe pas, celui qui dirait ce que je suis, et ces deux manques se réunissent et viennent fonctionner, grâce au phallus pour créer ce fantasme. Ce fantasme fondamental nous donne accès à une réalité, nous permet d'avoir une clé pour interpréter ce qui se passe dans la vie, une interprétation qui est toujours un peu bête, on n'est pas plus malin que les autres parce qu'on a constitué un fantasme fondamental, mais au moins on est à peu près dans le bon sens. C'est-à-dire qu'on est à peu près tous d'accord pour dire d'un fou qu'il est fou, qu'il n'est pas dans le bon sens.

Pascale Belot-Fourcade : Alors, ce qui est important, et qu'a précisé dans son texte introductif Claude Chevrier, c'est qu'il y a une sorte de logique du système psychotique, en quelque sorte, et qu'il faut que vous en teniez compte quand vous rencontrez un névrosé ou un psychotique. Bien évidemment, le psychotique n'a pas d'adresse, puisqu'il a déjà solutionné tous les problèmes, tout est bouché, n'est-ce pas, et donc la question, c'est ce qu'il va vous dire ; il faut voir comment vous allez pouvoir intervenir avec lui, devant une certitude, par exemple. D'autre part, la demande aussi va être réelle, il va demander des soins, des aides, des choses comme ça, et il va falloir pouvoir y répondre peut-être différemment. Le névrosé dans sa demande, vous demandera toujours autre chose, de l'amour, que vous le confortiez dans son système, dans son roman à lui. Et je crois qu'il y a là deux modes d'intervention pour vous et d'écoute. Ceci est très important. J'ai plusieurs fois répété ici combien j'avais apprécié qu'une des directrices d'un centre d'urgences ait pris quelqu'un dans sa voiture, l'ait mis tout seul dans sa voiture et emmené au CPOA alors que toute l'équipe voulait démocratiquement lui demander s'il voulait bien être hospitalisé. Il avait décidé qu'il allait tuer un éducateur. Et donc cette directrice a pris ce risque, elle, dans sa voiture, de l'emmener au CPOA. Tout le monde, le lendemain, lui est tombé dessus pourtant elle a peut-être sauvé l'éducateur.

Bernard Vandermersch : Oui, enfin c'était, si je peux faire une petite remarque, c'était justifié si elle n'avait pas d'autre solution, si elle était la seule à pouvoir faire admettre à ce garçon de...

Pascale Belot-Fourcade : C'était un peu compliqué.

Bernard Vandermersch : Mais il faut bien reconnaître qu'en général les psychotiques, c'est plus facile que les névrosés parce que le névrosé, lui, comme tu dis, sa demande c'est toujours une demande d'autre chose, et c'est toujours une demande d'amour. Le psychotique, en général, il demande des choses et c'est ça qu'il veut. Je me souviens d'une dame que j'ai eue comme ça pendant des années, elle me demandait quelque chose de précis, il fallait faire des certificats, des démarches administratives, et si par lassitude ou sentiment qu'elle abusait je ne le faisais pas, elle revenait à la charge. Et pour finir je me suis aperçu que ça allait tout de même beaucoup plus vite si je faisais ce qu'elle me demandait tout de suite, dans la mesure où c'étaient des demandes recevables, bien sûr. Il y a le plus souvent, dans la psychose, une sorte de simplicité dans les demandes. Il y a une relation plus fraternelle, moi, je me sens plus dans la famille avec des psychotiques, c'est assez étrange ce que je vais essayer de dire parce que la dimension du transfert est différente, elle n'est pas complexe, ou ça marche, ou ça accroche ou ça n'accroche pas ; mais souvent, quand ça accroche, eh bien vous avez cette personne en charge pour la vie. Elle a confiance en vous et vous l'avez dans votre cabinet toute votre vie. Il y a une fidélité comme ça, mais parfois se produit une brusque rupture, on ne sait pas pourquoi, cette personne a eu le sentiment d'avoir été trahie...

Pascale Belot-Fourcade : Oui, parce qu'il y a la question de la confiance dans la psychose.

Bernard Vandermersch : Tout à fait ! La question de la confiance c'est quelque chose d'assez compliqué, il faut peut-être gagner la confiance des psychotiques, mais c'est là où c'est très dangereux, c'est que la démagogie n'est pas payante dans ce domaine parce que ce sont des gens qui ont une lucidité, justement, que leur fantasme fondamental n'obscurcit pas, c'est-à-dire qu'ils sont plus lucides et donc il faut être clair. Je veux dire, il faut être clair, à mon avis, mais je n'ai pas tellement la pratique des psychotiques qui ont été rejetés de la société au point d'être dans des services d'accueil, etc.

On a un grand collègue qui s'appelle Marcel Czermak qui dit : le psychotique ne résiste pas au transfert. Ça veut dire que quand il se met à être en face de quelqu'un où ça marche, alors là... à la limite, il peut décompenser. Je ne sais pas, je crois qu'il faut faire très attention à ne pas jouer de l'interprétation, jouer du double sens, par exemple, faire un bon mot, ce n'est pas une bonne idée. Faire entendre une équivoque par exemple, vous savez avec les névro-

sés, en psychanalyse on fait ça souvent : vous avez dit ça, je l'entends autrement, et tout d'un coup vous vous apercevez que ce que vous avez dit peut s'entendre tout à fait autrement et ça vous ouvre une porte sur l'inconscient, sur des choses que vous n'auriez pas pensé pouvoir penser. Vous faites ça avec un psychotique, ce n'est pas bon, parce que lui, il a besoin d'un univers un peu stabilisé puisque ce qui s'est passé chez le psychotique décompensé auquel on a affaire, c'est que son monde a été ébranlé et donc il est dans une position de se défendre contre la progression de cette dégradation. Et si vous jouez avec les mots, je parlais de la copine de Breton, c'est exactement ce qu'il ne faut pas faire, il ne faut pas jouer au plus malin, il faut être simple, moyennant quoi on peut avoir une relation efficace. Alors, vous me direz, il y a des psychotiques qui sont sympas, d'autres qui sont pas sympas, il y a des courageux et des fainéants, il y a toute sorte de...

Pascale Belot-Fourcade : Oui, il y a une chose à laquelle je pense, une spécificité du transfert dans le travail social, c'est-à-dire que bien évidemment, quand on est dans le travail social, on est obligé de répondre à la demande. Alors évidemment dans le traitement des névroses, parfois il ne faut pas trop de normes puisqu'on renforce alors la névrose. En revanche, il m'a toujours semblé que, pour les psychotiques, de leur dire, à eux dont le système s'est ébranlé et a failli : « Écoutez, c'est normal de faire ça, tout le monde fait ça, tout le monde est dans la loi, on ne traverse pas en dehors du passage clouté, alors pourquoi vous, vous iriez », vous voyez ? Et je trouve que parfois ces lieux sociaux, c'est pour vous que je parle, sont des lieux d'intégration possible justement dans un système où ils n'ont plus les références, les balises normales, et où vous pouvez les réintégrer comme ça. Sauf si vous leur demandez d'avoir un idéal phallique, par exemple, de concurrence, de trouver un travail, de le tenir et tout ça. Là aussi, il faut peut-être être prudent ; quand on écoute un psychotique, il faut perdre nos idéaux de quête phallique de réintégration car c'est là où ils vont se trouver en grande difficulté, comme disait Bernard, ils n'ont pas la clé.

Bernard Vandermersch : Par exemple, pousser quelqu'un à assumer son désir au regard de la sexualité, ce n'est pas une bonne idée. Vous avez un schizophrène qui est chez sa maman et vous dites : ça serait quand même mieux qu'il rencontre une femme. Ce n'est pas le bon truc. Il faut le laisser trouver lui-même, il ne faut pas forcer quelqu'un dans l'ordre phallique alors qu'il n'a justement pas la clé de cet ordre-là. Encore faut-il, ce psychotique, voir qu'il est psychotique. Il y a une toute petite observation que j'ai eue

à l'occasion de supervisions d'assistantes sociales. Une assistante sociale raconte l'histoire suivante : une gamine, que j'appellerai CB, a changé de collègue à la demande de ses parents. Il y avait une rumeur qui disait qu'elle avait subi des attouchements. La principale du collège amène l'élève à l'assistante sociale qui se trouve bien obligée de s'en occuper. Au lieu d'exposer son problème, CB parle de son père qui est très malheureux et de sa mère qui est très malheureuse. Il y a des conflits fréquents entre eux, ils boivent un peu trop, le ton monte souvent. Et puis elle explique que depuis la sixième, il y a des rumeurs selon lesquelles elle serait enceinte, cette petite. En quatrième, séparation des parents. La mère qui travaille à la mairie reçoit aisément un logement en centre-ville pour héberger ses enfants.

Le père, lui, envoie des SMS : « Reviens, sinon je me pends ». Et il mime sa pendaison en photos. Lui est resté dans le pavillon. Donc séparation des parents, lui reste dans le pavillon, la mère, grâce à ses relations, trouve un logement. En juillet, de retour de colo, la gamine est très surprise de voir son père fortement alcoolisé qui fait des travaux dans le nouvel appartement de sa mère ; ils sont supposés séparés, mais il vient lui faire ses travaux. En août, le père et la mère partent ensemble en vacances. Ils n'ont pas pensé à annuler la réservation, alors ils sont partis ensemble. Mais la petite CB trouve que ce n'est pas normal. Elle recommence à se déscolariser et les rumeurs continuent, « je suis enceinte et tout le monde le sait ». Alors l'assistante sociale demande à la petite l'autorisation de voir sa mère et de lui parler de ces rumeurs. « Votre fille se plaint de rumeurs selon lesquelles elle serait enceinte. – Quoi, elle est enceinte ? »

Madame explique que, dès la naissance, elle a eu des problèmes avec sa fille : « Elle ne voulait pas dormir, il fallait que je la prenne avec moi dans le lit. Vous trouvez ça normal, vous, que mon mari a dû dormir pendant six ans sur le canapé ? Je n'ai jamais eu de vie conjugale à cause d'elle. »

Ces paroles se sont imprimées dans la mémoire de l'assistante sociale qui les dit comme elles lui ont été dites. Alors je lui fais remarquer, à l'assistante sociale, que cette mère était très probablement psychotique. Cette seule phrase : « Vous trouvez ça normal que mon mari ait du dormir pendant six ans sur le canapé ? » le démontre. L'hypothèse de la psychose n'avait pas été faite par l'assistante sociale. Or pourquoi j'ai dit ça ? Cette phrase démontre pour le moins l'absence totale de responsabilité de cette femme à l'égard du désir. La décision de dormir avec elle est attribuée sans recul ni aucun humour à sa fille. Voyez ? Alors qu'elle aurait dit par exemple : « Vous savez, elle ne dormait pas, c'était un problème, je finissais par la prendre dans mon lit pour la calmer », etc. Un discours ordinaire. Mais là, aucune notion de la respon-

sabilité : vous trouvez ça normal ? Prise à partie, prise à témoin de l'autre, cette seule phrase évoque la psychose. Ce qui m'étonne, si vous voulez, c'est qu'elle n'y avait absolument pas pensé, cette assistante sociale, que cette femme puisse être, bien qu'elle ne soit pas décompensée – elle ne délire pas à proprement parler – eh bien que cette femme puisse être psychotique.

Pascale Belot-Fourcade : Oui, c'est d'autant plus difficile pour les travailleurs sociaux car le psychotique vous prend à témoin, le névrosé vous demande quelque chose. Et donc cette prise à témoin, c'est le rôle de l'assistante sociale de témoigner, de recenser la situation sociale. Cette prise à témoin est quelque chose qui va justement dans le rôle du travailleur social. Et donc c'est très compliqué, là c'est très fin comme tu viens de le situer, de faire la différence. Je me souviens pour ma part d'avoir eu quelqu'un qui était agent comptable de l'État, important, et qui avait d'ailleurs démontré qu'à la sécurité sociale, dans les déficits de la sécurité sociale, il fallait voir qu'il y avait des directeurs qui étaient payés deux fois de suite en étant inscrits à deux endroits. Donc c'est un agent comptable qui avait bien fait son métier. Et ensuite, elle a fait quelque chose, un délire de revendication et elle s'est fait exclure de tout. Et effectivement tout le système était là dans le témoignage, on témoignait tous que c'était injuste, que ça n'allait pas, qu'on la rejetait vu la probité qu'elle avait démontrée ; or ce n'était pas de cela dont il s'agissait. Il est vrai que dans la position où vous êtes, vous travailleurs sociaux, c'est très difficile de repérer, par exemple, une mère, un père parfois psychotique et, bien évidemment, on a l'impression que c'est la petite qui est folle à lier, elle l'est peut-être aussi...

Bernard Vandermersch : Elle l'est peut-être aussi, malheureusement.
Des questions ?

Claude Chevrier : Oui, je pense aussi au sens du mot « enceinte » pour la petite, qu'est-ce que ça peut vouloir dire, enceinte ? Dans le mot enceinte, il y a ceinte (sainte).

Bernard Vandermersch : Alors voilà, si je pense que la mère est psychotique, est-ce que je vais jouer de cette équivoque, enceinte comme la vierge ? Eh bien sûrement pas. Et à propos de cette prise à témoin, ça explique quelque chose... je fais aussi des présentations de malade à l'hôpital de Gonesse et je demande à voir tous les gens qui veulent assister à ces présentations avant de les admettre. Souvent ces gens me posent la question : « Enfin, ça ne les dérange pas ces gens de parler devant tout le monde comme ça ? » Je dis :

« Écoutez, vous verrez bien ». Parce que les psychotiques – la plupart du temps ce sont des patients psychotiques – demandent à témoigner de ce qui est la maltraitance dont ils sont l’objet, les voix, etc., et ils sont très heureux – le plus souvent, il y a des exceptions – de pouvoir expliquer leur situation et la pudeur n’a pas le même sens dans la psychose et dans la névrose.

Pascale Belot-Fourcade : Ils n’ont pas forcément la différence que nous faisons, nous, entre le privé et...

Bernard Vandermersch : L’intime...

Pascale Belot-Fourcade : L’intime, et ce qui ne l’est pas n’existe pas.

Bernard Vandermersch : Voilà, c’est ce que je vous disais tout à l’heure du sacré, la dimension sacrée étant violée en permanence, pour eux ça ne joue pas de la même façon, même s’il y a quand même des réticences ; mais les réticences sont rarement liées à la question de pudeur, elles sont liées souvent à l’idée de la peur d’être compris de travers, ils ont tellement pris l’habitude qu’on leur dise : « Mais enfin, tu déconnes », qu’il y a une réticence.

Une personne de l’assistance : Ou la peur d’être entendu aussi par d’autres, par la famille.

Bernard Vandermersch : Oui, aussi, tout à fait.

Pascale Belot-Fourcade : Est-ce qu’il y a une question avant que je parle un peu de la psychiatrie institutionnelle ?

Bernard Vandermersch : Je voulais dire un mot que je n’ai pas pu dire, parce que la paranoïa garde une sorte de côté raisonnable et d’unité qui fait que très souvent, au début, on a du mal à savoir si le paranoïaque délire ou pas. Comme pour en décider on se réfère le plus souvent à la réalité, et comme c’est presque toujours vraisemblable, on se demande. Dans la schizophrénie, il y a quelque chose qui éclate, le moi, l’unité du corps éclate, et donc on a des persécuteurs multiples et variés, quelques fois même pas soutenus par l’idée d’une personne mais simplement des voix désincarnées ou des choses comme ça. Alors là, c’est autre chose, mais ça, on reconnaît assez facilement, c’est que, du coup, ces personnes quand elles sont à peu près stabilisées, elles ont un avantage sur nous pour la logique. Beaucoup de grands logiciens étaient

des schizophrènes. Parce qu'ils sont débarrassés du bon sens, ils sont débarrassés de toutes les représentations, et la logique pure, c'est ce qui n'a pas le moindre sens. Ce sont les articulations obligées du langage sans aucune signification. Et là, ils ont un petit avantage, car c'est que nous, on a besoin de mettre des significations partout. Cela dit, c'est un peu exagéré, parce qu'il y a beaucoup de schizophrènes qui sont, même dans la logique, en difficulté.

Pascale Belot-Fourcade : Un petit peu.

Bernard Vandermersch : Voilà, je voulais simplement dire qu'il y avait le pôle paranoïaque et aussi ce pôle où le moi lui-même ne résiste pas, et la dissolution... et quand vous avez quelqu'un qui est interpellé par des voix diverses et variées, de plusieurs endroits...

Pascale Belot-Fourcade : De plusieurs délires, des délires qui ne tiennent pas...

Bernard Vandermersch : Des délires qui ne tiennent pas et des trucs fantastiques, c'est un autre versant de la psychose. Là, ce n'est certainement pas le rejet pur et simple du phallus, mais l'absence congénitale, ça n'a pas été donné, de quelque chose qui n'a pas été introduit par les parents au départ. Sûrement. Voilà.

Claude Chevrier : Il peut y avoir des psychoses sans délire ?

Bernard Vandermersch : Il y a des psychoses sans délire, c'est-à-dire que le délire ne vient qu'au moment où le sujet s'est trouvé dans la situation critique d'avoir à répondre en son nom d'une situation qui met en jeu l'altérité et la dimension sexuelle en tant que responsable, soit par exemple au moment de la paternité, à des moments de grande fragilité pour les psychotiques et, à ces moments-là, alors le délire intervient. Mais avant il était déjà dans la psychose, une psychose qui n'était pas déclarée et qui est bien difficile à distinguer, surtout chez les gens très intelligents, mais on voit quand même que leur discours est orienté non pas à partir d'une position désirante singulière, mais à partir d'un certain conformisme. C'est-à-dire que ce sont des gens qui, tout brillants qu'ils sont, se conduisent en copiant leurs semblables. Ils se soutiennent d'un certain conformisme. Moi, je suis frappé par ces gens qui sortent des grandes écoles, des psychotiques qui ont l'air de gens qui ont une épaisseur et puis, tout à coup, vous voyez cette fragilité se manifester ; au

moment du premier enfant, ils « pètent les plombs » ou au moment où ils sont appelés à une certaine responsabilité, parce que comme ils sont très efficaces, très savants et très intelligents, ils sont amenés à prendre des responsabilités et au moment de prendre cette responsabilité, la clé qui leur permettrait de l'assumer leur manque. Pour eux, des responsabilités c'est forcément soit une place de supériorité où je dois écraser l'autre, soit je risque d'être écrasé parce que les autres m'en voudront. Autrement dit la dimension symbolique du pacte qu'il y a entre le maître et l'élève, le docteur et son patient, ce pacte symbolique dans les rapports sociaux ne fonctionne pas. (Je ne prétends pas ici que ce pacte fonctionne toujours dans la société, il est plus que souvent mis à mal, mais il semble que le fait que ce pacte soit en fait une fiction et non une loi naturelle échappe à la logique de la psychose. C'est sans doute l'explication de certains suicides politiques célèbres.)

Claude Chevrier : Le cas Schreber est intéressant.

Pascale Belot-Fourcade : Oui. Je vais peut-être parler un peu de la psychothérapie institutionnelle qui a tenté, dans une théorisation et une pratique, d'articuler le sujet et le social, de considérer la folie dans cette articulation et non en déniait la folie.

Ce que je voulais vous signifier c'est que dans cette période qui se situe juste après la guerre est apparu le terme d'antipsychiatrie où, là, on a carrément formulé que c'était la société qui rendait fou et qu'il n'y avait pas de maladie mentale, de désordres psychopathologiques non causés par la société. Ceci est vrai en partie puisqu'il n'y a de sujet qu'inclus dans une société. La psychiatrie, en tout cas celle de l'après-guerre, donne dans ses interprétations de la folie une prévalence soit au sujet, et ce sera le développement de la psychanalyse, soit au social et ce sera l'émergence de l'antipsychiatrie. Et c'est en particulier David Cooper (1931-1986), qui est né en Afrique du Sud et qui a lui-même formulé ce terme d'antipsychiatrie. La folie trouve sa causalité dans la société capitaliste et chrétienne. Il y avait Bateson et Marcuse qui étaient là comme soutiens théoriques de cette époque. Il y a eu aussi Ronald Laing qui travaillait avec David Cooper. Ce sont des psychiatres qui sont tous venus d'Angleterre. Pour nous, il est important de savoir que l'engouement pour ces théories repose aussi pour partie sur des erreurs de traduction. Le champ sémantique n'est pas le même d'une langue à l'autre. Par exemple, le mot maladie a deux traductions en anglais ; la différence des sexes se traduit par différence de sexualité : ce n'est pas pareil et cela a des conséquences très importantes. La question de la traduction se redouble d'une différence

d'organisation sociale et d'histoire de la psychiatrie très différente en France et en Grande-Bretagne. Un livre relatant l'histoire clinique de Mary Barnes⁵, publié en 1976, a beaucoup agité tout le champ de la psychiatrie de notre époque ; il s'appelle *Un voyage à travers la folie*. Vous voyez, la folie est un voyage ! Bien sûr, la folie peut apparaître comme une réaction d'un individu à un environnement oppressif, c'est ce que Bernard vient de vous expliquer, si vous n'avez pas la clé pour vous inscrire dans la société. La psychiatrie traditionnelle asilaire a eu du mal à se relever de la famine de la guerre et de l'opprobre porté sur « le malade mental » : il s'est ensuivi un raisonnement un peu court, qui avait toutefois des effets de vérité et qui se formulait ainsi : c'étaient les psychiatres qui rendaient malades les malades puisqu'ils les écoutaient comme tels en les inscrivant dans une nosographie et un traitement alors que c'était la société qui était oppressive et aliénante. De ce fait, si on désaliène la société, le sujet redeviendra normal. C'est tout le trajet de Mary Barnes qu'on a laissé régresser jusqu'au gros caca, elle mangeait son caca, et qui, finalement, a réussi à redevenir quelqu'un qui a pris une place sociale. Tout cela était bien évidemment influencé à cette époque par Sartre, Deleuze et Guattari. La misère des asiles ne faisait qu'entretenir ces réflexions.

Toute autre était la psychothérapie institutionnelle, et je crois qu'on peut lui accorder un respect qu'il n'y a peut-être pas à donner à ces théories anglo-saxonnes très différentes. Ce n'est pas la même société, et la notion de démocratie y est différente.

La psychiatrie institutionnelle a connu de grands noms comme François Tosquelles. Au sortir de la guerre, de l'oppression nazie, de la résistance, Tosquelles a été un républicain qui a beaucoup...

Bernard Vandermersch : Un républicain espagnol.

Pascale Belot-Fourcade : Un républicain espagnol qui a été obligé d'émigrer à Saint-Alban pendant la guerre d'Espagne, et il a lui-même été un résistant pendant la guerre de 1940. C'est un homme assez étonnant, nous l'avons connu, entendu, il avait un accent à couper au couteau, il était très vivant et très subtil comme personnage. Il est donc parti, il a quitté l'Espagne à toute vitesse en emportant deux livres, un qui était la thèse de Lacan sur la paranoïa et un livre de Marx. Il y a donc Tosquelles à Saint-Alban, et quelques autres, ils vont mettre une institution en place, qui aura d'ailleurs un groupe dans

5. Barnes M. et Berke J., *Mary Barnes, un voyage à travers la folie* (1976), Point poche, Paris, 2002.

la Résistance. Lucien Bonnafé a été aussi un des directeurs de cet hôpital. Saint-Alban a été un grand lieu de réflexions qui ont porté sur la guerre, les aliénations humaines, l'asile et l'éthique. On sortait d'une époque terrible de destruction, il fallait faire quelque chose pour sortir de cela.

Bernard Vandermersch : Il faut dire que dans les hôpitaux psychiatriques, il y a eu énormément de décès par manque de nourriture.

Pascale Belot-Fourcade : Par famine. En tout cas, évidemment on sortait des camps de concentration, de la pensée nazie, et effectivement l'asile paraissait oppressif, il n'était plus un lieu...

Bernard Vandermersch : De refuge.

Pascale Belot-Fourcade : D'accueil et de refuge, il était un lieu oppressif. D'autant que s'associait là une pensée marxiste qui soulignait la nécessité d'une désaliénation sociale. Deux autres endroits sont assez liés au premier : c'est la clinique de La Borde avec le Docteur Jean Oury et la clinique de La Chesnaie avec le Docteur Claude Jeangirard. Ce sont effectivement des gens qui ont pensé la question de la psychiatrie, d'une autre forme de psychiatrie, une forme non plus asilaire, avec les médecins du cadre. Quand j'étais interne à Villejuif, la première année, je devais m'occuper de 300 patients, et j'ai fait ma première réunion de groupe, parce que je m'étais rendu compte qu'il y avait des patients qui rançonnaient les autres pour venir me voir, donc j'ai réuni tout le monde, je ne savais plus comment faire ; mais enfin, un interne avec 300 patients, je ne sais pas si vous voyez comment je pouvais m'en sortir. D'ailleurs, je ne m'en suis pas vraiment sortie !

Bernard Vandermersch : Non, et les patients non plus ! (rires)

Pascale Belot-Fourcade : Les patients non plus.

Bernard Vandermersch : Mais il ne se passait pas grand-chose, c'est ça qui était bien en général.

Pascale Belot-Fourcade : Si, il y avait les malades travailleurs, c'était une sorte de...

Bernard Vandermersch : De petite ville.

Pascale Belot-Fourcade : C'était une petite ville et en quelque sorte les CHRS n'ont pas quelque chose de très différent dans le sens où, excusez-moi...

Bernard Vandermersch : Maintenant, on a extériorisé le problème.

Pascale Belot-Fourcade : On les réinsérait, ils travaillaient, il y en a même un qui a fait une boulangerie extraordinaire dans la ville de Perray-Vaucluse. Ça s'est terminé par le suicide de ce gars parce qu'on a voulu être beaucoup plus moderne qu'il n'était...

Claude Chevrier : Il était paranoïaque, quand même.

Pascale Belot-Fourcade : Les gens de Perray-Vaucluse venaient dans l'hôpital psychiatrique acheter du pain parce qu'il était bon ; et puis tout à coup, tout le monde s'en est mêlé, la direction a voulu arrêter ce commerce, parce que c'est pas normal que dans un endroit public on fasse du commerce...

Claude Chevrier : Il était quand même tombé amoureux de la fille d'un médecin-chef.

Bernard Vandermersch : C'était un peu embêtant quand même.

Pascale Belot-Fourcade : C'était aussi un petit peu embêtant, voilà. Mais enfin, on a donc fermé sa boutique et il s'est suicidé. Voilà.

Claude Chevrier : Il y a une très belle thèse qui est sortie sur cette histoire, de la fille de...

Bernard Vandermersch : La fille du boulanger. (rires)

Pascale Belot-Fourcade : Vous connaissez son nom ?

Claude Chevrier : Oui, c'est la fille de Fernand Oury.

Pascale Belot-Fourcade : Ah, le frère de Jean Oury, qui était pédagogue.

Claude Chevrier : Voilà, la pédagogie institutionnelle.

Pascale Belot-Fourcade : Oui, je vais peut-être en parler aussi.

Une personne de l'assistance : C'est triste, cette histoire.

Claude Chevrier : Oui, c'est triste, c'est une interne de Perray-Vaucluse qui a écrit cette histoire du fameux boulanger. C'est sorti en livre, c'est extraordinaire.

Bernard Vandermersch : Il n'aurait pas dû être amoureux de la fille du médecin.

Claude Chevrier : Sauf qu'après, il a eu un délire de persécution, qui voulait mettre à mal le père qui refusait...

Bernard Vandermersch : De donner sa fille.

Pascale Belot-Fourcade : Ségrégation sociale !

Bernard Vandermersch : Il faut prendre les choses *en entier* ; c'est comme Foucault qui dénonçait l'enfermement et puis, un beau jour, il y a une de ses élèves qui est tombée amoureuse de lui, amoureuse de lui, amoureuse de lui, ce qui fait qu'elle est allée coucher sur son paillason et il l'a quand même fait interner à Sainte-Anne.

Pascale Belot-Fourcade : Donc il a reconnu alors que ce qu'il avait dit et qui était une récusation de la folie ne tenait pas ; mais il l'a reconnu en acte en demandant à des psychanalystes de traiter la question.

Bernard Vandermersch : Ben voilà.

Pascale Belot-Fourcade : Ce qui est intéressant, dans la psychiatrie institutionnelle, c'est que c'est quelque chose qui est organisé autour d'un lieu, pris dans les mots et les maux. Dans tous les endroits que je viens de citer, il y a l'esprit du lieu, Saint-Alban, La Borde, La Chesnaie ; c'est un lieu et le lieu va être intimement traité et soigné, car toute institution est un peu malade, en même temps que les patients ; en sachant qu'au lieu de mettre en place une organisation sociale qui sera la répétition de l'organisation sociale de l'État français, de la République, va se mettre en place une organisation, une circulation par les objets de l'institution, en quelque sorte, et c'est ça qui va faire institution, dans laquelle les soignants et les soignés ne sont pas différenciés, c'est-à-dire qu'on va traiter toute la circulation des objets à l'intérieur, les

soignants et les soignés inclus. C'était une idée de cette époque-là, et ce qu'a amené Lacan, c'est que les idées n'appartiennent à personne. Parce que dans la question du phallus, c'est un petit peu ça, il n'y a pas une grande propriété, on n'a pas le phallus dans la poche.

Bernard Vandermersch : Oui, mais il y a une chose qui est intéressante, c'est que cette organisation, je ne sais pas si c'était volontaire ou pas, enfin consciemment ou pas, tenait compte justement de l'absence d'intégration de la notion de dissymétrie puisqu'elle part du principe que dans la psychose, en gros, il n'y a pas cette inscription du phallus et de la dissymétrie qu'il introduit immédiatement, on va donc mettre tout le monde sur le même pied. C'est-à-dire qu'entre patients et soignants, dans les limites de l'institution et moyennant quelques garde-fous on va dire, il y aura une sorte de circulation sans la spécification : toi, tu es patient ; par exemple on peut trouver un patient au standard téléphonique, puisqu'il est compétent pour ça, il n'y a pas de raison. C'est un monde un peu utopique quand même. Mais peut-être que ceux qui l'ont vécu...

Pascale Belot-Fourcade : Voilà. Alors, qu'est-ce que j'avais d'autre à dire ? Oui, c'est ça qui est la chose la plus fondamentale, c'est qu'il ne s'agit pas de faire un déni de la folie, comme l'ont fait Cooper et Laing. Là, on sait que la folie existe ; d'ailleurs c'est ce qui a permis de constituer cette institution de la psychiatrie institutionnelle qui, de toute manière, renouvelle en permanence la disparité des places puisque quand on parle, déjà, on introduit une disparité des places et donc elle (l'institution) est toujours malade par rapport au fait que tout le monde soit équivalent, en quelque sorte. Ça se posera pour nous si un jour on pense que les hommes et les femmes sont équivalents, ça va faire d'autres pathologies et ça en fait déjà. Donc on peut tout à fait régler ça comme ça. Donc le patient participe, il est partie prenante à ses soins, c'est-à-dire qu'il participe au ménage, aux ateliers, au club ; mais on s'arrange effectivement pour que la folie ne soit pas niée. On essaye de traiter les gens comme des sujets, comme des sujets en devenir, en ce qui concerne la psychose, plutôt que réalisés, et non comme des objets puisque ce dont était accusé l'asile psychiatrique, c'était de prendre les patients pour des objets. Et donc là, on va s'adresser à eux et c'est assez intéressant, c'est-à-dire que même s'ils sont dans cette pathologie, on peut s'adresser à eux au-delà, en quelque sorte, de leur pathologie, ce qui leur permet de trouver leur propre étayage, la manière dont ils vont pouvoir, eux, s'articuler, pallier...

Bernard Vandermersch : Pallier la carence de cette inscription avec autre chose.

Pascale Belot-Fourcade : Voilà. Bon, il y a des noms que vous devez connaître, que vous reconnaîtrez peut-être ; il y a Hélène Chaigneau, Horace Torrubia, René Gentis, Jean Ayme, Ginette Michaud. Alors Fernand Oury, qui est le frère de Jean Oury, lui, est issu de la pédagogie Freinet et il a mis en place une pédagogie qui pourrait être adaptée à des gens en difficulté psychotique, par exemple, puisque la question de la pédagogie, c'est qu'il y a un maître et qu'il y a une férule. On enseigne sous la férule, il n'y a pas de problème. Alors évidemment, on le refuse actuellement, mais nos enfants ne savent plus rien, et je ne sais pas si c'est non plus très porteur de nier ça. Ils sont quand même 30 à 40 % à ne pas savoir lire en CM2, ce qui est quand même quelque chose d'un immense symptôme. Et Fernand Oury a supposé que même un psychotique en difficulté pouvait apprendre et pouvait savoir. La question, c'est de prendre les choses autrement, de supposer qu'il en savait d'ailleurs pas mal et de s'appuyer par rapport à ce qu'il savait. Voilà, donc. Il faut aussi parler de Tony Lainé et de Daniel Karlin, dont je vous ai déjà parlé, parce que ce sont eux qui ont fait ce film sur les hôpitaux psychiatriques.

Claude Chevrier : C'est *La raison du plus fou*, 1970, livre et film.

Pascale Belot-Fourcade : Le titre, je ne m'en souvenais plus. Tony Lainé, qui était à Barthélemy Durand à Étampes, ça s'appelait plutôt le mouvement de « psychiatrie alternative », mais c'était quand même de la psychothérapie institutionnelle. Et l'intérêt de ce film a été de s'intéresser aux patients qui étaient là, ça en a fait sortir beaucoup de l'asile. Voilà, c'est une petite mise au point et c'est certainement ce dont on a beaucoup parlé déjà ici plusieurs fois, la question du lieu, à le repérer et à savoir comment on pourrait adapter nos institutions pour savoir comment traiter ces gens en difficultés, en souffrance psychique, comme on l'appelle, et qui sont différents. Savoir comment ajuster ce qu'on a à faire. Voilà.

Claude Chevrier : Je voudrais rajouter quelque chose, faire le lien un petit peu avec ce courant antipsychiatrique et ce courant dans les années 1968 où, effectivement, toute forme d'institution est néfaste et aliénante. À l'époque, c'était très porté philosophiquement par des mouvements progressistes. Et on a parlé aussi de Basaglia, qui était un psychiatre italien qui a été à l'origine de la fermeture d'un grand nombre d'institutions psychiatriques en Italie.

Tout ce courant, quand même, malgré tout était... Des psychiatres français aussi qui se questionnaient, effectivement comme vous le disiez, la guerre est passée par là, l'enfermement, l'asile, et puis la situation des hôpitaux psychiatriques n'était pas brillante en France, il fallait voir comment, dans quel état se trouvait la psychiatrie française. On rassemblait les autistes, on rassemblait les psychotiques les plus dégénérés, il fallait voir dans quelle situation, c'était pas beau à voir.

Pascale Belot-Fourcade : Il n'y avait pas de médicaments !

Claude Chevrier : Non, mais d'accord. Mais quand même, quand bien même...

Et tout ce mouvement, avec Tosquelles, avec Jacques Lacan, avec Bonnafé, formait un petit groupe, une réflexion, la psychanalyse était au cœur des pratiques, au cœur de la pensée, et de là, je dirais, est née une idée originale de la psychiatrie française. Mais ça, on ne le dit pas assez. Il en est sorti une innovation, en France, de la psychiatrie avec le secteur et ça, c'est extraordinaire, cette position, c'est-à-dire que plutôt que de fermer les institutions, c'était de déplacer, de faire du secteur le lieu central de la prise en charge, comment dire, de la folie, des gens qui ont des problématiques psychiatriques. Et ça, je trouve que c'était une idée très originale.

Pascale Belot-Fourcade : Oui, c'était un déplacement important.

Claude Chevrier : Mais oui, et on ne la défend pas assez aujourd'hui, d'ailleurs ce qu'on est en train de vivre, c'est la fin du secteur. On est en train de...

Une personne de l'assistance : Où est ce qu'on la retrouve, cette idée-là aujourd'hui ?

Claude Chevrier : Oui, parce qu'aujourd'hui l'institution est attaquée de partout, on voit aujourd'hui un *housing first* qui se développe à droite, à gauche. Le *housing first*, qu'est-ce que c'est ? Ce sont de petites équipes qui sont dotées d'un budget qui vont prendre en charge des malades mentaux qui se trouvent à la rue. Mais avant, c'était le travail de qui, ce travail-là d'accompagner des gens qui étaient à la rue, atteints de pathologies psychiatriques ? C'était le travail des équipes psychiatriques de secteur. Or on a tellement diminué les budgets de ces institutions qu'aujourd'hui ces petites équipes n'arrivent

même plus à faire leur boulot. Et donc on donne à d'autres des moyens. Voilà, c'est une question de lobbying, *housing first*, ça vient de... bon, bref. On y est, dans cette expérimentation, je ne vais pas plus démonter ça, mais par ailleurs c'est intéressant parce que c'est vrai qu'à un moment donné, quand on veut dire que la psychiatrie s'y prend mal, on ne peut pas mieux s'y prendre qu'en leur coupant les budgets.

Bernard Vandermersch : Il faut dire que la psychiatrie a beaucoup changé aussi, parce qu'après l'enthousiasme de l'installation du secteur avec des internes comme nous qui y passaient du temps, c'est devenu beaucoup fonctionnarisé, on ferme à cinq heures, et puis surtout nos maîtres, les maîtres d'aujourd'hui ont changé, il n'y a pratiquement plus de patrons dans les facultés de médecine qui aient une formation analytique aujourd'hui.

Pascale Belot-Fourcade : Tout à fait.

Bernard Vandermersch : Ce sont tous des bios... et ces gens-là apprennent aux futurs psychiatres que, dans le fond, une fois qu'on a fait le diagnostic, il n'y a pas de raison de parler avec le patient. Il suffit de trouver la médication qui convient. Comme, en plus de ça, il faut rentabiliser les séjours, les gens se retrouvent dehors et le problème, c'est qu'il n'y a plus d'asiles et donc, voilà. Je n'ai rien de plus à dire.

Une personne de l'assistance : Je voulais juste rajouter qu'en 1992 on a arrêté le diplôme d'infirmière en psychiatrie.

Pascale Belot-Fourcade : Oui, aussi.

Tiphaine Lacaze : Mais le secteur, c'est encore la base de l'organisation dans les textes...

Bernard Vandermersch : Ça existe toujours, le secteur.

Tiphaine Lacaze : Mais, par contre, on ne le trouve plus, mais c'est encore la base dans les textes, c'est ça ?

Pascale Belot-Fourcade : Tiphaine, la question d'équipes et d'équipes médicales, d'équipes psychiatriques, c'est terminé dans les hôpitaux. Il y a une direction administrative et financière. À l'heure actuelle, les CME, les com-

missions médicales des hôpitaux ne servent plus à rien puisque, déjà, avec la loi HPST, la décision du directeur prime et passera de toute manière malgré l'opposition médicale ; par exemple, pour le choix d'un chef de service, d'un chef de pôle, d'une nomination, d'un nombre de postes, c'est le directeur administratif et financier qui décide. C'est pareil pour la psychiatrie. C'est-à-dire qu'au lieu de faire une équipe qui est organisée autour du patient, parce que mettre des médecins en tête de chefs d'équipe c'est quand même autour du patient, maintenant il y a une concurrence absolue et qui a basculé complètement. Qu'est-ce qu'on a fait dans le secteur et qui l'a tué en même temps alors qu'on essayait de sauver les meubles ? On nous demandait par exemple de faire des statistiques. On nous enfermait dans des statistiques qui devaient nous rendre rentables. Comment être rentable avec la folie ? La vraie folie c'est de penser que la folie peut être rentable. Cette folie-là est aux commandes. On a été rationalisés sur tout et tout ce qu'on disait finalement se retournait contre nous, en quelque sorte. On a fermé un nombre considérable de lits. Et c'est comme ça qu'il y a eu des services entiers qui ont été sauvés par des lits pour la dépression, par exemple. La sortie des antidépresseurs rendait valable d'ouvrir des services pour traiter du symptôme envahissant : « La dépression », soutenu par le lobby pharmaceutique. Alors on allait soigner la dépression, quantifier, rentabiliser, ce qui est tout à fait faux, vous le verrez la fois prochaine. Après on nous a mis au pas du DSM. Alors là !!!

Bernard Vandermersch : Il fallait mettre les chiffres...

Pascale Belot-Fourcade : Les chiffres, toute la pathologie des gens est passée en numérotation, et à ce moment-là vous passez dans l'ordinateur, et ça n'a plus aucun sens, et donc on vous dit qu'on peut remplacer tout le monde par n'importe qui, voilà.

Bernard Vandermersch : Donc, ce que j'ai essayé de rappeler, c'est que l'homme est quand même un animal parlant (rires) et que la parole a son importance même avec les malades mentaux qui disent des bêtises. Voilà. Et aujourd'hui, ce qui est assez curieux, c'est que ça se perd, c'est-à-dire qu'il y a beaucoup de médecins qui sont formés à l'idée, malheureusement, que ça n'a pas d'intérêt de parler avec les malades.

Une personne de l'assistance : Donc, en effet, ce sont plus les psychiatres qui parlent avec les malades...

Bernard Vandermersch : Ce sont les psychologues, les autres, voilà.

Une personne de l'assistance : Si le psychiatre veut bien que le malade parle à son psychologue ; il m'est arrivé qu'une de mes patientes soit interceptée dans un couloir, elle venait voir la psychologue, qui était moi en l'occurrence, elle était avec une AMP qui l'accompagnait vers mon bureau parce qu'elle allait mal et la psychiatre les a arrêtées, leur a demandé où elles allaient, elle leur a expliqué et elle a dit : « Emmène-la à l'infirmierie, elle va prendre son médicament. » Je l'ai lu par hasard dans une transmission.

Bernard Vandermersch : Oui.

Pascale Belot-Fourcade : Forcément, ça fait des concurrences, c'est-à-dire qu'au lieu que tout soit organisé autour du patient, bien évidemment les administratifs avec leur logiciel pensent que nous avons le bon diagnostic, que nous savons ! Mais tu as parlé tout à l'heure d'un cas que tu avais vu des années chez toi et qui est revenu avec une paranoïa, nous ne savons pas le dernier mot d'un patient. Il faut quand même le savoir, ou de quelqu'un que vous allez recevoir, un résident ; on a parfois des miracles et parfois des effondrements que nous ne pouvons pas juguler, n'est-ce pas ? Alors, évidemment, quand il y a les antidépresseurs et puis la rééducation comportementale, là, ils sont contents parce qu'ils pensent qu'ils vont bien y arriver.

Claude Chevrier : Il y a peut-être une question avant de se séparer ? Non ?

Bernard Vandermersch : Je suis assez content alors, parce que j'ai dû être vachement clair ! (rires)

Claude Chevrier : Eh bien, on vous remercie pour votre clarté. Merci à vous.

Asile, n.m., est emprunté au latin *asylum*, hellénisme. Le grec *asulon* vient de l'adjectif *asulos* « qu'on ne peut saisir », de *a-*privatif et de *sula*, neutre pluriel signifiant « butin », dérivé du verbe *sulan* « s'emparer de ». Il signifie « lieu sacré », et son dérivé *asulia* correspond à un privilège juridique accordé à une personne (ambassadeur, athlète par exemple) par des cités étrangères, qui la mettaient en sûreté, elle et ses biens. Ce sens dérivait d'une valeur religieuse désignant la sécurité garantie par certains temples. Passée en latin, la notion de *droit d'asile* est, en moyen français, religieuse.

Le mot apparaît (1355) dans un contexte antique ; ce sens s'étend plus tard aux coutumes analogues. La langue classique (avant 1600, Scarron) l'étend encore à « lieu quelconque où l'on peut se mettre à l'abri d'un danger », avec en outre une valeur abstraite, « défense, sauvegarde ». Un sens affaibli, « séjour, retraite », est propre à la fin du XVII^e et au XVIII^e siècle. Enfin le mot s'applique (1859, in *TLF*) aux établissements de bienfaisance servant de retraite aux infirmes, aux vieillards, sens que concurrence *hôpital* au sens ancien, *hospice*, puis les orphelins (asile et salle d'asile ont désigné au XIX^e siècle l'équivalent des garderies d'enfants ou crèches actuelles), enfin et surtout les aliénés. Ce sens, souvent représenté par le syntagme *asile de fous*, a été usuel, mais le mot a disparu de la terminologie administrative en 1938, remplacé par *hôpital psychiatrique*, le sens de l'hôpital ayant évolué, puis par d'autres termes plus euphémistiques ; il est encore en usage dans la langue courante et figurément.

Le dérivé *asilaire*, adj., (1955) qualifie péjorativement ce qui a rapport à l'asile, symbole de la psychiatrie de l'internement.

In *Dictionnaire historique de la langue française* d'Alain Rey, Le Robert, 2012.

Mélancolies, manie, hypocondrie et dépressions

Danièle Brillaud

10 décembre 2015

Danièle Brillaud : Pour aborder cette pathologie, il me semble qu'il est nécessaire, d'abord, d'avoir quelques repères de classification ; or la classification, aujourd'hui, est un vrai problème ; celle du DSM ne sert à rien pour les soignants et la vieille classification psychiatrique ne va plus non plus parce qu'elle part de l'idée qu'il y aurait un sujet sain qui ferait référence et des malades qui auraient besoin d'être soignés. Or ce n'est pas exactement comme cela que les choses se passent ; un sujet sain, normal, je n'en ai jamais rencontré et donc je ne peux pas me baser sur cette idée pour me repérer. Nous pouvons partir de la distinction entre névroses, psychoses et perversions, puisque, là-dessus, les psychiatres classiques et la psychanalyse sont d'accord.

Or ce que j'ai vu, c'est que dans ces trois structures de base que les psychiatres classiques admettaient, et que Freud aussi retenait, dans ces trois structures de base, il y a des gens qui se portent bien, ne se plaignent de rien et qui mènent une vie professionnelle, amicale ou familiale qui leur convient. Il y a en particulier beaucoup de psychotiques qui ne décompensent jamais et qui n'ont jamais besoin d'être pris en charge. Mais dans chacune de ces structures, il y a aussi des gens qui souffrent beaucoup et qui demandent de l'aide. Et, pour répondre à cette demande d'aide, il faut absolument se repérer dans la structure, parce qu'on ne va pas pouvoir agir avec un psychotique comme avec un névrosé ou un pervers. Si on aborde un patient sans savoir quelle est sa structure, on risque d'être inefficace, de faire des efforts qui ne vont servir à rien, et même on risque d'être nocif avec les meilleures intentions du monde. Je vais aborder en premier les dépressions névrotiques pour les opposer ensuite à la mélancolie psychotique.

La dépression névrotique

Le diagnostic de troubles anxio-dépressifs est la cause la plus fréquente

des consultations en CMP. Dans le livre des professeurs Olié et Lôo, *Les Maladies Dépressives*, il est indiqué qu'il y a cent millions de dépressifs dans le monde, et que si l'on considère la totalité de la vie, un quart de la population a fait ou fera un épisode dépressif. Donc une fréquence extrêmement importante. Les auteurs considérant la grande variabilité des tableaux cliniques allant de l'épisode de légère dépression à la mélancolie se demandent finalement ce qui est commun à tous ces tableaux si différents. Or, selon leurs études « scientifiques », ce qui est commun, c'est que ces syndromes réagissent tous aux antidépresseurs. C'est ainsi que la définition qu'ils donnent de la dépression devient très logiquement : un état dépressif est ce qui se guérit par les antidépresseurs.

À partir de cette définition, le classement des tableaux dépressifs est un vaste fourre-tout qui ne permet pas du tout de se repérer utilement.

L'état dépressif en psychiatrie se caractérise par la présence d'un certain nombre de symptômes : la tristesse de l'humeur, tout d'abord, les troubles du sommeil, avec le plus souvent une insomnie, mais il peut s'agir aussi d'une hypersomnie, des troubles de l'appétit, l'anorexie entraînant un amaigrissement qui peut être important, un ralentissement psychomoteur, une difficulté de concentration, une asthénie généralisée et surtout une absence d'élan vital, une aboulie, verbalisée par le patient par « je n'ai envie de rien », et une absence de plaisir à vivre, une anhédonie, un manque d'estime de soi-même, et bien sûr des idées suicidaires plus ou moins présentes, exprimées ou non.

Lorsque nous avons un patient qui se présente avec un tel tableau, la première chose à faire, comme toujours, est de se repérer dans sa structure et de préciser les circonstances qui ont déclenché cet état dépressif.

Nous allons alors rencontrer trois possibilités :

- Ou bien cet état survient chez un sujet qui n'avait pas jusque-là de problèmes majeurs, mais qui vient de subir un deuil, une perte grave. Lorsque l'on perd quelqu'un de cher, il y a une période de grande tristesse, où effectivement on peut observer de la tristesse, de l'anorexie, de l'insomnie, un amaigrissement, une perte de l'élan vital, aboulie et anhédonie, avec même des idées suicidaires. Bien que ce tableau ressemble beaucoup à celui de la dépression, il y manque un point très important, c'est le défaut d'estime de soi.

- Le deuxième cas que l'on rencontre est un état dépressif survenant chez un névrosé.

- La troisième possibilité est un état mélancolique témoignant d'une structure psychotique.

Ce qui apparaît donc tout de suite dans ces trois possibilités, c'est que le diagnostic de dépression recouvre des tableaux cliniques qui sont absolument hétérogènes. Si nous allons lire ce que dit la psychiatrie et ce que dit la psychanalyse de la dépression, nous allons être frappés du fait qu'ils partent de deux points de vue complètement opposés ; en effet, les psychiatres expliquent que la dépression est une maladie comme une autre, qu'il faut absolument traiter par des antidépresseurs, et qui guérit toujours sous antidépresseur à la condition que le traitement soit bien conduit. À l'opposé de cette position psychiatrique, Lacan fait un peu scandale en déclarant à la télévision, en 1973, que la dépression est une lâcheté morale. Il parle là des dépressions névrotiques et non pas de la mélancolie.

Dire que les états dépressifs névrotiques relèvent d'une lâcheté morale est bien sûr choquant, le psychanalyste n'ayant pas pour habitude de juger moralement son patient. D'autre part, la souffrance du patient dépressif s'accommode assez mal d'un jugement aussi dur, qui fait aussi peu de cas de sa douleur, qui se montre aussi peu empathique. Voilà donc une position qui paraît étonnante au XXI^e siècle ; mais il n'en a pas toujours été ainsi et, si nous regardons ce qui se passait au Moyen Âge dans les pays chrétiens de l'Europe, la tristesse que l'on appelait *acédie* était un péché capital, qui conduisait en enfer ; on en trouve des références dans les textes religieux, mais aussi dans la *Divine Comédie* de Dante. C'est un péché capital comme la colère ou l'orgueil. L'*acédie* signifie « celui qui ne prend pas soin de lui-même » et comprend la tristesse, l'apathie, l'inquiétude du moine face à l'inutilité de sa vocation, le dégoût de la vie, ce qui entraîne une oisiveté, une somnolence et, finalement, un arrêt sur le chemin de la perfection où le moine était censé s'engager. Pour Dante, effectivement, la tristesse est bien le péché capital, c'est une lâcheté morale qui conduit à ne pas s'engager, à ne pas prendre parti, nous pouvons dire : à ne pas se laisser guider par son désir, à rester sur le bord en regardant la vie passer, en n'appréciant pas le monde créé par Dieu, ce qui ne peut que lui déplaire. Dante parle de ceux qui n'ont jamais été vivants, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas fait de choix, qui ont reculé devant leur désir, et c'est ça le péché capital pour lui.

Je trouve que c'est intéressant de nous souvenir de cela, parce que ça a l'air très, très loin de notre façon de penser actuelle, au point qu'on ne comprend

pas au premier abord comment Lacan peut dire une pareille monstruosité, que la dépression est une lâcheté morale... Le regard sur la dépression a changé ; considérée comme un péché condamnable pendant des siècles, il me semble que notre époque ne tolère pas mieux, finalement, la dépression. L'efficacité et la rentabilité étant ce qui fait valeur, la dépression ne peut pas trop être admise, et il est donc inévitable que le médecin soit requis de guérir au plus vite cette « maladie ». Mais qu'elle soit péché ou maladie, on voit qu'elle suscite un transfert négatif, qui est sans doute à mettre au compte d'une perception inconsciente de cette lâcheté morale que Lacan évoque.

Je vais vous proposer une petite vignette clinique pour éclairer le problème de la dépression névrotique : une dame de soixante-cinq ans m'a été adressée au CMP pour un état dépressif ; elle a perdu sa mère il y a six mois, mère qui ne l'aimait pas et qu'elle n'aimait pas. Son père est décédé il y a longtemps ; elle se plaint d'être seule dans l'existence, célibataire, sans enfant et sans amis véritables. Elle ne voit plus ses frères et sœurs, qui la rejettent dit-elle. Elle pense qu'elle a été spoliée dans son héritage par sa fratrie et que de toute façon, ce qui reste de cet héritage n'a aucune valeur ; ce sera vendu par le notaire sans qu'aucun des héritiers ne se déplace en province pour voir de plus près. Elle se lamente sur la fortune passée de la famille et sur la pauvreté dans laquelle elle va vivre elle-même désormais. Elle n'a envie de rien, elle n'a pas le courage de faire quoi que ce soit.

Elle est arrivée au CMP un jour où j'étais par hasard très disponible. En la regardant abattue, triste et sans élan, avec une plainte plutôt malvenue dans un CMP qui reçoit des patients plutôt de revenus très modestes, je me suis dit que je n'étais pas du tout contente de l'avoir pour patiente et que ça allait être dur de la supporter, et j'ai vraiment eu envie de lui dire que je ne pouvais rien pour elle.

Cependant, ce n'est pas ce que j'ai fait ; j'ai fait quelque chose qu'il ne faut pas faire, je suis entrée dans la réalité du problème qu'elle mettait en avant, j'ai regardé avec elle sur Internet où était situé son héritage, combien coûtait l'hectare de terre agricole à cet endroit, combien coûtaient les maisons, etc., je lui ai montré le site de l'entreprise maraîchère qui louait ses terres, elle a vu que ce n'était pas un pauvre agriculteur comme on le lui avait dit et comme elle le croyait, et rapidement elle a dû admettre que cet héritage n'était pas du tout nul. Elle a pris la décision de s'en occuper sérieusement. Dans les semaines qui ont suivi, elle a poursuivi son enquête, a renoué avec ses frères et sœurs, a pris contact avec un autre notaire, etc.

Autrement dit, elle a changé de position subjective, elle a cessé d'être passive,

d'être molle, sans courage, dans le renoncement et la résignation, pour affirmer son désir : être reconnue par sa famille, et donc agir pour qu'une partie de l'héritage lui parvienne.

C'est en même temps que ces démarches très concrètes qu'elle peut verbaliser qu'elle a toujours souffert d'être rejetée par ses parents et il apparaît que son attitude défaitiste était la conséquence directe de cette perception. Si elle avait persisté dans son renoncement, dans sa tristesse et son aboulie, comme ses frères et sœurs étaient aussi passifs, elle aurait pu effectivement lire la preuve qu'elle n'était pas aimée dans le peu de valeur de son héritage. Elle a toujours été très consciente du fait que ce n'était pas du tout la valeur vénale de l'héritage qui lui importait, mais la signification symbolique d'être reconnue en tant que faisant partie de cette famille. Actuellement, il me semble qu'elle a pris conscience que la valeur de l'héritage est dans le regard qu'elle porte sur lui. Je veux dire qu'elle est passée de la question : « est-ce qu'on me reconnaît comme descendante de cette famille » à la question : « est-ce que j'accepte d'être issue de cette lignée, est-ce que je les reconnais pour mes aïeux ? »

Du fait de son changement d'attitude, j'ai pu commencer à la trouver sympathique, et donc à partir de là, peut-être, un travail sera possible. Ceci pour insister sur le fait qu'il n'y a pas d'analyse sans transfert, et que le transfert, c'est d'abord celui du thérapeute.

Mais ce que je veux montrer par cette vignette clinique, c'est que pour sortir de la dépression névrotique il faut obtenir du patient un changement de position subjective, parvenir à le déplacer : il était dans une position de plainte, où il souffre d'être mal aimé, le regard des autres le blesse, il n'obtient pas justice des autres ; autrement dit, il met toute l'importance sur les autres et lui, il est dans une position d'objet par rapport à ces autres, d'objet souffrant, d'objet passif. Si on arrive à le déplacer pour qu'il se mette à penser : qu'est-ce que je veux moi ? qui j'aime moi ? comment moi je considère les autres ? Autrement dit si le patient reprend sa place de sujet et quitte cette position d'objet, alors il va se remettre à désirer, à agir et va sortir de la dépression, avec ou sans antidépresseurs.

Les mélancolies

Freud avait étudié la mélancolie en référence à ce qui se passe dans le deuil et il remarquait qu'il n'y a pas de perte de l'estime de soi dans le deuil, alors que ce trouble est bien présent dans la mélancolie.

En fait, ce que Freud nomme « perte de l'estime de soi dans la mélancolie »

est quelque chose de beaucoup plus radical, puisqu'on peut dire en écoutant les patients que le sujet a disparu, qu'il est devenu un objet.

Ce n'est plus comme dans la dépression névrotique où le sujet se met dans la position d'un objet sous le regard de l'autre, c'est qu'il est devenu réellement cet objet. Je vais essayer de vous le montrer.

Et ce que je dois dire tout de suite, c'est que dans la mélancolie, c'est possible aussi de faire un travail d'analyse quand le patient est sorti de l'état mélancolique, c'est-à-dire quand il a repris une position subjective, mais au moment de la crise, ce n'est pas du tout possible, puisqu'à ce moment-là, ce n'est plus le sujet qui parle, c'est l'objet qui dit : « il faut m'éliminer ».

La mélancolie, et en particulier le syndrome de Cotard, n'a rien à voir du point de vue de la structure avec la dépression ou la tristesse. Pour être triste ou déprimé, il faut qu'il y ait là un sujet, premièrement qui existe et, deuxièmement, qui ressent des affects.

Comme vous le savez, un psychotique peut être bien stabilisé pendant une longue période et traverser des moments de décompensation ; la structure ne change pas, il reste psychotique, mais on peut dire qu'il y a des suppléances qui peuvent venir l'aider à être en équilibre.

Lorsque survient une crise, une décompensation, on va voir apparaître trois ordres de phénomènes :

- Il peut s'agir d'un syndrome d'automatisme mental : le patient entend des voix qui l'interpellent, l'insultent ou lui donnent des ordres.

- La crise peut aussi se traduire par l'apparition d'interprétations délirantes ; par exemple le patient vous dit « j'ai bien compris que c'était de moi que vous rigoliez tout à l'heure », ou bien « j'ai reçu une publicité de la Maison de l'Escargot, c'est pour me faire comprendre que je suis un escargot avec les femmes ». Ou bien c'est la télévision qui s'adresse à lui par allusion pour le critiquer.

- À côté des hallucinations et des interprétations délirantes, il y a un troisième ordre de phénomènes qui peut inaugurer une crise de décompensation psychotique, plus difficile à repérer et pourtant essentielle, il s'agit de l'hypocondrie psychotique, qui peut se voir dans toutes les psychoses, mais surtout dans les mélancolies.

Conformément à l'enseignement que j'ai reçu à l'École Psychanalytique de Sainte Anne, je réserve le terme d'hypocondrie à la psychose et j'en exclus

donc toutes les craintes névrotiques d'avoir une maladie quelconque, qu'il s'agisse d'obsessions, de phobie ou d'hystérie.

Je vous propose d'abord d'entendre comment la souffrance s'exprime chez ces patients à partir de quelques vignettes cliniques :

- Kaci est un homme de soixante ans, très fatigué, qui est accompagné à ma consultation par son frère. Kaci est tombé malade lorsqu'il a été licencié en raison de la fermeture de son entreprise. Venant d'Algérie, il a travaillé trente-sept ans en France sans être malade, vivant en foyer avec son frère et son cousin ; sa femme et ses enfants vivent en Algérie.
- Kaci est maigre, il respire vite et superficiellement, il a le visage figé et son frère le soutient pour marcher. C'est le frère qui explique que la maladie a commencé par des douleurs dans le ventre, qui s'accompagnent de contractures dans les deux jambes. Il a perdu l'appétit et a maigri. Il vomit souvent, il ne peut plus dormir, il a des crampes qui lui font mal ; il n'a plus la force de se lever, il ne se lave plus et reste couché toute la journée.
- Kaci approuve les dires de son frère et ajoute : « mon sang ne circule plus ». Il n'est pas possible d'obtenir de lui qu'il parle d'autre chose que de sa souffrance physique ; son sang ne circule plus et sa parole non plus : tout est figé, comme son visage.
- Lorsque Kaci nous dit qu'il ne peut plus dormir, il faut bien entendre ce que cela signifie, car en fait, lorsqu'il sera hospitalisé, les infirmières constateront qu'il dort correctement. Mais quand Kaci dit qu'il ne dort pas, cela veut dire qu'il a perdu la jouissance du sommeil, ce qui se rencontre fréquemment dans l'hypocondrie et dans la mélancolie.

Le deuxième cas est celui de Jacky, que j'ai suivi quelques mois en CMP :

- Il se plaint de douleurs au cœur, il a l'impression que son cœur est froid, il a du mal à respirer, il a beaucoup maigri puisqu'il a perdu en deux ans presque 70 kg : il faisait 130 kg et pèse maintenant 63 kg.
- Il a une sinusite, il a mal à la mâchoire, il a des boutons sur le thorax et sur le sexe, il a fait faire des examens pour savoir s'il avait l'herpès ou la syphilis, mais les examens sont négatifs ; il a le sentiment d'être immunodéprimé. Il a des brûlures en urinant ;

il a des nausées. Il pense qu'il a eu du sang dans les urines. Il dit qu'il a trop de globules blancs. Il fume trois cigarettes par jour, le tabac lui fait mal à la tête et depuis quelque temps, le tabac le dégoûte.

- Il est allé à l'hôpital Cochin pour une suspicion de tuberculose et on lui a fait une fibroscopie qui n'a rien montré. Il est essoufflé, il voudrait pouvoir marcher sans être à bout de souffle en permanence ; il a des vertiges d'hypotension ; il a des crampes aux jambes. Il se plaint de diarrhées et ce qui l'inquiète beaucoup, ce sont des grains de beauté, dont il pense qu'ils sont cancéreux, il est terrorisé par ces petites taches qu'il a sans doute toujours eues et qui ont un aspect tout à fait banal.
- Il dit qu'il ne se sent ni déprimé ni anxieux, il est certain que son malaise est physique et, ce qui l'inquiète, c'est de voir que les médecins ne trouvent pas ce qu'il a. Il ajoute qu'il a perdu le goût des aliments : « il n'a aucun goût, avant les omelettes avaient du goût », il se souvient du goût des omelettes et maintenant les omelettes n'ont plus de goût.
- Davantage que toute la longue série de ses plaintes, c'est ce dernier point qui me semble faire la preuve de l'hypocondrie.
- Lorsque je l'ai reçu au CMP, il venait de passer pratiquement cinq ans dans un hôpital psychiatrique. Les diagnostics qui étaient évoqués étaient alcoolisme et personnalité dépendante. Ce qui était vrai, bien sûr, mais ce ne sont pas des diagnostics de structure ; l'alcoolisme peut concerner un patient aussi bien névrosé que pervers ou psychotique, et ne peut pas être traité de la même manière.
- Je l'ai hospitalisé à nouveau devant ce tableau d'hypocondrie ; c'était un mois de juillet, je suis partie en vacances en août, on a fait sortir Jacky pendant ce temps-là en considérant qu'il n'était pas si malade que ça, en gros qu'il abusait des bénéfices secondaires et voulait vivre tranquille à ne rien faire au crochet de la société ; c'est-à-dire qu'il suscitait un contre-transfert négatif, parce qu'on ne repérait pas la psychose sous l'alcoolisme et la dépendance. À sa sortie de l'hôpital, il s'est jeté sous le métro ; il est mort, donc, à quarante ans. C'est assez souvent que les hypocondriaques suscitent un transfert négatif chez les soignants, qu'ils soient médecins ou autre, parce que nous sommes assez impuissants devant cette douleur et que cela nous angoisse. Par

exemple, pour Kaci, je me souviens que j'avais écrit dans son dossier qu'il était très angoissé ; mais à la réflexion, je me suis rendu compte que l'angoisse était bien plutôt de mon côté, parce que je ne vois pas comment aborder un patient dans cet état.

L'hypocondrie est un phénomène qui témoigne que quelque chose dans le corps ne fonctionne plus, que les fonctions respiratoires, de déglutition, de phonation, de digestion et d'évacuation dysfonctionnent, s'enrayent. Pour l'être parlant, toutes ces fonctions corporelles doivent être nouées au langage, organisées par le langage pour être harmonieuses. Et c'est très intéressant d'entendre, justement, dans ce que disent les hypocondriaques, comment quand ça dysfonctionne au niveau du corps, ça dysfonctionne en même temps au niveau de la parole. Je vais vous en donner des exemples.

Si le phénomène hypocondriaque est si important à repérer, c'est parce qu'il signe la structure psychotique, c'est quelque chose qui doit faire dresser l'oreille, d'autant plus qu'on va trouver l'hypocondrie comme prélude à la mélancolie. Dans le cas de Jacky, s'il s'est suicidé c'est bien parce que l'alcoolisme venait soulager la douleur d'exister du mélancolique et que cette douleur n'était supportable qu'à l'abri dans l'hôpital ou bien sous alcool. Si on le fait sortir en le convaincant de ne plus toucher à l'alcool, il ne reste plus que le suicide pour échapper à la souffrance. Tout cela pour dire qu'il ne faut pas prendre l'alcoolisme pour le problème quand il est la seule solution que le patient a trouvée.

Des mélancoliques qui ne parviennent à rester vivants qu'au prix de l'alcoolisme, j'en ai vu un certain nombre et, vraiment, c'est un sujet sur lequel il faut être prudent.

Le troisième cas que je peux rapporter est celui de Driss, qui avait, lui, une forme d'hypocondrie qui a évolué vers une alternance de phases mélancoliques où il était suicidaire et de périodes de paranoïa où il était dangereux pour les autres. Après dix ans d'évolution, lui aussi s'est jeté sous le métro lors d'une permission.

- Les troubles psychiatriques commencent par une alternance d'arrêts de travail et d'hospitalisations pour état dépressif, où le tableau hypocondriaque est au premier plan. L'année précédente, il a déménagé à la suite d'une rupture sentimentale, du fait des parents de la jeune fille qui s'opposaient à leur liaison. La même

année, il a perdu son père. Il s'exprime d'une voix chuchotée et ses propos concernent toujours son corps : il ne dort plus, il a perdu l'appétit, il a des douleurs dans la région du cœur, il a mal à la tête, il vomit, il a l'impression d'avoir une boule dans la gorge, il a des spasmes intestinaux, il se sent très fatigué. À d'autres moments, il parle de ses yeux ou bien de son état dentaire, en demandant des consultations spécialisées et des examens complémentaires.

- Il n'est pas facile de le faire parler, il ne voit pas l'intérêt de revenir sur son passé. Il énonce : « En arrivant à Paris, c'est la mort que j'ai éprouvée... Je suis déçu, non pas déçu, dépassé... Je ne peux pas me concentrer, je suis dans l'abstrait, l'avenir est bouché, c'est comme s'il y avait un rideau devant moi... J'ai le sentiment de n'avoir prise sur rien, ma pensée est transparente, ça tourne à vide, j'ai la bouche sèche, c'est-à-dire les phrases sont devenues de la poussière et des pierres ». Pendant dix ans, Driss oscille sans cesse entre un état mélancolique et un état de revendication paranoïaque. L'alternance de ces phases est bien sûr influencée par les traitements médicamenteux qu'il reçoit, mais ceci n'empêche pas, néanmoins, de s'interroger sur cette bascule répétitive mélancolie/paranoïa, au niveau de la structure psychique.
- Driss faisait le constat que rien ne fonctionnait plus dans son corps, rien n'était exprimé concernant un désir. Lorsqu'il nous dit : « J'ai la bouche sèche, c'est-à-dire les phrases sont devenues de la poussière et des pierres », il me semble que nous pouvons entendre là comment corps et langage sont organisés, articulés ensemble dans l'hypocondrie ; en fait, il vaudrait mieux dire « désarticulés ». Quelque chose s'est pétrifié, tant au niveau du langage qu'au niveau du corps. Dans cette phrase, on voit bien comment le réel du corps est en continuité avec le langage : la bouche est sèche d'un côté, les phrases sont devenues de la poussière et des pierres de l'autre.
- Pour Driss, la question qui apparaît clairement quand on l'écoute c'est : de quel corps nous parle-t-il ? De quelle souffrance ? Ici, la douleur attribuée au corps et à ses dysfonctionnements laisse apercevoir la douleur mélancolique, c'est-à-dire la douleur d'exister.

L'hypocondrie signe la structure psychotique, il peut s'agir d'un patient qui

va rester hypocondriaque ou bien d'un patient comme Driss, qui va évoluer vers des crises de mélancolies et des crises de paranoïa.

La mélancolie est un épisode de grande souffrance psychique caractérisé par la perte des affects, l'absence de désir et de plaisir, un ralentissement psychomoteur, des troubles du sommeil et de l'appétit, des idées d'incurabilité et des autoaccusations, avec des idées de mort très présentes.

Le syndrome de Cotard, appelé aussi délire des négations, est un état mélancolique caractérisé par :

1. L'anxiété mélancolique.
2. La propension au suicide et aux automutilations.
3. La perte de tout affect, c'est-à-dire l'incapacité à ressentir de la joie ou de la tristesse.
4. Les idées hypocondriaques de négation : il s'agit de la négation d'un ou plusieurs organes ou bien d'une fonction, et aussi la négation du nom propre, la négation des mots, la négation du sujet, la négation du monde.
5. La perte de la vision mentale, ce qui signifie la perte de toute possibilité de souvenir ou d'anticipation. On peut en rapprocher la négation du temps et les idées d'immortalité.
6. Les idées de damnation ou de possession.

La mélancolie fait souvent parler d'épisode dépressif majeur, d'autant que le traitement médicamenteux efficace consiste le plus souvent en antidépresseurs. Cependant, la psychanalyse nous enseigne qu'il s'agit, dans la mélancolie, de tout autre chose que d'un état dépressif.

Pour vous le montrer, je vais vous citer les propos d'une jeune patiente, étudiante, qui a présenté un épisode d'anorexie mentale à l'adolescence et qui est hospitalisée pour un état mélancolique sévère, avec des éléments de syndrome de Cotard.

« Je me sentais pas bien... dans ce corps, dans... dans ce que je me mettais... ça allait pas... y avait une dissociation, quoi... et puis j'ai commencé à perdre, euh... toute ma féminité psychique... petit à petit. C'est-à-dire tous les pronoms, euh... ça me semblait bizarre qu'on m'appelle "elle"... mon prénom... mon écriture... tout ce qui m'appartenait... mes vêtements, tout ça, petit à petit, ça décrochait de... de ma personnalité... petit à petit, c'était plus en moi, tout ça... je me sentais plus une femme, c'est

inexplicable... après, je suis arrivée à un point de neutralité... et alors, c'était un peu plus apaisant... parce que je souffrais moins, j'étais plus rien.

D'abord, j'ai plus de moi. Comme s'il avait disparu. J'ai plus que la parole. Je ne sais pas, un moi, c'est toute une construction ! C'est... c'est de la peur, c'est du caractère, de la tendresse, de l'amour, des émotions... du bien, du mal... Mais moi, tout est sexualisé ! J'ai plus rien. J'ai plus rien d'humain !

Quand on me dit : "Je t'aime" ou quoi que ce soit, je dis non, on ne peut pas aimer quelqu'un comme moi !

Je suis devenue... comme si j'avais... je ne sais pas... Quand on est bébé, petit à petit, on se regarde dans la glace et c'est comme ça qu'on se reconnaît. Donc, dans son cerveau, ça s'imprime comme ça, je suppose. Et bien moi, ça s'est désimprimé. »

Vous entendez ici comment la patiente évoque ici le stade du miroir avec la construction de l'image spéculaire et du moi, et comment ce qu'elle dit témoigne d'une étonnante perception de ce qui se passe en elle. Je poursuis ma lecture :

« Normalement, quand c'est une harmonie... Il y a un cerveau, la tête, qui... tout s'assemble. C'est propre, c'est normal, c'est... c'est un ensemble, une intégrité. Mais quand on n'a plus d'âme et plus d'identité sexuelle, il n'y a pas d'intégrité... C'est irrémédiable. »

On entend à nouveau dans ces phrases la perte de l'intégrité du sujet, de son unité, de son harmonie. Je continue :

« Je souffre tellement que je voudrais mourir tout le temps ! Je perçois pas le monde, je ne perçois pas le temps, je ne perçois pas les gens, je ne perçois pas le caractère des gens... Ça sert à quoi ? Je n'ai pas... petit à petit, j'ai tout perdu ! J'ai perdu l'amour ! J'ai perdu le bien, le mal, le bon, le mauvais... »

Vous voyez que la perte de la vision mentale, comme s'exprimait Cotard, est un élément parfaitement articulé par la patiente qui en éprouve une souffrance extrême, ce qui l'amène à souhaiter la mort.

Ce tableau de mélancolie est une urgence psychiatrique, cela impose d'hospitaliser tout de suite la patiente et de la surveiller de très près ; le risque

suicidaire est majeur car, comme elle le dit, elle n'a plus de moi, elle n'existe plus en tant que sujet, elle a tout perdu et elle voudrait mourir tout le temps tellement cet état la fait souffrir.

C'est une psychose, ce n'est pas un état dépressif ; dans l'état dépressif du sujet névrosé, on peut dire que le sujet a une mauvaise opinion de lui, qu'il ne s'aime pas beaucoup, mais il n'a jamais le sentiment de ne pas être affecté ; or c'est bien de cela dont se plaignent les mélancoliques, de ne plus avoir d'affect, de ne rien ressentir.

Pour le mélancolique, il arrive un moment où il lui apparaît comme une évidence indiscutable que sa présence est en trop ; on peut dire qu'il est lui-même devenu un objet, tandis que le sujet c'est l'autre, la subjectivité est passée du côté de l'autre, et lui-même est un déchet dont il faut nettoyer le champ de l'autre. C'est ainsi que certains mélancoliques vont se mettre dans une poubelle, ou se jeter par la fenêtre, ou par-dessus un pont. Aucune parole à ce moment-là ne peut faire céder la volonté de se tuer et le patient peut se montrer très habile pour tromper notre vigilance, et sauter par la fenêtre quand on vient à son secours.

Je vais vous proposer une autre vignette clinique, Paul, qui n'est pas tombé dans le cercle infernal de l'exclusion, mais qui aurait pu, qui a le même profil que beaucoup de personnes SDF.

- Paul avait été traité pour schizophrénie pendant trois ans, avec des neuroleptiques et des antidépresseurs. Pourtant, quand on reprend son dossier, il n'avait pas présenté d'automatisme mental, ni d'idées délirantes.
- Par contre, il était :
 - très angoissé ;
 - apragmatique, (incapable d'agir, d'entreprendre une action, il reste sur son lit sans rien faire) ;
 - incurique : il n'a pas le courage de prendre soin de lui, de faire son ménage ;
 - aboulique : il n'a aucun désir, aucun projet ;
 - anhédonique : il n'éprouve aucun plaisir à aucune chose de la vie, par exemple manger, se promener, écouter de la musique, etc.
- Il n'ouvrait plus son courrier, ne payait pas ses factures, avait perdu son emploi, et ne pouvait pas faire les démarches pour s'inscrire à l'Agence pour l'Emploi et régulariser sa situation. Marié avec une jeune femme d'origine slave, celle-ci se plaignait

de lui, de sa paresse, et l'avait fait hospitaliser, sans admettre vraiment qu'il était malade.

- J'ai suivi Paul à sa sortie de l'hôpital et, pendant toute une période, je n'ai pas remis en cause le diagnostic de schizophrénie : ce n'est pas du tout facile à faire une fois que le traitement neuroleptique est installé, puisqu'on ne peut plus savoir alors si l'absence d'automatisme mental est due au traitement ou bien s'il n'y en avait pas tout simplement.
- C'est Paul lui-même qui a décidé d'arrêter le traitement, car il avait grossi de 25 kg, se sentait très mal dans son corps et estimait que les médicaments ne lui apportaient pas de bénéfice. J'ai continué à le voir régulièrement car il demandait, par contre, une psychothérapie.
- Sa femme est tombée enceinte dans une ambiance assez conflictuelle, mais dès la naissance de sa fille, Paul a beaucoup investi cette enfant. Il a voulu aller mieux et se remettre à travailler pour elle. Il a fait un gros effort pour entrer dans une entreprise de réinsertion professionnelle. Peu à peu, il est devenu plus propre, il a commencé à prendre soin de lui et à devenir de plus en plus actif.
- L'entreprise de réinsertion lui a permis, en deux ans, de reprendre un travail d'informaticien, plutôt bien payé, dans une entreprise qui travaille par Internet.
- Pendant les entretiens que nous avons eus, Paul me parlait de ses difficultés avec son épouse et de sa volonté de se « sortir de la dépression », selon son expression.
- Pour Paul, mon questionnement tournait autour de la question de savoir s'il fallait maintenir le diagnostic de schizophrénie, mais la question de la névrose ne se posait pas pour moi. Il n'y avait en effet aucune problématique névrotique dans ce qu'il exposait. Pas d'histoire de conflits avec les parents, pas de traumatismes, pas de plaintes concernant son enfance ou son adolescence : tout cela ne lui posait pas problème. Il allait plutôt bien jusqu'à vingt-cinq ans, avait eu son bac puis un diplôme d'informaticien ; puis il avait travaillé, s'était marié, et c'est seulement après deux ans de mariage que cet état « dépressif » s'était installé.
- Au total, ce dont Paul avait souffert, c'était d'un état d'angoisse, avec une panne totale du désir, qui le laissait apragmatique, incurique et aboulique, anhédonique, sans que cet état puisse être considéré comme réactionnel à un événement.

- L'angoisse était extrême, avec des idées de mort fréquentes, mais il n'en parlait pas volontiers.
- J'ai conclu à un état mélancolique, c'est-à-dire une psychose non schizophrénique.
- Il avait été considéré comme schizophrène à l'hôpital, et c'est vrai que l'incurie, l'apragmatisme et l'aboulie font partie aussi du tableau de la schizophrénie. Mais dans le cas de Paul, il n'y a pas de discordance, de dissociation. De plus, je ne peux même pas affirmer qu'il y a eu, à un moment, des hallucinations, ni même un petit automatisme mental, ni non plus des idées délirantes.
- À l'opposé de ce diagnostic de schizophrénie, sa femme, elle, ne le considérait pas vraiment comme un malade, mais plutôt comme un paresseux et était très fâchée contre lui. Si elle ne le considérait pas comme malade, c'est bien parce que la parole de Paul restait une parole métaphorisée, sans la discordance schizophrénique.

Cette situation d'être pris soit pour un névrosé qui se laisse aller, soit pour un schizophrène me semble assez fréquente chez les mélancoliques et, vraiment, c'est important d'avoir ce diagnostic à l'esprit car, sinon, le risque c'est que le patient passe à l'acte et se suicide si on le prend pour un névrosé et, si on le prend pour un schizophrène, on ne va pas tenir compte de ses possibilités d'évolution qui sont quand même bien plus riches que pour un schizophrène. Puisque je vous rappelle que la différence, du point de vue de l'évolution à long terme, c'est que le groupe des schizophrénies évolue vers un appauvrissement, alors que l'autre groupe n'a pas cette évolution vers une démence.

Aujourd'hui, Paul reste psychotique, bien sûr, mais il vit sans aucun médicament, il a retrouvé un certain plaisir de vivre, il assume son travail et s'occupe bien de sa fille. Il me semble que les entretiens lui ont permis de se faire reconnaître comme sujet, de remettre la pulsion en marche, et donc de pouvoir à nouveau désirer et agir en fonction de ce désir, ce qui conduit Paul à reprendre confiance en lui et à pouvoir accepter de prendre le risque d'échouer quand il entreprend quelque chose au lieu de rester paralysé par la conviction de l'échec à venir. Ce qui lui a permis de reprendre pied, c'est beaucoup d'avoir été pris en charge dans une entreprise de réinsertion sociale où il a pu se remettre au travail très progressivement. Et d'avoir maintenant une place dans un travail joue un rôle stabilisant. Mais bien sûr, il est possible qu'il refasse des épisodes mélancoliques.

Je vais maintenant vous parler un peu de la manie, plus rapidement parce qu'il me semble que le diagnostic en est plus facile, et que le maniaque étant très dérangeant il attire l'attention sur lui et donc il va être soigné, contrairement, parfois, au mélancolique.

La manie est-elle une psychose ?

Sa description est bien connue et ne fait pas problème : le maniaque est volubile, agité, insomniaque, infatigable, euphorique devenant agressif ou d'une ironie caustique si on le contredit ; il fatigue son entourage et l'inquiète par ses troubles du comportement, sa désinhibition et ses dépenses inconsidérées. Trop familier, il trouve tout le monde sympathique, se lie facilement et est trop généreux. Ses troubles du comportement l'amènent souvent à être hospitalisé.

La manie a toujours été considérée comme une psychose et le problème ne se pose qu'à partir du DSM, qui veut en faire un trouble de l'humeur, ce qui ouvre la porte aux normothymiques fournis par les laboratoires.

La psychanalyse maintient la nature psychotique de la manie.

Cependant, entre les phases maniaques, qui peuvent alterner avec des phases dépressives, le patient bipolaire, comme on le désigne maintenant, a souvent un bon niveau d'intégration sociale, et rien alors ne peut permettre de faire le diagnostic d'une structure psychotique. Ce qui caractérise cette psychose, c'est donc vraiment son caractère circulaire, intermittent.

Comment la psychanalyse rend-elle compte de l'état maniaque ?

Si la manie est facilement identifiable, il me semble impératif de distinguer un état hypomane de la manie franche.

L'hypomane essaie d'embarquer les autres dans un compagnonnage généreux, où tout semble facile, où il n'y a plus de limite ; sa force de conviction est étonnante, les obstacles ne résistent pas, tout est permis, y compris sur le plan sexuel, et l'hypomane nous invite à partager son sentiment de toute-puissance ; il triomphe dans l'illusion d'une réussite totale, sans aucun doute, aucune hésitation, aucune remise en question possible, aucune division du sujet peut-on dire.

Dans ce moment d'hypomanie, il y a une acuité des perceptions très particulière qui évoque ce qui se passe dans les jeux vidéo, où le sujet est sollicité dans sa capacité à percevoir à toute vitesse tous les détails. Vision haute définition de l'hypomane, donc, vision en 3D.

Dans la crise maniaque typique, au contraire, le maniaque franchit une limite, devient très difficile à supporter, il n'arrive plus à convaincre son entourage et devient caustique, ironique, ou agressif si on le contredit.

Le maniaque présente une logorrhée et une fuite des idées :

Nous entendons le maniaque passer d'une idée à l'autre selon des associations par assonance, un mot en appelle un autre automatiquement, sur le même mode que « marabout, bout de ficelle, selle de cheval, etc. », réalisant des jeux de mots qui n'en sont pas vraiment. La chaîne signifiante semble se dérouler toute seule, sans tenir compte du signifié. Les associations se font aussi à partir du surgissement dans le champ de la perception de n'importe quel élément qui amène d'autres associations. Le réseau des souvenirs, de l'actualité, des connaissances, tout ce qu'il peut y avoir dans une mémoire, tout cela vient à se dire, dans un déplacement métonymique où la chaîne signifiante peut avoir l'air d'avoir du sens, mais où on peut se rendre compte, qu'en fait, il n'y a pas là un sujet orienté par un désir qui dit quelque chose. On n'a plus affaire à un discours, les associations ne se font plus selon la recherche d'un sens, ni selon un raisonnement, mais selon la structure même du langage.

C'est le mariage parfait du conscient et de l'inconscient, il n'y a plus de refoulement, tout est extériorisé, mais qui parle ?

Le maniaque, même si sa parole coule à flots, ne dit rien vraiment, il ne transmet rien ; de tous les psychotiques, c'est celui qui échange le moins. Il n'informe même sur rien.

Le sujet apparaît ballotté par la chaîne signifiante, délesté de ce qui fait son poids habituel, et sans gouvernail, sans aucune possibilité de liberté.

Le langage, devenu objet réel, vient envahir l'esprit habituellement plutôt vide et le maniaque est livré au jeu de la langue qui se déroule sans qu'il puisse y mettre des scansion, une respiration.

Le sujet a disparu et c'est l'Autre qui parle par sa bouche, sans qu'il n'y ait plus aucune coupure, le maniaque n'est plus divisé par ce qu'il dit, il est plus parlé qu'il ne parle, et il n'y a plus rien qui vient faire butée dans son discours.

Le maniaque adhère totalement à cette chaîne signifiante qui se déroule toute seule, il y a une adhésion totale à l'Autre, et donc une disparition de l'altérité en même temps que le sujet se dissout dans l'Autre, les deux ne faisant plus qu'un.

Deuxième point, le patient maniaque apparaît souvent euphorique :

D'où vient ce sentiment d'élévation dans l'accès maniaque ? Freud l'attribue au fait que l'Idéal a réintégré le moi.

Le névrosé peut éprouver cette coïncidence du sujet avec son Idéal quand,

effectivement, il réussit quelque chose de formidable. Je pense à toutes les circonstances où nous avons franchi un concours, une compétition et où nous avons réussi. Il me semble que ceci peut être une expérience que vous avez tous faite et qui provoque effectivement un état d'élation hypomaniaque.

Pour l'état maniaque proprement dit, quand le sujet a disparu, le sentiment d'élation peut être compris comme témoignant de la jouissance du maniaque à se laisser emporter par la chaîne signifiante, c'est-à-dire par la jouissance du langage.

Dans nos bavardages quotidiens avec nos proches, comme dans les échanges à la radio ou à la télévision, nous pouvons constater cette jouissance de la parole qui est bien répandue. Mais la jouissance maniaque du langage apparaît d'une autre nature, il y a là un changement de registre, puisque sujet et Autre ne font plus qu'un dans une union parfaite où le sujet jouit de s'attribuer la puissance de l'Autre, tandis que l'Autre perd sa dimension d'altérité pour devenir un semblable, un familier.

Le troisième point est cette abolition de l'altérité :

L'abolition de l'altérité du grand Autre va entraîner du même coup l'abolition de l'altérité du semblable et de la différence des sexes. Et s'il n'y a plus de différence, alors nous sommes tous frères, tout le monde s'aime, il n'y a plus de dispute ni de jalousie et on peut distribuer généreusement son bien puisqu'il est inépuisable.

Quatrième point : l'agitation psychomotrice :

Le fonctionnement de la chaîne qui emporte le maniaque témoigne d'une abolition du réel dont rend compte la levée des inhibitions, rien ne l'arrête, pas plus les convenances que les obstacles physiques, et du même coup il n'y a plus pour lui ni de refoulement ni de refoulé.

Du fait de cette abolition du Réel, le maniaque qui entreprend beaucoup va en fait se livrer à une agitation stérile, c'est-à-dire que ses actions n'auront pas d'effet, pas de prise sur le réel.

Cinquième point : l'humeur du maniaque est toujours mixte, en fait, et le patient passe très facilement de l'optimisme aux larmes. Comme dans la mélancolie, il s'agit plutôt d'une pathologie de l'affect que de l'humeur : le sujet maniaque est dés-affectivé, ou bien en proie à des pseudo-affects. On peut s'en rendre compte en le voyant passer d'un seul coup de la générosité affable et chaleureuse à l'ironie caustique et agressive.

Sixième point : la désorganisation de la pulsion :

Nous voyons les maniaques manger sans mastiquer, avaler goulûment, faire des fausses routes, ne plus arriver à respirer en mangeant et donc s'étouffer, ou s'essouffler en parlant parce qu'ils ne parviennent pas à coordonner respiration, phonation et déglutition.

Que signifie cette désorganisation du corps ? La pulsion vient nouer le corps au langage. Il faut la découpe signifiante pour organiser les zones érogènes et lier les organes en fonction.

Dans la manie, on observe une désorganisation des pulsions, une désécification des pulsions avec, donc, la possibilité de faire des fausses routes.

Pour conclure sur la manie, vous voyez que même si l'aspect est très différent du mélancolique, il y a beaucoup de points communs : panne de la pulsion ou dérèglement de la pulsion, disparition du sujet, disparition des affects.

Un même patient peut alterner des phases mélancoliques et des phases maniaques ; mais il arrive tout aussi souvent qu'un même patient alterne des phases mélancoliques et des phases paranoïaques. Ce qui justifie qu'on les classe dans le même groupe.

Le transfert dans les mélancolies, manies et hypocondrie :

Bien que ce soient des structures proches, les réactions transférentielles que ces patients suscitent ne sont pas les mêmes :

- Pour les hypocondriaques, ils ont tendance à se faire rejeter, à agacer par leurs plaintes, on peut avoir l'impression qu'ils en font trop, qu'ils exagèrent etc. ; et puis comme je l'ai dit aussi tout à l'heure, comme ils nous mettent dans l'impuissance, ils nous angoissent. Tout cela fait que nous ne sommes pas enthousiastes, en général, pour travailler avec ce type de patients.

- Pour les maniaques, la question est différente puisque si la manie est franche, le patient doit absolument être mis à l'abri dans l'hôpital, il n'est pas question d'essayer de parlementer avec un sujet qui a disparu.

- Pour le mélancolique en pleine crise mélancolique, c'est la même chose, il n'y a plus de sujet, le risque vital est majeur et l'hospitalisation est urgente.

Puis, quand la crise est passée, que le patient sort de l'hôpital, comment va-t-on pouvoir travailler avec lui ?

Beaucoup de maniaco-dépressifs peuvent bénéficier d'une psychothérapie analytique, là encore en tenant compte du fait qu'il s'agit d'une psychose ; il ne s'agit pas, comme dans les névroses, de lui demander de dire tout ce

qui lui passe par la tête, ce qui risque de l'aggraver dangereusement, il s'agit au contraire de le rendre un peu plus résistant, un peu plus blindé contre les agressions du monde.

Un malentendu ordinaire :

Autrefois, disons il y a encore quarante ans, en France, nous avions des asiles où les psychotiques pouvaient aller se réfugier et vivre pendant des années. On a dit que c'étaient des lieux de privation de liberté, que c'était affreux et aussi que ça coûtait cher et on les a fermés. On disait en même temps qu'on allait créer des structures alternatives et on en a créées, c'est vrai, quelques-unes ; mais quand même, si actuellement il y a quatre ou cinq psychotiques sur dix SDF, cela pose la question de savoir si, sous prétexte de progrès, on n'aurait pas sorti les psychotiques de l'asile pour les mettre dans la rue.

Pourquoi ces psychotiques avaient-ils besoin de ces lieux asilaires ? Que venaient-ils y chercher ? Je dirais qu'à l'inverse du névrosé, le psychotique n'est pas soumis à la loi phallique ; je veux dire qu'un névrosé accepte de faire des efforts pour travailler, séduire, recevoir des amis, leur cuisiner des plats, etc. Le névrosé fait tous ces efforts parce qu'il y trouve son compte, cela lui procure une jouissance qu'on dit justement « jouissance phallique ».

Pour le psychotique, la contrainte phallique d'avoir à travailler, à être dans les relations sociales, cette contrainte peut être insupportable, intolérable et source de grande souffrance. Or, à l'asile, on lui fichait la paix de ce côté-là ; pas obligé de travailler, pas obligé de parler aux autres, pas obligé de payer ses factures, il était soulagé de ces contraintes et cela lui procurait un apaisement immédiat.

Je ne suis pas en train de dire que l'asile était le paradis, loin de là, mais il me semble que c'était mieux que la rue.

Cette différence entre la structure psychotique et la structure névrotique à l'égard de la contrainte phallique me semble être à la source de beaucoup de malentendus entre les travailleurs sociaux et les patients psychotiques.

Le malentendu s'aggrave du fait que les psychotiques eux-mêmes ont tendance à vouloir copier le modèle socialement admis, même si ce modèle ne leur convient pas du tout au fond. Je veux dire que si on demande à un patient psychotique quel est son projet, il va nous répondre qu'il voudrait bien avoir un travail et un studio, et cette réponse conformiste mérite d'être examinée de près.

Patrick, par exemple, parle de la jouissance qu'il ressent à ne rien faire :

« J'avais la sensation de la plénitude, c'est la meilleure chose

que j'aie connue dans ma vie ; je ne pouvais pas lever le petit doigt, je restais au lit, la télé toute la journée, cette plénitude, ça rejoint les mystiques, ou bien un état proche des drogues, mais sans drogue, une sensation inouïe. Je comprends que les mystiques s'accrochent à leur état et n'aient pas envie de le quitter »

Je vais m'arrêter là, et je vous propose de poser des questions auxquelles je répondrai après une petite pause.

Les folies mère-enfant

Angela Jesuino

14 janvier 2016

Angela Jesuino : Tout d'abord je voudrais me présenter. Je suis psychanalyste, je travaille en cabinet et aussi dans un CMP de psychiatrie adulte dans la banlieue parisienne.

J'ai l'habitude d'explicitier le fait que vous êtes, en tant qu'acteurs sociaux, aux avant-postes des problématiques que l'on rencontre aujourd'hui et même, parfois, vous êtes les seuls à avoir accès à un certain type de population que nous, en tant que soignants, nous avons du mal à recevoir. Et donc, je trouve que ce type d'échange, que nous pouvons avoir ensemble, est pour moi très précieux et j'espère que cela pourra être aussi utile pour vous.

Je pense que, dans l'ensemble, traiter la question de la psychose est aujourd'hui prioritaire car, en effet, quand on fait des échanges dans le champ du social, on constate que vous recevez de plus en plus souvent des hébergés qui présentent ce type de pathologie sans que cela soit toujours identifié et sans qu'on ait toujours le mode d'emploi.

Pour traiter ce thème, qui suscite de l'intérêt, je vais parler, comme d'habitude quand j'interviens chez vous ou ailleurs, des questions cliniques et d'une expérience de terrain. Je vais donc vous parler des folies mère-enfant.

Vous avez déjà eu affaire, je pense, à des mères isolées, séparées de leurs enfants ou dans l'incapacité de le faire. Des mères qui, dès qu'elles ont des enfants placés, car elles n'arrivent pas à s'en occuper, en font un autre. Des mères qui clament haut et fort leur souhait d'être mère pleinement et qui sont capables l'instant d'après de faire tout ce qu'il faut pour que leurs enfants soient ou restent placés, y compris dans des passages à l'acte lors des audiences avec le juge pour enfants.

Vous avez affaire aussi, sûrement, à des femmes qui s'effondrent psychiquement au moment d'une naissance ou au moment d'une séparation. Ou alors à

des mères qui ne peuvent « accrocher », comme on dit, là où sont soignés ou pris en charge leurs enfants.

Comment prendre en charge de telles pathologies du lien mère-enfant ? Comment faire pour y comprendre quelque chose en ce qui concerne la demande de ces mères et notre demande à nous, face à elles ? Comment faire pour nous défaire de nos idées préconçues sur ce qui est et doit être une bonne mère ? Comment faire pour accueillir ces femmes et les aider sans les crucifier sur l'autel maternel ?

Voilà le type de questions auxquelles nous étions confrontés dans un service de psychiatrie adulte où nous recevions des mères psychotiques ayant des enfants placés ou en passe de l'être.

Ce dont je vais vous parler aujourd'hui, c'est de la réponse que nous avons été obligés d'inventer en tant que soignants pour mieux prendre en charge cette clinique du lien mère-enfant et ses particularités.

En effet, nous avons créé une Unité d'Accueil Parents-Enfants qui prend en charge le lien parent-enfant à partir d'un secteur de psychiatrie adulte, autrement dit du lieu de la folie des parents. Ce travail, guidé par le discours psychanalytique, relève d'une clinique qui ne peut pas se faire sans les travailleurs sociaux. Il s'agit de décrire le fonctionnement de ce dispositif de travail original, basé sur la parole et le transfert, qui vient décroiser les institutions si on accepte de mettre le sujet au centre de la pratique de tous les intervenants concernés. Dit autrement, nous avons été obligés de mettre un divan dans la cité.

Notre point de départ est une pratique dite « banale » de CMP, car c'est bien elle qui nous a obligés à inventer quelque chose à partir d'un constat d'échec thérapeutique de cette clinique quotidienne. Il me semble important de préciser ce point de départ pour exposer le fonctionnement de l'UAPE et vous soumettre donc cette « invention » qui se situe à l'interface de la psychiatrie adulte, de la psychiatrie infanto-juvénile et des travailleurs sociaux mandatés pour la protection de l'enfance.

De quoi s'agit-il ?

Je fais partie d'une équipe d'un Centre Médico Psychologique adulte qui

s'est souvent trouvée en situation d'échec thérapeutique quand nous avons en charge des mères psychotiques qui étaient hospitalisées en psychiatrie et leurs enfants, de ce fait, placés en urgence à l'Aide Sociale à l'Enfance, ce qui provoquait forcément des déchirements cuisants qu'on ne savait pas gérer.

Il nous a semblé que, pour certaines de ces patientes, notre attirail habituel – à savoir l'hospitalisation, le suivi ambulatoire, les consultations psychiatriques et ou psychothérapeutiques – ne venait pas à bout de la pathologie du lien mère-enfant à l'œuvre et qu'à force de ne pas vouloir nous occuper de ce lien, à force de nous dire que cela était le travail de la protection de l'enfance, que nous nous occupions déjà de la mère et que c'était déjà bien, cela nous revenait cliniquement en pleine figure sous la forme de passages à l'acte suicidaires et de séparations traumatiques et pathogènes et pour la mère et pour l'enfant.

Par ailleurs, nous nous sommes rendu compte qu'à scinder la prise en charge entre CMP d'un côté et PMI, ASE de l'autre, on ne faisait que reproduire dans le cadre thérapeutique la dyade mère-enfant, ce qui nous embarquait dans une répétition de la pathologie du lien qui se traduisait dans des conflits institutionnels interminables et épuisants pour les équipes, et forcément nocifs pour les patients.

Face à ces échecs répétés, nous avons décidé de mettre en place un groupe de réflexion dont je me suis occupé pendant un an et au bout duquel a été créée l'Unité d'Accueil Parents-Enfants dont le fonctionnement va nous intéresser ici. Cette unité émane du CMP et fait, depuis vingt-cinq ans maintenant, partie de l'équipement du secteur psychiatrique.

L'UAPE prend en charge, dans sa complexité, le lien parent-enfant à partir du lieu de la folie des parents. Il s'agit d'une structure d'accueil individuel à temps partiel de jour, dont l'équipe, issue du CMP, est composée de deux infirmières, d'une assistante sociale, d'un praticien hospitalier responsable de l'unité qui est également analyste, et de moi-même.

Il y a dans cette structure deux particularités qui me semblent importantes d'être soulignées d'emblée, car elles viennent en quelque sorte spécifier notre travail :

- D'une part nous prenons en charge les enfants et les parents à partir du lieu de soin des parents, ce qui n'est pas si fréquent vu que la plupart des structures dites mère-enfant émanent du lieu de l'enfant.
- D'autre part, et peut-être même grâce au lieu où nous exerçons cette

pratique, nous n'avons pas de classe d'âge ni de limite d'âge pour nos patients. À ce propos, nous avons l'habitude de dire qu'à l'unité d'accueil c'est comme pour *Tintin*, ça va de sept à soixante-dix-sept ans. Cela veut dire aussi que nous nous donnons le luxe d'avoir des prises en charge longues qui peuvent parfois durer dix, douze, ou treize ans.

Nous pouvons dire, dans l'après-coup, que nous avons mis en place un dispositif de travail en tenant compte de ce qui était la réalité de notre clinique, au plus près de cette clinique.

Comment la décrire ?

Nous avons affaire à des mères, ou à des parents, en état de grande souffrance, isolées socialement, dans une grande précarité psychique et sociale, ainsi que dans la plupart du temps sans insertion professionnelle.

Notre expérience nous a montré que ce type de patients ne pousse pas la porte du dispensaire pour prendre un rendez-vous avec un psychiatre ou un psychologue, ne vient pas demander une thérapie et encore moins une thérapie mère-enfant. Il n'y a pas de demande à ce niveau-là. Si demande il y a, elle s'exprime dans le champ du social et, effectivement, c'est souvent une travailleuse familiale, une puéricultrice de PMI, une sage-femme ou une assistante sociale qui vient nous voir, le plus fréquemment au nom de la folie de la mère et pas de la souffrance du bébé, en nous disant : « Voilà, je m'occupe d'une mère qui ne va pas bien, qui délire. Que faire avec cet enfant ? » J'insiste d'emblée sur la place du travailleur social dans ce dispositif comme étant celle d'une sorte de passeur, de passeur de parole. Il est aussi celui qui, dans un premier temps, vient soutenir quelque chose de la demande pour le patient. Alors, puisque la demande nous était toujours adressée par un tiers, toujours adressée par le social, nous avons décidé d'intégrer cet état de fait dans notre protocole de travail.

Quel est-il ?

Le patient ne nous arrive jamais directement. C'est l'intervenant qui a déjà en charge le patient qui nous sollicite, qui vient en quelque sorte porter la demande et nous travaillons à partir de ce porte-parole-là, qui est en l'occurrence le travailleur social à qui nous proposons de rester avec nous dans la prise en charge.

Cela suppose qu'il accepte de ne pas venir nous passer le relais, je vais grossir

le trait, de ne pas seulement venir nous déposer le paquet. Cela suppose aussi que nous acceptions que, tout au long de la prise en charge que nous mettons en route à ce moment-là, les travailleurs sociaux soient nos partenaires à part entière.

Force est de constater que le type de clinique à laquelle nous avons affaire nous a obligés à inventer quelque chose. Nous avons inventé, il me semble, une fabrique du sujet, une fabrique de discours, qui inclut les travailleurs sociaux. Nous avons inventé une clinique qui prend appui sur l'investissement des travailleurs sociaux. Sans cet appui, sans l'appui de ce qui avait déjà « pris » sur le terrain du social, sans nous appuyer sur ce qui était déjà ce transfert mis en place et sans inclure les travailleurs sociaux dans notre lecture clinique, on n'arrivait pas à travailler et ce type de patients n'avait pas accès au soin.

Alors, qui sont nos partenaires ?

Nous travaillons avec les services de PMI du nord du 92, les maternités (Beaujon, Louis Mourier, Franco-Britannique), les différents groupements ASE du département, les juges pour enfants et leurs services (SSE, PJJ), les CVS, la Passerelle à Gennevilliers (*Home* pour enfants qui peut accueillir les enfants sur simple demande des parents sans intervention des instances juridiques), l'association Buzenval, Famille et Cité, sans parler de différents lieux de placement et d'hébergement ainsi que les crèches, les pouponnières, les IME, les CESAP, les services de placements familiaux. Nous sommes sollicités également par les différents secteurs de psychiatrie et par l'intersecteur enfant.

Ce large travail de réseau se tisse au cours d'un suivi au long cours de l'enfant et de sa famille, ce qui nous permet de nous inscrire dans une permanence de soin si important pour ces patients souvent en rupture des liens familiaux et sociaux associés à leur pathologie.

D'autre part, ce travail de réseau nous permet de nous situer très tôt dans les prises en charge, ce qui nous inscrit dans un vrai travail de prophylaxie et pour les enfants et pour les parents.

Il faut dire aussi que cette clinique avec les travailleurs sociaux se fait sous certaines conditions. Cela nous oblige à ne pas ronronner tout seuls dans notre coin, et pour les travailleurs sociaux qui s'adressent à nous, à se soumettre à certains impératifs de la clinique – ce qu'on essaye de soutenir avec eux – en espérant justement que ces impératifs cliniques, que cette lecture clinique

que nous faisons ensemble, viennent d'une certaine façon subvertir certains impératifs sociaux, et pas le contraire.

Très concrètement comment ça se passe, une prise en charge dans cette structure ?

Une fois qu'un travailleur social vient parler d'une situation avec l'équipe de l'unité, on lui demande effectivement d'accompagner le patient pour un premier entretien avec le médecin responsable, et ensuite nous mettons en place un accompagnement infirmier qui est un *faire avec* les parents et les enfants. Il serait temps de préciser que nous ne faisons pas de thérapie mère-enfant ni d'accueil en groupe. Nous mettons en place cet accompagnement ou cette médiation qui peut se décliner de différentes façons : un repas, une séance de jeu, un goûter, une sortie au parc, et qui va servir de point d'appui concret pour que quelque chose du dire puisse s'inscrire, pour qu'un tissu de parole puisse commencer à être tissé.

C'est à partir de la mise en place de cette trame faite de parole et de transfert que nous pouvons commencer à travailler, à faire fonctionner la fabrique du sujet, la fabrique du discours.

De quelle façon ?

Il faut préciser que nous ne nous posons jamais en place d'observateur ni de celui qui évalue, nous sommes d'emblée dedans. Nous sommes, si on accepte de prendre une situation en charge, déjà pris dans un travail de lecture clinique et de la proposition du cadre qui va permettre la mise en place de cette lecture. On s'y plie nous-mêmes.

Nous avons deux moments forts de cette fabrique du discours qui sont nos deux synthèses hebdomadaires : l'une interne, seulement avec les membres de l'équipe et qui est un premier moment d'élaboration d'une lecture clinique, et l'autre, externe, où nous recevons tous les intervenants en place autour d'une famille, y compris les assistantes familiales quand il se trouve que les enfants sont placés.

Cette pratique de discours suppose tout de même que quelqu'un puisse occuper la place transférentielle pour qu'un dire puisse se soutenir, qu'un discours qui ne soit pas hors sujet puisse se construire. Mais quand nous arrivons à maintenir ce cap d'une fabrique du sujet, d'une fabrique du discours, l'acte alors devient possible, le soutenir devient possible. Cela paraît simple à dire, mais ceux qui travaillent avec cette clinique savent que là où l'angoisse fait

appel constamment au passage à l'acte, ce pari n'est pas gagné d'avance. Cette lecture, donc, est une construction commune à partir du travail de ceux qui sont sur le terrain et qui ont en charge le patient au jour le jour. Cette lecture, ce fil d'Ariane, vient donner une cohérence à la prise en charge, c'est un fil autour duquel les pratiques aussi diverses soient-elles peuvent venir s'articuler. Mais il ne faut pas se tromper, nous ne travaillons pas dans le consensus ni dans l'illusion que si chacun amène sa pierre à l'édifice on va y arriver. Ce n'est donc pas une lecture pluridisciplinaire. Construire un discours ne veut pas dire rajouter dans la cacophonie du sens. Justement, si l'on veut être opératoire, c'est en faisant valoir un certain rapport au réel en tant qu'impossible. Ce discours, quand il se tient, traverse les institutions, il décroïssonne sans venir désespécifier les places, mais, on peut l'espérer, en mettant chacun à sa place face à ce réel de la clinique qui vient poser la limite et donner de ce fait les coordonnées du travail.

Nous pouvons dire que pour chaque situation on constitue un tissu institutionnel, ou si vous préférez un tissu transférentiel singulier. On crée, pour chaque cas, une institution nouvelle qui va évoluer au fil de la prise en charge, au fil de l'évolution des parents ou des enfants.

En effet, c'est la prise en compte du transfert qui va nous guider dans toutes les étapes de ce tissage de discours : le transfert des patients qui est déjà en place avec les travailleurs sociaux et celui qu'ils établiront avec l'un d'entre nous, le transfert des travailleurs sociaux qui prennent la peine de venir parler de leurs prises en charge, souvent dans des moments de rupture et d'angoisse, le transfert du travail des infirmières de l'équipe avec nous, car c'est à partir de ce que les infirmières vont bien vouloir nous dire de ce qu'elles ont entendu, de ce qui a été dit, que nous pouvons mettre en place une lecture clinique. Par ailleurs, faire avec ce transfert de travail et avec ce qu'on attend de nous en tant que supposé savoir quelque chose de ce qui se passe pour cette mère et pour cet enfant dans ce lien, suppose aussi une certaine éthique.

Nous avons pris l'habitude de dire que nous sommes spécialistes du rien faire. Nous ne revendiquons pas un savoir spécifique sur la maternité psychotique ni un quelconque savoir constitué qu'on va dispenser, diffuser. On ne dispense pas de savoir, c'est de la mise en acte d'un discours dont il s'agit. Si transmission il y a, il s'agit d'une transmission en acte, en acte de parole. En dernière instance, ce que nous pouvons assurer, là comme dans une cure, à ceux qui viennent nous voir, c'est un lieu d'Altérité, une place vide, où

quelque chose de l'ordre d'un discours du sujet peut avoir droit de cité, où quelque chose de cette histoire singulière peut s'inscrire. Nous sommes garants de ce lieu d'inscription, d'histoire et de mémoire, pour qu'un fil puisse venir se tisser et servir de cap, servir d'orientation clinique de l'ensemble de la prise en charge, sociale y compris. Nous mettons donc un divan dans la cité.

Je voulais vous donner une vignette clinique pour que vous puissiez saisir davantage la façon dont ça s'élabore.

Il s'agit d'une patiente qui avait déjà un enfant placé et qui nous a été signalée par la sage-femme de la PMI quelque temps avant le terme de sa grossesse. Elle n'allait pas très bien, la sage-femme était inquiète de cette situation d'autant plus que cette maman avait perdu un enfant, décédé de la mort subite du nourrisson, tout juste un an auparavant et que le papa n'était présent qu'en pointillé.

Nous avons pris cette patiente en charge avec cette exigence qu'au moment de son accouchement, on puisse la garder davantage à la maternité, ce qui a été fait. Le contact avec les infirmières de l'unité étant déjà établi au préalable, elles sont allées la voir à la maternité. Le retour à domicile de la maman et de l'enfant a été accompagné d'un étayage important : une travailleuse familiale, une puéricultrice, qui s'en occupait régulièrement à domicile, et un accueil hebdomadaire fait par les infirmières de l'unité dans nos locaux.

Dans un premier temps tout semblait aller bien parce que, nous disait-on, cette mère parlait à son enfant. Mais nos réunions régulières avec tous les intervenants autour de cette patiente et notre intérêt de savoir très précisément de quoi il s'agissait quand cette mère parlait à son enfant nous ont permis de nous rendre compte assez vite que cette femme avait développé un automatisme mental où elle commentait en permanence ses actes et que cette parole n'avait aucune adresse.

Évidemment, les effets de cette parole sans adresse se sont très vite fait sentir auprès de l'enfant, qui a commencé à déprimer et à refuser le contact. Cela nous a obligés à demander à cette mère de confier son enfant temporairement sans l'intervention du juge à un *Home* pour enfants qui existe dans notre département et où les mères peuvent confier leurs enfants et les retirer à leur guise, ce qui peut dédramatiser bien des situations.

Alors, avec notre soutien, notre accompagnement, nous avons demandé à cette mère de confier progressivement son bébé à une mère de substitution

pour qu'il soit materné convenablement. Et là, on a vu cet enfant s'éveiller, revenir à la vie. Aujourd'hui il a trois ans, on continue notre travail auprès de la directrice de la crèche où il a été par la suite, il fait sa rentrée scolaire en septembre et nous serons en liaison avec la PMI et la directrice de l'école pour continuer son suivi. Par ailleurs, lui et sa maman continuent à voir les infirmières une fois par semaine à l'unité et on continue à en parler, car pour nous une situation qui avance, c'est une situation dont on parle, et non une situation que l'on gère.

On s'inscrit effectivement dans un travail de prophylaxie auprès de l'enfant et de suivi auprès de la mère, dont je dois signaler au passage une réduction des hospitalisations. Si nous ne nous occupons pas directement des thérapies soit de la mère soit de l'enfant, nous sommes attentifs au moment où une thérapie peut effectivement se mettre en place pour l'enfant et nous soutenons cette demande de l'enfant très concrètement en cherchant un thérapeute et même en l'accompagnant physiquement. Du côté des parents notre expérience nous montre que des patients sans suivi psychiatrique aucun, voire dans un refus de soin, peuvent mettre en place une prise en charge individuelle, qu'elle soit psychiatrique ou psychothérapeutique, en prenant appui sur le travail du lien parent-enfant. Il n'est pas rare non plus qu'une insertion sociale puisse également être amorcée à partir de cette prise en charge dite « globale ».

Comme vous pouvez vous en rendre compte l'accompagnement, et *in fine* tout notre travail, y compris institutionnel, s'inscrit dans une clinique qui s'élabore pas à pas, en fonction de chaque situation clinique particulière, c'est du cas par cas, c'est vraiment du sur-mesure, j'ai l'habitude de dire que c'est de la haute couture ! Ce n'est jamais du prêt-à-porter !

Nous partons du présupposé que dans les meilleurs des cas, chaque enfant est un sujet désirant constitué par un discours et il s'agit d'identifier et de préserver les conditions pour que son histoire de sujet puisse continuer à s'écrire et à s'inscrire.

Quels sont les moyens nécessaires à mettre en place pour que cet enfant puisse avoir la possibilité de suivre la trace de la lettre qui le constitue comme sujet ?

Voilà la question qui nous importe, car c'est cela qui va lui permettre, plus tard, de faire symptôme, c'est-à-dire d'être un sujet désirant. C'est dans cette visée que, d'un côté nous servons de médiation constante en acte et en

discours dans un lien mère-enfant qui s'avère la plupart du temps dévorant et sans limites, et que de l'autre côté, nous essayons de faire en sorte que les traces de cette histoire singulière, si bizarre soit-elle, ne soient pas effacées par je ne sais quelle bonne intention éducative, sociale ou encore au nom de ce qu'on appelle, sans trop savoir ce que cela veut dire, le « bien de l'enfant ou de la mère ».

Tenir cette visée implique une élaboration à chaque étape de la construction du lien mère-enfant quand cela est possible, et une préparation de la séparation quand elle est nécessaire sans que cela n'implique ni destruction du lien ni destitution de places. Voilà ce à quoi nous nous employons.

Mais il ne faudrait pas croire que soutenir cette clinique est un long fleuve tranquille, cela ne se fait pas sans heurts, parfois importants. Transmettre l'hypothèse du sujet à travers une lecture clinique du cas, au plus près des dires du sujet et aussi du passeur de paroles qui est le travailleur social, autrement dit faire fonctionner la fabrique de discours, a comme effet pour tout un chacun de se subjectiver pour pouvoir tenir compte de la subjectivité de l'autre. Et il faut pouvoir y consentir. Cela permet à chacun, s'il le souhaite, de ne pas se laisser clouer par l'institution. Ce qui n'est pas négligeable par les temps qui courent. Évidemment, cela ne peut se faire qu'au prix d'un transfert qui va se tisser au fil des années et des expériences de travail en commun.

Avant de conclure, je voulais insister sur quelques points qui ont été, et qui sont toujours, nécessaires pour mettre le divan dans la cité :

- Le travail en amont et en réseau : nous participons au staff de parentalité organisé une fois par mois à la maternité de Beaujon par le Réseau périnatal du nord du 92 et qui compte avec la participation du personnel hospitalier (sage-femme, assistante sociale, psychologue, cadre infirmier, psychiatre de liaison) ainsi que des sages-femmes et puéricultrices du terrain, pour signaler toutes les grossesses à risque, notamment en ce qui concerne la pathologie psychiatrique de la mère. Notre travail de prévention commence donc à la maternité, dans un projet d'attention à la périnatalité qui nous donne la possibilité de suivre les parents avant la naissance du bébé.

- La nécessité d'impliquer la cité dans notre travail : Dès le départ de notre projet de création d'une unité d'accueil parents-enfants, nous avons eu le souci d'associer nos partenaires médico-sociaux à notre réflexion sur le lien parent-enfant par l'intermédiaire des journées d'études, réflexion et

discussion communes. Dans le même état d'esprit nous avons pu mettre en place, avec certains partenaires (ASE, CVS), des séminaires mensuels sur des thèmes d'intérêt commun. Nous avons ouvert également un séminaire clinique qui a tenu trois ans et qui était un endroit où tous les acteurs du terrain pouvaient réfléchir avec nous autour d'un cas ou d'une difficulté institutionnelle. Depuis l'année dernière, nous essayons un nouveau format : un cycle de trois matinées cliniques par an. Nous avons commencé celui de cette année consacré au thème : « Où sont passés les pères » en novembre dernier et qui va se prolonger jusqu'à juin.

- Le travail en réseau s'est donc imposé à nous comme une nécessité absolue pour faire face à une clinique du sujet qui implique un décloisonnement des institutions et des pratiques.

- D'autre part, il faut savoir que c'est grâce au service public que ce type de travail est possible. On commence à sentir, dans le travail de l'unité, les effets de la destruction du service public en France, que ce soit au niveau des services de la protection de l'enfance ou que ce soit au niveau du Conseil Général. Le jour où tout cela sera démonté, on ne pourra plus travailler. Ça, c'est le luxe du service public en France. Il faut prendre conscience que cela n'existe pas partout. Nous avons un devoir de résistance au sein du service public, nous devons défendre la qualité de notre travail, notre droit d'être des travailleurs subjectivés. Notre subjectivité, nous ne pouvons pas la laisser au vestiaire, nous ne sommes pas des techniciens. Nous avons tous ici le même outil : la parole et ses implications. Cet outil, la possibilité de travailler avec, nous avons aussi le devoir de le défendre.

Je voulais donc conclure tout à fait en reprenant une question :

Comment soutenir l'hypothèse du sujet dans des effondrements de l'ordre de ceux que nous prenons en charge à l'Unité d'Accueil Parents-Enfants ? Autrement dit, quelles seraient les conditions nécessaires pour qu'un discours qui prenne en compte la subjectivité puisse être opératoire ?

J'ai envie de vous répondre assez simplement : en prenant en compte le transfert, en prenant en compte le rapport du sujet à la parole y compris dans sa dimension d'acte.

Mais on peut se poser la question de savoir comment soutenir le transfert dans les institutions de soins ou sociales quand tout leur fonctionnement est fait pour l'escamoter ? Marcel Czermak nous a enseigné que l'institution c'est le transfert. C'est tout de même radical comme cap de travail, mais cela a l'avantage de nettoyer le terrain et de déplacer considérablement l'axe de la question.

J'espère que cette invention, ce bricolage, cette manière de faire fonctionner le discours psychanalytique et les places qu'il institue pourra inspirer d'autres pratiques, d'autres inventions pour rendre compte de ce que je sais être la difficulté de faire avec le réel de la clinique au quotidien.

À propos des dérives psychotiques du post-traumatique de l'exil forcé

Omar Guerrero

11 février 2016

Omar Guerrero : Ces quelques remarques s'inscrivent dans la suite du séminaire de l'an dernier dont le thème était : « Qu'est-ce qui fait traumatisme ? »

Le trauma serait l'une des premières pistes de lecture, mais pas la seule, c'est pour cela que j'ai inclus la part post-traumatique en cas d'exil forcé.

J'ai pensé mon propos en deux parties : une première, dans la suite des collègues qui m'ont précédé, comporte quelques idées théoriques sur la psychose ; une seconde, plus près de la pratique et faite d'hypothèses de travail, qui vous concerne dans le quotidien de votre travail.

Pour commencer je décrirai le cadre de mon intervention, c'est-à-dire en tant que clinicien au centre Primo Levi.

Ce dernier est un centre de soins spécialisé pour les personnes qui ont été victimes de tortures et violences politiques. C'est un centre de soins qui n'est pas un CMP, ouvert au tout-venant, mais un centre de soins spécialisés.

Sa spécialité : il s'adresse aux personnes ayant subi des tortures ou des violences politiques et dont la plupart sont demandeurs d'asile.

Sa particularité : c'est un centre concerné par la violence, c'est-à-dire des personnes qui ont subi la violence de façon directe ou indirecte. Étant donné qu'il est difficile de considérer la violence, le repère qu'on a pris est la Convention de Genève : la France adhère à la Convention de Genève. Certaines personnes qui sont exclues de cette convention, ceux qui ont porté les armes par exemple, qui ont été des bourreaux, en sont exclus et ne peuvent pas demander l'asile politique dans un pays signataire. La violence est donc le premier point, qui traverse toute la clinique au centre Primo Levi.

Le deuxième aspect qu'il faut prendre en compte, c'est le fait que c'est un centre qui reçoit des enfants et des adultes, ce qui est rare, et n'est pas, pour moi, forcément un avantage car les institutions dans le médico-social sont des institutions soit d'adultes soit d'enfants. Il y a les CMPP pour les enfants où,

évidemment, on reçoit parfois des parents (on peut même engager un certain suivi avec eux, mais qui est subordonné au suivi de l'enfant), il y a des CMP adultes ou des CMP enfants, des services de pédopsychiatrie et des services de psychiatrie adulte. Il y a une raison à cela. Cependant, si d'autres collègues du centre Primo Levi étaient là, ils ne seraient probablement pas d'accord avec moi, c'est un point à interroger car il pose problème.

Ce centre reçoit des adultes, des enfants et des familles. Il n'y a pas de « consultation famille », mais quand on reçoit des enfants, ils sont amenés par les parents et il arrive que d'autres membres de la famille soient présents. Souvent, il y a une petite fratrie de 4, 5 ou 6 qui vient avec. Et là se posent plusieurs problèmes que nous pouvons évoquer.

L'une des raisons, historique, d'avoir séparé les services de psychiatrie, de pédopsychiatrie, de recevoir les enfants dans un CMPP et d'orienter les parents dans un CMP adulte est que les professionnels ne sont pas les mêmes. Les objectifs ne sont pas les mêmes non plus. En CMPP, par exemple, il y a une équipe de soins, mais cette équipe de cliniciens compte aussi une équipe de rééducateurs, c'est-à-dire des orthophonistes, des psychomotriciens qui sont en lien avec l'école. Le but de ces professionnels est d'accompagner la scolarité de l'enfant, et si on appelle cela « rééducation » c'est que ces personnes étaient détachées de l'Éducation nationale. Pour l'adulte, ce sont des problèmes qui n'ont rien à voir avec d'autres institutions comme une école.

Professionnels différents donc, mais il existe aussi une autre raison, que l'on peut lier de près ou de loin à la psychanalyse. Ce sont les deux interdits dont parle Freud, l'interdit de l'inceste et du meurtre. Si on les déplie un peu, ils reviennent à la question de la violence premièrement : puisqu'on parle du meurtre, il est interdit de porter atteinte à l'intégrité de l'autre. Et l'interdit de l'inceste peut se déplier, lui, autour de la sexualité : l'enfant n'a pas le droit d'avoir un exercice, un commerce sexuel. Selon les pays, c'est très arbitraire, l'âge d'autorisation est très différent : quinze, dix-huit, ou vingt et un. Mais il existait aussi un groupe hollandais, un microparti aux Pays-Bas, qui avait des députés et qui avait proposé que l'âge soit abaissé à douze ans parce que ces personnes pensaient qu'une fille ou un garçon de douze ans pouvait être consentant pour avoir des rapports sexuels avec d'autres.

Cette séparation adulte-enfant, séparation de génération, est fondamentale au sein de la famille. Quand j'ai travaillé en CMPP ou en pédopsychiatrie, j'ai pris le parti de ne pas me passer d'un travail avec les parents, de ne pas faire comme certains collègues que je voyais recevoir l'enfant depuis un an, deux, trois ans et qui n'avaient jamais vu le père par exemple, ou n'avaient jamais reçu les parents pour faire un point. Je leur demandais comment ils pouvaient

se passer de cette relation, de cette mise en commun d'un travail, de cette restitution, cette confrontation aussi, par rapport à l'enfant, à l'autre génération. Ce sont des parents responsables, c'est eux qui ont amené l'enfant, qui ont décidé d'engager un suivi dans cette institution. Comme je travaillais comme cela, quand je suis arrivé à Primo Levi et ai vu qu'il y avait une espèce de perméabilité qui posait plus de problèmes qu'autre chose, j'ai travaillé avec les autres professionnels pour qu'on ferme certaines portes, pour qu'on installe certaines cloisons symboliques. Cela posait plus de problèmes que ça n'en résolvait. Quand une famille tchéchène, par exemple, arrive avec cinq enfants, elle a la plupart du temps besoin d'interprètes, d'un médecin éventuellement, d'une assistante sociale et très probablement aussi de la juriste. Comment garantir une imperméabilité entre ces suivis pour que l'interprète qui travaille avec moi pour l'enfant ne soit pas la même qui travaille avec la mère ou le père ? C'est là qu'on commence à voir les inconvénients de ces choix car on n'a pas les moyens qu'on avait en 2013, où l'Europe finançait une grande partie de ces soins – depuis 2013, l'Europe a décidé de laisser à chaque pays le financement des soins qu'il prodigue aux personnes qu'il accueille. Donc, depuis 2013, c'est difficile, nous avons deux personnes travaillant à plein temps sur la recherche des fonds. Nous avons réussi à boucler chaque année, mais il y a une petite tension. Avant, il y avait une certaine aisance vis-à-vis des interprètes.

Nous avons fait des choix que j'appellerais éthiques, comme celui de passer par des interprètes professionnels : au fils qui accompagne sa maman pour l'aider à parler français lors de la consultation gynéco, mère qui avait été violée par des soldats en Angola, nous disons à ce fils : « Non, le fiston de quinze ans reste dehors » et s'il faut payer un interprète, nous en paierons même s'il faut retarder le rendez-vous d'une semaine. C'était un choix pour nous d'installer cette cloison, de fermer une porte.

Dans beaucoup d'institutions, en France comme chez nos voisins, on continue à dire : « Tiens, il y a une personne qui vient d'Angola et je sais qu'il y a une femme de ménage ici qui parle portugais, on va la chercher », pour une consultation médicale, avec le psychiatre ou autre. Pour nous, cette cloison est très importante, on l'installe d'emblée en disant à ce fils « non » et parfois même à la maman qui insiste en disant : « Laissez-le entrer, il est habitué ce n'est pas grave, laissez-le, il est déjà venu à d'autres consultations ». Et nous de dire que cette habitude arrive jusqu'à cette porte et qu'au centre de soins ce ne sera pas comme ça. Voilà pourquoi cette question de recevoir adultes et enfants ne va pas de soi – à moins que cette cloison soit à sa place. De par leur façon de recevoir, les cliniciens du centre Primo Levi ont contribué à ce que

cette cloison permette le travail, à ce qu'il y ait une sorte d'imperméabilité entre les professionnels recevant les adultes et ceux recevant les enfants.

Le troisième point, la question de la langue, est l'une des particularités de ce centre. En 2013, la moitié de nos patients ont été reçus avec interprète – ou dans une autre langue car plusieurs des cliniciens parlent d'autres langues : allemand, anglais, espagnol, portugais... C'est très important pour nos patients. En région, les équipes pensent souvent qu'à Paris tous les psys et médecins acceptent de travailler avec des interprètes alors qu'ici, à Paris, beaucoup de médecins, et surtout de psys, défendent le tête-à-tête avec le patient. Le tête-à-tête, ça n'existe pas : on est toujours trois. Le travail avec des interprètes professionnels peut se faire par téléphone, c'est un bricolage mais cela permet quelque chose.

Souvent, la position de ces cliniciens est de dire qu'ils ne travaillent qu'en français et, pour respecter l'intimité de ce tête-à-tête, ils préfèrent que le patient revienne quand il sera francophone. Un patient kurde, par exemple, met en moyenne huit ans pour apprendre le français ; pour moi, ce n'est pas éthique, surtout pour un enfant, de demander de revenir huit ans plus tard. J'ai entendu et me suis heurté à des listes d'attente pour des suivis d'enfants, c'est parfois très dur, des listes d'attente d'un an et demi pour un orthophoniste à Sarcelles – je parle de l'Île de France – ou en psychomotricité. Dire à quelqu'un de revenir dans huit ans, c'est une caricature, cela ne ressemble à rien. Dans des cas comme celui-là, on peut essayer d'imaginer quelque chose. C'est une invitation de Freud, que je garde pour moi très présente, à être créatif, à inventer des choses. Il n'a pas donné des modes d'emploi qu'il fallait suivre, il a ouvert des choses. Je prends la psychanalyse comme ça, comme une invitation permanente à ouvrir, à décaler un petit peu, à entendre autre chose et non pas à fermer, à dire qu'on a compris et qu'on aurait à suivre quelque chose.

Par rapport à la langue c'est donc un choix éthique pour nous de passer par des interprètes professionnels en demandant à la personne le contexte, les enjeux. Très souvent, un homme ou une femme tchéchène dit qu'il veut parler en russe (car trouver des interprètes en tchéchène est très compliqué), mais il ne veut pas que l'interprète soit russe. L'année dernière, j'ai adressé une patiente tchéchène à un psychiatre russophone, mais quand elle a vu la carte de visite elle a dit « non, c'est un nom russe, je ne peux pas » parce que ses bourreaux, qui l'ont torturée en prison, étaient russes. Elle veut bien parler à un psychiatre, avec un interprète qui serait géorgien, ukrainien, tout sauf russe. On a tout ça à prendre en compte et cela fait partie de notre travail à Primo Levi.

Quatrième point, la question de l'exil. Dans le titre j'ai mis « exil forcé » car cela soulève la question de la violence. Je n'ai jamais entendu un patient, à Primo Levi, dire qu'il voulait venir en France parce qu'ici il y a plus de travail, parce qu'on gagne mieux, pour l'éducation des enfants, etc. Parfois, cela rentre en ligne de compte, mais très souvent ils n'ont pas choisi. Un patient guinéen s'est rendu à l'aéroport parce que des membres de sa famille avaient déjà payé un passeur qui prêtait le passeport, mais il ne savait pas dans quel pays il allait. Il pensait qu'on allait juste l'éloigner le temps que ça se calme. Il était l'unique survivant de sa famille et avait été témoin des agressions sexuelles sur ses sœurs, sur sa mère, et de l'assassinat des frères et du père ; quand il a ouvert les yeux il s'est retrouvé à Roissy. Il a paniqué en se demandant pourquoi il y avait autant de Blancs, pourquoi on l'avait envoyé là, et s'est retourné contre les personnes de sa famille qui l'avaient éloigné pour le sauver. Il a mis un certain temps à comprendre qu'ils l'avaient éloigné pour le sauver.

Cette personne-là n'a pas choisi forcément la France, elle se retrouve là pour demander l'asile, cela oblige à prendre en compte des références à d'autres cultures, d'autres traditions, très souvent à d'autres religions. Prendre en compte des personnes qui viennent d'un autre pays avec d'autres références et qui ne se traduisent pas souvent comme on le voudrait : quand il y a un autre pays avec une autre langue mais avec la même religion, on peut trouver quelques repères, on peut parler, trente ou quarante ans après, d'intégration heureuse, parfois on le dit des Portugais, des Italiens, mais cela n'était pas évident à l'arrivée, donc il y a cette clinique de l'exil qu'il faut prendre en compte.

Cinquième point, la référence à la psychanalyse. C'est un centre qui revendique, ce qui devient de plus en plus rare car il y a toujours eu des vagues d'attaque contre la psychanalyse, parfois soutenues par les philosophes, ou d'autres critiques régulières contre la psychanalyse – et ce ne sont pas seulement les psychanalystes qui défendent la psychanalyse, mais ce sont les médecins, les assistants sociaux, la juriste, la directrice, car d'une façon peut-être indirecte, toutes ces personnes bénéficient d'un discours. Retenez l'idée de la psychanalyse comme un discours. Même les assistants sociaux sont traversés par un type d'adresse à l'autre : c'est la façon qu'a un sujet de s'adresser à l'autre. Le discours de l'analyste est peut-être le seul qui a cette particularité de dire à l'autre : « ce n'est pas moi qui sais, c'est vous ». Même si mon patient vient sur mon divan me demander s'il doit divorcer, changer de poste, ce n'est pas à moi de venir boucher cette demande. L'analyste retourne la

question, décale, ponctue autrement ce que le patient amène, ce qu'il demande.

C'est aussi ce qui a été réussi par ces autres cliniciens qui ne sont pas analystes, mais qui, dans leur domaine, social, juridique, médical, ont réussi à faire entendre quelque chose d'autre. Ce ne sont pas des médecins qui reçoivent le patient dix minutes. Nos médecins, à Primo Levi, peuvent recevoir une demi-heure, quarante-cinq minutes ou plus s'il le faut, avec interprète s'il le faut. C'est un luxe. Très souvent, il y a des patients qu'on ne suit plus après une psychothérapie – ou un suivi médical – qui s'est arrêtée (le soutien juridique ou social est subordonné au suivi médical ou psychologique) et qui reviennent six mois plus tard voir le médecin en disant qu'en ville c'est violent pour eux. La violence de se heurter à quelqu'un qui, pour des problèmes de sommeil ou de tel ou tel symptôme, ne vous regarde même pas. L'étymologie du mot « ausculter », c'est écouter. C'est ce que faisaient les médecins au début, ils touchaient, écoutaient, goûtaient le corps du patient.

Si vous avez lu quelques travaux de Bullinger, vous pourrez faire la différence entre un organisme et un corps. Un corps, c'est quand ça a déjà été traversé par un langage. C'est la question de la langue. Quand on parle d'un corps, ce ne sont pas des organes, juste de la peau ou un symptôme. En tant que sujet je vous invite à vous rebeller si un médecin ou quelqu'un de votre entourage vous prend pour un corps pur. Non, on est des êtres de parole, notre corps parle aussi, un symptôme est une manifestation de quelque chose. Si l'une des définitions de la santé est le fameux silence des organes, quand on parle de silence, le pendant, c'est la parole. Donc nos médecins, à Primo Levi, prennent le temps d'entendre, d'essayer d'écouter ce que dit tel ou tel symptôme, à quoi il est accroché, pourquoi quand vous voyez des policiers, quand il entend telle ou telle chose, il y a tel ou tel symptôme qui apparaît. C'est une question que le médecin est capable d'adresser au patient tout en lui disant que ce n'est pas lui qui va répondre, il n'est pas en train d'engager une psychothérapie mais il met ça sur la table. Pour vous dire combien la psychanalyse a servi de socle au travail de cette équipe depuis vingt ans.

Avec les assistants sociaux aussi : dans les institutions médico-sociales, la tentation est grande de jouir des personnes dont vous vous occupez. Pas de cette jouissance sexuelle, mais une jouissance malsaine de profiter de ces personnes-là. Dans une institution sociale, ces personnes ne sont pas appelées des patients, comme quoi chaque signifiant qu'on utilise pour les décrire est important, cela va être des résidents, une famille, l'enfant, la mère... mais il serait très facile, dans ces contextes-là, de profiter des personnes, parfois pour entretenir la stabilité d'une équipe, pour le confort de nos traditions, d'une

religion ou d'une personne en particulier. La psychanalyse est un discours éthique qui limite cette jouissance, qui nous invite à nous arrêter quelque part. Quand je vous parle de cloison, c'est ce sens-là, de limiter cette jouissance. J'ai beaucoup d'admiration pour le travail que vous faites, vous les travailleurs sociaux ou les institutionnels qui s'occupent du social : le travailleur social n'est pas enfermé dans son bureau, comme le médecin ou le psy. À Primo Levi on a des patients qui viennent nous dire par exemple « cette nuit je n'ai plus de lit, je suis à la rue, je n'ai rien à manger ». En tant que psy qu'allez-vous faire ? En dehors de l'écouter, de poser des questions, de l'encourager dans ses démarches... À la fin de l'entretien vous fermez la porte de votre bureau. Le médecin fait la même chose, même s'il est très inquiet, même s'il dit qu'il faut aller voir l'assistante sociale, qu'il ne faut pas rester comme ça. Le travailleur social est au bord de cette réalité, il ne peut pas dire « Bon courage, Monsieur ». Il a un pied dans son bureau avec ce monsieur, cette dame, et l'autre pied dans la réalité. Il sait ce que c'est, ces difficultés, téléphoner au 115, passer par le SIAO et se heurter à des réponses répétitives ou à un vide.

J'ai l'exemple d'une patiente qui m'empêchait de dormir, elle avait deux enfants en bas âge dont un prématuré qui venait de sortir de réanimation. Avec son mari elle dormait dans la salle d'attente de l'aéroport à Roissy. Ça a duré dix jours, le temps de lui trouver une chambre d'hôtel car la réponse du 115 avait été qu'elle n'était pas la seule dans ce cas, d'autres étaient dans la même situation et avec son accent on ne la comprenait pas bien. Mon admiration n'est donc pas juste un mot flatteur car le courage, quand on est dans le social, est un peu différent. On prête, y compris son corps, autrement que quand on est médecin ou psy. Les collègues assistants sociaux se déplacent beaucoup, vont faire des visites à domicile, vont constater l'état des hôtels, on ne croirait pas qu'en France il y a des hôtels comme ceux que décrivent nos patients et qu'on paie pour ça. Un papa est venu avec un bocal qui contenait les bêtes qu'il avait trouvées, elles étaient vivantes, il disait « ça grouille de partout, je ne peux pas fermer l'œil de la nuit pour que mon enfant puisse dormir ».

Repères théoriques :

J'aimerais faire la transition avec deux points qui concernent la réalité. Quelques repères théoriques qui ont été importants pour moi : Freud et Lacan. J'aurais pu continuer avec M. Klein et Winnicott si la question avait été celle de l'enfant car ce sont les deux suites logiques à la question de la psychose, mais je vous donne des points de repère pour que vous ayez quelques idées

sur ce qui peut être risqué, intéressant, faisable, des choses à réfléchir dans le cadre de votre travail quotidien.

Par rapport à Freud, la distinction principale est entre névrose et psychose.

Pour le psychotique, il s'agit d'un conflit entre le moi et le monde extérieur, et pour le névrosé, le conflit est interne, entre le moi et le ça.

Freud était un clinicien hors pair, il a opéré cette révolution de la psychanalyse. Cette découverte a révolutionné la pensée en Occident. On ne pense plus pareil. Aujourd'hui, en Occident du moins, aucun candidat à un poste, que ce soit mairie, présidence ou autre, aucun ne peut faire un lapsus tranquillement qui ne soit tout de suite repris par la presse, par n'importe qui pour dire « Ah voilà, on sait à quoi il pense, en fait ! ». Avant Freud, personne n'en riait. Un lapsus ? Eh bien oui, il s'est trompé, ce n'est pas ça qu'il voulait dire. L'inconscient n'était pas encore découvert, on pourrait trouver beaucoup d'exemples pour vous dire l'étendue de cette révolution dont vous faites partie à votre insu, cela fait plus de cent ans. Pour moi, l'effet de cette séparation psychose-névrose, c'est dire que pour les deux il y a un conflit, interne pour l'un et, pour l'autre, le psychotique, avec la réalité externe. La conséquence de ce conflit est la perte de réalité. Vous me direz que pour l'un, il y a perte de la réalité mais pas pour le névrosé. Je vous demanderai d'être humbles : pour le névrosé aussi il y a une perte de la réalité. Que font l'un et l'autre avec la réalité ? Je vous propose de retenir deux mots, la *conviction* et la *convention*.

Le névrosé est dans la *convention*, c'est le social, le respect des règles, le mot qui lui permet d'être en relation avec les autres, de partager un espace social, un lieu, une salle, une école. Si on ne respecte pas les règles, on est exclu. On respecte donc cette convention. Pour la psychose, le mot est *conviction*, c'est le mécanisme de conviction. Le psychotique est persuadé, convaincu, c'est ce que les psychanalystes appellent le signe, ce n'est pas un signifiant qui peut être remplacé par un autre, qui bouge. Ici, vous voyez que tous les signifiants changent selon la personne à qui vous vous adressez. Pour le psychotique ce n'est pas aussi mobile. Quand on parle de signe et non de signifiant, il y a quelque chose de verrouillé, de cristallisé, et c'est de la conviction.

Dans la convention, le névrotique remanie la réalité. Car ce n'est pas parce qu'on est névrosé qu'on respecte la loi. Ça vous est déjà arrivé de perdre un point sur votre permis, de passer un coup de fil ou envoyer un message à quelqu'un que vous n'auriez pas dû... ce sont des petits arrangements avec la loi, mais cela ne fait pas de vous des psychotiques, cela ne veut pas dire que vous n'avez pas pris en compte la réalité. Cette réalité est remaniée par le névrosé qui trouve des excuses ; se donner des raisons, culpabiliser aussi,

c'est un remaniement symbolique de la réalité, il va négocier. J'ai l'exemple d'un étudiant : à l'université, il y avait une bibliothèque tenue par des étudiants bénévoles. Le directeur avait constaté que des livres disparaissaient. En fait, l'un des étudiants se faisait payer comme ça, chaque jeudi après avoir travaillé bénévolement, il repartait avec un livre dans son manteau ; il pensait qu'il donnait de son temps, pour lui ce n'était pas du vol, il reprenait quelque chose pour être dans les clous, pour que la relation soit stable, équilibrée. Pour ce jeune homme, dans sa tête, c'était naturel. Le névrosé n'est pas non plus quelqu'un qui respecte à 100 % la loi, donc ne soyez pas offusqué si cela vous est déjà arrivé de transgresser un tout petit peu, ou si les personnes que vous suivez le font. Par rapport à cette réalité il y a toujours un décalage. C'est quelque chose que la psychanalyse, plus que la philosophie ou d'autres sciences, est venue soulager. Elle met le doigt sur ce décalage, il n'y a pas de correspondance exacte.

Par rapport à cette réalité, le psychotique, là où vous pourriez dire qu'il s'en fiche, ce n'est pas tout à fait ça, on pourrait dire qu'il invente, construit un substitut de la réalité. L'exemple du délire vous en donne une illustration, c'est une construction du psychotique, une tentative de guérison. Il y a parfois des délires qui sont très bien construits. Au centre Primo Levi, j'avais un patient psychotique, parfois j'ai dû briefer l'interprète pour lui éviter d'intervenir de façon très maladroite. Ce patient racontait qu'il était à l'école avec le président, qu'à l'époque il lui avait déjà dit ceci ou cela et l'interprète me regardait en disant que ce n'était pas vrai – ce décalage peut surprendre quand on n'est pas habitué, mais il suffit de le prendre en compte, il a fallu que je lui explique à qui on avait affaire, qu'il ne s'agissait pas de venir pointer ce décalage, cette substitution, là où les fils étaient trop voyants. Donc cela ne l'a pas empêché de faire son travail, toujours avec un petit étonnement car parfois c'était gros, et à ce monsieur d'aller mieux.

Deuxième grand axe : Lacan.

Je tente de vous donner quelques idées et la curiosité de chercher un peu plus loin. Il y a des écoles qui ont travaillé tout *Le Séminaire* de Lacan et ont avancé sur des sujets parfois délicats, qui sont des pathologies qui nous apprennent beaucoup sur nous-même, notre quotidien, notre travail.

Pour Lacan, la psychose, c'est l'absence de tiers dans la relation. Il n'y a pas de médiateur. Et cela pose problème car cela nous explique ce qu'est un vrai tête-à-tête. Tout ce travail du langage qui montre bien ce tête-à-tête excluant, qui pourrait se résumer à une logique du toi ou moi, c'est l'un ou l'autre. Cette pièce, ce CHRS, cette ville, est trop petite pour nous deux, c'est toi ou

moi. Celui qui manque, c'est ce tiers régulateur qui permettrait de soulager ce rapport tendu avec l'autre, qui viendrait le baliser et installer ce que j'appelais tout à l'heure, en parlant du névrosé, une convention qui fasse tiers. C'est pour ça qu'il n'y a pas de tête-à-tête avec le médecin. Quand vous allez voir le médecin, vous n'êtes pas non plus en tête-à-tête. Il y a trois places, le patient, le médecin, et un troisième élément qui sert de régulateur : un diplôme parfois accroché, c'est la faculté de médecine qui est représentée, les connaissances et c'est ça qui permet de vous déshabiller et de faire confiance au médecin. C'est ce tiers qui va autoriser le médecin à opérer, dire, prescrire, vous donner un ordre, c'est un discours très clair de ce côté-là. Ce tiers manque dans la psychose et le psychotique se retrouve dans un doute tuant : c'est très difficile de savoir à qui il a affaire, s'il a en face de lui un semblable ou Dieu, pour donner les deux pôles de la relation. Il a peur de se faire avoir.

Pour conclure avec Lacan, la psychose c'est la dissolution de l'autre. Si Schreber vous intéresse, la description est très fine de ce cas écrit par Schreber lui-même (*Mémoires d'un névropathe*). Ce n'est pas un cas inventé. On sait maintenant que le père de Schreber était très autoritaire, il avait inventé des exercices de gymnastique, des machines, des positions, des sangles pour que ses enfants se tiennent bien, à table par exemple. On voit les effets d'un tel père autoritaire : non pas un père qui est un opérateur, qui transmet des valeurs, qui dit à l'enfant ce qui est bien, pas bien, dit les limites, mais là ça va au-delà des limites, c'était la contrainte physique et l'annulation de la subjectivité, du désir de l'enfant.

L'un des effets de la psychose est qu'il y a une confusion des places. Le père de Schreber, du psychotique, se confond. On confond le père réel avec le représentant de la loi. Dans une famille, cela devrait être clair, on devrait savoir que le père n'est qu'un représentant de la loi, c'est une fonction. Un père fouettard n'est pas forcément père, il fait peur, mais n'est pas automatiquement père.

Dans les situations d'exil, toute la problématique est de savoir qui fait père, qui fait tiers, pour les enfants. Comment on inclut ces parents-là dans un circuit de parentalité, de représentation. Dans votre travail, ce sera d'être parfois appelé à être une béquille, un soutien, participer à la mise en place de la fonction parentale qui, chez le psychotique, est confondue. Dans certains pays, quand il y a un policier qui contrôle, ce n'est pas un représentant de la loi : pour vous laisser tranquille il faut payer. La confusion entre le représentant et le père réel est déjà là. Ces personnes qui disent « c'est moi qui décide » sont en train d'effacer la notion de représentation. Il faut un appareil très complexe de lois pour maintenir cet écart qui est réduit chez le psychotique, sinon c'est la confusion.

Pour faire le lien entre la psychose et le centre Primo Levi : au centre, les patients ne sont pas tous psychotiques, loin de là, mais on retrouve chez presque tous les patients ce problème de confusion des places.

C'est la question de ce père autoritaire. Toutes ces personnes décrivent un père autoritaire – un tyran (Kadyrov en Tchétchénie, Mobutu puis Kabila au Congo, etc.). L'exemple de la Turquie est délicat car cela se passe à nos frontières européennes : trois lettres sont interdites car elles appartiennent à l'alphabet kurde. Si on est trouvé dans la rue à faire un tag avec ces trois lettres, on va en prison. Porter un prénom kurde est interdit. C'est un père autoritaire qui ne négocie rien : les Kurdes sont encombrants, on interdit leurs noms, leurs lettres.

Comme pour Schreber à l'échelle d'une famille, on le voit à l'échelle d'une nation, d'une région. Dans ma clinique, les effets de psychose que ça produit sont très intéressants et, en même temps, déboussolants. On voit des patients qui ne sont pas psychotiques, mais qui arrivent avec des symptômes qui prêtent à confusion. Ainsi une jeune femme qui avait vécu une situation très difficile, enfermée dans un commissariat pendant trois semaines puis qui s'est enfuie, a aussi été abusée en France par un compatriote qui voulait l'aider. Ces personnes ont une fragilité après avoir été un objet pour l'autre.

Cette patiente a été suivie par un médecin aussi. La thérapie a porté ses fruits, elle a retrouvé un compagnon, etc. Mais le médecin m'a demandé d'intervenir car elle entendait des voix. Elle avait obtenu un studio où elle se retrouvait toute seule pour la première fois et, quand elle s'enfermait dans les toilettes ou sa chambre, elle entendait à travers la porte quelqu'un qui l'appelait par son prénom. Elle a eu peur de devenir folle. Elle a eu des séances pendant quelques semaines et ça a disparu. Elle a pu associer ça au moment où elle accédait pour la première fois à l'autonomie. Elle se sentait lâchée et puis, quand on a pu donner du sens, ça a disparu.

Elle a nommé avec des mots la différence qu'il y a entre le sujet et l'autre, pour constater qu'il n'y avait pas cette confusion dont on parlait tout à l'heure. D'autres exemples sont beaucoup plus compliqués car les patients décompensent après des audiences (à l'OFPPA ou à la CNDA), ils se mettent à dire et faire n'importe quoi et sont catalogués et traités très vite comme psychotiques. Il ne s'agit pas seulement de rétablir cette différence qui était devenue confuse, comme pour cette femme, cette voix qui revient de l'extérieur mais qui est la sienne propre. Elle ne reconnaissait pas que c'était sa propre voix, son propre prénom, au moment même où elle se sentait lâchée par les travailleurs sociaux. Alors qu'ils pensaient que c'était une réussite, pour elle les mots manquaient. Alors qu'il aurait suffi d'un accompagnement avec un

travailleur social pour une première visite de son appartement, pour lui expliquer les délais, les démarches, l'accompagner un peu. Il fallait réintégrer l'étrangère qu'elle était devenue en la personne qui parle. On voit là l'effet traumatique, où nous pouvons tous intervenir pour redonner l'humanité à quelqu'un, pour que cette femme puisse s'approprier ce lieu.

C'est à la portée de tous, on est tous appelés, chacun à sa place, à s'articuler avec les autres comme un tissage, comme des fils qui viennent dans des sens différents pour aider l'autre. On ne peut pas tisser si tout le monde va dans le même sens. Il faut un nouage, des places bien distinguées. Des points de rencontre, d'articulation, mais sans confondre ces places-là. C'est un accompagnement à plusieurs qui a fait que ce symptôme-là disparaisse, qui aurait été interprété comme de la psychose dans des services peu habitués à ces personnes-là.

Ce symptôme peut se chroniciser très vite et cela demande beaucoup de temps, de travail, pour se dénouer. On peut induire des psychoses. Il est donc important de bien dissocier les places des uns et des autres, ne pas les mettre en concurrence, avec parfois l'obligation d'intervenir pour l'autre de manière un peu déspecifiée pour pouvoir ne pas laisser des situations trop s'aggraver. Il y a parfois un sentiment d'urgence – bien qu'on ne travaille pas dans l'urgence – quand ils viennent pour la première fois, qu'ils font une demande, viennent d'arriver de leur pays et que le traumatisme est encore frais. Une urgence d'instaurer un cadre et de trouver ce point de discordance pour savoir ce qui a valeur de trauma et pourquoi. Quand on arrive à trouver ça, on peut plus facilement avoir des coordonnées de travail.

Comment traiter les cas de « psychose-like », des « tout comme » ou simili-psychose ? C'est un défi, mais un pari éthique aussi. Pour que, très vite, dès les premières phrases, on sache à qui on a affaire, les premiers entretiens sont fondamentaux, c'est une façon d'avoir quelques coordonnées de travail. Par exemple, si quelqu'un en face de moi se présente comme étant complètement désaxé, mais que j'apprends qu'il avait tel métier, a élevé trois enfants, ça me donne quelques points de repère pour dire qu'il y a là quelque chose qui relève plutôt du traumatique, que ce n'est pas une structure. Chez le président Schreber, le mot-clé c'est la responsabilité. La psychose résiste mal à l'assomption d'une responsabilité. Pour assumer une responsabilité, il faut être très au clair sur la différence entre la personne et la place occupée par la personne. Quand on vient titiller sa responsabilité, le psychotique peut décompenser. Le président Schreber a décompensé car il a été promu, il devenait juge, il a dû assumer une responsabilité trop grande et s'est effondré.

Hypothèses de travail :

Je rappelle juste les derniers mots concernant la responsabilité parce que c'est cela que je cherche chez les personnes que je reçois lors de ces premiers rendez-vous : quels ont été ces moments nodaux où quelque chose se noue de la prise de responsabilité, de la paternité, un diplôme où l'on accède à une responsabilité et une représentation car cela concerne aussi la différence de place. Je développerai cela en quelques points en les interrogeant par rapport à mon travail :

Interroger le type de lien qu'implique la psychose.

Vous vous êtes déjà trouvés en situation délicate avec des résidents, des familles qui vous invitent dans un type de lien difficile, incompréhensible, violent. Je l'interroge en tant que clinicien, par rapport à des situations compliquées : une patiente érotomane par exemple, ce n'est pas des plus simples. C'est l'exemple d'un type de transfert adressé au clinicien qui n'est pas simple.

L'érotomanie est un type de psychose dans laquelle la personne, la plupart du temps une femme, est persuadée qu'elle est en relation amoureuse avec vous, que vous l'aimez, donc elle vous aime, mais comme c'est une psychose c'est une conviction, ce n'est pas parce que vous lui avez fait des avances ou que tel contexte aurait été ambigu. J'ai comme exemple un directeur d'établissement qui s'était retrouvé en situation délicate par rapport à une infirmière qu'il avait embauchée : trois ans plus tard, cette infirmière agressait une autre infirmière au couteau, par jalousie. Cette autre infirmière avait une relation avec le directeur, évidemment, et s'est retrouvée en sang dans l'escalier parce que cette personne érotomane était venue la supprimer. Puis, en plein délire, elle est allée voir le directeur en disant : « Maintenant, le champ est libre ». Le directeur tombait des nues. « Le champ est libre de quoi ? Mais qui vous êtes ?... » Il se souvenait qu'il l'avait vue une fois trois ans auparavant pour signer le contrat mais elle, depuis trois ans, ne pensait qu'à ça et tout faisait signe, tous les gestes : aujourd'hui il a fait ci, ça, et tout ça venait pour elle confirmer, amener une conviction.

Cette relation-là avec un patient psychotique n'est pas toujours évidente. Certains collègues disent qu'avec les patients psychotiques ils se sentent tranquilles, libérés, parce que c'est direct, il n'y a pas de mensonge. Je trouve qu'il y a une tension qui oblige à être dans un état de veille qui fait qu'à chaque fois vous êtes en train de dégoupiller des grenades alors que vous ne pensiez pas marcher sur des grenades. Vous passez votre temps à verrouiller, baliser,

expliciter des choses qui devraient être implicites, qui devraient être de l'ordre d'une convention mais qui chez ces personnes ne suffit pas. Il faut des murs, ces cloisons qui sont invisibles et qui pour nous sont claires, n'existent pas.

Par exemple le vouvoiement est un mur, je l'utilise avec les enfants, cela permet de travailler, comme un curseur pour régler la distance avec l'autre. J'ai des patients, une patiente psychotique qui est venue me dire « Je crois que la dernière fois vous m'avez tutoyée ». Là où, avec un patient névrotique lambda, vous dites non, avec des patients comme ça, il faut être clair : « Il n'en est pas question ; pas de ça entre nous ». C'est une façon de restaurer des cloisons, de les rendre évidentes pour qu'elles puissent permettre un travail, ces cloisons, ces ponctuations, pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté. Parce qu'avec un patient psychotique, s'il y a une ambiguïté vous allez vite être embarqué dans quelque chose de très compliqué.

D'autres exemples de ce mur qui contient, qui peut permettre un soulagement d'un mal-être psychotique pour lequel il faut des murs, il faut contenir : l'hôpital psychiatrique. Alors que pour un névrosé il suffirait juste de lui dire : « Feu rouge : vous vous arrêtez ». Même si vous savez qu'il y en a qui regardent des deux côtés et qui filent, vous savez aussi qu'en principe, il n'y a pas besoin de mettre un policier derrière chaque feu rouge pour que notre circulation soit fluide.

Le jeu amoureux : Ces femmes, qui ont été souvent abusées de manière grave dans leur pays, très souvent pendant le trajet par les passeurs et très souvent en France aussi, ne peuvent pas si facilement se remettre au jeu. Pour être dans un jeu amoureux il faut avoir une notion du semblant, une notion du rôle. Pour les névroses ça marche très bien, cette notion de jeu : on joue l'homme, on joue la femme. Pour ces femmes qui ont été abusées ce n'est pas possible, il n'y a pas beaucoup de marge de jeu : le sexuel est devenu un enjeu presque de pouvoir, la seule façon qu'elles ont de se protéger, c'est de mettre l'autre à distance car il n'y a pas ce jeu de distance avec l'autre. Même le vouvoiement ne garantit pas une sécurité. Comme s'il y avait un interrupteur on/off : là, je ne joue pas. C'est une façon de se mettre hors-jeu pour elle. Il faut les aider à revenir dans le jeu, et ça peut être le regard voilé du clinicien qui les aide à retrouver cette féminité.

Un deuxième point concernant la psychose est l'exclusion, le hors-jeu. Il y a des personnes hors jeu social. Elles sont tombées dehors, tombées du jeu social et on les accompagne pour revenir dans un jeu social. Il y a une exclusion d'un discours de ce jeu. On est toujours représenté par un signifiant, un mot.

On est directeur, psy, grand, petit... quel mot pourrait jouer ce rôle pour le psychotique ? C'est difficile. C'est un travail de couture qui permet de tenir, de béquilles qui permettent d'exister.

Comment la psychanalyse a-t-elle contribué à inventer des choses à l'hôpital pour que ces personnes ne soient pas exclues : par des tentatives pour les faire participer, pour être partenaire. Il est important de ne pas quantifier, ne pas dire quelle part on joue, si c'est la moitié, 90 %... C'est exigeant car cela demande de baliser, ce n'est pas comme si c'était le théâtre du lycée.

Le troisième point concerne le caractère méfiant du patient psychotique. Comment faites-vous, alors que vous pourriez venir armé de votre meilleure intention et qu'en face vous avez quelqu'un de méfiant qui vous dit « non, je n'ai pas envie », un peu comme dans le cas de la femme et son appartement que j'évoquais tout à l'heure. Alors que vous pensiez bien faire, comme le pensaient les professionnels pour cette patiente qui se sentait lâchée : l'appartement était habité, mais elle ne savait pas que c'était par elle-même. Comment prendre en compte cette méfiance ? Cette parole méfiante est très particulière. Pas par rapport à vous, elle ne vient pas juger votre travail comme un collègue qui vous dirait que vous n'avez pas rédigé ce papier à temps, qu'il aurait fait plus vite, ce qui est normal et est pris dans la tension normalement névrotique de l'institution.

Mais quand le patient vous dit « non, je ne vais pas dans ce foyer parce qu'il n'est pas bon », vous répondez que si, vous avez fait toutes les démarches, mais aucun mot de ce que vous dites ne rentre dans les cases, dans la seule case qui est valable pour lui. Comment prendre cette personne dans un maillage symbolique qui lui permette de tenir à une place, de tenir une place. Cela a été le cas à Primo Levi où des assistantes sociales se sont cassé les dents à faire des démarches : il y avait cette dame dans un CADA, une dame africaine qui avait été détruite par son parcours ; il lui restait un enfant sur cinq. Cet enfant avait été envoyé en internat et elle était restée au CADA. Et elle était reconnue au CADA par les autres, on s'adressait à elle, on l'appelait Mama, on lui demandait conseil pour un tas de choses. Un jour, une assistante sociale vient lui dire qu'ils avaient trouvé un appartement, un Solibail, et hop on la dépose dans cet appartement. Et là, une dépression... Elle vient me voir deux fois par semaine pour me demander de faire des lettres et d'intervenir pour qu'on la sorte de là, il n'y a personne dans le quartier, elle est toute seule, ne connaît personne, il n'y a que des Blancs et elle commence effectivement à avoir peur dans les couloirs, les transports, partout. Donc elle ne sort plus, elle arrête même de venir me voir. Tout ça en quelques semaines, ça a eu un

effet catastrophique. Et je me trouve à essayer d'écrire des lettres à des professionnels, leur dire qu'il y avait là quelque chose à réfléchir, il ne s'agit pas simplement de faire des démarches avec un nom à côté.

Les effets de la psychose sur une équipe :

Deux mots : dissociation ou désarticulation. Très souvent, quand on a pris en charge un patient/résident, parfois on a l'air de tenir, on croit que ça marche car tel ou tel dossier avance, mais on voit que l'équipe est en train de se dissocier, de se désarticuler. On commence à s'engueuler, il y a des tensions chez des personnes qui étaient complices, des ruptures. Et à plus grande échelle dans les institutions on peut repérer le *turnover*. Je me souviens qu'en psychiatrie l'assistante sociale changeait tous les trois mois dans une équipe alors que le reste tenait. On a pu interroger ce qui se passait grâce à une supervision, qui est parfois ce petit pas de côté permettant de prendre un peu de recul. La prise en charge de ces personnes vous pousse à essayer de compléter ce qui apparaît comme un déficit, comme un manque chez eux. Tout en essayant de compléter ce qui vous manque chez eux, vous-mêmes devenez une espèce de prolongement de ces difficultés psychiques et vous les mettez dans les autres. La dissociation n'est pas seulement la dissociation d'idées comme ce patient disant avoir été à l'école avec le président et lui avoir fait une leçon quand il était en grande section. Quand elle traverse l'institution, cette dissociation devient acte et on se dit qu'on ne sait pas pourquoi, mais on a lâché cette personne dans cette chambre ; quand on gratte un peu, on voit que la collègue assistante sociale avait été prise d'angoisse et c'était cette angoisse d'une assistante sociale qui avait déposé la personne en se disant « ça y est, mon travail est fini ! ». Cette patiente avait été si difficile à porter, elle l'avait fait sans en parler aux autres. On voit là le travail de dissociation, de cette désarticulation des membres de cette même équipe. On perd la cohérence.

La prise en charge de ces personnes-là, quand ce sont des cas graves, sévères, induit une confusion des places au sein même des équipes, de l'institution. Pacifier et légitimer oui, mais pacifier, c'est dans la névrose. Dans la psychose, on écrit pacifier en plusieurs mots : *pas s'y fier*. C'est un acte qui permet d'appivoiser et légitimer un lieu pour pouvoir s'y sentir chez soi. Il m'est arrivé de prendre mon téléphone non pas pour accompagner quelqu'un dans l'appivoisement, l'appropriation d'un lieu, mais pour demander pourquoi telle personne n'avait pas encore son papier, je ne sais pas quoi... On m'a alors demandé si j'étais l'assistance sociale... et non, j'étais psychologue clinicien.

On se retrouve dans des situations surréalistes où l'on est en train d'agir ce

qui est dans l'esprit confus du patient. Ce qui est attaqué dans la psychose, c'est cette fonction de représentation où les places sont confondues. Cela touche toutes ces fonctions de représentation : directeur, assistante sociale, éducateur, tout est confondu dans la psychose. Le patient peut ainsi demander au directeur de l'amener chez lui. Le directeur répond éventuellement que ce n'est pas à lui, mais cette fonction de représentation étant, chez le patient, attaquée ou confuse, cela peut parfois nous amener à poser des actes qui la prolongent et qui, malgré nos bonnes intentions, risquent parfois d'amener le patient au pire.

Le prolongement de cette confusion des places installe une ambiguïté, un côté malsain qui est tout sauf thérapeutique. Parce que votre travail a des effets thérapeutiques. Quand on est dans la confusion des places, ces effets thérapeutiques sont neutralisés. On ne peut pas être total. Pour les patients de Primo Levi, si on prend une place totale, on devient Kabila, Kadyrov, on est total. Il faut un accompagnement qui tient compte de l'autre, qui ne vient pas tout boucher, tout donner. Quand on donne tout, on ne sait pas ce que l'autre voulait, on ne sait pas ce que c'est son désir, sa demande.

La violence : On évolue dans des registres différents : il ne s'agit pas seulement de la violence qui peut vous être adressée, mais aussi de la nôtre par rapport à ces résidents. La violence du totalitaire. Pourquoi imposer certaines choses à des patients, sous prétexte qu'ils sont psychotiques ou fragiles, imposer la violence totalitaire d'un symbolique mal placé. Sous prétexte qu'il est symbolique, ce qui pour vous a une valeur symbolique, par exemple le fait d'obtenir un statut, un appartement, n'a pas forcément la même valeur pour cette personne-là. Parce que le symbolique ne couvre pas tout.

Quand il y a une convention sociale par rapport à quelque chose, quand on nomme, bien sûr que ça permet d'échanger avec l'autre, mais cela ne couvre pas complètement la chose, on avance avec ce côté incomplet, bancal. Pourquoi prétendre, avec ce côté bancal, faire intrusion et imposer cette couverture symbolique à quelqu'un qui est justement fragile du côté symbolique, qui ne comprend pas de la même manière ce que vous lui dites, pour qui un geste, un mot, ne peut pas être juste une évocation, mais quelque chose qui vient le désigner lui, le menacer, l'accuser. Cette violence-là, il faut aussi l'avoir à l'esprit dans notre travail avec ces personnes-là.

La fonction de représentation, les places qu'on occupe, ce que j'appelais le « jeu » tout à l'heure, c'est du symbolique.

Des questions pour terminer ? Ou bien nous en restons là ?

Une personne de l'assistance : Comment considérer la notion de frontière ?

Omar Guerrero : Elle est très importante pour la psychose : le psychotique a du mal à savoir si cette frontière tient ou pas. Les frontières ne sont plus considérées comme un lieu de passage. Est-ce un lieu d'échange avec l'autre, ou un barrage ? Est-ce que l'autre est menaçant, à quelle place le met-on ?

Une personne de l'assistance : Pourquoi dites-vous « exil forcé » ?

Omar Guerrero : À cause de ce père autoritaire ou totalitaire qui ne laisse aucune place à l'enfant. C'est important de laisser une marge pour que la subjectivité de l'enfant puisse exister. À l'échelle du pays, le père autoritaire, c'est le tyran qui ne laisse aucune marge. Quand il n'y a aucune marge, c'est un exil forcé et les personnes choisissent la vie. On a toujours le choix.

L'effet le plus dévastateur est que ce tyran vous inscrit dans un discours malgré vous, vous prend dans un discours totalitaire en faisant de vous un objet. Pour pouvoir vivre, il faut échapper à ce discours totalitaire, exister, *ex-sister*, sortir du système, pour prendre une autre place.

De la folie des addictions aux addictions dans la folie

Thierry Roth

10 mars 2016

Thierry Roth : Merci à vous de m'avoir invité. Je suis psychologue et psychanalyste, membre de l'Association Lacanienne Internationale. Je travaille comme psychologue dans un service d'addictologie, à l'hôpital de Montfermeil dans le 93. C'est un CSAPA généraliste. Nous y traitons tous types d'addictions : alcool, drogues, médicaments... et le tout-venant, c'est-à-dire des névrosés, des jeunes, des plus vieux, des psychotiques...

On m'avait demandé de parler autour du thème des addictions et de la psychose. J'ai proposé comme titre : « De la folie des addictions aux addictions dans la folie ».

Qui a oublié son téléphone portable, aujourd'hui ? Bon, il y a une personne. Comment vous vous sentez ? Ça va ? (rires) C'était juste une boutade pour vous montrer à quel point on peut fabriquer des addictions assez facilement dès lors qu'on trouve des objets sympathiques, utiles, jouissifs. Et alors qu'il y a quelques années, tout le monde s'en passait très bien, la plupart des gens, aujourd'hui, ne sauraient l'oublier.

Une personne de l'assistance : Par rapport au titre, ce qui était annoncé, c'était « De la folie des addictions aux addictions de la folie ».

Thierry Roth : Moi, j'avais proposé *dans* la folie. Ce n'est pas pareil. Le but de cet après-midi est tout de même de parler plus spécifiquement des addictions dans la psychose ou de la psychose en lien avec une problématique addictive. Le smartphone, c'était juste un petit exemple pour vous montrer comment on arrive à fabriquer aujourd'hui des addictions et ce, de plus en plus. Si on voit les plus jeunes, c'est assez massif : ils arrivent les écouteurs aux oreilles, le téléphone dans la main, ils le coupent à la seconde où ils se mettent sur le divan et ils le rallument alors qu'ils n'ont même pas encore quitté le bureau, ils ont déjà remis l'écouteur dans l'oreille. Donc ils ont eu une petite pause, une ouverture sur un autre type de bruit ou de silence justement, ce qui parfois est nouveau, pour eux, le silence... Évidemment, les

psychotiques n'échappent pas plus aux phénomènes sociaux actuels, à tous ces petits objets, à toutes ces possibilités de jouissance et à toutes ces addictions possibles même si, on y viendra, pour le psychotique l'addiction va avoir un rôle, un statut très différent de celui qu'elle a pour des non-psychotiques. Avant d'en arriver là, je voudrais tout de même donner quelques éléments sur le pourquoi de la première moitié de mon titre, « de la folie des addictions », avant d'en arriver vraiment aux addictions dans la folie.

De la folie des addictions...

Les évolutions contemporaines, sociales, technologiques actuelles ont permis – on va estimer que ce n'était pas le but en soi – une recrudescence et une plus grande variété des addictions. Quand Freud a commencé, cette pratique était souvent réservée aux médecins, aux artistes, que ce soit la morphine, l'alcool... Aujourd'hui, le statut de tous ces produits s'est développé au sens où tout type de produit arrive à faire l'affaire et s'est propagé à toutes sortes de personnes : jeunes, hommes, femmes, tout cela, c'est très égalitaire, effectivement. C'est l'une des caractéristiques de ces jouissances addictives d'ailleurs, c'est qu'elles vont concerner les hommes comme les femmes, d'une manière certes un peu différente parfois, mais malgré tout, le plus souvent, c'est le même type d'objet et le même type de jouissance. On n'a pas encore fait de smartphone spécial pour les hommes et spécial pour les femmes.

Je disais qu'on ne l'a pas fait exprès pour ces addictions... On l'a d'autant moins fait exprès que personne n'a décidé spécifiquement de ces évolutions. Ce n'est pas la décision d'un chef d'État ou d'un pape. Ce sont les progrès scientifiques, médicaux, technologiques qui ont entraîné toutes sortes de mutations. Il y a beaucoup d'écrits de beaucoup d'auteurs là-dessus.

Les progrès médicaux : Il y a tous les progrès liés aux contrôles et aux nouveaux modes de fécondation. Cela a évidemment changé beaucoup de choses : la sexualité des femmes, à partir de la fin des années 1960, la sexualité en général du même coup, mais également le rapport au corps et à la filiation... L'enfant est ainsi devenu, non plus le fruit du destin ou de Dieu, mais le fruit d'un choix (après ou avant les grandes vacances, etc.), c'est-à-dire que cela est devenu le produit d'un choix de deux personnes, d'une en tout cas, souvent de deux. Et tous ces progrès liés aux modes de fécondation (PMA, GPA) ont aussi amené le fait qu'on s'est posé la question pour des personnes célibataires, pour des homosexuels...

Ces questions n'ont pas surgi pour rien aujourd'hui et non pas il y a cinquante

ans. Il y avait eu un sondage au début des années 1980 sur le mariage homosexuel et il y avait à peu près 85 % de gens qui étaient contre. Cela ne faisait pas encore débat à ce moment-là. On en était encore à peine à dépenaliser l'homosexualité... Vous voyez, ce n'est pas si vieux. À l'échelle de l'Histoire, c'est rien ! Parler du mariage homosexuel au moment où on dépenalisait juste l'homosexualité, c'était afficher quelque chose d'extrêmement angoissant pour tout le monde, donc il n'en était pas question. Et puis, il a fallu à peine une trentaine d'années pour qu'une majorité soit pour et que cela ne pose presque plus de problème.

Les progrès technologiques : J'en ai déjà dit un mot à propos des smartphones. Mais ce n'est pas tant l'objet en lui-même qui est central, c'est ce qu'il implique : Internet, les réseaux sociaux... On disait récemment, dans un reportage à la radio, que les quinze/vingt-cinq ans téléphonent en moyenne moins de trente minutes par mois. Ils téléphonent très peu. Par contre, ils passent entre trois et quatre heures sur leur smartphone par jour. C'est-à-dire qu'ils n'ont plus le même mode de communication que leurs aînés. Ils communiquent par les réseaux sociaux, diverses applications, les textos, même, commencent déjà à passer de mode. Cela passe par des applications différentes, pour être entre eux et parce que c'est plus rapide. Il y a même des messages qui s'effacent au bout de dix secondes (sauf qu'il est possible de faire une capture d'écran quand même, il faut donc faire attention). Sur Internet, quand on veut que cela disparaisse, cela ne disparaît jamais vraiment !

Tous ces progrès, ces nouveaux produits ne pouvaient avoir d'intérêt que s'il y avait pour les accompagner un libéralisme économique et une chute de certaines barrières morales. Pourquoi ? À quoi ça sert de fabriquer tous les quinze jours de nouvelles choses, de nouvelles « machines à jouir » (que ce soit à mettre dans les oreilles, devant les yeux, où que ce soit) ? À quoi ça sert si on ne peut pas les vendre au plus grand nombre ? Et donc, il a bien fallu, logiquement, sans que là non plus ce soit la décision de quelqu'un en particulier, que les sociétés se libéralisent et que la morale religieuse et patriarcale, avec notamment l'idée de tempérance, cède le pas afin que l'on puisse profiter de tout ce que la science invente et propose. Cette chute de la morale religieuse va de pair avec la chute de l'autorité symbolique. Et, en plus de cela, Internet et les réseaux sociaux ont fait que le savoir est devenu à la disponibilité de tous. Il est sur la toile, il est sur le petit écran qu'on a dans la poche, voire au poignet maintenant.

Toutes ces autorités (morales, symboliques) ont chuté logiquement avec ces conséquences que l'on voit aujourd'hui, c'est-à-dire que cela ne se fait pas

sans quelques remous et aussi quelques relents particulièrement religieux, qui peuvent être très durs et haineux. Nous, on croit que cela va de soi, comme ça. On voit bien, notamment dans l'actualité assez récente, que cela ne va pas de soi pour tout le monde, et qu'il y en a pour qui cette absence de référence à un supérieur, à un Dieu, au profit de ces petits objets fétichistes de jouissance, est un tel délabrement – ça ne les rend pas moins sauvages, c'est le moins qu'on puisse dire – qu'ils tiennent à rappeler (et imposer) l'existence d'une autorité Une.

Donc, il y a cette forme de *pousse à la jouissance* contemporaine, le système économique veut que chaque mois, nous consommons plus que le mois d'avant. Dès lors qu'il y a -0,1 % de croissance, c'est la panique partout, c'est la récession, la crise, la déprime... Il faut que nous consommons chaque mois davantage que le mois d'avant. Et chaque année, il faut que la consommation et la production augmentent pour que le système capitaliste tienne. Pas de jugement là-dessus moral ou politique... C'est le système qui veut qu'il y ait de la croissance. Sinon, c'est la crise, le chômage, etc. L'un des principaux leviers de la croissance, c'est la hausse de la consommation, ce qui veut dire qu'il faut que le peuple augmente les doses. Je vous amène là tranquillement à ce qui nous concerne cet après-midi. C'est-à-dire qu'on demande aux Français d'augmenter les doses de leur consommation régulièrement, ce qu'ils feraient beaucoup plus d'ailleurs s'ils avaient plus d'argent. L'une des raisons pour lesquelles ils ne le font pas, c'est par manque d'argent.

Il y a logiquement, dans ce pousse à la jouissance et à la consommation et dans cette chute de ce qui pourrait faire barrière morale, un encouragement à ce que des phénomènes addictifs se produisent. Et l'on prépare déjà la suite pour n'importe quoi, l'objet suivant si vous voulez. Les smartphones sont toujours déjà dépassés, la mode change tous les ans pour qu'on renouvelle sa garde-robe, etc. Tout est fait pour que les objets soient jetables, remplaçables, soient remplacés, pour qu'on les remplace et qu'on consomme davantage. Il y a quelque chose de l'ordre d'un encouragement à l'addiction.

Prenons un autre exemple. Quand on libéralise les jeux sur Internet pour essayer de les réglementer après. Qu'est-ce que ça veut dire ? On est une société libre, il y a un truc qui s'appelle Internet, on ne va pas pouvoir empêcher les gens de jouer au poker sur Internet s'ils le veulent. La différence avec le casino, c'est qu'on peut se faire interdire de casino. On peut mettre une barrière, ce qui n'est pas le cas avec les jeux sur Internet. Pour aller jouer dans un casino, au-delà du fait qu'il ne faut pas être interdit, il faut aussi trouver un casino (il n'y en a pas un tous les cent mètres), il faut s'habiller, il faut avoir un comportement à peu près décent, maintenant on ne peut même plus

fumer, il ne faut pas être bourré non plus... Alors que dès lors que l'on propose aux gens de jouer sur Internet, qu'est-ce qui va faire limite ? Cette idée de « qu'est-ce qui va faire limite ? », c'est quand même au centre de toute problématique addictive. *Qu'est-ce qui va faire limite ?* Limite réelle ? Limite symbolique ?

Celui qui peut boire un verre ou deux et ensuite être tranquille, ce n'est pas un alcoolique, en général. L'alcoolique, c'est celui pour qui il n'y a pas de limites : quand il commence à boire, il ne sait pas trop quand est-ce qu'il va s'arrêter. Par rapport aux jeux sur Internet, il y a bien sûr des gens qui jouent de temps en temps comme ça, des gens qui n'ont pas trop de sensibilité à l'addiction, ou en tout cas aux jeux, et donc ça ne va pas poser de problème. Mais pour les autres, qu'est-ce qui va faire arrêt ? Évidemment, la banque, la carte bleue... Enfin, moi, j'ai eu des patients qui volaient la carte bleue du père, de la mère, tout le monde était endetté, c'était la crise familiale !

Qui a décidé de cela ? Qui serait éventuellement fautif là-dedans ? L'État français a réglementé cela, il y a quelques années, pour qu'il y ait un peu de surveillance sur les sites qui permettaient déjà ces jeux-là. Sauf qu'évidemment, on peut y jouer ailleurs, sur des sites étrangers non réglementés par la France. Internet, par définition, n'est pas un lieu très réglementé, c'est un milieu ouvert puisque vous pouvez discuter et être en lien avec des gens n'importe où et, je dirais aussi, n'importe comment. Donc ces essais sont de toute façon voués à l'échec, même s'ils sont tout à fait nobles.

Donc, encouragement à l'addiction, ce qui pose la question – avant d'en venir aux principales structures, principalement à la psychose – qui est : est-ce qu'une addiction est toujours pathologique ? Est-ce que notre addiction aux portables est pathologique, puisqu'elle est répandue ? Ce n'est pas parce que c'est répandu que ce n'est pas pathologique. À partir de quand va-t-on dire que c'est pathologique ? On parle souvent du déni des alcooliques. On est confronté à ce problème tout le temps. « Oui, bah je viens parce que je me suis fait arrêter deux fois alcoolisé au volant, mais pour moi, l'alcool ce n'est pas un problème. » Il boit beaucoup, tous les jours, mais cela ne lui pose pas de problème. C'est pathologique ou pas pathologique, ça ? Il fut une époque où cela passait très bien en France, les gens qui buvaient trois/quatre verres à chaque repas, qui prenaient le volant après... Cela n'a pas toujours posé problème. Est-ce que fumer vingt cigarettes par jour c'est pathologique ? Cela ne change pas le comportement de quelqu'un. Il peut travailler, avoir une vie familiale, une vie conjugale. D'un point de vue psy, ce n'est pas, la plupart du temps, pathologique le tabac, alors que du point de vue médical, c'est très

dangereux. D'un point de vue psychique, cela ne change pas grand-chose à la manière d'être d'un patient. Quelqu'un qui va fumer dix joints d'affilée, cela va changer radicalement sa manière d'être, ça va lui permettre de s'échapper de ses devoirs et de ses désirs le plus souvent. Dès lors que ça vous permet de vous échapper de vos devoirs et de vos désirs, on peut dire que d'un point de vue psychologique, psychanalytique, c'est pathologique. Cela devient une manière de fuir aussi bien ses désirs (l'investissement qu'on peut avoir pour ses enfants, pour sa femme, son mari, ses enjeux professionnels, des liens sociaux...) et puis ses devoirs (le devoir familial, le devoir professionnel ou social). Donc, cela devient pathologique dès lors que cela implique que le sujet en question échappe à ses devoirs et à ses désirs, mais aussi à la castration au sens psychanalytique.

Cela pose donc la question de quand cela devient pathologique. Ce n'est pas le produit qui fait la pathologie. Il y a une facilité à dire : « Mon Dieu, il prend de la coke ». Alors la coke, c'est pas bien parce que c'est dangereux et c'est illégal, etc. Mais quelqu'un qui va prendre de la coke une fois tous les deux mois en soirée... d'un point de vue moral, judiciaire, c'est répréhensible. Mais d'un point de vue physique et psychique, prendre de la coke une fois de temps en temps... Il faut savoir qu'il y a peu de gens qui y arrivent très bien, très tranquillement (à en prendre de temps en temps). La plupart des gens qui commencent n'en prennent pas une fois tous les deux mois. Mais pour quelques-uns, cela ne pose pas de problème. De temps en temps, ils sont en soirée, des amis à eux en prennent plus régulièrement, ils y goûtent un peu, je ne vois pas pourquoi on leur ferait une leçon de morale ! Faire une leçon de morale à des addicts, dans le meilleur des cas, de toute façon, ils ne reviennent pas, c'est tout ce que ça fait. Mais ce n'est donc pas le produit qui fait l'addiction. Je prends l'exemple de la coke qui, dans certains cas, peut ne pas poser de problème. Un addict aux jeux (donc aucune substance dangereuse) peut être dans une grande souffrance et tout son entourage avec lui, cela peut s'avérer absolument pathologique, dangereux, alors qu'il n'y a aucun produit chimique dangereux a priori.

Pascale Belot-Fourcade : Tu as dit quelque chose d'intéressant. On en parlait tout à l'heure avec Tiphaine Lacaze. Tu as dit « ce n'est pas le produit qui fait l'addiction ». Or, il faut savoir qu'à peu près tous les pays européens se sont lancés dans la prévention des addictions autour de cette hypothèse que c'est le produit qui fait l'addiction. Ce qui a été une impasse absolument impressionnante de toutes les politiques.

Thierry Roth : Oui, le problème, c'est qu'on n'est jamais garanti que l'on ne va pas juger un patient à partir de nos préjugés. Et même chez les psychanalystes. Il ne faut pas croire que l'on est exempt de cela. Y compris chez les médecins, chez les travailleurs sociaux, avec toutes les bonnes âmes que l'on peut trouver chez les travailleurs sociaux, rien ne garantit qu'ils ne vont pas être guidés par leurs préjugés. La psychanalyse personnelle peut aider éventuellement, mais ce n'est pas garanti.

Pascale Belot-Fourcade : Bon, prenez de la coke tous les deux mois et ça va bien se finir ! (rires)

Thierry Roth : Non je ne fais aucune promotion ! Mais c'est le danger des préjugés... Les patients y poussent d'ailleurs. Vous pouvez voir un patient complètement bourré dans votre bureau à qui vous pouvez demander : « Et, sinon, vous prenez d'autres produits ? ». Et, il vous répond : « Ah non non non, que de l'alcool. Le cannabis, surtout pas, jamais. Non non non ». C'est-à-dire qu'ils insistent pour dire qu'ils ne prennent rien d'illégal.

Pascale Belot-Fourcade : Mais cette antipathie entre l'alcool et le cannabis était dans la tradition française, dans les campagnes françaises. L'alcoolique ne se mélangeait pas au « toxico », il n'estimait pas du tout le toxicomane, qui lui était un feignant alors que l'alcoolique était un travailleur. Tout ça a bien changé dans les années 1970-80. C'est à ce moment-là qu'il y a eu cette bascule.

Thierry Roth : C'est très juste ce que dit Pascale, là. L'alcoolisme aujourd'hui, en tout cas chez les plus jeunes, est devenu un « alcoolisme toxicomane ». Il s'agit de se défoncer, de se mettre à l'écart de tous. Ce qui est très différent de l'alcoolisme de certains ouvriers des années 1960 qui, après le travail, se retrouvaient au café. Ce n'est pas cet alcoolisme de classe qu'on pouvait voir avant, de travailleurs qui se retrouvaient pour boire et pour supporter – et retarder – la vie à la maison aussi, éventuellement.

Ce qui a amené la transformation des CSAPA généralistes, c'est d'abord que les recherches neuroscientifiques ont montré que c'étaient les mêmes récepteurs qui étaient pris dans tous ces phénomènes-là. Et puis aussi parce que dans la clinique contemporaine, il y a tellement de poly addictions... Les addicts aux jeux sur Internet, la plupart du temps, ils fument des joints, ils boivent, ne serait-ce que pour tenir. Je ne parle même pas des psychotropes prescrits souvent par de charmants médecins et qui provoquent des

addictions monumentales. J'ai reçu la semaine dernière une patiente qui prenait une quinzaine de Stilnox par jour ! Ça la calme, ça la shoote surtout. À part amener sa fille à l'école, elle ne fait que dormir.

Donc addiction pathologique ou pas, c'est le lien d'un sujet à un objet.

Pascale Belot-Fourcade : Il y a quand même à préciser qu'il y a, si on veut être un bon clinicien, à faire la différence entre des discours. On rencontre encore, et j'ai rencontré dans mon cabinet cette année deux jeunes femmes qui avaient un discours de femmes alcooliques qui étaient alcooliques. Une mélangeait un peu les produits parce qu'elle était dans le showbiz. Il y a des discours qui sont encore à repérer, tu ne penses pas ?

Thierry Roth : Si, de toute façon, c'est dans le discours qu'on repère une position subjective. L'addiction, c'est le lien d'un sujet à un objet et ce lien peut être pathologique ou pas. Que le produit soit de la cocaïne, ou de l'alcool, ou la roulette d'un casino, c'est problématique ou pas selon le statut qu'aura cet objet pour un sujet. Alors, il est évident que comme on fabrique de plus en plus d'objets de plus en plus jouissifs, il y aura de plus en plus de personnes qui vont s'y trouver très accrochées. Je vais vous faire une petite citation car ce qui est intéressant c'est son aspect assez visionnaire car elle date de 1967. C'est une citation de Jacques Lacan dans un « petit discours aux psychiatres ».

Pascale Belot-Fourcade : Avec qui ça ne s'est pas bien passé.

Thierry Roth : Non, comme toujours. Même si avec les psychiatres, il n'avait pas eu autant de difficultés que devant le Collège de médecine. Et ça reprend ce concept d'*objet a* de Lacan, que certains doivent connaître, qui est, selon lui, l'objet même de la psychanalyse mais en tant que c'est un objet qui échappe. C'est justement que, du fait du langage, de la parole, on est dans la représentation, on essaie de parler des choses, on essaie de se faire comprendre, on ne se comprend jamais. Vous n'allez certainement pas entendre dans ce que je dis ce que je souhaiterais que vous entendiez et vice versa. C'est le quiproquo habituel. Il suffit de voir la vie des couples.

Pascale Belot-Fourcade : Le risque, c'est de trop entendre.

Thierry Roth : En plus, ça pourrait être pire effectivement. Évidemment, dès lors qu'on parle, chaque mot renvoie à un autre mot et on est toujours dans la représentation, dans le fait de s'approcher de ce qu'on voudrait dire, montrer,

spécifier, expliquer sans jamais y parvenir. Et, ce qui échappe, cet objet qu'on aurait peut-être pu saisir, c'est ce que Lacan a appelé l'*objet a*. Soit, l'objet qui manque à une jouissance parfaite. C'est embêtant ça, hein ?! Un objet qui manque à ce qu'une jouissance soit parfaite. Ça tombe mal, mais c'est comme ça. Ou ça tombe bien, à vous de voir...

Alors, je vous parle d'*objet a*, vous le repérez vite, c'est parce que cet objet de jouissance qui aurait pu être parfaite, il suffit d'écouter un héroïnomane pour se rendre compte que, lui, il l'a trouvé.

Pascale Belot-Fourcade : Quand tu dis qu'un objet ne satisfait pas complètement dans la jouissance phallique, cela explique la question de l'infidélité, vous avez compris le sous-entendu. Parce que, si ce n'est pas le bon objet, on va chercher ailleurs. Toute la question, pour les humains, de la fidélité et l'infidélité est dans cette abstraction que tu viens de donner. Et là, tu dis, le toxicomane, il l'a trouvé, le bon ; lui, il est fidèle.

Thierry Roth : Vous voyez, c'est un gentil, le toxicomane ! (rires) Il y en a au moins un qui est fidèle, c'est lui. Sauf qu'il n'est pas fidèle à sa compagne spécialement, il est fidèle à son objet. Donc, cet *objet a*, c'est cet objet de jouissance parfaite mais qui échappe, qui est l'objet qui manque à la jouissance justement, Lacan en parle dans ce petit discours aux psychiatres de 67. Et il dit : « S'il est un des fruits les plus tangibles que vous pouvez maintenant toucher tous les jours [on est pourtant seulement en 1967] de ce qu'il en est des progrès de la science, c'est que les *objets a* cavalent partout, isolés, tout seuls et toujours prêts à vous saisir au premier tournant ». Il y a cet effet de la science, des objets et du discours scientifique. Le discours scientifique implique cette idée que l'on va trouver la solution, le bon objet. On n'a pas encore trouvé le gène de « ceci » ou le gène de « cela », mais avec cette idée que ce n'est qu'une question de temps...

Pascale Belot-Fourcade : L'autisme par exemple. On n'a jamais rien trouvé et tout le monde pense qu'il y a un gène de l'autisme et qu'on va le trouver. Et, à partir de là, on fait des préventions, des mises en place de l'HAS qui récusent que ce soit dans le relationnel que peut se traiter l'autisme.

Thierry Roth : Est-ce qu'il y a des médecins dans la salle ? J'ai dit cela à des médecins il y a quelque temps et cela ne leur a pas beaucoup plu. Il me semble d'ailleurs qu'il y a une sorte de « complicité » entre les addicts et les médecins. Ça n'a pas plu aux médecins quand j'ai dit cela.

Évidemment, c'étaient des addictologues.

Une personne de l'assistance : Je crois qu'il faut relativiser un peu quand même. C'est-à-dire qu'il y a une recherche effrénée de l'objet mais, dans la médecine, c'est une recherche de progrès, une recherche de la guérison. Et c'est quand même à l'honneur des médecins d'avoir trouvé la cause d'une maladie et s'ils trouvent, par exemple, ce qui va guérir le cancer, on sera quand même rassurés. Il s'agit peut-être de préciser que dans la toxicomanie, il s'agit de la recherche de l'objet de consommation.

Thierry Roth : C'est ce que je voulais expliquer. C'est-à-dire que ce que je disais, c'est qu'il y avait parfois une sorte de complicité entre addicts et addictologues, si vous préférez. Moi, j'ai vu, notamment avec l'arrivée du Baclofène, la fascination, l'excitation, la jubilation des médecins qui prescrivaient cela, qui donnaient le livre d'Ameisen avec l'ordonnance en disant aux patients « lisez-le », ce qui a eu des effets très intéressants. Il y en a moins maintenant, parce que désormais, ce n'est plus prescrit avec les mêmes... Mais j'ai dit une sorte de complicité parce qu'il y a cette même idée – moi, je ne la critique pas cette idée –, qu'il va y avoir un produit qui va pouvoir soulager de la douleur d'exister. Si vous êtes déprimés, il est persuadé – mais, sinon, qu'il change de métier à la rigueur – qu'il va pouvoir proposer des produits qui soulagent de la douleur d'exister. Un anxiolytique pour celui qui est pris par trop d'angoisses, un antidépresseur pour celui qui est déprimé, etc. Et, évidemment, le toxicomane, il a trouvé un produit qui le soulage de la douleur d'exister. Le boulot, les enfants, la femme, le mari, les emmerdes, je ne vais pas citer Aznavour mais... Eh bien, plus rien à foutre. Pareil pour beaucoup d'alcooliques. La femme n'est pas contente, c'est pas grave, ils en sont au septième verre, ils s'endorment, bon...

Donc, un produit qui soulage de la douleur d'exister ! Il y a là une sorte de fascination et de complicité réciproque entre le médecin et l'addict. Et dans l'exemple très récent que je prenais de cette femme qui avalait quinze Stilnox par jour, les Stilnox avaient été prescrits évidemment par l'addictologue. Il n'en prescrivait pas quinze, mais elle a trouvé d'autres médecins pour avoir d'autres ordonnances.

En même temps, et j'insiste, il y a aussi une antinomie intéressante entre médecin et toxicomane. Il y a au moins un point sur lequel ils ne sont pas du tout complices. Au-delà de certains généralistes qui adorent les addicts, au-delà de cette fascination réciproque consistant à essayer de réduire ça, d'augmenter ça, de trouver le bon dosage, etc. C'est toujours ça le discours

des addictologues : « trouver le bon dosage ». En revanche, certains médecins ne supportent pas les addicts. Dans un cas, il y a une complicité entre les deux qui permettrait de trouver le bon mélange, la bonne jouissance, pas trop de danger... mais à côté de cela, il y a une éthique médicale à l'opposé de la logique toxicomaniaque. L'éthique médicale est pour la préservation de la vie, c'est tout de même le but du médecin, le serment d'Hippocrate : d'abord ne pas nuire et préserver la vie. Alors qu'évidemment le toxicomane, ce n'est pas du tout son problème ; la logique addictive, c'est tout de même de pouvoir foutre sa vie en l'air ! C'est-à-dire se soulager de la douleur d'exister, mais pour en crever tout de même souvent. Quand on voit les alcooliques qui arrivent alors qu'ils ont déjà une cirrhose gravissime, c'est souvent bien trop tard pour se soigner. Ils viennent quand ils ont tout perdu. Au début, ils jouissent, ils profitent de ça. Ils viennent au moment où c'est déjà bien tard. Et ce qui insupporte un certain nombre de médecins, me semble-t-il, c'est bien ça. On essaie de les aider, de leur donner de la substitution et ils vous racontent que le dimanche, ils n'ont pas pris leur méthadone parce qu'ils ont pris de l'héroïne. Il y a une logique de ce genre de patients à aller au bout de leur jouissance quand bien même l'overdose, le coma éthylique, l'overdose de médicaments, etc., ne sont pas rares. Il faut savoir aussi qu'il y a plus de morts par médicaments que par drogues. Les intoxications médicamenteuses, y compris à la méthadone, font bien plus de morts dans le monde que les intoxications à l'héroïne ou à d'autres drogues.

Pascale Belot-Fourcade : Pourquoi, d'après toi, s'il y a plus de morts d'origine iatrogène que de morts par intoxications, ce raisonnement n'a-t-il pas dirigé les discours sociaux ?

Thierry Roth : Je pense qu'on n'a pas permis cela car la discipline dominante dans le monde aujourd'hui, ce n'est plus comme dans les années 1960-70, la linguistique, pourquoi pas la psychanalyse, mais la biologie. Aujourd'hui, on recherche le bon produit qui va guérir de tout. Je pourrais vous parler pendant deux heures du DSM mais ce n'est pas le but. Le DSM, un seul exemple, avec le deuil pathologique où il était dit qu'il fallait prescrire des antidépresseurs au bout d'un mois dans le DSM IV. Maintenant, avec le DSM V, c'est au bout de quinze jours. C'est-à-dire que si vous perdez un proche, si au bout de quinze jours vous n'avez pas repris le chemin du travail et avec le sourire si possible, c'est que vous n'êtes pas bien et on va vous aider. Et puis, vous retrouvez des gens sous antidépresseurs dix ans après suite à un divorce ou à un deuil, comme si un deuil n'impliquait pas qu'on soit malheureux pendant

un temps ! Avec cette idée aussi qu'il faut revenir dans le circuit économique et continuer à faire son travail.

La science sans être accompagnée du libéralisme n'avait aucune chance d'être efficace. Les laboratoires pharmaceutiques font parmi les plus gros bénéficiaires dans le monde (juste après les nouvelles technologies, Apple et Google par exemple, et qui, d'ailleurs, investissent de plus en plus dans le domaine du soin !). Ce mélange de libéralisme des mœurs, économique et du discours de la science est pour beaucoup dans l'augmentation du nombre d'addicts.

Peut-être juste une citation pour étayer cela avant de passer aux addictions au sein des différentes structures, et plus précisément au sein de la psychose. En 1997, dans un article, Charles Melman parlait de cette question de devenir toxicomane. Il parlait du toxicomane qui passait d'une économie psychique centrée sur le langage ou sur le signifiant (c'est-à-dire le fait que chaque mot renvoie à un autre mot et que l'objet échappe ; on n'a pas ces saisies-là) à une économie du signe et de l'objet qui fait signe en tant que réel, objet de jouissance « préhensible », qu'on peut prendre, attraper concrètement. Il disait dans cet article : « Comment et pourquoi devient-on toxicomane aujourd'hui ? Par quels biais et par quelles voies ? C'est entré par où ? Ce que j'avance, ce que je propose, c'est que c'est entré par ce qui aujourd'hui est cette idéologie dominante, c'est-à-dire le souci d'une langue exacte parce que scientifique, et dont la promesse est évidemment de pouvoir nous donner un accès simple, direct à un objet qui serait satisfaisant, c'est-à-dire le vrai objet, pas l'Ersatz ». Cela résume bien un certain nombre de choses que je vous ai dites jusqu'à présent, c'est-à-dire cette saisie et cette jouissance directes. C'est tellement simple.

Vous avez un type qui est là : d'un côté, il a sa jouissance avec sa femme, ses enfants, son travail, qui passe par l'insatisfaction, les quiproquos, les reproches, etc. Avec cet aspect qu'il faut tenir compte de l'Autre. C'est une jouissance qui passe par l'Autre, ce qui la rend plus riche par rapport à la jouissance addictive, toujours plutôt solitaire, autoérotique, masturbatoire... Ce qu'on appelle jouissance phallique, en psychanalyse, implique qu'il faut tenir compte de l'autre, de ses envies, de ses fantasmes, de ses avis, de ce que vous voudrez. Pareil au niveau professionnel, il y a un certain nombre d'efforts à faire pour avoir des reconnaissances, des plaisirs... À côté de cette jouissance qui passe par l'Autre, jouissance à la fois insatisfaisante et riche, qui implique la castration, il y a cette jouissance tellement simple, tellement directe, tellement « parfaite », c'est-à-dire : il suffit de prendre son objet et puis, ça y est ! Vous prenez de la coke, si vous n'aimez pas, vous faites quelques efforts pendant trois/quatre jours et puis ça va aller. L'héroïne, pareil, l'alcool aussi.

C'est-à-dire, il suffit d'avoir un objet, il est là et puis la jouissance vient, une jouissance sans limites. La seule limite, c'est le corps, c'est l'épuisement ou même c'est la mort. Qu'est-ce qui va faire limite à une addiction ou à un produit chimique, si ce n'est l'épuisement du corps ? Même les addicts aux jeux... J'ai reçu des jeunes qui passaient leurs nuits sur des jeux en réseaux, qui finissaient à six heures du matin en s'endormant sur le clavier. Évidemment, ils n'allaient pas en cours le lendemain. Mais par rapport à une jouissance qui passe par l'Autre et qui, au-delà de la richesse de cet autre, il faut se coltiner les reproches, les idées, les quiproquos, il y a là cette jouissance directe qui est, effectivement, prônée dans le social, c'est-à-dire : l'autorité, les dettes, les devoirs, ne vous embêtez plus avec ça ! Il y a cette possibilité-là d'une jouissance directe avec un objet, et l'autorité régulatrice ou répressive, libre à vous de la récuser.

Aux addictions dans la folie

Tout ce que je dis là vaut un peu pour tout le monde. Cependant, au sein des différentes structures psychiques, on repère des différences massives. Je vous dis un mot rapide sur les névroses et ensuite on en viendra aux psychoses. Le névrosé a rencontré une forme de loi symbolique qui a fait pour lui castration. Il a – plus ou moins – accepté de renoncer à ses désirs les plus intimes, les plus intenses, soit ce que Freud a appelé le complexe d'Œdipe : il faut bien renoncer à posséder Maman pour pouvoir grandir un peu au calme, en paix. Le névrosé, c'est celui qui s'est heurté à ça, à ce qu'on a appelé la fonction paternelle, le Nom-du-Père, la loi symbolique. L'Œdipe, c'est de dire : il faut renoncer à ton objet premier de satisfaction, Maman, pour pouvoir ensuite désirer d'autres femmes, pour pouvoir profiter de la jouissance sexuelle... Si le névrosé s'est heurté à cela, il a renoncé – en partie je dirais – au premier objet maternel et à ses désirs incestueux, ses désirs intimes. Du moins, il les a refoulés. Il s'est heurté à ce Nom-du-Père, à cette fonction tierce, à cette fonction séparatrice et, par rapport à elle, il a refoulé ses désirs, certains de ses désirs. Mais quand vous refoulez vos désirs, ils ne sont pas pour autant sur une autre planète, ils sont en vous, dans l'inconscient, ils vont resurgir dans les symptômes, dans les choix d'objets ultérieurs : toujours le même type de femmes, le même type d'hommes, le même type de ratage, etc. Mais, dès lors qu'on a face à soi un « bon névrosé », même s'il se révolte et s'il se plaint toute sa vie, il se plaint contre ce qu'il a lui-même refoulé, mais bon il n'avait qu'à assumer ses désirs à la rigueur. Il n'assume pas et il s'en plaint, c'est ça, la névrose. C'est pour cela que Freud disait : « il faut rendre au sujet sa

responsabilité ». Il est responsable de ses désirs mais, dès lors qu'il a renoncé à cet objet de jouissance, soi-disant idéal, qui est un leurre évidemment, il est poussé dans un certain type de fonctionnement psychique. Cet objet idéal est un peu mythique, bien sûr, et il y a même des gens qui ont couché avec leur mère et ça n'a pas été le paradis – mais pas forcément l'enfer non plus. Moi, je n'en ai jamais reçu, mais j'ai un collègue qui en a reçu deux dans sa carrière : un qui était alcoolique, sa mère aussi, ils étaient bourrés tous les deux et ils ont couché ensemble. Ça n'a pas l'air d'avoir radicalement changé son existence. De toute façon, il y a quelque chose de l'ordre de l'impossible dans cet inceste. Il n'a pas non plus trouvé le paradis sur terre en se disant : « l'objet, voilà, c'était ça ». Quand on s'approche trop de l'objet, c'est de l'angoisse qui surgit en général. C'est pour ça que les incestes avec la mère sont excessivement rares tout de même.

Si vous vous êtes développés, structurés de manière névrotique, vous devriez être un peu « vacciné » contre l'addiction. Je force le trait, bien sûr, pour dire que la logique névrotique, c'est d'avoir accepté de se coltiner l'insatisfaction et un certain type de renoncement pour rentrer dans les clous de la morale, de la loi de la famille, de la loi de la société, de la loi symbolique surtout. Tout n'est pas possible et il faut renoncer.

On rencontre des névrosés addicts bien sûr. Dans un certain nombre de cas, ce sont des addictions que, moi, j'appelle conjoncturelles, voire accidentelles. Ce sont des addictions qui se traitent souvent très bien. Ça va être la jeune femme qui se met à fumer des joints parce que son petit copain fume des joints et puis, tout à coup, elle s'en inquiète. Et, dès lors qu'elle vient consulter parce qu'elle s'en inquiète, c'est déjà quasiment gagné. C'est pas son truc puisqu'elle s'inquiète de ça très vite. J'ai reçu un retraité comme cela : toute sa vie, il a bu deux verres au déjeuner, deux verres au dîner dans son travail, en famille. C'était un bon buveur, mais ça ne l'a jamais empêché de faire sa vie. Une fois à la retraite, sa femme travaillant toujours, ses enfants étant partis, il s'est retrouvé en petite déprime et en grand ennui. Et là, il s'est mis à boire un peu plus, à prendre des apéros un peu plus tôt. Il avait doublé les doses. Il s'en est inquiété et s'est dit : « je vais devenir alcoolique ». Au bout de trois séances, le problème était réglé. Après, le problème a été pour lui de réorganiser sa vie autrement. S'il n'était pas venu me voir, ça se serait peut-être réglé pareil. Dès lors qu'il s'en était inquiété et que ça ne correspondait pas vraiment à son fonctionnement psychique. On dit parfois « ne devient pas fou qui veut » ; on pourrait presque dire : « ne devient pas addict qui veut ». Je n'irai pas jusque-là car quelqu'un qui prend de l'héroïne pendant plusieurs jours, il y a un accrochage physique. Sauf que, certains vont

courir chez le médecin ou le psy pour s'en défaire alors que d'autres vont courir chez le dealer pour en racheter.

Un certain nombre de névrosés vont se retrouver avec des moments d'addictions, c'est une mauvaise conjoncture. Beaucoup s'en défont tout seul et, dans le meilleur des cas, ces addictions conjoncturelles se guérissent assez vite. Il est donc inutile pour ces cas-là de bourrer le patient de médicaments car ils ont tout en eux pour s'en sortir assez vite. Addictions conjoncturelles. En même temps, il y a d'autres névrosés, cependant, qui sont tellement mal à l'aise dans leur vie, dans leur structure, et qui sont pris aussi dans ce fonctionnement actuel, pris dans notre monde contemporain avec tous ces produits et cette libéralisation des jouissances, ces sujets névrosés donc vont ainsi pouvoir fuir dans l'addiction leur souffrance et les impasses de leur structure. Lacan disait « rompre le mariage avec le phallus » à propos des toxicomanes. Chez certains patients, pour qui la névrose est peut-être moins bien structurée, ou bien plus invalidante, des addictions sévères ne sont pas à exclure.

Et il y a également beaucoup de jeunes patients dont je ne suis pas sûr qu'on puisse les qualifier de névrosés classiques, des jeunes pour qui l'autorité symbolique et la castration n'ont presque aucune valeur... Ce sont des jeunes pour qui tout ce qui vient faire autorité symbolique et souligner la castration est récusé. Ce n'est pas leur monde ! Leur monde est celui de l'horizontalité, les réseaux sociaux, les liens les uns avec les autres... Ils ont donc à se dépatouiller avec ça, c'est-à-dire à s'apercevoir, aidés ou pas par un psy (souvent ils en ont besoin), que la renonciation à une jouissance absolue, la confrontation à une forme de castration, ce n'est pas forcément dû à une figure d'autorité paternelle et symbolique, mais que c'est lié au langage lui-même. Ces patients vont en effet être amenés – avec l'aide d'un thérapeute, souvent – à s'apercevoir que la castration, elle est dans le langage : dès lors qu'on parle, ça nous échappe. *In fine*, la castration, c'est le langage avec ses contraintes. Dès lors que l'on veut rester des êtres parlants, on est obligé d'accepter le fait qu'on ne se comprenne pas, que ça échappe, etc. Peu importe le Père, père ou figure d'autorité que ces jeunes ont parfois récusé... Les pères, ils n'en ont parfois jamais eu, ou quand ils sont partis ils avaient six mois, les profs, ils n'en ont rien eu à foutre, etc.

Ces jeunes-là, névrosés ou pas, ou en attente d'une structuration névrotique, ils sont dans un monde libre, libre d'autorités. Ce dont ils vont s'apercevoir, c'est que la jouissance peut se payer trop cher car lorsqu'ils viennent, ils sont bien dans l'épuisement, ça leur a coûté trop cher, y compris dans le réel : leur santé physique se détériore, leur santé financière est catastrophique, leurs liens sociaux, amicaux, amoureux, sexuels sont parfois quasi nuls. Quand ils

viennent, c'est qu'ils ont rencontré une autre forme de castration, davantage réelle que symbolique. Ce n'est pas une forme d'autorité qui leur interdirait de... Ils se rendent compte, dans le réel de ces jouissances-là, de la perte que cela implique, d'un autre type de perte. Ils n'ont pas renoncé tellement à leurs désirs car ils ont grandi dans un monde qui n'impliquait pas de renoncer à leurs désirs. Là où, avant, on était plus facilement soumis aux grands discours (politique, moraux, religieux), aujourd'hui, c'est l'expérience qui est au centre. Les jeunes font des expériences : « t'as pas essayé, tu peux pas comprendre ».

Dès lors qu'ils peuvent trouver un lien transférentiel pour pouvoir parler de cela et donc remettre une forme de distance et de symbolique dans ce qu'ils vivent, ils vont s'apercevoir de cet autre type de ratage qui n'est pas dû à la soumission à je ne sais quelle autorité, mais qui est bien dû à ces jouissances qui leur ont fait perdre beaucoup et qui font qu'ils ne savent plus trop qui ils sont et où ils vont, puisqu'ils sont dans cette sorte d'immédiateté, dans ces passages à l'acte.

Pascale Belot-Fourcade : Est-ce qu'on ne peut pas prendre en compte aussi la précocité de ces expériences ? Je dirais même précocité des expériences sexuelles qui ne sont pas sans conséquences.

Thierry Roth : Il y a une précocité, effectivement. Il paraît qu'un enfant sur deux a vu des images pornographiques à dix ans. À dix ans, ils ont un smartphone aujourd'hui. Ils ont accès à tout : à Google, à Youporn, à tout ce que vous voudrez. Il y a un encouragement à cela. Aujourd'hui, le monde des écrans, c'est le monde des enfants. C'est leur monde, on peut être contre mais c'est leur monde. Il ne faut pas voir cela exclusivement comme quelque chose de négatif. Vous avez des enfants qui sont vifs, intelligents et qui savent des choses que les générations d'avant ne savaient absolument pas. Mais leur concentration, leur capacité à supporter l'ennui, en a pris un coup.

Voilà donc pour les névrosés et pour ces patients qui se situent peut-être toujours dans la névrose, mais qui se passent tellement de fonction symbolique que je ne sais pas comment on devrait vraiment les appeler. Ce sont des « névroses » dans lesquelles les addictions sont parfois presque comme une seconde peau. Je finis ceci avec les paroles d'un patient qui me disait : « Moi, mon truc quand je rentre, c'est de boire. Quand je rentre, je ne peux pas m'empêcher de boire. J'ai des copains, c'est plutôt la coke ou le cannabis. Moi, c'est l'alcool ». Il disait cela avec un tel naturel, comme s'il n'existait pas d'autres façons pour se détendre que la consommation de produits. Comme si cela était normal.

Pour les psychotiques, maintenant, cela va prendre une connotation différente. Dans le cas de névrosés qui se mettent vraiment dans l'addiction, il y a cette idée de s'échapper des coordonnées de sa structure, de ses insatisfactions... Ils trouvent dans l'addiction de quoi rompre avec tout ça et se soulager de cette douleur d'exister. Dans le cas des psychotiques, de par leur structure même, ils sont exempts de cette castration symbolique. C'est-à-dire que dès lors que, pour un psychotique, cette séparation ne s'est pas vraiment faite, il y a eu ce que Lacan appelle une forclusion de cette fonction paternelle, soit quelque chose qui n'a pas opéré, qui ne leur a donc pas donné le choix de renoncer ou pas, de refouler ou pas. D'une certaine manière, cette castration symbolique n'a pas été effective. Dès lors qu'a eu lieu cette forclusion, ce rejet en dehors du psychisme de cette fonction paternelle, de cette fonction symbolique, de cette castration symbolique... Il y a un très beau titre de Solal Rabinovitch, *Enfermés dehors*. Le névrosé est enfermé dedans, il est pris dans cette castration ; il se plaint, il se révolte, il tente de refuser voire de récuser cette castration. Le psychotique, il est enfermé dehors, il est en dehors de cette castration symbolique. Ce que le névrosé peut chercher dans l'addiction, à savoir mettre de côté cette castration et se retrouver assailli de jouissance, quelque part, le psychotique y est déjà d'emblée.

Quel rôle l'addiction va alors jouer pour lui ? L'addiction va être plutôt une manière de traiter sa psychose, de faire avec. Là où le névrosé peut essayer de « s'échapper » de sa structure et de ses contraintes dans l'addiction, le psychotique va essayer de gérer sa psychose avec de l'alcool ou d'autres produits toxiques. Il peut y avoir ainsi un effet de fixation de jouissance au sens positif du terme... Le psychotique va souvent être assailli par cette figure de l'Autre qui peut prendre la figure d'hallucinations, de sentiments de persécution, etc. Il peut trouver dans un objet de jouissance addictive une sorte de vectorisation de cette jouissance, une sorte de point fixe. Au moins ça, il sait ce que c'est et il fait avec. Je me souviens d'un patient d'une trentaine d'années qui prenait beaucoup d'alcool et qui était un schizophrène paranoïde. Il me disait : « Quand je me sens harcelé, je bois une ou deux bouteilles et après, je suis tranquille avec mes idées et mes fantasmes ». Ses voisins de l'autre côté du mur qui, selon lui, pouvaient l'écouter, l'entendre, son patron dont il disait qu'il le harcelait, il pouvait s'en foutre avec l'alcool... C'est une façon de fixer la jouissance et de rendre les choses apparemment plus gérables.

Cela peut aussi avoir des effets de nomination qui peuvent être parfois bienvenus. C'est ainsi qu'on voit des grands psychotiques arriver dans un CSAPA en disant : « Je viens parce que je suis alcoolique » ou « Je viens parce que je suis toxicomane » ! Au bout de deux-trois entretiens, vous le renvoyez au CMP en

leur disant que c'est un grand schizophrène. C'est vrai qu'il fume des joints et qu'il prend divers produits, mais c'est un grand délirant et il faudrait peut-être une prise en charge de secteur plutôt qu'en CSAPA. Et puis vous retrouvez quinze jours plus tard le même patient avec un courrier vous disant qu'il fume quinze joints par jour et que c'est un problème avant tout d'addiction. C'est toute la difficulté, dont on pourrait reparler, du travail conjoint entre CSAPA et secteur psychiatrique. On se les renvoie. Et c'est toujours les cas lourds qu'on se renvoie, bien sûr.

Pour certains patients, dire « je suis toxicomane » plutôt que de dire « je suis schizophrène » peut être plus facile. C'est un statut, c'est une nomination imaginaire qui est plus supportable, plus acceptable.

Il ne faut pas oublier non plus que l'alcoolisme et d'autres addictions peuvent faire lien social et ça, pour certains psychotiques, ce n'est pas rien. Ce sont des sujets souvent déracinés, qui ne travaillent plus, qui ne sont plus en lien parfois avec leur famille, et le bistrot reste le seul lieu où ils parlent avec d'autres. Entre le névrosé bourré au bistrot et le psychotique bourré au bistrot, il est parfois difficile de faire la différence ! Ils parlent des mêmes choses.

Pascale Belot-Fourcade : Ils parlent souvent de la revendication à l'égard de la société. Ce qui est très important dans l'alcool, c'est que c'est une mise en cause de la société et une position à la fois dépressive et persécutée. C'est-à-dire « je n'ai pas l'objet ». C'est cela que cherche l'alcoolique. Il n'a pas eu le bon objet, on ne le lui a pas donné. Il y a eu un désamour initial. Il est dans une certaine révolte sociale qui n'est pas loin de prendre des allures paranoïdes. C'est vrai qu'ils s'entendent bien entre eux, les alcooliques. Il y a là un statut, un miroir. L'alcoolique n'a pas de miroir, il a juste un miroir réel, c'est le copain de bistrot. Toi et moi autour du verre. Le psychotique non plus n'a pas d'alter ego imagé et je trouve que c'est une assez bonne rencontre. Moi, je ne suis pas d'accord de ne pas mettre ces psychotiques au CSAPA. Il faut écouter ce que dit un psychotique. On a à se mettre en secrétariat par rapport à un psychotique, c'est-à-dire écouter ce qu'il dit et le témoignage qu'il en demande.

Thierry Roth : Il ne s'agit pas de virer les psychotiques des CSAPA. Mais dans certains cas graves, ils sont ingérables dans un service de consultation addictologique ambulatoire. Ils ont sans doute besoin d'un hôpital de jour, d'un suivi psychiatrique bien plus régulier... Il s'agit de trouver des partenariats entre secteur psychiatrique et CSAPA qui ne sont pas faciles à trouver. Pour ce qui est des rencontres de bistrots, l'alcoolique est souvent dans la re-

vendication, et l'ivresse donne une libération maniaque de la parole... Entre ce côté qui frise la manie chez l'alcoolique ou la revendication qui peut friser la paranoïa, entre cela et le psychotique qui va boire avec lui, la rencontre peut être en effet complice et « intéressante ».

Pascale Belot-Fourcade : Ce sont les exclus du monde. Ils se sentent exclus.

Thierry Roth : J'insiste sur le fait que pour un psychotique, c'est parfois le seul endroit où il va encore être en lien avec d'autres. Et donc on va vouloir le sevrer puisqu'il est alcoolique et que cela lui cause des problèmes malgré tout. Il ne s'agit pas de dire que l'alcoolisme est une solution à la psychose. Ça pose d'autres problèmes. Un schizophrène qui veut se soigner avec de l'héroïne, ce n'est pas quelqu'un qui va forcément aller mieux. Il ne s'agit pas de faire l'apologie de l'addiction.

Donc fixation de jouissance par l'objet d'addiction, nomination du côté de l'addiction plutôt que du côté de la psychose qui peut être intéressante tant pour le sujet qui vient nous voir que pour sa famille, et puis un lien social que permettent certaines addictions. Le sevrage, on va donc quand même y réfléchir. Un sevrage trop rapide peut provoquer des virages délirants importants. Et puis, il faut réfléchir à ce que l'on va proposer à ce patient. Il ne faut pas oublier que le sevrage, tant pour les psychotiques que pour les non-psychotiques d'ailleurs, cela implique qu'ils ne voient parfois plus personne s'ils veulent rester sevrés... dans la mesure où toutes leurs relations sont en lien avec les produits. Qu'est-ce que vous proposez à ce patient psychotique pour gérer sa psychose, son délire et l'absence de tout lien social une fois qu'il sera sevré et qu'il ne mettra plus les pieds au bistrot par exemple ?

Lacan disait dans son séminaire sur l'identification : « Le psychotique est normal dans sa psychose ». C'est intéressant. Il traite sa psychose comme cela et il n'est pas fou d'une certaine façon. Cela vient calmer sa persécution, ses délires, calmer son sentiment d'être exclu du monde. Il se soigne avec l'addiction et, en cela, il est tout à fait normal... dans sa psychose. Il a trouvé une stratégie qui peut lui convenir même si elle a des conséquences problématiques. J'ai reçu il y a longtemps une femme psychotique. Le problème, c'est qu'elle bouffait toute sa pension avec des jeux à gratter. Cependant, cela faisait pour elle lien social. Quand elle allait acheter le matin et l'après-midi ses Millionnaires et ses Bancos, c'étaient les seuls moments de la journée où elle croisait des gens qu'elle connaissait. Et puis, c'étaient ses deux moments de plaisir. Alors, on allait lui enlever ça, lui interdire de fréquenter les tabacs ? C'étaient ses moments d'adrénaline. Sinon, elle marchait plutôt au ralenti,

bourrée de médicaments. Après, le problème, c'est qu'elle n'avait plus de quoi manger à la fin du mois, ce qui a eu quelques effets problématiques. Il faut avoir à l'esprit qu'un psychotique va essayer de gérer sa psychose comme cela et donc qu'il va falloir prendre en charge sa psychose, y compris au sein du CSAPA, bien sûr.

Comment est-ce qu'on fait, donc, avec les psychotiques ? Quelle prise en charge pour les psychotiques addicts ? Freud disait que le délire était une tentative d'auto-guérison. Face à l'incapacité de répondre en tant que sujet face à quelque chose, il peut y avoir comme cela une réponse délirante. C'est une tentative de réponse. Bernard Vandermersch a proposé que « le psychotique ne peut se mettre en cause quand il s'agit de son désir propre » et je trouve que c'est une formulation assez explicite. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'a pas de désirs. Parce que parfois, on dit « mort du sujet », il n'y a pas de sujet dans la psychose, ce qui théoriquement se justifie. Il a des désirs, le psychotique, mais le problème c'est qu'il ne peut pas être mis en cause par rapport à ses désirs propres. C'est-à-dire qu'il va avoir beaucoup de mal pour en répondre... D'où les phénomènes délirants et d'où les difficultés de transfert. Vous ne pouvez pas, comme dans le transfert avec les névrosés, le mettre en cause dans son désir. Le névrosé, il s'est interrogé déjà sur le désir, sur le désir qui l'a mis au monde, sur le désir de ses parents, sur cette loi qui est venue le contraindre, il a construit une fenêtre sur le monde, une interprétation du monde, de l'énigme parentale, de l'énigme du sexuel – c'est le fantasme. Il y a une énigme qui lui permet d'appréhender la rencontre sexuelle et sa responsabilité de sujet avec ce fantasme qui s'est constitué pour lui. Ça ne veut pas dire que la sexualité va être simple. La sexualité, c'est toujours un peu traumatique. Mais ce « traumatique » va être appréhendé à travers le fantasme. Et, lorsque c'est le cas, ce n'est plus vraiment alors le traumatisme.

Le traumatisme, on en a parlé l'année dernière, c'est quelque chose qui fait irruption dans le réel pour quelqu'un et qui n'a pas été préparé par la dimension symbolique et par le fantasme, et donc le sujet est incapable de le traiter. Lorsque vous allez au Bataclan pour écouter un concert, vous ne vous attendez pas à ce que l'on vous tire dessus. Vous n'êtes pas armés, c'est le cas de le dire, pour gérer ça. Certains s'en sortent mieux que d'autres car ils peuvent faire rentrer ça dans leur fonctionnement névrotique, dans leur fantasme. Cela aura été juste un choc. Alors que pour d'autres, cela vient faire complètement irruption et ce n'est plus traitable, cela vient faire cause de tout pour le reste de leur vie. C'est ça le traumatisme, c'est lorsqu'un événement fait cause et fait identité.

Pascale Belot-Fourcade : Il y a un Ministère des victimes qui vient d'être créé.

Thierry Roth : Là où le névrosé a mis en place son interprétation fantasmatique du monde et du sexuel (ce que Freud a appelé les théories sexuelles infantiles), le psychotique n'est pas armé pour répondre à cela. C'est ce que disait B. Vandermersch, il ne peut se mettre en cause dans son désir propre. Comme vous le savez, les psychoses se déclenchent souvent dans des moments où le sujet est appelé à être responsable en tant que sujet sexué : ça va être les premières rencontres amoureuses, les premiers rapports sexuels, les premiers examens, les premières réussites aux examens. Dans ces moments de nomination : « vous êtes bachelier, vous êtes diplômé, vous êtes papa, maman, en couple » et alors il faut répondre de cela... Et là, il n'y a pas cette division subjective du névrosé avec cette dimension du fantasme. Là où le névrosé est toujours divisé par le langage, il est toujours un peu paumé, le névrosé. Le terroriste, lui, il est dans un moment psychotique quelque part. Il ne se pose plus aucune question, il n'a plus aucune division, il agit selon un discours qui lui a été inculqué. Il pense éventuellement qu'au paradis, cela lui sera rétribué. On veut créer des centres de déradicalisation, on pourrait appeler aussi cela des centres de re-division subjective, essayer de leur permettre d'avoir un peu de recul sur tout cela.

Là où le névrosé est divisé, le psychotique est pris dans cette jouissance qui l'assaille. C'est pour cela qu'il se sent toujours montré, écouté, assailli par l'Autre. Là où le névrosé est divisé, le psychotique est visé, il est toujours mis en cause quelque part ! Il ne sait pas ce qu'on lui veut. Il ne sait pas éventuellement ce qu'il a fait de mal mais il sait qu'un Autre le vise. Il n'y a pas, comme pour le névrosé, cette notion d'incertitude par rapport au désir de l'Autre. Il y a toujours la tentation de la certitude. Il ne sait pas exactement pourquoi on lui en veut, mais il sait qu'on lui en veut. Il sait qu'il est concerné par ce qui se passe. Il ne sait pas toujours ce que veulent dire les signes qu'il perçoit, mais il sait que cela veut dire quelque chose et ce n'est pas la peine de trop le mettre en doute.

Dans le transfert, le risque serait que le thérapeute se mette trop en position de savoir. Ça, ça va vite faire flamber. Ce qu'on peut proposer, c'est une sorte de théorisation conjointe : « Ensemble, on va réfléchir à ce qui se passe pour vous ». Permettre à un psychotique d'en savoir un peu sur sa psychose. Avec les maniaco-dépressifs, ça marche pas mal : leur permettre de repérer les moments où ça part dans des accès maniaques et les moments où ça part dans des accès mélancoliques. On ne va pas chercher à critiquer un délire. Le délire a en soi une notion de vérité. Si vous le mettez en doute, cela n'aura – dans le meilleur des cas ! – pas d'effet. Ces délires sont intéressants à mettre au travail : questionner l'attachement du patient à ce délire, le rôle de ce délire, etc.

C'est très important, le délire, c'est ce qui lui permet de donner une réponse à un vide et à cette impression d'être exclu du monde. Il existe en partie par ce délire, il ne peut répondre autrement que par ce délire. Il faut le respecter, c'est une création, une tentative de guérison comme disait Freud.

Il y a un livre de Nicole Anquetil qui s'appelle *Les Voix*. Dans ce livre, la patiente explique, comme Schreber dans le livre de Freud, ce qui lui arrive. Et, ensuite, le retour de celle qui a été sa psychanalyste et qui essaye de mettre un peu cela en relief. Le délire et tous ces ressentis des psychotiques, on va donc essayer de les mettre sur la table, de les travailler et, dans l'idéal, de créer une pseudo-division par rapport à ce délire. C'est-à-dire un minimum de recul qui va permettre à ces patients de faire avec.

Pascale Belot-Fourcade : Est-ce que tu as travaillé la question de consommation de produits avec les psychotiques ? Comment ça se passe ?

Thierry Roth : Ces produits vont être une manière de faire avec cette jouissance envahissante... On ne peut pas facilement se rendre compte, quand on n'est pas psychotique, de ce qu'implique l'angoisse de la jouissance psychotique qui vient exclure cette dimension du sujet. C'est très touchant et difficile à entendre quand on reçoit des jeunes qui sont dans un moment d'éclosion psychotique. C'est très triste de voir des jeunes qui, tant bien que mal, tenaient dans le début de l'adolescence puis qui, tout à coup, commencent à partir en vrille. On voit qu'ils n'ont pas le répondant... C'est très touchant de voir qu'ils s'engagent dans quelque chose qui ne va pas être facile pour eux et qui, parfois, va finir très mal. Essayer de créer une pseudo-division, c'est peut-être « l'idéal » d'un suivi à long terme.

Lorsqu'une addiction se rajoute au tableau avec cette tentative de gérer sa psychose, cela rend bien sûr le tableau très complexe... Je ne parle pas des effets psychotiques de certaines drogues. Vous avez des non-psychotiques qui vont prendre des hallucinatoires et qui vont avoir des hallucinations. Et il peut aussi y avoir des décompensations psychotiques suite à des produits. Soit c'est temporaire et le névrosé, a priori, va s'y retrouver au bout d'un moment, il va se dire qu'il a fait un « mauvais trip » et une fois que ce *bad trip* a été fait, il va souvent arrêter radicalement, ou parfois continuer. Mais si la fonction paternelle est effective, les moments psychotiques vont être très circonscrits. Lorsque ce moment psychotique est un déclenchement d'une psychose, c'est qu'il va plutôt révéler une psychose sous-jacente sous l'effet de ces produits.

Pascale Belot-Fourcade : Ces drogues ont un effet psychotrope, c'est-à-dire

qu'elles agissent sur la psyché. C'est ça une addiction.

Thierry Roth : Je crois qu'il est crucial d'avoir à l'esprit que dans les cas de psychotiques addicts, et dans les cas de grandes addictions, il ne faut surtout pas se dire qu'on peut régler ça tout seul. Il faut en général un suivi pluridisciplinaire. Cela ne se fait pas sans difficulté mais c'est nécessaire. Sans un suivi socio-éducatif, comment voulez-vous sortir quelqu'un de l'errance ? Encore plus lorsqu'il est dans une errance psychique due à sa psychose. Le suivi médical est très important aussi. Le cas par cas nécessite le travailleur social, les lieux d'hébergement comme ici, où l'hébergement a une fonction aussi bien réelle, symbolique, qu'imaginaire, les suivis médical et psychologique sont primordiaux. C'est un travail au long cours. Ce qu'on peut proposer à ces patients, c'est de travailler ensemble. S'il n'y a pas de psychologue dans l'histoire, cela ne va pas être simple, pour un patient qui est juste aidé au niveau socio-éducatif et médical, de prendre ce recul, avec cette prise en compte de son fonctionnement psychique, pour pouvoir s'en extraire, s'en alléger un peu.

Le problème, c'est que la pluridisciplinarité ça ne marche pas si bien que cela. Dans les réunions de synthèse au sein des lieux où il y a travailleurs sociaux, médecins, psychologues, on voit bien qu'ils n'ont pas toujours la même éthique, le même but de travail, mais les patients s'y retrouvent parfois dans ces différentes approches. Ça crée tout de même des difficultés notamment entre psychanalystes et médecins où l'on se rend bien compte que les approches du patient peuvent se révéler contre-productives. La pluridisciplinarité est vraiment un challenge. Avec les travailleurs sociaux, en général, ça ne marche pas trop mal. Les infirmières ont plus tendance à être prises dans le discours médical. Mais lier ce discours médical à un discours plus « psychosocio » est un challenge qui pose souvent des difficultés.

Pascale Belot-Fourcade : Je crois que c'est très important, quand tu as cité cette phrase de Solal Rabinovitch : « enfermés dehors ». Il est sûr que les CHRS, les CHU sont des endroits où on ne peut pas dire qu'ils sont du dedans ou du dehors. Ils sont à cette frontière où introduire du dedans à quelqu'un qui était tout à fait extérieur, c'est ça la fonction de l'accueil, de l'hospitalité. Il n'est pas évident que tous ceux qui habitent dans un CHRS soient dedans. Ils sont peut-être dehors pour certains encore. Tout ce travail, auquel participent à la fois les travailleurs sociaux et ceux qui sont impliqués dans les soins, s'organise autour de ce paradoxe. On voit bien que les résidents peuvent avoir quelque chose qui peut être de l'en-propre, dans le sens de propriété. De quel

lieu on va être propriétaire ? Celui qui est enfermé dehors, il n'a aucune propriété de lieu. C'est bien pour cela que le « *housing first* » est parfois une utopie, un forcing qui ne marche pas bien.

Il y a en ce qui concerne le travail avec les toxicomanies, en ce qui concerne l'alcool qui est quand même resté dans un lien social à l'encontre des autres drogues, un traitement par les alter ego, les groupes néphalistes, Alcoologiques Anonymes, Croix Bleue... J'ai mis en place avec un médecin, pendant quinze ans, un réseau qui s'appelait les « bistrots d'alcoologie » – on avait gardé ce mot « bistrot » parce que c'était le lien social minimum. Dans ces groupes néphalistes, l'alcoolique, qu'on appelle maintenant « consommateur excessif », ne se trouve pas pris dans un jugement puisque l'autre a été pareil et que l'autre a été alcoolique avec toutes les impasses qu'il y a eues, de délits, d'échecs, de condamnations parfois. Entre eux, ils savent très bien où va l'autre, parce qu'ils sont des anciens buveurs, et dans ces groupes il n'y a pas cette espèce de surmoi social, de morale, comme tu le situais. Et donc ça peut avoir une fonction extrêmement importante, évidemment. En même temps, ça refait du lien social parce qu'à la fin d'une cure, où aller ? Il est certain que dans ces groupes néphalistes, comme à une époque le Parti communiste, comme je le disais, c'est jour et nuit ! Un type qui boit, on le surveille dans la nuit, ils sont dans un dévouement tout à fait extraordinaire, donc ça, ce n'est pas une mauvaise chose parfois. Ils accompagnent de temps en temps des psychotiques. C'est vrai qu'il y a là quelque chose à tenir en considération, en même temps avec cette fonction sociale que ça redonne, parce que souvent ces adonnés à la boisson sont accompagnés, ils ont des réunions régulièrement. Et donc pour ma part, je suis très favorable à ce lien social qui est un lien qui est hors société, c'est-à-dire que ces associations ne pensent pas faire partie du travail social. Ces personnes sont prises en considération telles qu'elles sont, telles qu'elles sont dans la société. C'est elles-mêmes qui font ce groupe, c'est-à-dire que ce n'est pas du travail social ! C'est intéressant de voir ça presque comme un espace transitionnel (Winnicott). Et cette dimension d'intermédiaire est toujours intéressante à considérer parce que si nous socialisons trop, nous fermons tout, et si nous « psychologisons » trop, nous moralisons forcément trop...

Tiphaine Lacaze : Chez les personnes qui ont un problème avec l'alcool, dans nos établissements, il y a parfois, voire souvent, des manifestations assez spectaculaires de l'alcool. La question que je me posais, c'est est-ce que ces crises (crises de violences mais en même temps, il se passe beaucoup de choses pendant ces crises-là) peuvent être instructives ? Est-ce qu'elles

peuvent nous apporter quelque chose dans ce qui est posé à ce moment-là par la personne ? Moi, je me dis parfois, il faudrait presque les décrire, les écrire, ces crises ? Qu'est-ce que cela amène du sujet, ces crises ? Ou est-ce que la personne est vraiment trop sous l'emprise du produit et cela ne fait plus sens du tout avec ce qu'elle est ?

Thierry Roth : Je ne vais pas répondre trop longtemps parce qu'il est déjà tard mais... Moi, quand je reçois un patient en CSAPA et qu'il est complètement saoul, je mets fin à l'entretien. Je lui dis qu'on ne peut pas travailler comme ça et qu'on se reverra une autre fois. Je m'assure éventuellement qu'il n'est pas venu en voiture ! Qu'est-ce qu'on peut faire de ces crises ? Ça dépend. Parfois, cela leur permet de dire des choses qu'ils ne pourraient pas dire autrement. Donc jusqu'à un certain point, on peut en faire quelque chose. Après, quand j'ai des patients qui s'allongent à moitié sur mon bureau sans aligner deux phrases, j'estime qu'on ne peut plus rien faire, sur le moment je veux dire. Le problème c'est que souvent, ils ne s'en rappellent même plus après. Le lendemain, ils ne se rappellent plus de ce qu'ils ont dit. Votre idée de les écrire est pas mal car ça peut permettre de dire « voilà ce que vous avez dit, peut-être que ça vous a fait dire des choses que vous n'auriez pas dit sans alcool... Ce que vous avez dit, ce n'est pas juste l'alcool qui l'a dit. C'est venu de vous quand même ». L'alcool a permis de lever des barrières... Donc, effectivement, des écrits pour pouvoir le lui restituer, ça peut être intéressant – à condition que ce ne soit pas vécu comme persécutif. Ce n'est pas évident de travailler sur le moment même de la crise.

Tiphaine Lacaze : Savoir à qui il adressait sa violence, est-ce que c'est toujours les mêmes... souvent, comme c'est violent, on a tendance à ne plus vouloir y penser.

Thierry Roth : Ce n'est pas parce qu'il boit qu'il n'est plus responsable. Les psychotiques, c'est un peu différent. Moi, j'avais un patient qui était pédophile. À trois reprises, il a fait des « petites choses » avec des enfants sous alcool et il me dit : « Oui, mais c'est parce que j'avais bu » comme si c'était simplement l'alcool qui était à mettre en cause ici ! Et cela, c'est à remettre largement en question, bien sûr.

Florence Frachon : En ce qui concerne le lien social au centre d'hébergement, moi, ce que j'observe, c'est que les personnes qui s'alcoolisent beaucoup beaucoup, ça ne fait pas lien social. Ils sont isolés, ils ne nouent pas de relation.

Ils ne viennent pas aux propositions qui leur sont faites d'en parler en groupe par exemple. Nous sommes là quand même dans un niveau d'alcoolisation et de pathologies psychotiques qui ne fait pas lien social. C'était ma remarque. J'enchaîne sur deux questions. La première, c'est : Faut-il une prise en charge spécifique de l'alcoolique et laquelle ? Dans les CSAPA, en quoi consiste cette prise en charge qui serait spécifique à l'alcool ? Et une autre question : Quand vous dites recréer de la division, qu'est-ce que cela veut dire, concrètement ? Est-ce que vous avez un cas pour nous illustrer cette proposition-là ? Recréer de la division, c'est un terme psychanalytique qui fait référence, chez Freud, au clivage du moi. Chez Lacan, il s'agit d'une division par le langage. Mais, dans la clinique, comment vous utilisez ce concept-là, concrètement ?

Thierry Roth : Est-ce qu'on a encore une petite heure ? (rires) Ce que vous dites sur les moments où ça ne fait plus lien social, c'est évident, comme toute addiction à un certain degré, il n'y a plus grand-chose à en tirer, ça ne fait même pas lien social. Par rapport à votre question sur la division qui me semble importante, qu'est-ce que ça veut dire retrouver une division subjective ? D'abord, ce sera différent en fonction de si c'est un psychotique ou pas. Le psychotique, structurellement, il n'est plus divisé. Ce qu'on peut lui permettre, c'est un appui sur une structure, un thérapeute, un accompagnant, et en même temps une mise au travail avec un psychanalyste de ce qui se passe dans son délire pour pouvoir avoir un minimum d'écart et de connaissance sur son fonctionnement psychotique pour le gérer un peu autrement, pour ne pas trop faire « automatiquement » des passages à l'acte hallucinants ou hallucinés. Avec, souvent, une aide médicamenteuse qui va être nécessaire. On parle parfois même d'« éducation thérapeutique ». Je n'aime pas trop ce terme mais, avec les maniaco-dépressifs, ça peut prendre cette tournure, de les aider à sentir quand ça s'emballe un peu trop, on peut les aider à repérer les moments où ça part dans un sens ou dans l'autre.

Avec les non-psychotiques, retrouver la division subjective, je dirais que c'est avec l'adresse et le transfert. En quoi consiste la division ? Il est clair que lorsque le patient est dans un fonctionnement complètement addictif, il n'y a plus de division. On est dans quelque chose de très dual : l'objet est là ou il n'est pas là. Et la jouissance est d'ailleurs autant dans le manque que dans la consommation de cet objet. Quand ils sont en manque, ils sont dans un état d'effervescence et de jouissance. D'ailleurs, ils s'arrangent souvent pour être en manque de produit. Il y a une sorte de *Fort-Da* purement réel. L'objet est là où il n'est pas là. Retrouver de la division, cela implique de retrouver ce que Lacan a appelé cette dimension de *parlêtre*, cette dimension de langage,

d'être de parole. Et cela, c'est ce qui peut être permis, entre autres, par un lien transférentiel. Et donc par une mise en discours de ce qui se passe là. Ainsi un écart à la jouissance du produit peut percer... C'est en cela que les produits de substitution, certains psychanalystes ont milité pour. Dans le sens où ça permet de calmer un peu, de faire venir des patients dans un lieu de soins, de voir peut-être un travailleur social pour essayer de se réinsérer, de voir un psy pour essayer de réfléchir sur leur fonctionnement psychique, de participer à un groupe de parole, d'avoir des soins médicaux si nécessaires, etc. Et avec le psy peut alors se remettre – éventuellement – en circulation une division... Comme certains de ces patients ont rejeté ou récusé la castration et ce qui venait faire limite pour eux... c'est tellement bien cette jouissance directe et totale qu'il n'y a pas de raison qu'ils s'en privent dans un premier temps. Ils viennent parce que cela leur coûte vraiment trop « cher ». Ce qu'ils peuvent entendre dans le prix qu'ils paient pour leur addiction (quand ils viennent, c'est qu'ils ne vont vraiment pas bien), cela peut permettre, si un lien transférentiel se met en place, de repérer pour eux qu'il y a quelque chose qu'ils n'ont peut-être plus intérêt à rejeter, soit ce qu'en psychanalyse on appelle les lois du langage. C'est-à-dire que, s'ils veulent rester humains, cela implique qu'ils acceptent cette forme de castration et de renoncement. Et qu'ils vont y trouver un autre type de jouissance et de lien aux autres.

Quand les patients arrivent à bout de souffle, ils peuvent, s'ils ont cette curiosité-là, mettre au travail ce « fonctionnement addict », cette économie d'addiction. Et ils vont se rendre compte que soit ils restent dans cette jouissance addictive parce qu'elle est totale et facile... c'est une jouissance complètement idiote aussi : une jouissance qui se passe de l'autre, qui ne demande aucun effort, aucune invention. Il suffit de consommer son produit et d'en attendre les effets. Soit ils restent dans cette jouissance-là, soit, parce que cela leur coûte cher, ils font le pas de ces jouissances et de ces désirs qui passent par l'Autre, qui impliquent un certain type de renonciation, de temporalité, on fait des efforts pour être éventuellement « payé » plus tard, récompensé plus tard, on n'a pas toujours les effets de ses efforts immédiatement. C'est donc un choix éthique aussi, pour les non-psychotiques en tout cas. Il y a une question de choix de vie... D'un côté, il y a cette jouissance directe, totale et idiote ; de l'autre côté, il y a ce qui va passer par l'autre, qui va tenir compte des lois du langage, c'est-à-dire tenir compte du fait que le langage sépare, divise et en même temps permet une forme d'union. Le langage nous sépare les uns des autres et, en même temps, nous unit. S'ils sont vraiment à bout de souffle, ils peuvent – dans les bons cas – se mettre à l'écoute de ce qu'impliquent le langage et la parole et donc en arriver à une forme de division.

Pascale Belot-Fourcade : Je crois quand même que dans un centre comme ici, je pense qu'il serait tout à fait important que les résidents aident et participent et rendent quelque chose, entrant à nouveau dans un circuit de la dette. Parce que les lois du langage, ce sont des lois de l'altérité et de la dette.

Claude Chevrier : Ça montre que l'on doit chercher la rencontre avec la personne et on doit être toujours dans une forme de construction et de recherche. C'est une construction à chaque fois individuelle.

Florence Frachon : La difficulté, au CHRS, c'est qu'on est face à des sujets qui ne peuvent pas entrer dans la dette, qui accumulent des dettes, des sommes astronomiques, qui ne peuvent pas lâcher 20 % de leur revenu pour contribuer à l'hébergement. Ils ne peuvent pas entrer dans la dette symbolique.

Pascale Belot-Fourcade : Écoutez, l'intérêt de la psychiatrie institutionnelle a été effectivement, pour des cas qui ne se traitent pas seulement dans le colloque singulier, de faire participer chacun à la dette quotidienne du vivre ensemble. Ça appartient à tout le monde de balayer. Il est très ennuyeux de créer des institutions où il n'y a plus de lien social ! Dans le lien social, il y a du donnant. On donne toujours un peu plus en faisant quelque chose que ce qu'on a vraiment donné. C'est le dépassement de ce que l'on donne qui a cette dimension d'altérité et de socialisation. On donne toujours un peu plus que ce qu'on pense faire et donner. Et, c'est cette dimension qu'il n'y a pas à perdre, c'est la dimension de l'humanité. C'est important dans ces centres où on donne beaucoup de faire sentir à l'autre qu'il est dans la société et qu'il y a un peu ce jeu du don et de la dette.

Thierry Roth : Grâce à Pascale on finit sur une note positive. Vous voyez, c'est bien ! Merci, et bonne continuation.

Sur quoi fonder nos réponses sur les mises en acte de certains résidents en institution ?

Alain Bellet

14 avril 2016

Alain Bellet : Je travaille en psychiatrie adulte, outre mon activité de psychothérapeute, j'ai une activité de supervision avec les équipes infirmières, en particulier, qui sont chargées de visiter des patients à domicile. C'est une tentative, souvent réussie, de maintenir certains patients au domicile et d'éviter la chronicisation de l'hospitalisation au long cours dans ce qu'on appelait l'asile.

Pascale Belot-Fourcade : C'est important ce que tu dis car il y a une section, ici, de logements, je ne sais plus comment on appelle ça...

Apolline Darreye : Les appartements relais...

Alain Bellet : Exactement, ces mêmes équipes visitent d'ailleurs également les patients logés dans des appartements que l'on appelle, sous des registres un peu différents, appartements thérapeutiques et appartements associatifs. Voilà, donc ça, c'est un peu la vie institutionnelle et la clinique en institution qui viennent s'ajouter à mon activité d'analyste, qui s'inscrit dans le cadre de l'ALI, et enfin, j'ai assuré des enseignements dans divers endroits, de l'Université à différents organismes de formation, formation permanente, et en particulier pendant assez longtemps dans des écoles d'éducateurs et d'assistantes sociales.

Je vais repartir de ces termes : acte et psychose, les deux piliers qui nous préoccupent.

Pascale Belot-Fourcade : Il y a une autre dimension à prendre en compte : le pôle Rosa Luxembourg est un établissement social, centre d'hébergement et de réinsertion sociale, et la psychose n'est pas une évidence.

Alain Bellet : Absolument, on est en plein dans le débat. Qu'est-ce qu'on entend sous le terme de « psychose », terme excessivement problématique. Il y a des passages à l'acte qui ne sont pas psychotiques, et des passages à l'acte, à la limite, tout le monde peut en connaître. Ça n'est pas du tout pathognomonique, représentatif des psychoses. Alors je partirai du champ dans lequel vous intervenez et donc du social. Ce qui caractérise le travail social, c'est qu'il baigne dans des discours en tant que ce sont eux qui font lien social et, en même temps, qu'ils sont soumis à des évolutions constantes. D'où la nécessité de prendre un peu de recul vis-à-vis de ces discours, puisqu'on pourrait dire que ce à quoi on est exposé, c'est déjà à une pathologie du lien ; si le discours fait lien entre les gens, lien social, il est important de prendre un peu de recul par rapport à ces discours dans lesquels on baigne pour considérer précisément les manquements, les défauts de ce lien social, de ce qui ne va pas. En ce qui concerne le discours sur les psychoses, il est porté par un discours problématique parce qu'il réveille immédiatement une dimension ségrégative. Les gens qui ne sont pas dans le domaine de la clinique sont souvent un peu choqués par ce terme de psychose. Le point de vue structural peut être critiqué de cette façon-là. Ce terme de psychose n'a pas toujours eu cours.

Pascale Belot-Fourcade : Nous avons l'habitude, dans notre travail commun dans les centres d'hébergement, de mesurer que la psychose, la folie, ne nous est pas étrangère : par exemple, le moi est paranoïaque, le racisme une folie humaine, l'amour une passion, etc.

Alain Bellet : Oui, mais les termes existent, c'est dans le langage et il faut en faire quelque chose, et le terme de psychose a été précédé de bien d'autres termes qui ont eu également leur valeur ségrégative, la folie, l'aliénation, et aujourd'hui la « maladie mentale ». Tous ces termes désignent la même chose. Je suis aussi cofondateur d'une association, École de Ville-Evrard, dans le cadre de laquelle on organise des journées de formation et des présentations de malades, où on interroge le réel auquel on est confronté quand on entend un patient délirant, halluciné, et donc c'est à ce réel qu'on cherche à donner quelques réponses qui ne soient pas justement trop stigmatisantes et qui cherchent à restituer au sujet quelque chose de sa démarche. Qu'est-ce qu'il fabrique quand il nous raconte ça, quelle fonction ça peut tenir pour lui ? Autre chose que d'être hospitalisé, d'autant qu'aujourd'hui, en général, on n'hospitalise plus les gens trop longtemps et ils sont amenés ensuite à poursuivre leur route et à trouver justement des recours vis-à-vis de ce qui les sollicite.

Pascale Belot-Fourcade : Ils arrivent ici, tu vois. Comme il n'y a plus d'hospitalisations longues...

Alain Bellet : Ils sont dans la rue !

Pascale Belot-Fourcade : Ici, ce n'est pas être dans la rue.

Alain Bellet : Il y en a beaucoup qui sont dans la rue et qui vous arrivent ensuite par la rue.

Pascale Belot-Fourcade : Bien sûr, on connaît bien : souvent ils entrent dans les centres d'hébergement d'urgence ou les centres d'hébergement de réinsertion. Ce sont les populations qui sont ici.

Alain Bellet : Absolument. Alors, je vous ai parlé de discours sur la folie, sur les psychoses, c'est parce que, précisément, je suis tombé sur une formule qui m'a laissé un peu rêveur, le professeur Senon de la faculté de médecine de Poitiers qui nous donne la formule de la dangerosité : schizophrénie + désocialisation + alcool-toxiques + absence de soins = dangerosité. Je ne sais pas ce que vous en pensez, moi, ça m'a laissé un peu songeur.

Une personne de l'assistance : Ça crée un raccourci.

Alain Bellet : Oui, ça crée un raccourci. Si c'était le cas, on vivrait dangereusement.

Une personne de l'assistance : C'est une menace, on le ressent comme une menace.

Alain Bellet : Oui, qu'est-ce que ça représente comme aspect ségrégatif ! Donc, on va reprendre ces discours qu'on ne peut pas refouler, nier. On est dedans, à tout moment, dans la rue, dans les institutions, on est dedans. « Acte », maintenant, propos sur l'acte. Là aussi, on a encore à considérer un bien plus grand éventail, l'agir, l'acte, l'action, le passage à l'acte ou par l'acte, le recours par l'acte, la mise en acte, etc. Donc, la plus grande incertitude sémantique. La signification de tous ces termes, selon l'emploi qui en est fait, va ouvrir des significations très diverses. Et les actes, qu'ils soient transgressifs ou délictueux, ont fait l'objet de travaux multiples qui, toujours, peuvent prêter à une certaine ambiguïté quant à l'objet d'étude. Alors, il y a

immédiatement cette notion de « passage à l'acte », cette notion de déviance, d'affrontement des codes éthiques, des systèmes de valeur, mais là encore, dans quelque société que ce soit, on peut trouver des déviances, des affrontements aux codes ou aux valeurs, consécutifs par exemple à un rejet du code dominant ; ce n'est pas forcément l'effet des errances dans l'inscription à un code quelconque. Le refus d'un code, c'est aussi de Gaulle dans son discours en 1940 qui appelle à la Résistance, est-ce que c'est un passage à l'acte ? C'est en tout cas une position déterminée vis-à-vis d'une situation établie en France au moment de l'Occupation. Il peut y avoir différents niveaux de réalisation de l'acte, ça peut être aussi bien finalement une capacité d'adaptation satisfaisante dans un contexte précis et traduire une structuration psychique plutôt convenable. La notion même de délit tend à induire la confusion entre loi sociale, loi juridique, loi symbolique. Le respect de la loi sociale n'équivaut pas à une inscription dans la loi symbolique et l'acte délictueux ne signifie pas en soi une défaillance de la référence symbolique. Tout le théâtre classique évoque ce conflit entre les lois de l'homme et les lois de la cité.

La psychiatrie elle-même s'est très tôt penchée sur les pathologies de l'agir. On pourrait même dire que l'histoire de la psychiatrie est liée à la contention des agir, de la pathologie de l'agir, des formes impulsives de l'agir. On pourrait évoquer le livre de Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*. Et c'est le passage à l'acte qui a été le plus fréquemment usité pour souligner la violence ou la brusquerie de diverses conduites court-circuitant la vie mentale et précipitant le sujet dans une action : agressions, suicides, délits, conduites impulsives et violentes.

Pascale Belot-Fourcade : Tu nous parles de l'actualité !

Alain Bellet : C'est tous les jours. Avec en plus cette dimension de masse qu'on a aujourd'hui et qu'on n'avait pas avant.

Pascale Belot-Fourcade : Il y a quelque chose de très important qui nous concerne : l'agression des proviseurs et des enseignants dans les établissements scolaires, les proviseurs disant : « Qu'est-ce que vous voulez ? On ferme l'établissement, on se met derrière les poubelles ? » Voilà la réponse à cet acte ; c'est quand même ennuyeux que les proviseurs et proviseurs adjoints soient hospitalisés sous les projectiles des jeunes, actuellement.

Alain Bellet : Effectivement, tu poses la question de la réponse, que répondre ? Et si on met en face de l'acte la pensée, la réflexion, l'opération

psychique, on voit immédiatement que dans le registre psychologique, psychiatrique, cette opposition va en quelque sorte pathologiser l'acte, en faire une pathologie. En gros, on va dire que tout criminel a une motivation pour son crime et s'il n'en a pas c'est qu'il est fou. C'est un peu le raisonnement. Immédiatement, il faut trouver une causalité vis-à-vis de ces comportements imprévisibles avant même de trouver une réponse à donner. Qu'est-ce qui cause ça ? L'histoire de la médecine depuis l'Antiquité a été une recherche de la causalité, religieuse, magique, etc., jusqu'à aujourd'hui où la causalité est du registre chimique, un neuromédiateur qui ne fonctionne pas très bien dans le système nerveux.

Pascale Belot-Fourcade : Oui, maintenant les gens te disent : « Je vais pas bien, je fais des choses parce que je ne recapture pas la sérotonine. »

Alain Bellet : Voilà. (rires)

C'est « suppression » ce que je voulais vous dire en avant-propos et que j'ai oublié, c'est que j'ai l'impression qu'aujourd'hui, nous sommes encore dans une possibilité de réserver un petit point d'interrogation à la question de la folie, on va encore dire ce qu'on voit avec ces patients délirants, hallucinés, avec des troubles du comportement incompréhensibles, on peut encore rester un peu secs, interrogatifs, mais que très bientôt on aura les réponses, ce sera effectivement la sérotonine, n'importe quel neuromédiateur, mais pas seulement. J'ai l'exemple des troubles obsessionnels compulsifs, une personne qui ne peut pas rester à son cours sans aller se laver les mains toutes les deux minutes, c'est véritablement handicapant. On a montré en service de neurologie qu'on pouvait stimuler une zone profonde du cerveau, un noyau très précis, très bien localisé, et qu'on peut même mettre un interrupteur sous la clavicle du patient et dès qu'on appuie, hop, il arrête de se laver les mains ; on ré-appuie et aussitôt il reprend. On a là la maîtrise sur commande. Seulement, les chercheurs sont aussitôt venus solliciter les psychologues du service en disant que ce serait bien de faire quelque chose pour eux, parce que quand on leur coupe leur TOC, les patients se suicident. Je dis ça simplement qu'avec la biochimie moléculaire et les techniques les plus extraordinaires d'imagerie, on approche d'un moment où on va pouvoir donner une réponse objective à la folie.

Pascale Belot-Fourcade : Enfin, tu viens de dire que ce n'est pas non plus possible puisque quand on leur enlève les TOC, ils se suicident, donc il y a bien là quelque chose d'impossible.

Alain Bellet : Les professeurs diront qu'ils vont trouver un autre endroit du cerveau à stimuler pour inhiber les passages à l'acte ! Bien évidemment que face au réel de la folie, on n'aura pas la réponse définitive, mais on arrivera à donner l'impression que, effectivement, la recapture de la sérotonine, la lumière qui manque en hiver, seraient les derniers mots de l'affaire.

Alors qu'en est-il pour la psychanalyse ? L'acte en psychanalyse, ça renvoie à l'« *agieren* » chez Freud. C'est une dimension très développée par lui dès ses premiers travaux dans *L'Esquisse*. L'enfant, dans les premiers temps de sa vie, est dans une dépendance complète à son environnement ; pour survivre, il est dépendant du désir de celui ou de ceux qui veulent qu'il vive. Il sera dépendant d'un premier agir qui est celui de sa mère qui va le nourrir, le secourir, un premier agir qui vient lui apporter une satisfaction immédiate par rapport à une tension interne, organique, la faim ou d'autres tensions des lieux de son corps, une colique, par exemple, et les soins apportés peuvent le soulager. Donc un agir comme venant apporter un soulagement immédiat à la tension. Freud va beaucoup s'interroger : comment en partant de là, de cette satisfaction de la tension, l'enfant va-t-il progresser ? Comment va-t-il s'inscrire dans le monde humain, dans le monde de l'échange, le monde du langage ? Bien évidemment, ça va passer dans son développement par une capacité à mentaliser, à se représenter, et cette capacité à rentrer dans le monde de l'échange avec son entourage va l'amener à renoncer à cette satisfaction immédiate. C'est ce renoncement qui est déjà un renoncement à un premier agir qui lui permettra de rentrer dans ce qui sera ensuite le monde du fantasme, des représentations mentales, de la réflexion. Donc passage pour Freud du principe de plaisir au principe de réalité, c'est-à-dire d'une satisfaction immédiate à une satisfaction un tant soit peu différée. Il s'agit toujours de satisfaire à une tension mais, par le principe de réalité, on accepte le détour par le langage, par l'échange, par tout ce monde du symbolique dans lequel on baigne.

Voilà, donc ce n'est pas que ça, mais en psychanalyse c'est déjà ça, agir. Un agir qu'on pourrait dire primordial. Quand je disais que le passage à l'acte, c'est un défaut de mentalisation, on voit tout de suite à quoi ça peut renvoyer, ce serait comme un refus d'en passer par l'échange, par la verbalisation et un retour à la satisfaction immédiate procurée par un acte qui, bien évidemment, est définitivement perdu, parce que notre façon de nous satisfaire malgré tous nos détours, ou à cause de tous ces détours, fait qu'on ne retrouve jamais la satisfaction primordiale ; et donc on est confronté effectivement à un manque qui est à l'origine de ce que Freud puis Lacan mettront au registre du désir, il faut que ça manque, et quand ça ne manque plus, c'est le retour à l'acte.

Alors passage à l'acte, c'était déjà très employé dans le monde de la psychiatrie et, au XX^e siècle, Lacan se distancie de son ami Henri Ey, psychiatre français très connu sur cette question du passage à l'acte et de l'*acting out*. Pour Henri Ey, il y avait un continuum entre un agir ou une action éventuellement à valeur symbolique, mais qui n'avait pas ce côté d'effraction que peut avoir le passage à l'acte, et le passage à l'acte qui aurait été là simplement un acte un peu plus fort. Lacan réfute, il dit non, le passage à l'acte vient faire rupture. Il va différencier *acting out* et passage à l'acte. L'*acting out*, c'est une mise en acte, très souvent venant hors de la situation de la cure, mais venant exprimer quelque chose qui s'est joué dans la cure ; ça vient symboliser là des souvenirs, des fantasmes. Cet *acting out* est une signification non assumée dans un appel lancé à l'Autre et c'est souvent dans les moments difficiles de la cure où l'analyste a un petit peu raté son coup, où il n'a pas été très judicieux, où il a fait une intervention qui n'était pas bonne, quelque chose où il n'a pas su répondre au moment où il aurait fallu répondre, et le patient va agir à ce moment-là pour dire quelque chose à l'analyste. Mais il peut agir aussi en dehors de la séance et après lui évoquer cet épisode où il a agi. Donc, vous voyez que là, la façon d'agir est une façon quasi théâtrale, c'est une façon de dire quelque chose avec des gestes, avec un comportement.

Alors que le passage à l'acte, il n'y a aucune médiation possible, aucun interlocuteur présent, ça traduit plutôt le vécu d'une menace interne pour laquelle le sujet considérerait qu'il n'y a pas d'autre échappatoire. C'est une dimension à laquelle vous devez être sensible, très souvent, pas toujours, la personne qui a commis ce passage à l'acte était dans une situation contraignante au point qu'elle ne trouve pas d'autre issue. Alors, dans une institution, vous pouvez facilement vous imaginer des situations où quelqu'un a été sanctionné, ou refusé, d'une certaine demande qu'il aurait formulée, etc. Ce n'est pas toujours évident d'évaluer ce contexte où le patient, progressivement, se trouve pris, coincé, comme une souris dans un piège.

Donc voilà, *acting out* et passage à l'acte, deux dimensions, l'une très inscrite encore dans le relationnel, dans le langage, dans le symbolique, même si c'est d'une façon un peu détournée, et le passage à l'acte comme défaut du recours et très souvent dans une situation contraignante. Je m'interrogeais tout à l'heure sur cette situation contraignante, c'est excessivement difficile à repérer. Je me souviens d'un psychopathe qui me racontait qu'il avait été recueilli par des amis et puis, un jour, il se balade seul avec le chien de ses amis le long d'une falaise et, à un moment, il ne tient pas, il prend le chien et il le balance en bas des falaises, il le tue. Il me dit : « Je ne sais pas pourquoi j'ai fait ça, je crois que j'étais jaloux de ce chien. »

Pascale Belot-Fourcade : Heureusement qu'il y avait un chien ! (rires)

Alain Belley : Peut-être, tu as raison, mais il n'était même pas dépressif à ce moment-là, donc il semblerait que, d'après ce qu'il m'a dit pour traduire son état d'esprit à ce moment-là, ce geste impulsif, eh bien c'était de la jalousie. Il trouvait que ses amis qui l'avaient reçu étaient trop gentils avec leur chien, qu'ils consacraient trop de temps à leur chien et lui s'était senti un peu délaissé, jaloux. Je conçois assez bien ce refus de la frustration qui a provoqué ce geste impulsif immédiat. Il a suffi qu'il ait ce sentiment de jalousie qui lui arrive pour que, hop, ça se résolve immédiatement. Pour vous dire à quel point vous n'allez pas forcément pouvoir prévoir un passage à l'acte parce que vous ne savez pas forcément dans quel contexte ça va se résoudre, se jouer.

Une personne de l'assistance : On a beaucoup d'exemples de passages à l'acte moins violents au CHRS. Par exemple, un monsieur que je vois une fois, deux fois par semaine, il me sollicite un troisième rendez-vous et là je dis non, je ne peux pas. Du coup, pendant trois semaines, plus de nouvelles, il ne répond plus au courrier, il ne donne plus signe de vie, et on apprend que, je l'ai revu hier où là il me dit : « Je pensais que vous ne m'aimiez plus ». Donc il y a des passages à l'acte moins violents, mais c'est quand même un passage à l'acte où la personne ne voulait plus répondre.

Apolline Darreys : Alors c'est un passage à l'acte ou c'est un *acting out* dans ce cas-là ?

Alain Belley : Alors question...

Apolline Darreys : Parce que là, il y a quand même une demande, il a essayé de faire passer un message.

Alain Bellet : Il y a quand même une demande. C'est là l'important. Quand on peut en parler, vous êtes d'accord, vous seriez plutôt tenté de le mettre sur le registre de l'*acting out* que du passage à l'acte.

Apolline Darreys : Il s'est adressé, il voulait faire passer un message à son assistante sociale.

Alain Bellet : « Vous ne m'aimez plus. »

Une personne de l'assistance : Il a attendu que ce soit moi qui l'interpelle, tant que je ne faisais pas la démarche, il restait sur sa position.

Alain Bellet : Oui, bien sûr. Mais c'est plutôt rassurant parce qu'il y a une demande d'amour, quand même.

Une autre personne de l'assistance : Il y a des passages à l'acte comme la kleptomanie avec des personnes qui, après, culpabilisent souvent énormément de ce passage à l'acte.

Alain Bellet : C'est un bénéfice de plus, la culpabilité.

Une autre personne de l'assistance : Oui, et du coup c'est compliqué, parce que si on dit que la personne intervient sous la contrainte sans autre possibilité à ce moment-là, comment est-ce qu'on peut reprendre cet acte-là ? À un moment donné, il faut quand même qu'on puisse, nous, poser une limite et comment est-ce qu'on peut reprendre ce type ?

Une troisième personne de l'assistance : C'est un bon exemple, parce que c'est le genre d'acte où on n'arrive pas à trouver le sens. Pour nous, ça n'a pas de sens ce que font ces personnes, donc c'est difficile d'élaborer une réponse quand on est face à quelque chose qui n'a pas de sens pour nous.

Alain Bellet : Tout à fait.

Pascale Belot-Fourcade : C'est très intéressant à la fois votre premier exemple qui est, finalement, l'envers d'un passage à l'acte, il n'y a pas de passage à l'acte, c'est-à-dire l'impossibilité de le faire, et puis cette kleptomanie parce qu'avec la pathologie qu'il y a ici, qui est une pathologie essentiellement fondée sur l'abandon, la kleptomanie, quel en est le sens ? C'est une chose assez intéressante la kleptomanie (on a parlé l'an dernier de ces enfants dans des maltraitements) parce qu'évidemment, cet objet qui est dérobé dans la kleptomanie est intéressant : c'est un objet pris dans le réel, qui va tenter de récupérer, de combler dans le réel un don symbolique qui n'a pas été donné, le don de l'existence et c'est ça qui est cherché. Cet objet est d'autant plus particulier que les kleptomane ne l'utilisent jamais pour eux. Une kleptomane, à propos des vêtements volés dans un magasin, me disait : « Évidemment, je n'en porterai aucun », c'est-à-dire qu'elle les accumulait.

Une personne de l'assistance : Donc, en fait, il faut qu'on accepte que la personne n'ait pas du tout essayé de nous faire passer un message et qu'on parte de ce rien.

Alain Bellet : Comment on répond à ce genre d'acte ? C'est la question que vous posez. En préalable, on n'a pas de réponses toutes faites, bien sûr. Mais il n'empêche que dans les institutions où on est confronté à ce type d'actes répétés, on est dans la répétition avec la kleptomanie, dimension importante sur laquelle on reviendra, je ne pense pas que la sanction soit la seule réponse qui puisse être donnée. C'est l'occasion pour chacun ou chacune d'entre vous, quand ça se présente avec la personne de lui offrir là, précisément, un moment où elle puisse en dire quelque chose. Vous n'en savez rien, la signification vous paraît totalement aberrante, elle pique des trucs, elle s'en sert même pas, elle embête tous ses voisins, etc., vous pourriez l'interpréter sur un mode un peu persécutif, elle fait ça pour nous embêter, pour semer la zizanie dans l'institution, il va falloir sanctionner.

Une personne de l'assistance : Ou bien c'est une voleuse.

Alain Belley : Ou bien c'est une voleuse, l'interprétation morale immédiate, et il faut la corriger.

Une personne de l'assistance : Ou lui refuser l'accès à un collectif.

Alain Belley : Ou lui refuser l'accès aux lieux où elle peut...

Une personne de l'assistance : Elle s'est livrée et on lui a refusé un appartement thérapeutique en disant : elle ne pourra pas vivre en collectif si elle est kleptomane ; elle s'est livrée et elle était dans un moment de vérité pour elle. J'ai trouvé ça très violent de l'avoir sanctionnée.

Alain Bellet : Une fois que vous savez qu'elle a ce travers, vous ne pouvez que lui proposer un accompagnement, soit un accompagnement d'ordre psychothérapique, soit en tant que travailleur social au quotidien : qu'est-ce qui s'est passé pour toi, parles-en un peu. Que ce soit en individuel ou que ce soit en groupe, puisque très souvent dans les institutions, il y a des moments de remaniement groupal et donc ce sont autant d'occasions de resolliciter une parole sur un acte. C'est tout ce que vous pouvez faire et peut-être que vous découvrirez des choses nouvelles dans la détermination de son acte, mais voilà.

Claude Chevrier : Pour ce cas-là, nous avons le choix, soit trente coups de bâton ou une inscription dans un atelier d'expression, on lui a proposé l'atelier d'expression dans lequel elle est en ce moment très investie et elle se plaît beaucoup.

Alain Bellet : Eh bien voilà. Ça, c'est une autre réponse excessivement importante, c'est l'occasion d'une créativité, pour un grand nombre de pathologies, offrir un moment protégé de créativité quel que soit l'atelier.

Pascale Belot-Fourcade : Il faut quand même bien situer que nous, nous arrivons après l'acte, il faut quand même le savoir et il faut leur dire : « Voilà, moi, je suis là, je ne connais rien, je ne sais rien, moi, j'arrive après ». Il ne faut pas penser que comme nous sommes observateurs, on serait dans la même temporalité, on n'est pas dans le même temps que celui ou celle qui a fait cet acte, c'est ça qu'il est très important de situer, c'est-à-dire le resituer, lui, dans sa temporalité et nous dans la nôtre, et notre action n'est pas en ligne directe avec son acte. Si, effectivement, quelqu'un a bu, et puis a tout cassé, a dévasté quelque chose, ou par exemple ces jeunes qui viennent d'envoyer à l'hôpital un proviseur adjoint, à ce moment-là, on ne peut pas le permettre, il y a une réponse sociale, c'est la loi qui interdit cette affaire. Mais on arrive après et notre réponse est d'ailleurs peut-être à définir : ici, l'articulation dans le *socius*, le vivre ensemble, là ces gamins qui ont envoyé un proviseur à l'hôpital, ça va être une réponse légale.

Une personne de l'assistance : Pour revenir à la kleptomanie, j'ai l'impression que c'est en fait la différence qui est intéressante dans notre position de travailleur social, je suis assistante sociale, quand il y a absolument besoin dans certains cas de dire quelque chose : on doit mettre une sanction, une réponse. Ce que je trouve intéressant, c'est que vous situez ce décalage en traitant le temps, ça permet de resituer les différences de temporalité et de mettre des mots dessus.

Alain Bellet : La difficulté dans ces actes répétitifs, c'est que, très souvent, ils arrivent comme ça dans un défaut de verbalisation : « Je ne sais pas pourquoi j'ai fait ça, je sais pas. – Tu étais malheureuse, ta mère t'a négligée ? – Oh, pas plus que toute mère ou pas moins. » Il y a une espèce de filage, comme ça, de banalisation où rien n'accroche, il n'y a que l'acte. C'est en cela que c'est important de trouver des moments privilégiés où on peut réoffrir un réamorçage de paroles. Il ne faut pas l'oublier, il faut être soucieux de ça, même

s'il y a des ateliers, même s'il y a des sanctions, il y a aussi ce souci d'un moment privilégié pour remobiliser une verbalisation. C'est terrible ces gens qui n'ont rien à vous dire, il y a en psychosomatique un terme, en alcoologie en particulier, l'alexithymie, un terme un peu barbare, c'est une espèce de refus de la causalité, le refus de considérer qu'il y a quelque chose qui peut m'affecter, rien ne m'affecte. Il y a à la base de ça une difficulté de la capacité à fantasmer, il n'y a pas de fantasme. La vie intérieure, la vie psychique, c'est le désert, c'est aussi ce qu'on appelle la pensée opératoire. Vous me demandez ce que je dois vous dire, eh bien aujourd'hui, je me suis levée à 8 h 30, j'ai pris mon petit-déjeuner, j'ai pris le métro, je suis allée bosser puis j'ai repris le métro et je suis rentrée à la maison. Voilà. Il n'y a rien, pas d'affects, pas de fantasmes, pas de représentations, il n'y a rien. Et quand vous essayez, parce que vous êtes vraiment insistant, à trouver un biais dans lequel vous allez rentrer : « Là, vous avez dû...? – Ah non, là rien du tout, désolée ». Il y a un refus de considérer l'affect. Ce n'est pas seulement le désert, c'est une position de refus qu'on retrouve chez beaucoup de toxicomanes, dans les conduites addictives. Là, ce n'est pas une conduite addictive, sauf qu'on pourrait dire qu'il y a une petite conduite addictive dans la kleptomanie, hein ? Ça me paraît important, c'est ce que disent globalement tous les pys et travailleurs sociaux, vous ne pouvez pas empêcher un *acting* ou un acte quelconque, mais en tout cas, vous devez être là à un moment ou un autre pour relancer la verbalisation sur cet acte. Parce que le terme d'*acting out*, en psychanalyse, désigne aussi cette dimension de répétition et d'expression ; l'*acting out* désigne cet *acting* qu'il y a dans le transfert et qui est une manifestation de la résistance dans la cure. En deux mots, je vais vous le faire avec un petit exemple très classique, c'est Freud avec un de ses patients, qui souffre d'une bonne névrose obsessionnelle invalidante, et qui entend son patient se plaindre de toutes ses compulsions ; il ne peut plus sortir de chez lui, il est envahi par tout un tas de comportements auxquels il ne peut pas se soustraire et qui sont extrêmement invalidants et également d'obsessions c'est-à-dire de pensées qui envahissent sa vie psychique et, entre autres, la pensée qu'il pourrait arriver quelque chose qui pourrait faire du tort à son père et également à celle qui est sa compagne du moment. Alors, ça paraît d'autant plus délirant, entre guillemets, que son père est mort trois ans auparavant. Vous voyez à quel point dans une névrose ordinaire, enfin pas ordinaire car elle était quand même assez massive, mais en tout cas dans un registre névrotique et non pas psychotique, il y a des manifestations qui peuvent se révéler quasi délirantes et, au fond, approcher une dimension qui n'est pas si éloignée de la clinique des psychoses. Que fait Freud ? Il fait ce que font tous les psychanalystes

qui rament dans le sable, il dit à son patient régulièrement : « Mais pour que vous ayez comme ça autant de préoccupations quant à l'état de santé de votre père, c'est que peut-être vous avez eu des sentiments un petit peu agressifs à son égard ? – Oh non, pas du tout, il a toujours été mon meilleur ami, on s'est toujours dit tout ce qu'on avait à se dire, c'était quasiment un copain, je l'adorais et il n'y a jamais eu de mystères entre nous ». Et voilà que se déroule l'analyse avec les répétitions où le patient se plaint de ses idées mortifères et où Freud essaye de temps en temps de lui ramener un souvenir ancien, mais il n'y en a pas, ç'a toujours été l'idylle parfaite avec papa. Jusqu'au jour où le patient arrive de mauvais poil, commence à râler contre l'analyste : c'est du flan votre analyse, ça ne sert à rien, je perds mon temps, le canapé est ridicule, etc. Freud lui dit : « Pourquoi vous ne vous allongez pas quand même ? » Là, le patient dit : « Oui, c'est ça, alors que je suis en train de vous insulter, si je m'allonge vous allez en profiter pour me flanquer une baffe, d'ailleurs comme mon père ». Et là, enfin, lui reviennent des souvenirs de sa petite enfance ; quand il avait deux ou trois ans, c'était un enfant mordeur et son père lui avait flanqué une raclée mémorable, qu'il avait quand même refoulée pendant un certain temps ; et lui-même avait piqué une colère monstre, il avait à peine la première maîtrise du langage et il a traité son père de table, de chaise, de verre, de broc, etc. Il n'avait pas d'autres recours face à cette raclée. Et puis les souvenirs sont revenus, il s'est aperçu que d'autres fois aussi, il avait pris des raclées de son père et que ce père adorable n'était pas si facile dans son plus jeune âge ; et sans doute qu'après il s'est totalement soumis à son père et il s'est organisé autour de cette soumission. Et Freud dit voilà, ça, c'est le moteur de la cure, c'est comme ça que ça marche, c'est comme ça que ça avance. C'est-à-dire que, à un moment, le sujet approche d'un noyau un peu délicat et il manifeste de la résistance dans la cure. Et donc, il y a cette dimension de la résistance, cette dimension de la répétition et de l'agir et Freud va avoir cette formule : le patient agit au lieu de se remémorer ; il commence par agir. Le processus de la cure, c'est ça, et c'est ça le transfert. Il agit dans la relation au thérapeute qu'il prend là pour son père, etc. Donc, cette procédure de passer par l'agir au lieu de se remémorer est quelque chose que l'analyse révèle et qu'elle utilise. Il faut passer par ce moment difficile pour le dépasser et continuer à avancer. S'il n'y a pas ce mouvement-là, il n'y a pas d'analyse. Donc voilà, *acting out*, coup de folie destiné à éviter une angoisse, une mise en scène du rejet aussi bien que du dévoilement du dire angoissant de l'Autre sourd qui n'entend pas. C'est un aspect du transfert, une monstration, une histoire sans paroles de ce que le sujet ne peut dire. C'est une des manifestations pour dire quelque chose, il y en a d'autres, le rêve est aussi une manifestation

adressée à l'analyste éventuellement dans le transfert.

Pascale Belot-Fourcade : C'est un lieu collectif, on a beaucoup de mal dans la gestion générale des personnes dans un lieu collectif, à savoir qu'il n'y a pas de sujet collectif et qu'ils sont tous à appréhender un par un. Ce qui est ennuyeux dans ces passages à l'acte dans une institution, c'est effectivement cette globalisation qui, de fait, « anonymise » les gens et ne prend pas en compte leurs réponses. Le directeur peut parfois imposer une réponse générale, c'est sa place aussi, mais dans vos actions il faut bien mesurer comment vous avez levé quelque chose chez des sujets en vous adressant à eux un par un. Vous travaillez toujours avec les sujets qui sont plus au-delà ou en deçà que vous ne le pensez dans leur réalité. Comment adapter vos paroles ou vos réponses sans être dans la complaisance ou la complicité ou, au contraire, dans l'exclusion, c'est ça qui est très, très compliqué.

Une personne de l'assistance : C'est ce qu'on essaie de faire un maximum. À chaque signalement sont pris en compte la situation de la personne, son histoire et quelle réponse on peut y apporter, et surtout quel sens ça va donner. Parfois, ce qui va être plus compliqué, c'est quand un acte a été commis dans le collectif, pour les personnes qui ont pu assister à cet acte-là, ce qu'ils en comprennent et ce qu'ils vont interpréter de ce qui a été posé là. Ça ne les regarde pas, c'est entre la direction et la personne, sauf que pour certains, c'est quand même compliqué.

Alain Bellet : Ils ont été témoins, ça les regarde.

Une personne de l'assistance : Oui.

Alain Bellet : De là l'utilité des petites réunions institutionnelles où les gens peuvent chacun dire comment ils ont interprété le truc, c'est important que chacun puisse dire comment il a vécu ce dont il a été témoin, ça peut désamorcer, là aussi, quelque chose.

Une personne de l'assistance : C'est important que les personnes puissent nous dire, mais nous, c'est vrai qu'en face on ne peut pas leur dire vraiment quelle est notre réponse à cette situation ; là, pour le coup, ça ne concerne que la personne qui est passée à l'acte. Autant on peut écouter le résident témoin s'il a envie de nous dire ce qu'il pense de l'événement, mais nous, en face, on ne peut pas quand même lui expliquer ce qu'on a mis en place pour répondre à ce passage à l'acte.

Alain Bellet : Ça dépend de ce que vous avez mis en place pour répondre.

Une personne de l'assistance : Il peut y avoir aussi des plaintes de certains résidents : « Untel a fait un acte de violence et vous ne le sanctionnez pas alors que moi, dès que je fais un pas de travers, vous ne me passez rien. »

Alain Bellet : Vous pouvez lui dire qu'il y a eu une réponse.

Une personne de l'assistance : Notre problème, c'est qu'on pousse peut-être un peu trop loin cette personnalisation de la réponse, est-ce qu'on ne devrait pas garder quand même des grands principes sur des actes et se rapprocher également de la vie normale ?

Claude Chevrier : D'accord, mais dans la vie normale il n'y a pas tout le temps non plus des sanctions, on n'est pas dans un monde où à chaque pas de travers il y a une sanction. Il y a un règlement, des règles institutionnelles, après on compte sur les uns et les autres pour les observer. Ce qu'il faut, par contre, c'est recevoir la personne à chaque fois, mettre des mots, parler ensemble et pas systématiquement chercher quelle est la sanction qu'il faut mettre, la plus appropriée. Il n'y a pas de sanctions, parfois, mais on discute avec la personne. Personnellement, je trouve qu'il y a quelque chose qui s'est passé dans le bureau, dans la rencontre, dans le fait de mettre des mots, dire qu'on n'est pas très satisfait de ce qui s'est passé, la personne entend, voilà, on n'est pas toujours à chaque fois obligé de trouver une sanction.

Une personne de l'assistance : Ça dépend quand même du type d'acte...

Alain Bellet : Votre question et, en tout cas, la question qui revient souvent, c'est pas entre la personne qui a commis un délit et vous, mais c'est le tiers qui arrive : vous n'avez pas fait ça...

Une personne de l'assistance : Oui, le sentiment d'injustice.

Alain Bellet : Le sentiment d'injustice, « vous l'aimez elle plus que moi ». Il faut que vous puissiez vous appuyer sur le fait que vous avez donné une réponse, que cette réponse n'est pas nécessairement divulgable, mais qu'elle a été donnée, et que maintenant tu viens encore me solliciter, pourquoi je ne l'ai pas foutu dehors et là, c'est toi que ça regarde. C'est toi qui es là en question, pourquoi tu me sollicites comme ça, qu'est-ce que tu réclames, qu'est-ce

que tu demandes ? Je pense qu'il y a un côté un peu infantile dans l'affaire et il faut lui faire sentir que c'est sa demande d'amour qui vient là se manifester parce que vous, d'un point de vue institutionnel, la réponse a été donnée. Vous n'avez pas à aller plus loin.

Il est évident que, là, on parle de moments du quotidien, du relationnel, de la demande d'amour, dis-moi que tu m'aimes, pourquoi l'autre a un régime plus favorable que moi. Mais on a évoqué le passage à l'acte où là ce n'est pas la même chose, on n'est pas dans cette demande d'amour, le sujet est confronté radicalement à ce qu'il est comme objet, il n'est plus un sujet, il est devenu objet réel pour l'Autre, cet objet de déchet, cet objet abandonné, avec cette dimension où le corps est immédiatement sollicité, ce qui fait la dangerosité du passage à l'acte. Alors là, évidemment, il y a le premier passage à l'acte, vous passez par la fenêtre, l'autolyse, la défenestration où, tout à coup, le sujet n'est plus sujet, il n'est plus qu'objet à jeter et il se jette.

Pascale Belot-Fourcade : Tu parles de la mélancolie.

Alain Bellet : Pas seulement, évidemment la mélancolie est un modèle de cette position, mais il y a des moments mélancoliques et chacun peut en avoir, chacun peut se trouver à un moment identifié à cet objet de rejet où toute symbolisation est devenue impossible, une dimension d'angoisse, la plupart du temps, à l'approche de ce collage à l'objet et qui se résout sur ce mode impulsif immédiat, en s'éjectant ; il est dit qu'il traverse la scène de son fantasme, il n'y a plus l'écran du fantasme. Ce passage à l'acte ne s'adresse à personne, n'attend aucune interprétation, le sujet n'est plus le sujet divisé, c'est la victoire de ce que Freud appelait la pulsion de mort, désintrinsication des pulsions. Dans la psychose, j'ai été témoin de bien des choses dans les passages à l'acte sur le corps. Par exemple, quelqu'un qui avalait des cailloux ou se plantait périodiquement des morceaux de fer dans la cuisse. On essayait de le faire parler sur ses gestes, c'était d'une pauvreté incroyable, le caillou lui était tombé dessus en faisant des travaux. Allez donner un sens au comportement ! Vous pouvez toujours parler d'éjection, d'incorporation à quelqu'un, un schizophrène, qui par ailleurs faisait preuve d'une relative bonne adaptation sociale la plupart du temps, eh bien voilà. Et très souvent, qu'est-ce qui se joue dans ce rapport au corps, dans ces passages à l'acte si ce n'est de tenter de produire une coupure, une intrusion qui n'a pas été faite pour le sujet.

Pascale Belot-Fourcade : Actuellement, nous voyons chez les jeunes filles des actes de mutilation (vous devez en avoir eu ici récemment), sur les jambes,

les bras. Il y a plusieurs années, on se coupait les veines, on se coupe un peu moins les veines maintenant, mais les mutilations peuvent aller très loin avec des choses extrêmement graves. Je pense à une jeune fille adoptée qui est divisée entre une vie « originaire » de naissance et une famille adoptive, qui n'arrive pas à relier le passé d'abandon et le présent actuel, c'est une dialectisation qui ne s'est pas faite. C'est une pathologie qui est très importante et qui touche de façon privilégiée des filles qui ne sont pas forcément psychotiques ; c'est un point d'identité, une dialectisation d'identité qui ne se fait pas. C'est intéressant de le revoir comme tu le disais, comme quelque chose qui n'a pas pu s'élaborer. C'est pour ça que je voulais vous dire que face à un passage à l'acte dans une institution, il faudrait écrire un roman policier autour ; devant des actes comme ça, il faudrait être un écrivain ; il y a une énigme, quelque chose qu'on ne connaît pas et qu'on doit écrire. Il est vrai que les jeunes impulsent de nouveaux passages à l'acte, qui ne sont pas ceux d'il y a dix ans, ceux d'il y a vingt ans. C'est là où se met en place d'une manière nouvelle la dialectique de l'identité, la dialectique du sujet, la dialectique du miroir, de l'imaginaire, et on pourrait dire qu'il y a une typologie suivant les époques, articulée avec les discours, avec les répressions, avec les restrictions et l'inventivité nouvelle de l'acte qui donne des choses qui semblent bizarres parce que les jeunes sont là à formuler autrement les choses.

Alain Bellet : C'est-à-dire qu'il y a un fonds commun chez les adolescents. Je lisais les statistiques sur la délinquance, la délinquance féminine a explosé ces vingt dernières années et ça pose la question de l'adolescence, effectivement, entre la grande variété de procédures qui peuvent exister selon les périodes, les cultures, et un fonds commun de l'adolescent. Les pathologies de l'adolescent sont décrites comme révélant des sujets confrontés à une potentialité traumatique au plan narcissique. Il y a cette fragilité narcissique très souvent évoquée chez les adolescents et qui va déboucher sur des *acting* comme ça, les scarifications ou autres procédures, renvoyant aussi à des constellations familiales dans lesquelles les frontières générationnelles ne sont pas très bien établies, mais en tout cas on a là une pathologie de l'adolescence qui sort de tout cadre nosographique bien défini.

Quelque chose que l'on peut attraper là, c'est une intolérance à des moments dépressifs avec peut-être une fragilité de leur propre image et immédiatement le recours à l'agir. C'est toujours une décharge qui l'emporte sur la verbalisation, un scénario et la nécessité d'un agir permanent et d'une dépense motrice comme source de sensations qui se substituent aux investissements objectifs. Et donc cette dépense motrice ne se traduit pas seulement par des auto-

mutilations, mais aussi par des bagarres d'une grande violence qui peuvent prendre des tournures très graves, au même titre qu'ils ont besoin d'objets substitutifs comme la drogue, la nourriture, et donc là encore de solliciter le corps, des pseudo-objets sur lesquels ils fantasment d'avoir une maîtrise, mais surtout un pseudo-objet qui soit perceptible, matérialisable, sur lequel on peut mettre la main, avoir une emprise totale, qui permettrait en quelque sorte de faire l'économie de la confrontation à l'autre, à l'objet vivant, dans la difficulté où se trouve l'adolescent dans la relation à l'autre, et à l'autre sexe bien sûr. Dans la difficulté à investir l'autre, à aller dans la rencontre avec l'autre. Quand on interroge la dimension de l'acte, on ne peut pas négliger toute cette problématique de l'adolescence.

Discussion

Alain Bellet : La place d'une assistante sociale que l'on rencontre ponctuellement et d'un éducateur qui se coltine le quotidien est différente. On ne peut pas avoir le même type de réponse selon la place qu'on occupe. Face à un acte intrusif, délictueux, qui remet en question la vie de l'institution, le personnel encadrant, les éducateurs au premier titre, attend un sens, une signification, si j'ai bien compris, et voilà, pas de réponse, et en tout cas pas la réponse définitive, pas la clé de la situation. Et vous êtes là avec ce sentiment d'être laissés en suspens et, du coup, la frustration est de votre côté et pas de celui du sujet qui est passé à l'acte. C'est une question récurrente dans toutes les institutions qui conduit simplement à répéter qu'il n'y aura pas de réponse radicale, définitive et résolutive sur le plan individuel. C'est plus facile de donner une réponse institutionnelle, le directeur d'établissement, le chef disant : « Voilà, ce sera ça ». Et encore, les réponses peuvent être très nuancées. Même le cadre peut recevoir la personne et avoir un contact important durant l'entretien et juger que c'est suffisant. Mais derrière, les éducateurs demandent ce que vous avez fait, vous lui avez consacré une demi-heure alors que la personne a mis le bordel pendant une semaine.

Claude Chevrier : Ce qui se passait au niveau des résidents entre eux s'est déplacé sur l'équipe qui, elle aussi, est en demande de quelque chose par rapport au directeur.

Alain Bellet : Absolument. Donc, encore une fois, la seule réponse institu-

tionnelle et individuelle est de prendre en compte le sujet à ces deux niveaux. Au niveau institutionnel, sanction, paiement quel qu'il soit ; s'il a cassé une porte ou une fenêtre, il pourra aussi avoir à payer les travaux par exemple ; en tout cas quelque chose qui vient marquer le geste. Et une demande chez le sujet d'une réponse individuelle spécifique sur sa propre identité, sur ce qui l'a conduit à commettre cet acte en modalité d'une résolution d'un manque à être, d'une tension insupportable. Et là, on se retrouve au niveau du travail de l'éducateur ou de l'assistante sociale, ou de la personne qui peut profiter d'un moment favorable pour remobiliser les choses ; et ce n'est pas seulement une fois, ça peut être trois, quatre, ce peut être sur six mois, un an, peu importe, mais il faut essayer de gagner du terrain du côté du langage, de l'échange sur ce qu'il en est du côté de cette répétition d'actes destructeurs, provocateurs, dans un travail régulier au long cours. C'est en ce sens-là que les psychologues disent que les travailleurs sociaux font de la clinique, qu'ils ont un véritable travail clinique à faire au quotidien qui est de proposer à ces sujets des remobilisations sur le plan langagier, verbal, de ce qui s'est passé. Il n'y aura pas une réponse résolutoire et qui va soulager l'équipe, qui va pouvoir dire : ouf, ça va mieux, on est déchargé du truc. Non, on ne peut pas être totalement déchargé de cette affaire-là, on peut simplement s'appuyer sur ce qui existe de l'institution et avoir ce souci de remobiliser au quotidien. C'est ça le travail de la clinique, c'est quand vous commencez à discuter avec les gens et être un petit peu malin.

Une personne de l'assistance : Du coup, ça pose la question quand c'est une personne qui a une pathologie psychique avérée, là, l'équipe ne veut pas forcément aller dans cet échange par peur de ne rien maîtriser, d'appuyer sur des choses qu'il ne faudrait pas toucher.

Claude Chevrier : C'est très intéressant. Justement, on est souvent confronté à ce genre de situation, le type est suivi en psychiatrie, on ne sait pas trop comment on va intervenir. Alors nous partons du principe que la personne a certes un suivi en psychiatrie, mais qu'elle est quand même dans un espace social dans lequel il y a des règles et qu'elle doit quand même observer ces règles qui sont posées pour vivre avec les autres.

Une personne de l'assistance : C'est pour ça qu'on apporte la réponse institutionnelle et la loi, mais l'autre partie de la réponse qui est d'aller parler...

Claude Chevrier : Alors là, c'est autre chose, il y a plusieurs aspects dans

votre question. D'une part, c'est important de confronter la personne, qu'elle ait une pathologie psychiatrique ou non, elle vit dans un monde avec les autres et il y a un partage avec les autres, et aussi avec les professionnels. Pour la question du suivi, on peut très bien avoir des rendez-vous avec le secteur psychiatrique, en parler, dire qu'il nous semble que la personne en ce moment ne prend plus son traitement ou qu'il y a un problème, qu'elle ne voit plus son thérapeute, on peut faire des synthèses. C'est la question du suivi et de la façon dont nous, en tant que partenaires, nous œuvrons avec nos différents partenaires, si c'est un CSAPA, un secteur psychiatrique, comment est-ce qu'on travaille ? Mais en tout cas, il ne faut pas que les règles s'appliquent pour les uns et pas pour les autres ; je crois qu'une personne admise dans un centre d'hébergement doit les observer, quelle que soit sa problématique, quelles que soient ses origines, quelle que soit sa pensée, il y a un règlement qui est pour tous le même.

Une personne de l'assistance : Oui, la réponse institutionnelle, il y a un passage à l'acte, il y a une sanction ; là où il y a une différence, c'est par exemple avec un secteur psychiatrique qui ne voulait pas du tout échanger et il y a eu presque une frayeur dans l'équipe : ils ne veulent pas échanger, est-ce que c'est parce que c'est très grave ?

Claude Chevrier : Le fait qu'il n'y ait pas de réponse laisse la place à toutes sortes de fantasmes.

Une personne de l'assistance : Peu importe que tu sois malade ou pas, il y a eu un acte, on le formalise, on lui dit : « Voilà, tu as fait ça, il s'est passé ça... »

Pascale Belot-Fourcade : Et déjà c'est un premier acte de parole, de situation, de reconnaissance. La pire des choses, c'est de ne pas reconnaître. Par rapport aux actes, il faut tenter de relancer du côté de la parole et de ne pas se situer en miroir dans l'acte.

Une personne de l'assistance : Là où ça devient plus compliqué, c'est quand il n'y a pas d'éléments d'échange qui peuvent se mettre en place.

Alain Bellet : Dans mon service, il y avait un centre d'accueil de jour, un CATTP, au quotidien il y avait quarante patients plus hallucinés les uns que les autres et qui avaient au quotidien une vie tout à fait organisée, ils allaient

faire des achats, ils allaient faire la bouffe, la vaisselle et avaient une vie communautaire, et c'est bien la preuve que ce n'est pas parce qu'ils ont une étiquette psychotique qu'il ne faut plus leur parler et qu'au premier mot que vous allez leur dire, ils vont se foutre en l'air. Non, vous pouvez les prendre tout à fait comme des sujets et, comme le rappelait M. Chevrier, ils sont dans l'établissement et donc ils sont sujets de l'établissement et, à ce titre-là, vous pouvez leur parler comme vous auriez parlé avec quiconque, même s'ils vous racontent qu'ils sont hallucinés, même s'ils vous racontent qu'ils sont Bonaparte ou qui vous voulez.

Une personne de l'assistance : On n'est pas dans le même champ, le champ de la thérapeutique travaille autre chose, nous, on est dans le champ du social, on doit prendre la personne comme un sujet et, même si elle ne parle pas, elle entend. On doit la prendre sur son lieu de vie et on essaye d'être en lien avec elle, de communiquer avec elle dans ce qu'elle est là, au moment où on la reçoit et avec ce qu'elle présente. Après, on n'ira peut-être pas forcément très loin, mais c'est important de distinguer la thérapeutique, ce qui est fait dans le soin, et ce qui est fait dans le social. On avance sur bien plus de choses dans le social avec la personne qui peut se présenter complètement différemment suivant le lieu. Des synthèses, comme disait M. Chevrier, c'est vrai que ça aide, mais il faut surtout faire attention au fait que même si on a un diagnostic médical, à quoi ça nous sert à nous, dans le quotidien ? C'est plutôt : « Qui êtes-vous et comment vous vous présentez ? » Et on a un rôle d'accueil, d'accompagnement et d'écoute qui est très important.

Une autre personne de l'assistance : La parole médicale, ça permet juste de faire descendre d'un cran l'équipe.

Alain Bellet : Oui, vous savez qu'il est suivi.

Une personne de l'assistance : Et ça évite un rejet, que l'équipe se braque, parce qu'elle a peur, etc.

Une autre personne de l'assistance : Le problème, c'est qu'on réduit la personne à une pathologie, à un diagnostic, et on n'est pas dans la rencontre avec ce qu'elle est. Nous, notre rôle, c'est d'essayer de rencontrer la personne dans ses difficultés.

Pascale Belot-Fourcade : Dénouer la position négative d'une équipe à l'égard

de quelqu'un, ça fait partie du travail. Le passage à l'acte, c'est quelque chose qui est un isolement absolument total pour tout le monde ; celui qui l'a fait était seul et il est toujours seul, car il n'y était pas comme sujet. Quand on le reçoit, on le reçoit seul et il va falloir reconstruire des tas de petits réseaux autour pour sortir de l'isolement et pour faire un travail qui ne va pas être de l'exclusion, de redoubler l'acte d'isolement. Notre travail à nous tous, c'est de sortir de l'isolement et de l'exclusion. Être psychiatre et avoir un diagnostic ne nous aide pas forcément, ça reste une histoire individuelle.

Une personne de l'assistance : Il y a des résidents difficiles, ils peuvent se présenter d'une façon à l'assistante sociale et présenter autre chose dans le quotidien. Quand on entend, par exemple, l'assistante sociale parler, quand on entend l'éducateur parler, ce n'est pas l'un contre l'autre, c'est une vision différente de la même personne, mais c'est la même personne ; et en fait on réduit la personne au problème, à ce qu'elle a posé, alors que c'est quelqu'un qui peut avoir d'autres qualités et ça, dans les équipes, on ne l'entend pas. Quand une personne a fait un passage à l'acte qui a remué toute l'institution, on ne voit que le problème. Chacun croit détenir une vision juste de la personne.

Alain Bellet : Ça n'empêche pas de reprendre au niveau de l'individu et de se donner le souci, pour lui, de relancer son passage à l'acte dans le monde du langage, dans le monde relationnel, dans le monde de la signification, du symbolique. Alors les éducateurs qui sont remontés, il est évident que, là aussi, il faut les inciter à refaire leur travail clinique, je ne vois que cette réponse-là. Vous n'êtes pas satisfaits parce qu'au niveau institutionnel ça ne répond pas à vos attentes, d'accord, ça n'empêche qu'il y a eu des décisions qui ont été prises et qu'il faut quand même les respecter et, dans un deuxième temps, ce dont vous vous plaignez, vous ne pouvez y trouver une résolution qu'au long cours dans une pratique au quotidien de rediscuter avec la personne individuellement, parce que très souvent ces passages à l'acte, précisément, sont cette contradiction, cette contrainte entre la vie institutionnelle, les règlements, et la vie intérieure du sujet qui est totalement en incompatibilité et ça se résout par un passage à l'acte.

Pascale Belot-Fourcade : Bon, on va finir sur ces mots-là.

Travail de la psychose/Travail social

Pascale Moins

12 mai 2016

Pascale Moins : À propos du titre, je souhaiterais expliciter quelque chose. Plus que travail de la psychose et travail social, il s'agit de travail social et logique de la psychose. Je ne voulais pas oublier le travail de construction dans la psychose. Je souhaitais indiquer à la fois la logique à l'œuvre dans la psychose et le travail de construction, de remaniement qui se produit au fil du temps et des accompagnements.

Introduction

Clinique de la psychose aujourd'hui ? Quel regard dans les lieux de rencontre avec les psychotiques ?

Les exigences faites au social sont grandissantes. Actualités des psychoses et actualités dans le travail social sont à analyser ensemble. En effet, il ne s'agit pas de les confronter, mais à une époque où le « *new management* » intervient dans le travail d'accueil des structures sociales, lorsqu'on mesure le temps, le nombre de dossiers pris en charge, le pourcentage de réinsérés, on est légitimement en attente d'effets sur le cœur même du travail, sur l'hospitalité faite aux usagers.

Quand on se repère avec le rendement, les questionnaires de satisfaction (attention, je ne dis pas que cela n'est pas utile de demander aux patients et aux usagers ce qu'ils pensent, mais il n'est pas toujours certain qu'on en fasse pour autant des « acteurs » de leur trajectoire), quand on évacue la question du transfert, on ne travaille plus de la même façon.

Faut-il suivre ou rééduquer ? C'est la question.

Est-ce que l'on est du côté du sujet ou de la norme ? C'est une interrogation à garder toujours ouverte et fraîche aujourd'hui. Il est en effet certain que nous sommes tous pris dans la culture du résultat, plus ou moins et malgré nous. File active, entrants-sortants, durée moyenne de séjour, réinsertion en logement pérenne, retour à l'emploi, nombre de précaires suivis... Lesdites autorités de tutelle, la ville, l'ARS s'y intéressent car la prise en charge est *globale* et il ne faut pas faire perdre de chance aux patients, il faut limiter les

risques de « perte de chance d'accès aux soins », de ruptures de suivi, favoriser la cohérence du parcours de soins et aider à sortir de la précarité.

Ce qui est terrible, c'est qu'au fond, on est forcément d'accord, que peut-on objecter à une visée pareille ? C'est fort ennuyeux de faire avec ce à quoi on ne peut, idéologiquement, rien objecter et qui, cependant, déconstruit le cœur des métiers du social, du médico-social et du sanitaire.

En tant que psychiatre, j'ai appris à prendre en charge la folie, à écouter les fous, les névrosés et les psychotiques. Je n'ai pas appris à mettre en bonne santé mentale, à réparer le handicap psychique. Ces nominations – santé mentale, handicap – ont permis des choses formidables, l'octroi de l'AAH (allocation adulte handicapé) à des patients qui ne pouvaient pas travailler et ce malgré les détracteurs de l'époque, en 1970, qui prédisaient l'aggravation de la psychose. Or on sait bien que de ne pas être trop pauvre, en plus d'être psychotique, a un effet stabilisateur.

L'accès à la vie citoyenne et le droit à l'expression pour tous sont un des fondements d'une société civilisée. Michel Foucault a, en son temps, rappelé que l'on juge une société sur la manière dont elle traite ses fous. Soins ou rééducation ? Nous sommes là-dedans. Accompagnement ou mise au pas ? C'est le paysage des conditions du travail social aujourd'hui. C'est le fameux droit au logement, le DALO, confondu avec le logement même : « j'ai le DALO et j'ai fait recours, s'ils ne me trouvent rien, j'aurai une indemnité » me disait un patient. Donner un droit qui est un faux droit dans une république démocratique et le faire passer pour la chose même. Cela marche bien. Tout le monde est poussé à la procédure via un statut de « traumatisme social ».

D'ailleurs, il me semble que la paranoïa est très mal repérée aujourd'hui car tout le monde y est poussé. Le schizophrène a bien l'air bizarre, dans son propre monde, à côté des choses, mais le paranoïaque est un interlocuteur « en pleine actualité », si je peux le formuler comme cela. Les exclus et les précaires sont des mots qui ont un effet d'euphémisation. Avant, on opposait pauvres et riches. Aujourd'hui, il n'est pas fréquent que l'on dise les inclus et les stables. Le politique s'en trouve recouvert. Certes, la ligne de partage est entre actifs et chômeurs, la récente actualité de la Nuit debout et des recherches de solutions alternatives semblent manifester le début d'un réveil.

Dans un très bon exposé, retranscrit sur le site de l'AMC PSY, Nicole Anquetil rappelait combien les psychoses sont en miroir du social et, en même temps, s'excluent du social.

Le psychotique n'est pas dans ce qu'il énonce même s'il dit « je ». « Je » n'est pas le sujet mais l'objet de son énoncé, objet de l'autre, des autres et du

grand Autre. C'est la question de la xénopathie (état morbide d'un sujet qui a l'impression qu'on agit sur lui à distance, ses différentes activités psychiques étant ressenties comme étrangères à sa propre personnalité).

Il y a cette extrême difficulté à métaphoriser. Une femme que je reçois décompense dès qu'elle est « à découvert ». C'est au littéral : « je suis à découvert », son découvert bancaire l'expose totalement. Mais remplir le découvert par une aide ne fait pas pour autant cesser une décompensation qui se situe du côté des troubles spéculaires (un monde de sosies, ou bien toujours le même personnage perçu avec différents visages, soit le syndrome de Frégoli). Il faut bien entendre tout cela pour l'accompagner. Sinon, on est à côté de l'affaire, pour elle.

Il est donc peut-être encore plus particulièrement difficile de recevoir au sein des lieux d'accueil de la précarité et de l'aide sociale, un grand nombre de personnes psychotiques. On peut bien évidemment se préserver des exigences chiffrées et pragmatiques, réfléchir, se coordonner dans certains lieux avec certaines directions. Néanmoins, il n'en reste pas moins délicat d'accueillir la psychose aujourd'hui, malgré tout le travail clinique et théorique fait sur ce sujet (confer les productions écrites ou orales des psychologues, psychiatres, éducateurs, psychanalystes, anthropologues, sociologues).

Comment traiter tout cela ?

Deux points sont à souligner :

- Les paradoxes du travail social : remettre sur pied et avec un projet individualisé y compris des patients psychotiques qui souffrent et sont dans l'impossibilité de s'inscrire en leur nom propre sauf au risque de la décompensation sous forme de la mélancolisation (confer une patiente, M^{lle} B. : « On fait tout à ma place, je me sens une merde, je reste au lit ») ou de la persécution (« j'ai une insomnie, il veut que je bosse dans la boulangerie, je vais lui casser la figure » disait M. Y. à propos de son référent RSA. J'ai dû appeler le référent du RSA, qui avait construit un projet à partir d'un symptôme du patient, l'insomnie).

- L'obsolescence programmée des travailleurs et la perte de sens du travail au travers de cette demande d'accompagnement de tous vers l'emploi sous le vocable « handicap » ; or c'est à la fois impossible et malhonnête. Je veux donner pour exemple un patient délirant dans un monde de métamorphoses permanentes avec paramnésies et constructions théoriques poussées sur la

métamorphose, dont le suivi social a été refusé car il s'est montré violent au guichet de Pôle emploi. Il est en fait dans un monde complètement autre, délirant, personnel et très éloigné de celui du travail. Ce suivi est quasi impossible surtout s'il se réfère à cet idéal social.

D'où ces quelques questions :

- Quelle place pour l'invention et le travail collectif ?
- Quelles modalités d'accueil pour la psychose ?
- Comment entendre les liens entre psychose et précarité ?

La clinique : le monde et la logique de la psychose. Le travail de la psychose en regard du travail du travailleur social

Quatre histoires cliniques vont permettre de traverser le monde psychotique, d'entendre (plus que comprendre) en quoi les réponses aux demandes sociales, faites au plus proche de la situation sont très complexes à mettre en œuvre.

- M. R. : La persécution par les services sociaux municipaux.
- M. E. : L'accompagnement médico-social et le logement.
- M^{lle} V. : Là où la psychiatrie échoue, les services sociaux butent.
- M^{me} R. : Un grand délire en CHRS.

Histoires cliniques

- M. R. : L'impossible rapport avec les services sociaux. Une persécution en réseau

C'est un homme de cinquante-quatre ans, boulanger de son métier depuis l'âge de quatorze ans, qui vient me rencontrer dans une situation compliquée d'accident de travail non reconnu par la CPAM. Il est contraint de vivre du RSA après avoir occupé un emploi sans contrat, à son insu, chez un employeur qui a disparu de la circulation. Son discours est truffé de vocabulaire juridico-administratif. Il ne dort plus, il est épuisé, il a perdu 15 kg, il a un dégoût pour la vie fortement exprimé. Il est en plan définitif de surendettement avec une mesure d'expulsion. « Tout ça à cause de l'employeur » répète-t-il, et il m'explique qu'il a mis son employeur aux prud'hommes. « J'ai travaillé toute

ma vie, celui qui a travaillé toute sa vie, il est déboulé, il est dégoûté », c'est la fin de notre premier entretien. Je note une animosité particulière contre les assistantes sociales, les services sociaux, l'aide sociale au sens générique. Lors du second entretien, il déroule une enfance très maltraitée avec un père alcoolique absent et une mère violente, l'exposant à des sévices corporels, sexuels, des châtiments d'une grande cruauté, des privations de nourriture, de vêtements, le contraignant à boire de l'alcool le soir. Il est l'enfant non désiré de la fratrie, menacé à la carabine, jeté dans le puits, l'enfant aux doigts brisés, mal aimé, bouc émissaire. C'est éminemment lourd et traumatique pour lui. Cela est constitutif de son histoire et de sa construction psychique. C'est la tuberculose de sa mère et son placement en sanatorium qui vont extraire M. R. de sa famille. C'est une première assistante sociale qui le place dans une famille, plus tard une autre assistante sociale qui l'en retire, une troisième qui accepte son refus d'être réformé, et encore d'autres assistantes rencontrées pour son divorce (sa femme attend un troisième enfant handicapé qui n'est pas de lui) et pour l'annonce de la maladie puis du décès de sa mère. Les assistantes sociales de l'enfance sont dites absentes, trop présentes, négligentes, inefficaces, menaçantes et c'est contre celles qu'il rencontre adulte qu'il fait des mains courantes, qu'il écrit à la ministre de la Santé. Il fait le siège des services sociaux et demande des médiateurs de rencontre. Il menace de se suicider devant les services sociaux de la mairie. C'est donc dans ce contexte de lutte contre les représentants de l'aide sociale et de lutte pour la justice au travail qu'il vient me rencontrer.

Après une exclusion de la CAF et une interdiction de présence au sein des services sociaux de l'arrondissement, il est décidé que je l'adresse à l'assistante sociale qui travaille avec moi en structure associative privée et qu'elle devienne son interlocutrice. Au début, il porte une valise contenant les justificatifs de son histoire : il déploie une méfiance généralisée, il vit dans un monde binaire (ce monde est très bien repris par « le mur du paranoïaque » qui est une explication topologique proposée par Charles Melman), de demandes de preuves jusqu'à l'affrontement avec le service de sécurité dont les agents viennent présenter le père, l'ordre, la justice et là, il obtient son justificatif (en général une simple attestation de présence), se calme et il peut partir. Il cumule les demandes : aide exceptionnelle, paiement de la dette de loyer, remboursement, arrêt du refus de son droit à un parking. Un ancien policier retraité, qui l'aide, lui a offert une carte de parti politique gratuite.

Quelle logique pour M. R. ?

Plus que les autres car il a eu moins. Il doit être réparé. Les autres le lèsent.

Le travail l'exclut. Les autres, ce sont les services sociaux négligents. Des papiers. Pas de parole. C'est lui ou l'autre. Pas de dissymétrie des places. Il est l'objet de l'Autre et des autres. Ce qui le calme, c'est un point topologique, c'est-à-dire mettre à l'extérieur l'assistante sociale, qui devient alors « une dame », comme il le dit.

Cependant, cela se déplace (mais pas au sens du déplacement obsessionnel) et c'est dans son couple que cela se déchire, que la lutte bascule. Quand il est abandonné par sa femme, elle part vingt-quatre heures, c'est non dialectisable. Les choses font signe. Il n'y a pas de métaphore. Avec sa femme, c'est un couple d'identiques ou d'ennemis. C'est au travers d'une médiation de couple réalisée par une psychologue dans un cabinet privé, financée par une aide sociale à raison de soixante euros, que les choses vont se pacifier et tenir pour lui.

Du côté des services sociaux de mairie où se déploient les scènes, les menaces, les sit-in, les insultes, il a fallu expliquer combien ce qui était dit, proféré, était adressé ailleurs, au-delà de l'interlocuteur, adressé à la mère maltraitante. Le repérage de la folie n'était pas si évident devant un discours construit et cohérent, c'est plutôt la véhémence et les productions épistolaires procédurières qui ont alerté les responsables et l'équipe sociale. La tentative de compréhension psychologique du « pauvre homme à l'enfance bafouée et du travailleur lésé » avait plutôt eu pour effet que les travailleurs sociaux persistent à le recevoir et à s'user dans leur tâche à réparer.

La proposition du suivi social de M. R. « ailleurs » a pu être vécue comme une solution pour lui et pour eux, pas juste comme un soulagement, une défaite. Au début, le fait qu'il me dise « M^{me} M., c'est une dame » à propos de l'assistante sociale de l'association m'a fait craindre un basculement possible de l'amour vers la haine qui n'a pas eu lieu. Il faut se garder de présupposer les choses. Les médiations ont eu une action pacificatrice tant à la mairie que dans son couple. Il a pu les reprendre dans les entretiens avec moi.

Nous avons à faire attention à nos implicites du type « il faut calmer les conflits » car ici apparaît chez lui l'hyperconflictualisation comme seul mode de survie avec la quérulence. Il faudrait parler là de l'exclusion structurelle du psychotique recouverte par une exclusion historique (historiale) et une exclusion sociale actuelle (travail, couple).

C'est le relais pris par une assistante sociale extérieure aux divers lieux de la scène du drame et la transmission de la prise en charge vers le soin qui vont servir d'appui pour cet homme et pour ceux qui s'occupent de lui. L'impossible recouvre l'irréparable.

- M. E. : Le logement pas tout à fait impossible et les accompagnements médico-sociaux. Le temps de comprendre ce qui est si complexe avec le logement pour lui.

M. E. est venu consulter en 2007, à l'âge de vingt-sept ans, pour une dépression avec des pensées obsédantes apparues à l'âge de huit ans. Suivi pour une psychasthénie avec des antidépresseurs, il a ensuite été considéré comme un schizophrène déficitaire et a reçu des neuroleptiques. Puis, vers 2010, avec un troisième psychiatre, il a entrepris des études de psychologie et s'est intéressé à la psychanalyse et au fait qu'il soit un enfant adopté. Plus il a avancé dans ses études de psychologie, plus il s'est montré habile à manier les concepts psychanalytiques : pulsion de mort, compulsion de répétition... Plus il est arrivé sur la question des origines, plus sa vie quotidienne est devenue délicate et entravée par un apragmatisme majeur. C'est cet apragmatisme qui a conduit l'ensemble des intervenants dans le champ du soin et dans le champ social à être plus nombreux et à faire plus de projets pour lui.

Aujourd'hui, c'est un homme de trente-six ans, enfant adopté qui a une mère adoptive âgée de soixante-et-onze ans, une mère biologique rencontrée il y a trois ans et une amie qui a l'âge de sa mère adoptive. Il dit « deuxième maman » et « troisième maman » pour les deux dernières.

Il a cessé ses études de psychologie en 2013 mais a poursuivi ses lectures. Il a ces formulations qui ponctuent son cheminement : « la pulsion de mort, c'est une pulsion de vie qui n'a pas trouvé d'adresse », « j'ai l'esprit boudé » puis « cela re circule ».

Il veut rester dans la théorie de ses études de psychologie ou « guérir pour être gai et rire », c'est sa formule, et pour devenir « psychologue théorique ». Il a un accompagnement pour un travail protégé, projet abandonné par la suite et un accompagnement par un SAVS (Service d'accompagnement à la vie sociale).

Le discours apparent est élaboré et aisé car il manie apparemment les concepts psychologiques et psychanalytiques, c'est un lecteur de Bion et de Barthes. Par contre, la vie quotidienne est marquée par l'apragmatisme et un parasitage de la pensée qui ne lui permettent aucun mouvement, aucun projet. Il y a toute une période où il ne peut quitter sa mère adoptive puis une période où il cherche une voie, celle d'un logement autre. Partout il perd son logement car il ne tient pas un projet professionnel. Il tient les études tant que celles-ci ne font pas métier (études de psychologie avec une auto-observation de lui-même). Il s'apaisera quand il demandera l'AAH et quand on cessera d'investir des projets d'insertion professionnelle pour lui.

Sans le travail, c'est autour d'un logement que sa place se pose.

Le logement est presque une équation impossible, il n'en peut plus d'habiter chez sa mère adoptive, mais il ne peut tenir seul dans un logement. Un SAVS va accepter de le soutenir comme un être en grande difficulté sans trop de question diagnostique.

Lui-même va se trouver une amie qui a l'âge de sa mère adoptive, après être allé rencontrer sa mère biologique, très sympathique, jusque dans son pays d'origine. Il va enfin pouvoir occuper son logement de manière alternative : chez sa mère, chez son amie et un peu chez lui. « Un logement à soi, c'est compliqué » m'explique-t-il. Il faut écouter ses propos.

Il peut me dire que, désormais, il habite son corps mais qu'il n'arrive pas à être à l'intérieur de son logement. En effet, dans ce logement où il peut aller habiter une fois ou deux fois par semaine, il est épié par les voisins, par la gardienne, il est surveillé, il a le sentiment de portes minces, de parois minces, d'une porte, surtout, qui n'est pas blindée et il me dit « elle [la porte] ne filtre pas et comme déjà, moi, je ne filtre rien, ça en rajoute ». La persécution est là, c'est une xénopathie très ténue chez lui, elle se limite à ce lieu, dans ce logement à lui où il repère architecturalement la proximité de la cage d'escalier, de la cave, de l'ascenseur, de la porte d'entrée de l'immeuble, du vis-à-vis. En dehors de cela, il n'y a pas d'élément de persécution. Du coup, il va chez sa mère biologique, mais c'est bruyant, il se dispute, ou chez son amie qui est souffrante « c'est un peu une troisième maman et je suis entre deux mères, ma mère biologique et ma mère adoptive, c'est dangereux de naviguer entre deux mères ».

Il dit cela « entre deux mères », « un intérieur, c'est difficile ». Il n'y a aucune distinction des rôles. C'est l'inconscient à ciel ouvert et une réalisation ou mise en acte du vœu incestueux avec une amie de l'âge de sa mère (adoptive). Elle a en effet soixante-douze ans. Il y a absence de métaphore paternelle. C'est une absence de coupure avec la mère, il peut s'éloigner mais pour être chez « un ersatz de mère », il est pris dans la capture imaginaire.

Le SAVS permet qu'il conserve un logement en son nom, sans condition de travail et M. E. va suivre cette proposition de dispositif autour du logement en l'habitant peu à peu avec un accompagnement subtil. Il est très sensible au fait que ce qu'il appelle sa deuxième référente a bien compris tout ce qui est compliqué pour lui avec le logement sans qu'il ait à lui expliquer pourquoi. Cette deuxième référente fait suite à une première référente qui, dit-il, l'avait un peu poussé à prendre le logement. « J'ai beaucoup manqué d'espace vital quand j'étais petit, mais l'espace vital n'est pas vraiment un espace physique » précise-t-il. Il peut énoncer finement les choses, mais cela n'est pas métaphorisé.

Il y a des ateliers d'écriture, de philosophie au SAVS, rien qui ne soit réellement en lien direct avec le logement. On est un peu à l'inverse du « *housing first* » pour lui. Ce qui est cultivé, ce sont les liens avec ses accompagnants, sa place dans les groupes. Lui a repris des cours d'arabe littéraire et de calligraphie. Il ne cherche plus à devenir psychologue. Il s'installe dans une vie plus tranquille, moins envahie par un imaginaire cru et effrayant (Lacan a parlé d'imaginaire réel dans RSI). Tout le monde a accepté de lâcher les programmes vertueux et de se tenir à ce que lui-même indique. Être le témoin du patient, dit Colette Soler après Lacan, qui parlait de s'en faire le secrétaire.

– M^{lle} V. : Les accumulations et la faillite des soins psychiatriques

« Déblayer, c'est pas possible ! C'est moi qu'on déblaie. » C'est le point limite de l'aide sociale : alcool, bagarres avec la mère, police, voisins, encombrement du logement qui ne ferme même plus, plus de chauffage, plus de frigidaire, les urgences sociales sont ailleurs. Elle fait barrage à tout. Mais elle conserve un lien avec un médecin généraliste, une assistante sociale et moi. Elle est « Mademoiselle ». Elle me le rappelle sèchement dès que je lui dis « Madame ».

« Rien n'est possible » à presque soixante ans. Elle est toujours au seuil. Pas assez délirante pour le secteur psychiatrique où elle ne veut pas aller, pas assez pauvre car sa mère était propriétaire d'une maison en ruine, bien trop exclue pour être entourée, sauf par des copains de bistrot s'il y a besoin d'aide, et c'est alors une aide pour rentrer du bistrot.

Rien n'est possible. Pas d'argent, pas assez âgée, pas de retraite, pas de RSA et quatre ans pour faire un dossier AAH. Pas assez dans « l'alliance thérapeutique » dirait-on, elle est méfiante, hostile, peu aimable, pas commode. Elle ne peut rien jeter, elle n'a plus la place de s'allonger dans la maison. Logique autre que celle de l'embarras ordinaire. Il s'agit d'ambivalence, le terme « ambivalence » a été introduit en 1910 par Bleuler pour caractériser un état psychique des schizophrènes, repris en psychanalyse par Freud dans une acception un peu différente qui est une juxtaposition plus ou moins simultanée de deux affects, l'amour et la haine, qui se distingue du paradoxe et de l'ambiguïté.

Elle a un parcours avec des études aux Beaux-Arts, mais elle n'a pas passé le diplôme. Elle a ensuite été la secrétaire de son père qui avait une société, un père chef d'entreprise autodidacte, vécu comme un juge aux décisions tranchantes. Elle relate un inceste tardif, lorsqu'elle était adulte et travaillait avec son père.

Elle a une phobie du toucher depuis l'enfance et une peur des hommes qui persiste encore, laissant la place à des coups de foudre pour les acteurs de cinéma. Tous les mercredis, elle est longtemps allée seule au cinéma pour voir *Harold et Maud*, qu'elle a vu des centaines de fois.

La maison est envahie par les objets collectionnés par M^{lle} V. : miniatures, paquets d'emballage, objets achetés dans les brocantes. Chaque objet a une place déterminée et toute tentative pour les jeter, même les prêter, provoque des angoisses majeures. Le collectionnisme de M^{lle} V. a commencé à sept ans et, à partir de dix-huit ans, elle dépense pour acheter ; toutes les pièces de la maison seront progressivement envahies. Elle s'est elle-même débarrassée de son lit et dort par terre. Chaque objet est à sa place et est intouchable. Il y a eu par la suite les livres anciens, entassés dans des caisses jamais ouvertes, dans l'objectif d'une érudition future, des objets susceptibles de décorer une maison dans l'avenir.

Fille unique, elle a fait une promesse, enfant, à ses poupées suite à une altercation de ses parents, « celle de ne jamais grandir ».

L'arrière-grand-mère maternelle s'est suicidée à cinquante ans. Le grand-père maternel extériorisait ses souffrances de la guerre de 14/18 en disant toujours qu'il allait mourir dans le quart d'heure. La grand-mère maternelle a perdu son premier enfant et la mère de M^{lle} V. sera une fille unique choyée, comme M^{lle} V.

Elle a été suivie en hôpital de jour durant dix ans, avec parallèlement une prise en charge en hypnose et en alcoologie. Très mélomane, elle a cessé les sorties pour des concerts il y a cinq ans. Sa mère est morte il y a un an. Elles avaient toujours vécu ensemble dans une extrême proximité, émaillée de disputes nécessitant parfois l'intervention de la police. Elle a eu dix hospitalisations en psychiatrie, généralement à la suite de tentatives de suicide. Actuellement, elle accepte un suivi social et un suivi psychiatrique de loin en loin.

Outre l'accumulation des objets dont on peut noter qu'ils ne sont pas tous les mêmes et n'ont pas, au fil du temps, tout à fait la même fonction (il y a les objets de l'enfance, les objets de voyage, les objets d'érudition et les poupées anciennes achetées dans les salles des ventes pendant des années), il y a comme une évolution inexorable vers une sorte de misère sociale marquée qui cumule pauvreté, alcool et délabrement d'une maison de l'arrière-grand-père qui n'est plus qu'une ruine. Et en même temps, elle veille sur une sorte de trésor accumulé dont elle espère un jour qu'il servira à ses créations (collages, sculptures...).

La seule tentative d'habiter un logement seule s'est avérée impossible pour

elle avec des sensations d'étouffement. Elle est revenue chez ses parents et est restée pour toujours avec sa mère. Il y a une aggravation de son pragmatisme, de son impossibilité à accepter un traitement, de sa prise d'alcool qui entraîne une grosse surcharge pondérale.

Les conséquences de son alcoolisme fabriquent une maladie qu'elle présente comme une protestation déterminée à cet égard et totalement adressée à sa mère. Les relations incestueuses tardives avec le père se font dans l'alcool avec une confusion des registres et des rôles. Sur le plan thérapeutique, elle a longtemps rencontré un psychanalyste puis un hypnothérapeute, un alcoologue, des psychiatres, elle a critiqué et refusé les soins.

Elle a perdu son père en 2009. S'est alors engagée une longue vie commune avec sa mère, vieillissante, devenant sourde, un peu aveugle, ne pouvant plus faire face aux affaires quotidiennes. M^{lle} V. est entrée dans un processus de difficultés psychiques grandissantes : isolement, franche opposition, en face d'un délabrement de la maison et d'un délitement de la vie matérielle.

Il n'est plus devenu possible pour elle de distinguer « les petits et les gros pépins », comme elle le dit.

C'est avec l'équipe mobilité psychiatrie du secteur et les services sociaux du secteur, enfin en collaboration avec l'assistante du service que nous allons peut-être pouvoir la sauver du naufrage.

Il me semble intéressant, là, de ne pas retenir seulement les faillites de toutes les prises en charge mises en œuvre, mais de retenir combien c'est seulement du côté du social, du manque d'argent, du logement insalubre, du grand isolement, que pour elle un point d'accroche peut se faire. Aucun des symptômes psychiatriques, psychiques, aucune de ses plaintes n'a pu permettre quelque chose d'autre qu'un transfert difficile, un transfert vécu avec un grand Autre toujours intrusif, toujours négligent, parfois persécutant.

– M^{me} R. : Du luxe, champagne et Côte d'Azur au CHRS.

C'est une patiente qui m'est adressée par quelqu'un qui fait la supervision de l'équipe d'un CHRS. Elle vient à son premier rendez-vous avec son éducateur référent qui prend la parole pour m'expliquer que M^{me} R. vit au CHRS depuis un an et demi. Elle fait du théâtre dans sa chambre, prend des douches à 22 h et cela crée, semble-t-il, des tensions avec l'entourage. Elle a cinquante-cinq ans, me dit qu'elle a eu deux coups durs dans sa vie. Elle s'est alors alcoolisée et elle a été agitée. Elle a deux fils de trente et vingt-cinq ans et répète « je me sens bien dans ma tête ». L'éducateur, lui, est inquiet car cette femme

n'a aucun projet professionnel et n'a eu, semble-t-il, jamais aucun travail. Par ailleurs, l'équipe éducative la trouve extrêmement bizarre.

Née à la Guadeloupe d'un père de passage et d'une mère qui n'a pas eu le temps de l'élever, elle a été très vite mise en pension puis chez une sœur aînée infirmière. À l'âge de quinze ans, elle a été victime d'un abus sexuel par le beau-frère et n'a pu en parler à personne. À l'époque, la famille étouffe l'affaire et c'est elle qui est stigmatisée comme la mauvaise et bannie de la famille. Par la suite, elle enchaîne les rapports toujours agressifs, destructeurs et sous alcool avec les hommes. Elle devient une prostituée de luxe qui vit sur la Côte d'Azur, à l'étranger dans le luxe avec du champagne, sans jamais être dans le besoin avec des hommes qu'elle accompagne. Si elle raconte l'histoire traumatique, elle n'en fait absolument pas un moment particulier, mais plutôt une orientation pour son existence vers la prostitution et la toxicomanie. Son existence aisée et luxueuse se termine dans la clochardisation, l'isolement, la violence et l'alcool. C'est en effet après une relation avec un homme dangereux qui l'a frappée, battue, qu'elle s'est retrouvée dans le CHRS. Avec moi, elle se plaint de son environnement de clochards, dans lequel elle vit en se démarquant, me disant « je suis farfelue » pour résumer une sorte de position revendiquée un peu hors norme. M^{me} R. est un peu plus que farfelue. Elle est médium, fait de la numérologie de façon très personnelle, elle entend des voix, plusieurs voix qui se dédoublent et qu'elle prend comme un jeu d'enfant. C'est un vaste délire persécutif de type intuitif qui se cache derrière son exubérance et ses tenues provocantes. C'est avec l'agitation, l'insomnie, l'anorexie qu'elle finira par être enfin hospitalisée dans un service de psychiatrie.

L'hôpital n'accueille plus, « faut que ça tourne », et cela a des effets. M^{me} R. est en CHRS : « je suis une excentrique, rien à voir avec les clodos ».

On voit combien une histoire de traumatisme sexuel et un bannissement de la famille l'ont conduite à une vie extrêmement marginale après qu'elle a pu être à la fois une toxicomane et une prostituée de luxe. Aussi bien l'argent, qui ne supplée pas mais tient lieu de faux-semblant, que la misère et la précarité semblent pouvoir faire refuge pour la psychose. Pourquoi donc ? Je crois que l'on peut répondre que, dans les deux cas, ce qui est évacué, au moins, c'est la question de la norme, le travail, la famille, les enfants, l'argent à gagner, les responsabilités, la nécessité de répondre phalliquement. Et l'étrangeté, les bizarreries peuvent passer d'un côté pour une excentricité, de l'autre pour un effet de la misère.

Je crois que l'on ne peut pas omettre de dire que ce sont les effets d'une dé-

psychiatisation au nom d'une socialisation et que c'est également lié à une médicalisation extrême de la psychiatrie qui n'accueille plus ses fous extravagants et marginaux. C'est la difficulté à hospitaliser en psychiatrie qui nous conduit à agir un peu différemment pour ces deux dernières patientes.

L'institutionnel : le transfert et le sujet

Pour comprendre ce qu'il est convenu d'appeler une « souffrance psychique » à prendre en compte dans les institutions médico-sociales et institutions sociales, on peut partir de l'idée avancée dans le cadre de l'AMC PSY par Pascale Belot-Fourcade, et reprise par Louis Sciara, selon laquelle il y a un parallèle entre déliaison sociale et dégradation de la vie psychique.

- Le travail social est-il possible avec ceux qui sont fous ?

Il est nécessaire, utile, mais comment ne pas s'y empêtrer. (Il y a un très bon article de Nicole Anquetil sur site de l'AMC PSY.) Exigence faite au travailleur social d'une réponse systématique. En miroir de la pseudo-demande folle de la psychose.

Titre symétrique car la clinique de la psychose n'est pas si simple, non pas celle des grands schizophrènes avec dissociation, schizophasie ou néolangage qui est d'emblée étrange, bizarre, qui signe de façon évidente la folie, cela concerne bien plus toutes les psychoses que l'on pourrait dire être plutôt du côté de la paranoïa, où ce qui est mis en avant est une plainte qui peut paraître ordinaire, qui est du côté du dol, de la lésion, au sens où il s'agit du fait d'être lésé de quelque chose de fondamentalement originaire dans l'existence. Cela est, au fond, finalement parfois très proche de la bonne plainte du névrosé, de son insatisfaction, et cela n'a pourtant rien à voir. Et c'est là, devant les psychotiques au fond revendiquants, qui peuvent devenir quérulents, chez qui lorsqu'il y a des réponses faites sans arrêt aux demandes, le ton monte, c'est là que l'on observe comment la logique du travail social se trouve à contre-courant de la logique de la psychose.

- Alfredo Zenoni, psychologue et psychanalyste belge, élève de Jean Oury et de Lacan, a beaucoup travaillé la question d'une autre pratique clinique. Il part de ceci que l'intervention ne vise pas à changer quelque chose dans la croyance du sujet, du patient psychotique, mais à moduler, modifier les implications de la relation dans laquelle il est aujourd'hui, dans une institution. Il s'agit que la rencontre ne réactive pas la position d'objet de la personne.

Zenoni parle de traitement de la relation. Vous voyez bien qu'il s'agit là de la manière de s'y prendre dans le transfert, non pas dans le cadre de la cure analytique, mais dans le cadre du travail dans une institution. Il est important de se tenir dans une position de « partenaire », qui ne sait ni ne décide, mais fait le point avec le patient. C'est pourquoi il est essentiel que la personne ne soit pas cruellement objectivée et qu'on la laisse en paix, en sécurité et en confiance dans un premier temps.

Comment s'orienter ?

Dans la psychose, le transfert est du côté de l'Autre, c'est-à-dire qu'on peut inverser la supposition. Dans la névrose, le sujet suppose que l'Autre sait. Dans la psychose, c'est l'autre, l'Autre qui me suppose être son objet. La psychose comporte toujours ceci, le fait que l'Autre lui veut quelque chose, cherche quelque chose. C'est cela qui va constituer le monde du psychotique. Le transfert est donc à lire comme actualité, comme mise en acte de ce qui est actuel de la structure actuelle. À ceci près que la structure de ce qui est mis en acte est inversée, par exemple la demande d'amour dans la psychose devient l'Autre m'aime. Sous sa forme ordinaire, c'est-à-dire sous sa forme non délirante, le transfert de l'Autre ne se manifeste pas nécessairement par la conviction que c'est l'Autre qui a commencé, qui a fait signe le premier. Elle peut se manifester aussi au niveau du phénomène par une initiative du sujet, par un geste de sa part, par son passage à l'acte. Téléphoner cinq fois par jour ou tous les jours à sa fille ou à son partenaire peut sembler exprimer de l'attachement, mais traduit là en fait l'attachement à être objet de l'Autre et la vérification d'être ce qui lui manque. Au niveau du phénomène, le sujet peut très bien déclarer qu'il aime l'Autre.

Mais au niveau de la structure, cet amour passe par la certitude d'être l'objet dont l'Autre ne peut pas se passer, l'objet qui l'anime, anime l'Autre. On peut évoquer l'érotomanie, la persécution et quand cela se retourne, son revers la mélancolie et le suicide.

Lacan a parlé de « manœuvre » à propos du maniement du transfert dans la psychose (*Séminaire III, Les psychoses*). Il s'agit en effet de nous décaler par rapport à la visée de lui plaire ou de lui être sympathique, mais aussi par rapport à la visée de lui appliquer, fût-il pour son amélioration, le projet que nous aurions élaboré ou que nous serions même dans l'obligation d'avoir à son propos. En effet, ce qu'on veut de lui, de la personne qui vient nous rencontrer dans une structure sociale, médico-sociale, c'est qu'il bouge, qu'il suive le programme, qu'il évolue. Or une telle volonté, une telle bonne volonté peut vite prendre dans la psychose la figure de l'Autre, qui ne peut se passer de

moi, de l'Autre qui me veut quelque chose. Il est alors assez utile de se rappeler que nous ne sommes pas là pour vouloir quelque chose du sujet, mais que nous sommes là pour qu'il puisse se servir de nous, de ce que nous lui proposons.

Cela implique quelques éléments. Cela exige notamment d'abandonner tout appui trop pris dans la dimension de la compréhension. Si, dans ma réponse, est présentée l'idée que « je comprends ce qui se passe ou ce qui vous arrive » au lieu de laisser le sujet me l'expliquer lui-même, je fais valoir un au-delà de ce que le sujet dit et, par le fait même, le savoir que j'en ai. Il n'est pas possible d'avoir une parole sans ambiguïté, mais il est possible d'éviter de rajouter de l'implicite, des sous-entendus, de l'allusion et d'avoir une pratique de la parole qui tend le plus possible à mettre entre parenthèses l'au-delà de l'énoncé. C'est aussi accepter un intime et un hors sens.

J'ai évoqué tout à l'heure la question d'un traitement, ce traitement ne consiste pas seulement dans l'application d'un certain nombre de techniques, il repose avant tout sur la façon dont nous nous positionnons, c'est-à-dire dans le mode de présence, l'attitude de parole et de silence, de discrétion que nous adoptons à l'égard des personnes. La plupart des symptômes et des troubles pour lesquels on envisage une prise en charge institutionnelle ne sont que l'autre face d'une difficulté plus ou moins grave qui, dans la psychose, touche au lien à l'autre, l'autre entendu dans son sens le plus quotidien et le plus radical à la fois. Notre action ne vise pas directement le symptôme, mais passe par un certain mode d'adresse, de réponse de notre part pour porter sur le symptôme.

« Le clinicien, le thérapeute, l'intervenant, l'éducateur, qui opère dans ce champ n'est pas simplement le dépositaire d'un savoir-faire ou d'une technique. Il est le partenaire d'un lien... De ce traitement dépend le fait que le lien institutionnel puisse avoir des effets sur le symptôme lui-même » (Zenoni, p. 251).

- Repérer toujours les points d'appui de la personne dans son existence, ses goûts, ses liens et travailler avec cela est un premier axe.

Se positionner dans son travail en est un second, un second axe. Je reprends Lise Gaignard qui pose cette question : « Pour qui roule-t-on ? On fait marcher l'hôpital ou on soigne les maladies ? » dans son ouvrage *Le travail aliéné*. Il s'agit de travailler à la prise de conscience d'un positionnement subjectif éprouvant et qui s'ignore comme positionnement politique.

Pour répondre à quelques propos de la salle :

Les hospitalisations en psychiatrie sont devenues difficiles, ce qui fait que, moi-même, j'hospitalise beaucoup moins les patients qu'il y a quelques années. Parfois, nous passons beaucoup de temps à travailler avec quelqu'un pour qu'il rentre à l'hôpital et il ressort quarante-huit heures après, d'une part il ne s'est évidemment pas passé grand-chose pour lui et, d'autre part, notre lien de parole s'en trouve un peu discrédité. Je pense que cela participe au fait que je suis devenue plus réservée pour faire hospitaliser quelqu'un, puisqu'il ressort trois semaines après, sans qu'il se soit passé grand-chose. Ce n'est plus la clinique qui organise la durée de l'hospitalisation, mais le fait qu'il faut que ça tourne, il faut que ça sorte. Cela rend compte des conditions dans lesquelles on travaille dans les lieux du social et du sanitaire.

Je pense qu'on est aussi pris dedans et que, moi-même, alors qu'il y a dix ans j'aurais hospitalisé quelqu'un, en me disant que ce serait bien qu'il ait un lieu d'accueil, d'hospitalité, de soins pour quelque temps, aujourd'hui, je ne le fais plus parce que je vais passer des heures pour obtenir un petit temps d'hospitalisation et qu'on le fera sortir après la prise de trois médicaments. Cela biaise effectivement ce que l'on peut faire, mais on est obligé de faire avec cette contrainte. Je cherche des endroits où c'est moins pire, où on ne met pas à la porte tout de suite les patients.

Qu'est-ce qu'on peut dire sur le plan institutionnel à propos du transfert et du sujet ?

Comment peut-on, en regard de cette logique de la psychose, avoir une réponse, une réponse comme travailleur social ou comme travailleur médico-social ou sanitaire pour englober un peu le tout ?

Vous savez que Lacan, dans un séminaire qui, je crois, est *Le sinthome*, parlait de la responsabilité de l'analyste en faisant un petit jeu de mots, la responsabilité comme « l'habilité à la réponse ». C'était le séminaire sur Joyce.

C'est intéressant de l'avoir en tête, ce n'est pas qu'un jeu de mots, c'est ce qui implique la responsabilité.

Pascale Belot-Fourcade : Tu penses que les patients nécessitent « un peu d'habilité de notre réponse » et un certain positionnement pour répondre ?

Quel travail social est-il possible ?

Pascale Moins : On essaie, oui, c'est une question puisqu'il y a une exigence faite aujourd'hui au travailleur social d'avoir une réponse systématique.

Mais il y a aussi une question éthique, liée à la parole. Ce n'est pas si simple. Ce n'est pas tant avec les grands schizophrènes dissociés qui ont un néolanguage, qui sont très étranges, très bizarres, et pour lesquels, au fond, la folie est évidente, que c'est le plus difficile. Finalement, ceux-là sont bien repérés. C'est plutôt toutes les psychoses du côté de la paranoïa, où ce qui est mis en avant, cela peut être parfois une plainte ordinaire, du côté du dol, de la lésion au sens où il s'agit d'être lésé de quelque chose de fondamentalement originel dans leur existence, que cela peut être complexe. Parce que c'est à la fois très proche de notre bonne plainte de névrosé, de notre insatisfaction, et en même temps cela n'a rien à voir. Il s'agit de « les entendre dans leur monde », si je peux m'exprimer ainsi.

C'est avec ces patients-là, psychotiques, revendiquants, que ça peut devenir très compliqué, que le ton peut monter. Ils peuvent devenir quérulents, quand il y a ou bien des réponses faites sans arrêt à leur demande ou bien quand on est dans une volonté de rétablissement dans le bon ordre.

Je lis actuellement un auteur, Alfredo Zenoni, qui est un psychologue, psychanalyste belge, un élève de Jean Oury et de Lacan, qui a beaucoup travaillé la question d'une autre pratique clinique.

Une autre pratique clinique est le titre d'un de ses ouvrages où il parle de la clinique et de thérapeutique en institution avec la psychanalyse. Je précise qu'il ne s'agit pas de faire de la psychanalyse et de faire des cures de psychanalyse en institution, mais de repérer en quoi les outils, les concepts de la psychanalyse nous permettent de penser un peu la place, la réponse que l'on peut faire.

Il insiste beaucoup sur la chose suivante, c'est pourquoi cela m'a intéressée, que l'intervention que l'on peut faire, qu'elle soit d'aide, de remplissage de formulaire, de prescription, d'écoute, ne vise pas à changer quelque chose dans la croyance du sujet, de la personne qu'on a en face, le patient psychotique, mais à moduler, modifier les implications de la relation dans lequel il est aujourd'hui dans l'institution.

Vous voyez, il précise bien qu'il ne s'agit pas de le modifier lui, mais que l'on peut peut-être agir sur le lien que l'on a avec lui. C'est son credo et c'est celui de la psychothérapie institutionnelle, et je trouve cela intéressant pour un certain nombre de nos lieux où l'on travaille de pouvoir penser ainsi.

Puisqu'il s'agit que la rencontre ne réactive pas la position d'objet dans laquelle est le patient psychotique.

A. Zenoni parle d'un « traitement de la relation ». Vous voyez bien qu'il s'agit là de la manière de s'y prendre dans le transfert, non pas dans la cure analytique, mais dans le cadre d'un travail en institution. Je reviens, en répondant

à certaines questions tout à fait pertinentes et intéressantes, sur le fait qu'il est important de se tenir dans une position de partenaire, qui ne sait ni ne décide, mais qui fait le point avec le patient.

Est-ce que l'on est du côté, au fond, de la société, de l'ordre ?

Est-ce qu'on est du côté du patient ou de l'institution en soutien ? Où est-on ?

On peut décaler un petit peu comme ça. C'est pourquoi, il est essentiel que la personne ne soit pas cruellement objectivée, qu'on la laisse en paix, en sécurité et en confiance dans un premier temps.

Comment s'orienter ?

Dans la psychose, le transfert est du côté de l'autre avec un grand « A » ou un petit « a ». C'est-à-dire que l'on peut inverser la supposition. J'explique : vous savez que dans la névrose, chacun (le sujet) suppose que c'est l'autre qui sait, alors que dans la psychose c'est l'autre qui me suppose être son objet. La psychose comporte toujours ceci, le fait de penser que l'autre veut de lui quelque chose, cherche quelque chose, c'est cela qui constitue le monde psychotique. C'est-à-dire que même en étant dans un « rien avoir fait au départ », on est face à quelqu'un qui suppose qu'on lui veut quelque chose. Ce qui n'est pas tout à fait pareil quand nous allons voir quelqu'un en supposant qu'il sait quelque chose sur nous.

Le transfert est donc à lire comme une actualité, une mise en acte de ce qui est actuel de la structure.

Je précise un peu : à ceci près que la structure de ce qui est mis en acte est inversée. Par exemple, la demande d'amour dans la psychose devient « l'autre m'aime » sous sa forme ordinaire, sous sa forme non délirante, le transfert de l'autre. Vous avez entendu que c'est le transfert de l'autre, pas celui du patient. Le transfert du grand Autre ne se manifeste pas nécessairement par la conviction que c'est l'autre qui a commencé, qui a fait signe le premier, ça se sont les traits de l'érotomanie constituée.

Ça peut se manifester aussi au niveau du phénomène, par l'initiative du sujet, par un geste de sa part, par son passage à l'acte. Il peut par exemple téléphoner cinq fois par jour ou tous les jours à sa fille ou à sa partenaire, ce que nous pouvons faire aussi. Et ça peut sembler exprimer l'attachement ordinaire (on pourrait dire) mais ça peut aussi traduire là un attachement au fait qu'il est l'objet de l'autre et de la vérification d'être ce qu'il manque à l'autre.

Au niveau du phénomène, il peut très bien déclarer qu'il aime aussi l'autre comme tout le monde, mais au niveau de la structure, son amour passe par la certitude qu'il est l'objet de l'autre dont l'autre ne peut pas se passer et que l'objet l'anime.

Je ne sais pas si je suis très claire dans ce que j'essaie de faire comprendre avec l'histoire d'amour ?

J'essaie de faire comprendre qu'en face d'un sujet psychotique, à propos des questions de la logique de la psychose, le névrosé, lui, va se dire « tiens, celui-là me plaît bien ». Le psychotique, il est en face de quelqu'un qui suppose à l'autre des intentions. Ce n'est pas lui qui est, c'est l'autre qui le met dans une place d'objet pour lequel l'autre a des intentions (je caricature un peu pour que vous entendiez qu'on est dans un truc très différent).

Pascale Belot-Fourcade : Il y a toujours un risque à traiter un psychotique comme un bon névrosé avec nos bons sentiments et l'idée de les rétablir dans la société, dans notre monde commun actuel.

Et si on ne fait pas attention, comme le dit Pascale Moins, « d'en faire un partenaire », de ne pas vouloir à sa place, de ne pas juger à sa place, mais de faire le point avec lui, on risque trois choses :

- L'érotomanie, en sachant que l'érotomanie, ça peut mal finir.
- La dépression.
- La persécution.

Une personne de l'assistance : On comprend ce que vous dites. Ce n'est pas si simple que ça de reconnaître qu'en face de nous, le sujet a besoin d'être partenaire, c'est pas facile.

Le travailleur social qui se trouve face à une personne, qui travaille autour d'un contrat de séjour, on met en place un projet et le temps de s'apercevoir que chez l'autre, il y a quelque chose, un truc qui ne tourne pas rond et on s'aperçoit que ce n'est pas si simple que ça, c'est pas facile et qu'on est dans l'échec, eh bien il y a quelques mois et quelques semaines qui se sont passés. Et parfois, même, il y a une sensation de ne pas trop savoir s'y prendre avec la personne et de se dire, à un moment donné, que l'on va travailler, on va essayer de faire de l'autre un partenaire. Je ne suis pas sûr que ce soit si simple que cela pour les travailleurs sociaux, je parle surtout pour le travail social.

Pascale Belot-Fourcade : Quand nous faisons cet avertissement, ce ne sont pas des accusations. Les situations dont a parlé Pascale Moins, ça résiste. C'est quand ça résiste qu'on doit toujours se poser la question :

Est-ce que mon éthique de travailleur social n'est pas en décalage par rapport à celui que je veux aider ?

Une personne de l'assistance : Est-ce qu'il n'y a pas un risque, en étant

partenaire, de rentrer dans le registre de l'érotomanie ?

Pascale Moins : Devenir partenaire, ce n'est pas dans le sens de devenir avec une grande empathie, sympathie. Ce n'est pas un partenaire sexuel, c'est très difficile.

Pascale Belot-Fourcade : D'abord, ça veut dire l'écouter à la lettre, ne pas supposer qu'il y a une demande en arrière qu'il faudrait investiguer.

Pascale Moins : Je vais parler de cette question de la compréhension et de l'au-delà de ce qui est dit.

Effectivement, moi aussi, je suis psychiatre et on me demande plutôt de soigner des gens, de les traiter, de les aider à être avec moins de folie, qu'ils puissent mieux vivre en société. Comme psychiatre on a des impératifs, on est pris dans l'ordre social. Pour reprendre donc cette pente qu'il pourrait y avoir à mettre l'autre en position d'objet, qui est déjà comme cela de par sa structure, dans cette position d'être l'objet de l'autre, il s'agit de ne pas en rajouter, c'est ce que j'essayais de dire.

Lacan disait « être le secrétaire du psychotique », c'est peut-être mieux que partenaire si on veut l'entendre comme cela. Ça met dans la position un peu plus de celui qui écrit et écoute.

A. Zenoni parle de partenaire, il dit partenaire « qui ne sait ni ne décide ». Il est vrai qu'en même temps, un travailleur social doit prendre des décisions. C'est plutôt « ni ne sait ni ne décide » quant à la structure. C'est peut-être simplifié de l'avoir présenté comme je l'ai fait, c'est vrai.

Une telle bonne volonté peut vite prendre, dans la psychose, la figure du grand Autre qui ne peut se passer de moi, du grand Autre qui me veut quelque chose, c'est ça que je voulais un peu nommer.

Il est alors assez utile de se rappeler que nous ne sommes pas là pour vouloir quelque chose du sujet, mais que nous sommes là pour qu'il puisse nous utiliser, se servir du service que nous pouvons lui proposer. C'est ça, c'est peut-être ce point-là qui est plus clair. Si vous voulez, on n'est pas là pour vouloir quelque chose, on est là pour qu'il puisse se servir de l'institution, du CHRS.

M. C : C'est ça.

Pascale Moins : C'est un point que je voulais rappeler, qui est très important.

M. C. : S'appuyer sur nous !

Pascale Moins : On est là pour qu'ils puissent s'appuyer sur nous avec ce que l'on propose comme aide, comme dispositif, comme soin, s'en servir et que c'est important de rappeler ce petit décalage, peut-être, qui n'est pas tout à fait un choix d'ordre ou de rien en avoir à faire de ce qu'on nous demande. Cela implique quelques éléments : je vais reprendre cette question de compréhension.

Cela exige notamment d'abandonner tout appui trop pris dans la dimension de la compréhension.

Ce n'est pas qu'il ne s'agit pas de comprendre mais, si dans ma réponse est présente l'idée que je comprends ce qui se passe ou ce qu'il lui arrive (je parle à quelqu'un) avant qu'il ne m'ait expliqué, évidemment, je fais valoir qu'il y a un au-delà de ce que le sujet dit, et par le fait même de savoir que j'en ai la connaissance, ça peut l'inquiéter.

Si, avant qu'il m'expose quelque chose, je dis que « je comprends très bien, je vois tout à fait où vous en êtes, je vois bien ce qui vous arrive, Monsieur », Comment je le sais ? Eh oui ! Je vais vite être le persécuteur, ce n'est pas une histoire de travail social, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'être dans des précautions permanentes mais, par exemple, ça vous en savez un peu, ce sont des précautions qu'on acquiert assez vite, « je vois bien ce qui vous arrive, je sais tout, je le sais à l'avance », il faut éviter.

A. D. : C'est-à-dire que soit c'est persécutant, soit la personne peut dire que son suivi n'est pas très individualisé, ça fait un peu le travailleur social qui en a vu d'autres, qui va automatiser sa réponse.

Pascale Moins : Il n'est pas possible d'avoir une parole sans ambiguïté, on est bien d'accord, on ne peut pas parler. À partir du moment où on est dans le langage, il y a de l'ambiguïté.

Il ne s'agit pas d'un programme de gommage de l'ambiguïté, mais il est possible d'éviter de rajouter de l'implicite, des sous-entendus, de l'allusion et d'avoir une pratique de parole qui tend le plus possible à mettre entre parenthèses, un « au-delà de l'énoncé ». Ce n'est pas possible non plus de tout enlever, sinon se serait huilé, tout irait bien, on se comprendrait tout le temps. Ça veut dire aussi qu'on ne dit pas à quelqu'un, « je le sais à l'avance », on l'écoute, « racontez-moi », on accepte aussi qu'il y ait un hors sens chez lui, un peu d'intime et puis qu'il soit singulier. C'est aussi cela que l'on accepte, qu'il n'ait pas forcément la même histoire que tous ceux qui arrivent. Même

si on a tous en tête que cette histoire, on l'a déjà écoutée d'autres fois.

J'ai évoqué tout à l'heure la question d'un traitement. Je ne voulais pas dire traitement comme consistant seulement dans l'application d'un certain nombre de techniques, mais comme reposant sur la façon dont nous nous positionnons. C'est-à-dire dans le mode de présence, l'attitude de parole et de silence, de discrétion, que nous adoptons à l'égard des personnes. Cela touche à la fois, à la manière dont on travaille ensemble (je pense qu'ici vous avez à faire à ça), on peut travailler collectivement ensemble, en étant homogènes, hétérogènes, en étant accordés au sens où on est un peu au courant de ce que font les autres, pas à pas et puis à ce que cela permet pour les gens que vous accueillez.

La plupart des symptômes et des troubles pour lesquels on envisage une prise en charge en institution nous mettent en face d'une difficulté plus ou moins grave, liée à ce que la psychose touche au lien à l'autre.

Le lien à l'autre qu'on peut entendre dans son sens le plus quotidien, comment on se tient avec les autres. En général, c'est ce qui est problématique pour ceux qui arrivent ici.

Et aussi, le lien plus radical au grand Autre, alors peut-être que c'est le point que je trouve le plus intéressant dans le cas que je vous ai rapporté. Il y avait le cas de ce monsieur qui a rencontré une référente, dans un SAVS, qui ne s'est pas intéressée tant que cela à sa difficulté de logement. C'est que notre action ne passe pas directement, ne vise pas directement ce qui ne marche pas chez la personne, mais puisse passer par un certain détour ou un mode d'adresse, de réponse de notre part un peu décalée pour porter sur ce point-là (c'est pas facile, je n'ai pas de modèle). Il me semble que de ne pas être pile dans la réponse « il manque le logement, je mise à 100 % sur le logement » n'est pas grave, je pense que vous savez que, en général, on y vient par des biais détournés.

Pascale Belot-Fourcade : Cette discrétion ne veut pas dire anonymisation, c'est extrêmement important. Je disais aux gens : « mais demandez donc leur nom, leur culture », de leur poser la question « mais vous, dites-moi ? ». C'est être curieux en étant discret. Cela me semble important.

Pascale Moins : Oui, partout.

L'autre jour, un patient m'a dit : « Je ne sais pas si je vais continuer à aller à l'hôpital de jour, parce qu'ils me demandent ce que je fais le soir, mais moi, est-ce que je sais ce qu'ils font le soir, le week-end ? Est-ce qu'ils partent en vacances, avec qui ? Moi, je dois tout leur dire et eux, ils ne me disent rien. »

Donc, je lui ai dit qu'on reverrait cette affaire, eh bien voilà. C'est vrai qu'il y a des lieux où on demande des choses personnelles aux gens et finalement, eux, ils vivent cela comme un drôle de truc, très intrusif.

Pascale Belot-Fourcade : Enfin, quand je disais d'être curieux, ce n'était pas tellement dans la jouissance des gens, mais c'est sur leur articulation symbolique.

Pascale Moins : Oui, je parlais de ne pas porter directement sur le symptôme, ce n'est pas très facile, je l'énonce comme cela, je pense que c'est au cas par cas, à construire, et puis il y a aussi des choses qui peuvent être un peu des trouvailles que l'on fait à un moment. Et des choses que l'on fait aussi plus à l'aise, par exemple, chacun de nous, on a des zones où on est plus à l'aise. C'est-à-dire que l'on peut être à la fois en train de repérer effectivement ce qui fait défaut quant à la structure et en même temps voir ce qui sert de point d'appui. Il y a des gens qui s'appuient sur quelque chose, qui ont une passion pour des collections, à mon avis, c'est très important de repérer ça.

Quels sont les points d'appui des gens que l'on a en face. Est-ce que c'est une histoire d'amour ? Est-ce que c'est un produit ? On travaille aussi avec ça ; ça aide un peu à travailler.

Alors, je termine sur cette histoire, je vais juste dire deux ou trois choses sur votre travail après.

Le clinicien thérapeute, l'intervenant, ou l'éducateur, qui opère dans le champ de l'aide n'est pas simplement dépositaire d'un savoir-faire ou d'une technique. Il travaille avec ce lien et de ce traitement dépend le fait que le lien institutionnel puisse avoir un effet sur le symptôme lui-même. C'est-à-dire que c'est dans le lien qu'on peut avoir avec eux aussi, qu'on peut démarquer parfois quelque chose qui reste coincé, sinon, quand on est là ! Non, il n'y a pas de room service, ici. Non, vous n'aurez pas de logement avec une Mercedes, il n'y a pas assez de sous, c'est parfois dans le lien que vous serez bien, je pense. C'est dans le lien avec vous que ça peut se dénouer, aller mieux, et que ça permet l'acceptation, la visite d'un logement par exemple. Enfin, la question des points d'appui et des repérages d'où on est et de la discrétion et de la curiosité qui sont les deux choses à mener en même temps me paraît assez importante.

Alors, évidemment, j'ai commencé en disant qu'on travaillait dans un contexte assez difficile même s'il y a des endroits un peu préservés, c'est vrai. Lise Gaignard a publié un livre, elle est psychanalyste et a travaillé avec Jean Oury très longtemps. Elle reçoit des patients qui lui sont adressés par des services de santé au travail, on appelle plus ça médecine du travail, mais

santé au travail. Elle les reçoit deux à trois fois et elle a écrit un petit livre qui s'appelle *Chronique du travail aliéné*. Ce sont des comptes rendus, de petites vignettes cliniques qui sont intéressantes parce que les gens viennent parler de leur travail jusqu'au point où, eux-mêmes, ils ont été malmenés dans leur boulot subjectivement, et il y a toujours un point où ils ont participé. Elle essaie de leur faire toucher le point de participation à cette affaire. Parce qu'on est aussi pris là-dedans. Tout à l'heure, M. Chevrier demandait si on avait des problèmes de budget, je lui disais qu'à nous aussi, on nous demande des comptes « Combien on a d'entrants ? Quelle est la file active ? » et les budgets sont toujours serrés, baissés.

Il y a des jours où l'on se dit « pour qui roule-t-on ? ». Est-ce que l'on fait marcher un établissement, ou est-ce que l'on soigne des patients ? Est-ce que l'on accueille des gens, ou est-ce que l'on reste dans le budget du CHRS ? Ce sont des questions qui ne sont pas hors du sujet que nous traitons. C'est-à-dire, on est instrumentalisés du fait de venir répondre à la place des politiques à quelque chose où il faudrait aider tout le monde avec des espèces de prescriptions qui nous sont faites, et à la place d'un certain nombre de décisions politiques non prises ou d'une position politique qui n'est pas tenue. Donc, on a peut-être aussi à se demander comme ça « pour qui roule-t-on ? ». Comment le formuler ? Quand on vient travailler, parce que c'est vrai que l'on accueille des gens avec des demandes de remise au travail, remise au logement, remise dans la vie civile, sociale au titre de citoyen alors que tout est fait pour ne pas les accueillir, il y a de l'absurde.

Et donc, on a aussi ces points-là dont on ne peut pas juste s'exonérer en se disant que ce n'est pas notre faute, sur lesquels on a aussi à réfléchir pour travailler chacun sur son propre poste de travail, et c'est une affaire qui touche tout le monde.

Déficitaires ou créateurs ?

Jeanne Wiltord

23 juin 2016

Jeanne Wiltord : La question du titre n'est pas anodine.

Je vous propose une rencontre avec le travail subjectif que des femmes et des hommes ont pu effectuer, grâce à leur capacité d'invention et de création artistique, pour lutter contre les effets de destruction et de dissociation de leur personnalité, causés par la psychose.

« Ce que nous prenons pour une projection morbide, la formation du délire, est en réalité une tentative de guérison, une reconstruction » écrit Freud à propos du délire du président Schreber.

Tentative de reconstruire, de rebâtir un univers « non pas plus splendide, mais du moins tel qu'il puisse de nouveau y vivre » à partir de la « catastrophe existentielle », cette « fin du monde » qu'est la psychose.

Je vous propose d'approcher ce « rebâtir l'univers » à travers l'acharnement de femmes et d'hommes à *donner forme*, pour fabriquer un *lieu* où nouer ensemble les dimensions du Symbolique, de l'Imaginaire et du Réel, nécessaires à la subjectivité des êtres qui parlent.

Ce sont des artistes en ce qu'ils sont des créateurs, que leurs tentatives pour retrouver une *unité* nous permettent d'approcher les modalités différentes qu'ils s'acharnent à trouver de savoir y faire avec le Réel. Dans la banalité de nos vies, nous n'avons pas accès à la dimension que Lacan a nommée « Réel, irréprésentable, sans image, qu'aucun signifiant ne peut dire ». Nous pouvons en ressentir la proximité à travers des moments d'angoisse ou à travers la sensation d'une présence étrange et inquiétante que nous pouvons éprouver dans certaines situations.

Être ouvert à la rencontre qu'ils nous proposent avec le Réel nécessite de les rencontrer sans trop plein de savoir établi, mais pas sans une « boîte à outils » pour accueillir, sans l'entraver, leur tentative.

Les œuvres des artistes dont je vous parlerai aujourd'hui sont classées dans la catégorie de l'art brut.

C'est un terme inventé après la Seconde Guerre mondiale, en 1945, par

Jean Dubuffet, peintre français, né en 1901 au Havre et décédé le 12 mai 1985 à Paris. C'est la figure emblématique de l'art brut.

Dès 1945, il se met en quête d'œuvres correspondant vraiment à l'idée qu'il se fait d'une création artistique qui ne procède pas d'un apprentissage : œuvres de marginaux, d'originaux, de délirants et aussi de spirites, qui vont constituer la Collection de l'art brut.

En 1946¹, Jean Dubuffet émet l'hypothèse d'un art praticable spontanément, par n'importe qui ; un art qui ne nécessiterait ni don ni instruction, qui procéderait de la jubilation et non de l'initiation.

Il en a donné plusieurs définitions qui ont toutes ce trait commun :

« Nous entendons par art brut, des ouvrages exécutés par des personnes indemnes de culture artistique, dans lesquels donc le mimétisme, contrairement à ce qui se passe chez les intellectuels, ait peu ou pas de part de sorte que leurs auteurs y tirent tout (sujets, choix des matériaux) de leur propre fond et non des poncifs de l'art classique ou de l'art à la mode. (...) Nous y assistons à l'opération artistique toute pure, brute, réinventée dans l'entier de toutes ses phases par son auteur, de l'art où se manifeste la seule fonction de l'invention... »

« Des productions de toute espèce – dessins, peintures, broderies, figures modelées ou sculptées, etc. – présentant un caractère spontané et inventif, aussi peu que possible débitrices de l'art coutumier ou des poncifs culturels, et ayant pour auteurs des personnes obscures, étrangères aux milieux artistiques professionnels. »

« Œuvres ayant pour auteurs des personnes étrangères aux milieux intellectuels, le plus souvent indemnes de toute éducation artistique. »

Dubuffet prolonge ainsi les travaux de certains psychiatres. Deux d'entre eux ont été déterminants : ils vont permettre de déplacer le regard porté sur les peintures, dessins, sculptures, broderies, faits par les fous, afin que ces productions soient regardées comme des créations artistiques.

1. Dubuffet Jean, *Prospectus aux amateurs de tout genre*, coll. Métamorphoses n° 31, Gallimard, Paris, 1946.

- **Walter Morgenthaler**², psychiatre suisse, affecté dans une clinique psychiatrique près de Berne, publie en 1921 un essai qui attire l'attention d'artistes, tel que Paul Klee, sur l'œuvre d'un homme, Adolf Wölfli, interné dans cette clinique avec le diagnostic de schizophrénie.

- **Hans Prinzhorn**, historien d'art et psychiatre allemand, publie un an plus tard un ouvrage³ qui rompt avec une approche psychopathologique de ces productions et bouleverse le regard porté sur « l'art des fous ». Cet ouvrage influencera Paul Klee, Max Ernst et les Surréalistes.

Ce déplacement du regard porté sur la création artistique des fous ne sera pas sans conséquences sur la conception de l'art allemand que les nazis chercheront à imposer. Le 18 juillet 1937 était inaugurée en grande pompe, à Munich, la « première grande exposition de l'art allemand », art officiel nazi qui célébrait le type nordique de la belle forme éternelle, idéal de la « purification par l'idée ». Le lendemain, à l'initiative de Joseph Goebbels, ministre de la Propagande du III^e Reich, l'exposition de *L'art dégénéré* livrait aux sarcasmes du public des œuvres d'art moderne qui ne correspondaient pas aux critères esthétiques des nazis, accompagnées de commentaires qui les dénigraient. Elles étaient associées, dans cette exposition, à des dessins et des sculptures de malades mentaux provenant de la collection Prinzhorn à Heidelberg. Le qualificatif « dégénéré » utilisé par Goebbels rejetait toute nouveauté dans les formes, dans l'utilisation des couleurs, toutes les formes plastiques de la modernité et soulignait le pouvoir nocif que, selon les nazis, ces œuvres avaient sur l'idéal allemand. Ce qualificatif sera étendu à la musique – Schönberg et aussi le swing – et au cinéma.

D'un point de vue formel, « l'art brut est essentiel dans la compréhension des mécanismes de la création et de la définition même de l'art ».

Les productions de l'art brut jouissent maintenant d'un intérêt grandissant, d'une reconnaissance internationale et occupent une place non négligeable dans le marché de l'art. Plusieurs lieux exposent les œuvres de l'art brut : l'incontournable Collection de l'art brut de Lausanne, inaugurée en 1976 grâce à la donation Jean Dubuffet ; en France, elles ont connu une reconnaissance publique en 2010 avec l'ouverture du Lille Métropole Musée

2. Morgenthaler Walter, *Un malade mental en tant qu'artiste*, 1921.

3. Prinzhorn Hans, *Expressions de la folie. Dessins, peintures, sculptures d'asile*, trad. de l'allemand A. Brousse et Marielène Weber, coll. Connaissance de l'Inconscient, Gallimard, Paris, 1984.

d'art moderne, de l'art contemporain à l'art brut et de plusieurs galeries (La Maison rouge, La Halle Saint-Pierre, Bruno Decharme, Christian Berst, toutes à Paris).

Depuis plusieurs années, Lise Maurer – psychiatre, psychanalyste – anime à Paris un séminaire sur l'art brut⁴.

Fous et pas fous. Mais tous autodidactes. À côté des créations associées aux asiles se rangent celles de « l'homme du commun », comme l'appelle Dubuffet – celui qui fait œuvre en dehors des circuits artistiques – et celles de l'art médiumnique.

Beaucoup de termes foisonnent pour décrire un corpus d'œuvres aux frontières poreuses : art singulier, Outsider art, Neuve invention, Folk Art...

Il est important d'insister sur le fait que les créateurs bruts, sont des artistes solitaires qui vivent souvent dans un grand isolement, voire dans une claustration. Beaucoup d'entre eux ont produit l'essentiel de leur œuvre dans les conditions d'enfermement de l'asile psychiatrique. Il n'est pas rare de découvrir ou d'avoir accès à une production gigantesque après la mort des auteurs (ainsi les dessins d'Henry Darger, découverts dans son appartement à la suite de son décès. Ces œuvres ont récemment fait l'objet d'une exposition au musée d'art moderne de la ville de Paris).

Poussés par une nécessité intime, « de première nécessité », sans autre but que de produire pour eux-mêmes, ils ne produisent pas pour montrer.

- Auguste Forestier

Né en 1887 dans une famille de paysans, Auguste Forestier est passionné de trains depuis son adolescence, ce qui le conduisit à faire de nombreuses fugues vers des gares... Partir vers le lointain. En 1914, une de ses expériences fait dérailler un train : « Je voulais voir écraser les cailloux, a-t-il déclaré, mais je ne croyais pas que mon acte pouvait faire dérailler le train. » Il est hospitalisé à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban et y restera jusqu'à sa mort, en 1953.

C'est à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, en Lozère, qu'est née l'expérience connue sous le nom de « psychothérapie institutionnelle », mouvement psychiatrique qui soutient la nécessité de soigner l'hôpital afin de soigner des malades qui y sont hospitalisés.

Les « nonnes » – comme disait affectueusement François Tosquelles – qui

4. Maurer Lise, *De la trinité en dérouté au sinthome*, séminaire mensuel, Faculté de théologie, 75014, Paris.

géraient Saint-Alban participeront, jusqu'au bout, à la naissance de ce mouvement impulsé et soutenu par plusieurs psychiatres novateurs, inscrits dans la vie politique. Balvet, médecin directeur, Bonnafé (membre du Parti communiste, marqué par le mouvement surréaliste qui avait distribué, en 1931, un tract invitant à ne pas visiter l'Exposition coloniale de Paris), Roger Gentis, Jean Oury, interne (il créera la clinique psychiatrique de Laborde), François Tosquelles, catalan, psychiatre militant au mouvement trotskiste antistalinien (POUM) qui avait fui les armées de Franco.

Durant toute la période de l'occupation de la France par les nazis, les « nonnes », les médecins, le personnel civil et les patients ont participé au mouvement de Résistance. Ils ont caché, soigné des maquisards et accueilli des intellectuels, des poètes (Éluard) qui fuyaient les nazis. Les malades étaient associés à l'organisation de la vie quotidienne, à l'organisation des fêtes, à la tenue d'un journal, *Trait d'union*.

Pendant la Seconde Guerre mondiale, environ 45 000 hommes et femmes, abandonnés par le régime de Vichy, sont morts de privations de nourriture dans les asiles en France. L'hôpital psychiatrique de Saint-Alban est le seul à n'avoir pas sacrifié de malades. L'hôpital vivait en autarcie, ni neuroleptiques, ni art-thérapie. Grâce à des psychiatres attentionnés, un fou pouvait, tout à son aise, fabriquer. Forestier a été l'un d'entre eux.

Hospitalisé à Saint-Alban, il fera plusieurs fugues. Puis il met un terme à sa quête, à travers les voyages en train, d'un espace lointain et se met à explorer, en sculptant, l'espace à trois dimensions.

Toujours coiffé d'un képi couvert de médailles qu'il s'était confectionné, silencieux, il sculptait dans un petit atelier qu'il avait aménagé dans un couloir de l'hôpital. À l'aide de matériaux de récupération, de débris, de déchets ramassés dans l'hôpital, il fabriquait et sculptait avec des outils rudimentaires, qu'il avait confectionnés, militaires aux couvre-chefs exubérants, personnages, jouets, médailles, maisons richement décorées, bateaux (promesses de voyage ?), monstres imaginaires ailés à bec d'oiseau ou à queue de poisson, fantastiques et légendaires (bête du Gévaudan), qu'il habillait de tissus ou de pièces de cuir.

Forestier était peu bavard sur les objets qu'il fabriquait, mais ses créatures résonnent avec des récits mythiques et des angoisses universelles.

La simplicité de ses outils, la pauvreté de ses matériaux intéresseront Dubuffet qui découvre, en 1944 chez Paul Éluard, les sculptures de Forestier ramenées de Saint-Alban.

- *Séraphine Louis* dite *Séraphine de Senlis*

Séraphine Louis est née dans une famille de paysans. Son enfance a été marquée par les deuils : orpheline de mère à un an et de père à sept ans, elle est recueillie par sa sœur aînée et garde le bétail dans les fermes voisines. À dix-sept ans, elle a travaillé comme femme de ménage chez des religieuses, puis dans des familles bourgeoises de Senlis. Très pieuse, elle allait régulièrement à la messe à la cathédrale où, à quarante-deux ans, lui vient, par la Vierge Marie, la révélation de son destin : consacrer sa vie au dessin.

Autodidacte, elle s'enfermait dans sa chambre pour peindre à la bougie, en secret, une œuvre considérable en chantant des cantiques. Elle confectionnait elle-même les couleurs avec lesquelles elle peignait et dont elle a gardé secrète la composition : de la peinture Ripolin achetée en droguerie qu'elle mélange à de l'huile d'éclairage d'églises, à de la terre, du sang, à des plantes. De nombreuses hypothèses ont été échaudées à propos de ses peintures. On a cru y reconnaître la représentation idéalisée des vitraux de la cathédrale de Senlis, mais Séraphine ne peignait pas des modèles de la banalité quotidienne. Elle peignait ses visions.

Ses tableaux ont une remarquable harmonie chromatique et présentent une profusion de feuilles, de fleurs, de plumes entremêlées, d'où émergent des formes d'yeux. Dans tous ses tableaux, les éléments orientés vers le haut suggèrent une idée d'ascension.

Un collectionneur d'art allemand, dont elle était la femme de ménage, découvre avec stupéfaction son talent, la puissance de ses compositions florales hors de tout académisme. Il la fait connaître et la soutient financièrement.

Il quitte la France en 1914, revient en 1929 et organise alors une exposition de Séraphine qui apporte à celle-ci une certaine aisance financière.

Son talent reconnu publiquement, Séraphine connaît le succès et peut se consacrer à la peinture. Mais elle dilapide l'argent de ce succès public dans des dépenses extravagantes. Ses hallucinations, ses crises d'angoisse deviennent de plus en plus importantes. Envahie par la crainte d'être empoisonnée, Séraphine ne mange plus et boit de plus en plus. Retrouvée dans la rue, errante, elle est internée en 1931 à l'hôpital de Clermont de l'Oise, où elle restera les dix dernières années de sa vie sans moyens de peindre.

Elle meurt de faim en 1942... condition des malades hospitalisés pendant la guerre.

Un film, *Séraphine*, lui a été consacré en 2015.

Son œuvre ne fait pas partie de la collection Dubuffet.

- Adolf Wölfli

Né en 1864 en Suisse, Adolf Wölfli est le plus jeune d'une fratrie de sept enfants. Son enfance se déroule dans des conditions misérables d'indigence matérielle et affective. Son père, tailleur de pierre, abandonne sa famille alors qu'Adolf a six ans. Il en a huit quand sa mère meurt. Il est placé comme garçon dans des fermes où il est traité le plus souvent avec une grande brutalité. En dépit de ces conditions de vie et d'une fréquentation très irrégulière de l'école, il apprend à lire et à écrire.

Incarcé en 1890 pour une première tentative de viol sur des mineures, à sa sortie de prison il travaille comme manœuvre en vivant dans une extrême solitude. De nouveau arrêté cinq ans plus tard pour une nouvelle tentative de viol sur une mineure, il est interné en 1895, avec le diagnostic de schizophrénie, à l'hôpital psychiatrique de la Waldau à Berne. Il y restera jusqu'à sa mort, en 1930.

Encouragé par les médecins de l'hôpital à écrire l'histoire de sa vie, Wölfli transforme son premier manuscrit autobiographique en un texte de trois mille pages : *Du berceau au tombeau*.

Il élaborera, jusqu'à sa mort en 1930, une œuvre colossale, profondément dépaysante, d'un prodigieux polymorphisme par l'étendue de son champ de recherche et qui témoigne de la puissance de ses ressources créatrices. Cette œuvre, qui élabore une nouvelle création du monde, se développe dans les domaines de la peinture, de la philosophie, de la littérature, des mathématiques, de la géographie ; l'écriture musicale y joue un rôle central. Le Dr Morgenthaler lui attribuait une fonction décorative, mais elle apparaît depuis des années comme le centre de gravité de cette œuvre. Elle n'est toujours pas totalement décryptée et ne cesse de passionner les compositeurs modernes.

En 1921, le Dr Morgenthaler, médecin à l'hôpital de la Waldau, publie une monographie : *Un aliéné artiste*, consacrée à l'œuvre d'Adolf Wölfli. Il rompt ainsi avec l'usage psychiatrique du pseudonyme et interroge par là même le statut d'une folie dont les effets de création sont incommensurables aux conséquences psychopathologiques.

En 1945, il présente à Dubuffet l'œuvre picturale de Wölfli, qui compte plus de 25 000 pages manuscrites et environ 3 000 dessins. Elle sera fondamentale dans sa conceptualisation de la notion d'art brut.

Polymorphes, ses productions picturales occupent tout l'espace plan et mêlent dans une calligraphie serrée récits en prose, poésie, dessins de guirlandes inspirées de décorations paysannes de meubles et de vaisselle populaire, collages d'images de magazines, chiffres, portées musicales où émergent

certains éléments formels fondamentaux : hommes dont le regard est constamment cerné, escargots, petits oiseaux (*Vögeli*) célestes (qui symbolisaient les voix qui le tourmentaient et contre l’envahissement desquelles il luttait). C’est à l’intervention d’oiseaux – les oiseaux miraculeux – que le président Schreber attribue la destruction de sa raison.

Qualifiée d’art brut, l’œuvre de Wölffi est en fait marquée par la culture, « culture du pauvre » : réminiscences scolaires, collages à partir de magazines populaires – qui révèlent son flair infailible pour trouver dans les images de son temps l’écho de ses angoisses et de ses terreurs paranoïdes –, écritures de portées musicales, décorations paysannes de meubles, de vaisselles, littérature populaire.

Ces matériaux hétéroclites sont pour lui des repères qu’il intègre dans son œuvre où références autobiographiques et récits inventés racontent son odyssée à travers un monde imaginaire. Il s’invente une nouvelle enfance, heureuse, à travers le héros de l’histoire, l’enfant « Doufi » (diminutif d’Adolf), qui voyage en compagnie de sa famille.

La cohérence symbolique de son œuvre indique une nécessité de créer un ordre dans sa situation d’effondrement psychique. Les mots choisis en fonction de leurs effets sonores et les compositions musicales le protégeaient des hallucinations auditives.

En 1975 est créée la Fondation Adolf Wölffi dont le siège se trouve au musée des Beaux-Arts de Berne.

- Aloïse Corbaz

Aloïse Corbaz est une figure majeure de l’art brut.

Née en 1886 près de Lausanne, en Suisse, dans une famille d’origine modeste, après son diplôme de fin d’études secondaires, elle prend des cours de couture et des cours de chant pour réaliser son rêve de devenir cantatrice.

Sa vie amoureuse a commencé par une liaison avec un ancien prêtre catholique français venu étudier la théologie protestante en Suisse. Il semble que, déjà à cette époque, elle rédigeait des textes de propagande religieuse et avait des périodes d’agitation qui gênaient son entourage.

À cause du scandale causé par sa liaison, sa famille l’oblige à partir en Allemagne par l’intermédiaire d’une association qui la place comme gouvernante d’enfants dans plusieurs villes. À Postdam, elle est engagée par le chapelain de l’empereur Guillaume II et développe un amour délirant pour l’Empereur (qui ne l’a sans doute jamais vue).

À son retour en Suisse, avant la guerre, elle présente selon certains témoignages des signes de déraison et a un état physique déplorable.

Elle est internée pour « démence précoce » à cause de l'intensité de son état d'agitation et de ses crises de violence.

Dans sa *Lettre au père interné*, écrite quelques jours après son internement, elle écrit : « Je ressens une ruine physique lente et sûre, fanatisme de folie amoureuse qui m'a arraché tout du corps... »

En 1920, Aloïse est transférée à la Rosière, hôpital psychiatrique pour malades chroniques. Très peu sociable, elle ne cessait de marmonner des mots à peine audibles et ne tolérait pas qu'on s'occupe de ses affaires.

Deux activités l'occupent : repasser et dessiner.

Elle ne laissait à personne le soin de faire le repassage des tabliers des infirmières et du linge de maison ; puis elle dessinait toujours en marmonnant, indifférente aux autres. Son langage dissocié était marqué par ses échanges avec les voix qu'elle entendait et qui semblaient même la conseiller sur le choix de ses thèmes de dessin.

Aloïse a commencé à dessiner après son internement en 1918. Son besoin de créer était tel qu'elle dessinait sur les deux faces de papiers d'emballage qu'elle ramassait. Dans les années 1940-1950, elle prit beaucoup de plaisir à utiliser des papiers variés, ayant parfois servi à l'emballage de paquets, qu'elle raccommodait avec soin en leur ajoutant souvent des morceaux de papiers imprimés tirés d'illustrés ou de réclames diverses, qu'elle cousait ou collait, et qui font entièrement partie de ses compositions.

Femme très intelligente, cultivée – comme en témoignent les références bibliques et historiques dans son œuvre –, elle avait le goût de la conceptualisation comme l'indiquent ses textes métaphysiques et cosmogoniques.

Son système de création délirant complexe lui a offert des identifications protéiformes où sa féminité devient inaccessible à l'amour charnel. Ne pouvant plus être « Aloïse » elle est « Lulu », puis « une morte désincarnée n'ayant jamais eu de corps que pendant la télépathie », puis s'identifie à la *terre*, principe féminin dont elle excluait toute qualité charnelle.

La *terre* est le point de départ d'une nouvelle création, d'un monde que ses dessins vont actualiser dans une dimension cosmique et mystique, « la Madone, conscience de l'univers ». Dans cette nouvelle existence, elle est « ravie d'étonnement et d'aise devant les manifestations de l'amour de Dieu elle reconnaît que ses voies sont jonchées de fleurs et non de cadavres ».

Son recours à la notion de « Trinité » va lui donner la liberté de changer de nature et d'état à travers une « consubstantialité alternative » qui lui permet de trouver un apaisement par rapport à l'angoisse dissociative. Les « créateurs

trinitaires », éléments constituant sa « Trinité », peuvent être des personnes réelles, des éléments cosmiques ou des symboles qui lui permettent de soutenir la représentation d'Aloïse *une* en tous les personnages qui la composent. Elle peut passer d'un état à un autre, d'un personnage à un autre, et être à la fois « Lulu, Israélite de naissance naturelle polonaise juive de Jéroskowsky en consubstantialité ». Exclue du monde naturel, elle recrée un monde magique désincarné où elle est *un tout* formé des éléments cosmiques et mystiques de ce monde. « Elle est elle-même un univers et chacune des images qu'elle dessine la représente aussi elle-même. »

Elle donne vie à cet univers, à ces objets, dans un monde qui est un grand théâtre, un opéra, où elle va s'identifier aux grandes amoureuses de l'histoire en puisant dans un registre de héros, de personnalités royales, objets de légende. Ses peintures sont la représentation du monde qui était devenu le sien, cosmogonie, théâtre baroque somptueux facilement reconnaissable. Les yeux des personnages y sont voilés de bleu. Plutôt qu'un masque, ce bleu est interprété comme un regard sans prunelle.

La plus grande partie de son œuvre a été faite avec de traditionnels crayons de couleur d'écoliers et à la mine de plomb pour marquer les contours.

L'intérêt de médecins pour son activité créatrice a permis de conserver sa production picturale à partir de 1936 :

- **Le Pr Steck**, professeur de psychiatrie à l'université de Lausanne qui présentait les travaux de patients schizophrènes – dont ceux d'Aloïse – à ses étudiants. Il lui a fourni du matériel et lui a rendu visite jusqu'à sa mort.

- **Jacqueline Porret-Forel**, l'une de ses étudiantes. Médecin généraliste à la Rosière, elle fournissait à Aloïse du matériel et – sans être intrusive – s'est intéressée à son travail. Sa thèse a été le début de nombreux travaux sur la production artistique d'Aloïse, mais le point de vue médical est vite devenu secondaire pour Jacqueline Porret-Forel, qui va rapidement s'attacher à son activité créatrice et analyser les relations entre sa création artistique et l'amélioration de son état.

Aloïse n'a en effet jamais reçu de neuroleptiques et la création artistique a été pour elle, selon ses propres mots, « la création miraculeuse... une situation qui équilibre » qui lui a permis de se constituer subjectivement. Le regard des autres, qu'elle sollicitait volontiers elle-même sur son œuvre, a été pour elle d'une grande importance.

À la recherche de créations artistiques de personnes internées, Jean Dubuffet

s'est intéressé à son œuvre, qui occupe une place importante dans sa collection d'art brut. Selon lui, c'est « son délire lui-même, amplement cultivé, qui lui procura un admirable épanouissement... forme de guérison provoquée non pas par des thérapeutiques faisant obstacle au délire, mais au contraire par le libre cours offert à celui-ci et par sa floraison heureuse⁵. »

En octobre 1963, Aloïse est l'invitée d'honneur à l'exposition de la Société Suisse des Femmes peintres, sculpteurs et décorateurs. En mars 1964 (quelques mois après le succès public de l'exposition), elle s'alite et meurt trois semaines plus tard.

- *Jeanne Tripiier*

Jeanne Tripiier est née à Paris, en 1869. Vendeuse à Paris, elle vit un temps avec un Américain et a un fils, Gustav, qu'elle élèvera seule. Après 1915 et que lui est subtilisé, pense-t-elle, l'héritage d'une tante, elle déploie une activité quérulente procédurière intense auprès du procureur et du préfet de police. Il apparaîtra par la suite « que la privation est ailleurs : elle est agenairé⁶ ».

À partir de 1927, elle commence à se passionner pour l'occulte et le spiritisme et fréquente des milieux spirites en plein essor depuis le XIX^e siècle. Ses activités médiumniques l'accaparent au point que, peu à peu, elle ne va plus à son travail. Les écrits de cette période ne nous sont pas parvenus.

En 1934, au chômage et sans ressources, Jeanne est expulsée de son logement et conduite à l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police, où elle est examinée par le D^r de Clérambault qui décide de son placement d'office à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, service du D^r Henri Baudouin. Pendant son hospitalisation, Jeanne est décrite comme « agitée et encombrante ». Elle va y produire un œuvre important : cahiers de « Messages » sous la dictée des « Esprits », de la « Voix Gutturale » et d'autres avec lesquelles elle est en relation. Quant aux Terriens, ils sont inaptes à saisir, avec la même aisance qu'elle, le caractère multiple et mouvant de leurs identités.

Sans cesse en quête d'identifications, Jeanne est « Médium de première nécessité justicière planétaire réincarnation de Jeanne d'Arc par un effet de dédoublement fluidique ». Elle décrit ses voyages interplanétaires et, avec une grande précision, sa vie quotidienne à l'hôpital, sans perdre de vue sa « Mis-

5. Dubuffet Jean, « Le Haut Art d'Aloïse », *Cahier de l'Art Brut*, n° 7, Lausanne.

6. Maurer Lise, *Le « Remémorer » de Jeanne Tripiier*, Érès, 1999.

sion Sacrée » : préparer le « Dernier Jugement Définitif sur Terre ». Plusieurs de ses textes sont saisissants dans leur dimension prémonitoire à propos de la guerre.

Le langage elliptique de ses textes a la même verdeur de langue et la même désinvolture familière pour parler des faits quotidiens aussi bien que pour communiquer les messages adressés par les « entités prodigieuses ». Les « hautes autorités planétaires », personnages extravagants, entremêlés, parlent un « langage sphérique » qui défile avec un rythme de plus en plus affolé. Celles qui sont le plus souvent évoquées : Jean de Lumière I son trésor, Anatole France Quand Même (souvent réduit aux lettres AFqM), Zed, Zed Zibodandez roi des miracles antiques. Se manifestent aussi, Pied de Bœuf, L'Orang-Outan, la Main de Fatma.

Son identité plurielle de médium transformiste n'a plus d'identité charnelle et se déploie avec une grande aisance à travers les corps fluidiques d'identités multiples : à la fois Jeanne d'Arc et Joséphine de Beauharnais, le soldat inconnu de France est Jésus des Miracles, qui n'est autre que Jeanne d'Arc M^{me} Jeanne Tripier.

M^{me} Jeanne Tripier Jeanne d'Arc devient un célèbre dessinateur transformiste qui produit des dessins que Jeanne nomme « clichés » – dessins à la plume, peintures médiumniques réalisées au doigt avec de l'encre mélangée à de la teinture pour cheveux, à du vernis à ongles... ou des médicaments.

La réalisation des « travaux d'art moderne modernisés », ouvrages chaotiques au crochet et surtout broderies extravagantes, violentes, anarchiques, manifestent le même investissement physique dans la violence de leurs formes désarticulées, sans représentations convenues, et donnent forme, elles aussi, à ses identités multiples. Comme ses textes et ses dessins, ses broderies témoignent d'une très grande labilité : larges points comme enjambant hardiment l'espace ou petits points sautant sans s'attarder.

Toutes ses créations sont pour elle des révélations médiumniques.

Jusqu'à sa mort, en 1944, elle poursuit sa « Mission Sacrée », tout entière au service des esprits : préparer le « Dernier Jugement Définitif ».

Jeanne Tripier meurt à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne, le 27 juin 1944, elle a soixante-quinze ans.

Elle avait fait du D^r Beaudoin le dépositaire de ses productions. Il les avait précieusement conservées et les a confiées, après la mort de Jeanne, au peintre Dubuffet.

Ses textes ont été présentés et analysés, en particulier par Lise Maurer : dans un texte inédit *La Maison Blanche est la bouteille à l'encre* (Journées de Mai-

son Blanche, 1998), dans la très belle postface du *Premier cahier de l'ordre des messages*⁷ (1999) et surtout dans *Le « Remémorer » de Jeanne Tripier*⁸ où ont été publiés les certificats médicaux de son hospitalisation d'office.

Ses écrits ont été aussi utilisés pour plusieurs travaux de théâtre par Jean-Pierre Goni, notamment au colloque de Ville-Evrard, *La veille*, en 2003, et sous le titre « Jeanne, M^{me} Tripier, Artiste Praulétaire » dans le cadre des Journées scientifiques de Maison-Blanche en 2004.

L'essentiel de son œuvre fait aujourd'hui partie de la Collection de l'art brut, à Lausanne.

- Bill Traylor

Il est l'un des artistes autodidactes les plus importants du XX^e siècle aux États-Unis.

Né esclave en Alabama vers 1856, Bill Traylor a environ neuf ans quand se termine la guerre de Sécession – guerre civile américaine entre les États abolitionnistes du Nord et les États esclavagistes du Sud. Il continue de vivre et de travailler sur la plantation de son maître, devenue celle du fils de celui-ci, puis de la femme du fils. À la mort de celle-ci – il a environ quatre-vingts ans –, il quitte la plantation et va s'installer en solitaire dans la ville voisine de Montgomery. Ses enfants – il semble en avoir eu environ vingt – avaient tous quitté le Sud. Il ne savait ni lire ni écrire.

Après avoir travaillé dans une compagnie d'entretien des routes, puis dans une cordonnerie, il est contraint au chômage à cause de son état de santé. Il n'a plus comme revenus qu'une petite pension versée par un organisme d'assistance.

Connu de tous dans la communauté des Noirs de Montgomery, il se lie d'amitié avec un entrepreneur de pompes funèbres qui l'autorise à dormir à l'arrière de son magasin... au milieu des cercueils. Le jour, il dessinait, assis sur une caisse sur le trottoir, devant le magasin.

Quelques mois plus tard, Traylor déménage dans une cordonnerie où il dort la nuit, s'installant toujours dans la rue pour dessiner pendant la journée.

Un jeune artiste, Charles Shannon, passant par-là, intrigué par ce vieil homme qui dessinait dans cette situation invraisemblable, engage avec lui une relation et commence à lui apporter du papier de meilleure qualité, de la peinture, des fusains, des pastels. Entre eux se noue une amitié qui va durer huit ans, jusqu'à la mort de Bill Traylor en 1949. Celui-ci n'utilisera que mines de

7. Tripier Jeanne, *Premier cahier – mai 1935*, Ed. Harpo, 1999.

8. Maurer Lise, *op. cit.*

plomb, fusains, crayons de couleur et pastels pour dessiner, en l'espace de trois ans, 1 800 dessins.

Dans un premier temps, il dessine des objets inanimés qu'il ordonne en rang dans un espace plan. Puis ses dessins stylisés s'animent et occupent l'espace : scènes qui racontent des histoires – souvent des histoires de bar – fourmillant de personnages en mouvement, corps renversés en équilibre sur un pied, l'autre jambe lancée dans l'air ; des animaux – surtout des animaux de ferme – en train de courir. Ses dessins dénotent d'une grande maîtrise des formes et vont se complexifier progressivement en associant formes abstraites et figurations.

Du vivant de Traylor, Charles Shannon organise, en 1942, une exposition de ses dessins. Traylor y est venu, a regardé sans grande réaction, puis est retourné dessiner et peindre sur son coin de trottoir. Il n'a jamais fait allusion à cette exposition.

Avec la Seconde Guerre mondiale, Shannon est mobilisé. Bill Traylor perd son ami, le principal admirateur de son œuvre. Il laisse le Sud, ses amis et part s'installer chez ses enfants dans le Nord, où il cesse de peindre. Sa santé se dégrade, il est amputé d'une jambe.

De retour à Montgomery en 1946, il ne peint plus guère et ses créations artistiques sont pauvres. Contraint par les services sociaux d'aller vivre chez une de ses filles, Traylor est ensuite hospitalisé et meurt en 1949.

Il a fallu attendre les années quatre-vingt pour que les dessins de Bill Traylor prennent place dans le Black Folk Art américain et trouvent un public.

Ses œuvres sont maintenant dans les musées les plus importants et atteignent des prix très élevés. Des recherches essaient d'établir les sources américaines et/ou africaines qui ont pu influencer la création de Bill Traylor.

Mais ce qui a poussé cet homme – après avoir laissé la plantation où il était né esclave en Alabama et où il n'avait plus de maîtres – à prendre un bout de crayon à quatre-vingt-trois ans pour commencer à dessiner sur du carton de récupération avec des outils rudimentaires, assis sur un trottoir, reste une énigme.

J'espère avoir pu vous permettre d'approcher le travail considérable de ces femmes et de ces hommes tenus par une nécessité, celle d'inventer une façon de nouer Réel, Imaginaire et Symbolique, là où ces dimensions nécessaires à la subjectivité s'étaient pour eux dénouées.

Discussion

Julie Burbage : J'ai effectué un mémoire en Master 1, dans lequel j'avais interrogé le concept d'art brut : en lisant les témoignages d'artistes d'art brut, on repère souvent le fait que, eux, n'ont pas du tout envie qu'on les appelle des artistes. Par exemple, Aloïse – nous avons vu aujourd'hui des reproductions de certains de ses tableaux – disait souvent en parlant de ses dessins : « j'ai envie de les jeter à la poubelle ». Du coup, j'avais interrogé la différence de statut de l'œuvre pour certains artistes pour lesquels il y a une importance à ce que l'œuvre reste dans le temps et dans l'espace, alors que pour les artistes d'art brut, c'est quelque chose qui passe.

Souvent, il y a certains artistes d'art brut qui témoignent qu'ils peignent recto-verso dans une certaine continuité, sans interruption possible.

Claude Chevrier : Par nécessité.

Julie Burbage : Quelque chose d'une nécessité absolue, alors que pour d'autres artistes, il y a une nécessité, dont je dirais qu'elle est moins absolue, peut-être.

Consuelo Estevez : Oui, mais ça pose tout de même la question : pourquoi rendre public, ou rendre visible, quelque chose qui n'est pas forcément important pour la personne ou bénéfique pour la personne. Est-ce qu'on le fait pour soi, est-ce qu'on le fait pour les autres ? Parce qu'il y a tout ce que vous disiez aussi sur le marché de l'art, ça questionne : pourquoi rendre public ? Est-ce que ce n'est pas pour nous ?

Julie Burbage : Oui, ça, c'est une vraie question.

Jeanne Wiltord : Mais peut-être que quelqu'un comme Dubuffet, par exemple, a ressenti la nécessité de montrer, ce qui n'est pas du tout le projet des hommes et des femmes dont j'ai parlé. Ils étaient dans le caché. Ce qui était important, pour eux, ce n'est pas l'œuvre finie qui va ensuite sur le marché. Pour eux, ce n'est pas du tout ça, Pour eux, c'est le processus de création, la mise en forme ; c'est la rencontre avec le lieu où il s'agit de nouer ce qui leur permet de tenir subjectivement.

Julie Burbage : Oui, de tenir et aussi de... J'avais émis l'hypothèse que, pour ceux qu'on appelle « les artistes d'art brut », l'œuvre pouvait tenir lieu d'un

prolongement du corps, aussi. Comme s'il n'y avait pas cette coupure entre les différents dessins, ou les différentes productions. Et que, de ce fait, pour certains artistes dits d'art brut, le passage au public de l'exposition pouvait être très compliqué, dans la mesure où l'œuvre tenait lieu d'un prolongement corporel.

Jeanne Wiltord : Parfois, ce n'est même pas un prolongement, le corps est l'œuvre.

Florence Frachon : Ce serait un problème de se séparer de l'œuvre.

Pascale Belot-Fourcade : Je voudrais vous poser à toutes les deux une question. Quelle est la différence pour vous entre ces artistes d'art brut et quelqu'un, par exemple, comme Van Gogh ? La psychose est là, est-ce que le rapport à l'œuvre, le rapport à l'art, par exemple, est le même ? Et qu'est-ce qui peut faire en quelque sorte « sinthome » ou pas, pour reprendre l'expression de Lacan.

Jeanne Wiltord : Cela n'est pas du même ordre que le processus de dissociation psychotique des artistes dont nous avons parlé. Pour eux, c'est vraiment de l'ordre de la nécessité.

Les œuvres d'art brut sont situées dans une catégorie posée par Dubuffet – je ne sais pas si celle-ci fait encore beaucoup sens – à partir des œuvres créées par des artistes qui n'ont pas de culture artistique académique. La nécessité de créer n'est pas propre aux schizophrènes et aux psychotiques, mais elle est plus... le lieu d'où cela peut émerger, il me semble que le réel est plus dénudé, mal noué, et c'est pour eux une urgence de donner forme quand il y a dissociation.

Julie Burbage : ... Mais pas forcément d'exposer. C'est peut-être là la différence.

Jeanne Wiltord : Exposer, c'est autre chose. Exposer, cela ne vient pas d'eux. Ce que j'ai voulu vous montrer, c'est le processus de création grâce auquel ils essaient de trouver un « Un » qui tienne.

Florence Frachon : Vous avez fait référence à Freud, qui dit que le délire est une tentative de guérison, et vous avez parlé de la création artistique comme une tentative, aussi, de se tenir dans l'existence. Quand il n'y a ni délire ni création artistique, est-ce qu'il y a quelque chose qui peut être créé ? Comment ? Pour revenir à notre clinique (celle des Centres d'Hébergement). Est-ce qu'il peut y avoir une tentative de guérison autrement et comment ?

Jeanne Wiltord : Ceux dont je vous ai parlé ne disaient pas qu'ils étaient artistes. On ne peut pas répondre de façon générale à cette question. C'est au cas par cas. Forestier, c'est avec la sculpture en déployant sa réponse dans trois dimensions. Mais ce n'est pas le même travail de création pour tous.

Pascale Belot-Fourcade : Le but d'en parler ici, c'est que nous voulions vous avertir d'avoir « une écoute autre » des gens, pas uniquement dans les protocoles, dans la nosographie. Sachez que, pour un psychotique, une rencontre, ça se fera peut-être comme ça avec une œuvre d'art. Peut-être qu'on peut envisager les néologismes, « remémorer », par exemple, comme des créations... Les dessins d'enfants, pour reprendre ce dont parlait Claude Chevrier tout à l'heure, sont parfois des créations extraordinaires. Il faut parfois aller dans les maternelles. Moi, je suis stupéfaite. Pour l'enfant, il y a parfois aussi une urgence de dessiner. Vous mettez tous les enfants avec un papier et un crayon et ils dessinent tous. Cette nécessité de mettre en projection quelque chose où ils n'arrivent pas encore à être trois... Pour l'enfant, ce n'est pas encore noué à trois, ce n'est pas en place. Mettre un œil à la place du téton comme je l'ai vu dans des classes maternelles, ce n'est pas loin d'Aloïse...

Jeanne Wiltord : Ou plutôt, Aloïse n'est pas loin de ça.

Une personne de l'assistance : Je voulais savoir si des patients qui peignent acceptent de parler de leurs œuvres dans le travail qu'ils font avec leurs thérapeutes.

Claude Chevrier : Nous avons l'expérience de l'exposition de peinture que nous menons à la Mairie du 13^e arrondissement. On rencontre des gens qui sont dans des ateliers, en psychiatrie. Bien sûr qu'ils arrivent à en parler et c'est un plaisir pour eux d'en parler, certains du moins... Par exemple, dans des cures pour enfants, ça passe à travers le dessin et c'est à partir du dessin que l'enfant peut raconter des tas d'histoires.

Jeanne Wiltord : Winnicott a parlé de l'importance de cet espace de créativité pour les enfants. Il l'a appelé « espace transitionnel ». On repère à partir du dessin ce qui a pu se nouer, ce qui a raté...

Marie-Laure Pouget : On peut penser que le dessin peut être une forme d'outil, justement, une sorte de support au langage.

Claude Chevrier : Oui, bien sûr. Et ça peut avoir des effets aussi thérapeutiques.

Jeanne Wiltord : Une collègue, le D^r Lise Maurer, avait mis en place, dans un hôpital de jour, un atelier de peinture avec des patients psychotiques adultes. Ce n'était pas un atelier d'ergothérapie. Les patients travaillaient avec un peintre – pas un art-thérapeute, cela n'avait rien à voir – en prenant en compte les relations de transfert... et parlaient en équipe des effets de ce travail. C'était un peintre avec un regard de peintre, pas un thérapeute... Déplacer le regard, toujours, c'est très important ; ne pas arriver avec son petit bagage et dire... Déplacer le regard, c'est accepter d'être déplacé aussi.

Claude Chevrier : En tout cas, je voudrais revenir sur les enfants, sur le rapport des enfants à la peinture, à l'art, ils ne savent pas que c'est de l'art, hein, voilà. Par exemple, accompagner des enfants sur une exposition, c'est remarquable aussi. C'est-à-dire qu'ils ont un regard qui est complètement différent du nôtre, ils vont remarquer des petites choses insignifiantes, et c'est extraordinaire, c'est d'une richesse... mais ça vaut vraiment le coup, hein, d'accompagner les enfants dans des expositions de peintres et tout ça. Et je pense aussi à Picasso. Quand on regarde ses œuvres...

Jeanne Wiltord : Il y a une très belle exposition de sculptures de Picasso en ce moment, au musée Picasso.

Claude Chevrier : Voilà, mais c'est extraordinaire là où il veut nous conduire quand on voit, par exemple, ces disproportions dans certaines parties du corps. Mais c'est extraordinaire, c'est l'endroit même où notre regard vient tomber. Alors il y a des mains qui sont importantes. Eh bien, j'ai remarqué que les enfants, par exemple, quand ils dessinaient, c'était disproportionné, avec des mains très importantes. Eh bien, parce que dans leur rapport au monde, la main c'est quelque chose d'important aussi, vous voyez ?

Jeanne Wiltord : Ça peut être la bouche...

Claude Chevrier : Oui, ça peut être la bouche aussi. C'est-à-dire des choses un peu disproportionnées. Les seins, par exemple. Eh bien je trouve que, dans l'œuvre de Picasso, c'est très proche des dessins qu'on voit des enfants. Mais vraiment, je trouve que c'est extraordinaire. Il y a des choses, là...

Julie Burbage : Par rapport à votre question de tout à l'heure, deux des artistes

que vous nous avez présentés étaient souvent dans le mutisme, avec une grande difficulté à parler de leurs œuvres aux autres. Ça parlait en eux, mais... Il y avait ce processus de dessiner, de peindre ou de sculpter, mais qui n'était pas dans l'adresse à l'autre.

Jeanne Wiltord : C'est très juste. Jeanne Tripiet, il y avait cette adresse à un grand Autre imaginaire, mais pas aux autres.

Claude Chevrier : Je pensais aussi à Jean-Michel Basquiat... Ce n'est pas de l'art brut, mais ça y ressemble au premier abord. On dit que c'est de l'art abstrait, mais, moi, je trouve que ça ressemble vraiment à l'art brut, et par rapport même à ses origines. On le sent à travers l'œuvre.

Jeanne Wiltord : Il y a la drogue, aussi, pour toucher à ces zones de réel. À une époque, j'ai rencontré des musiciens de jazz et je me suis rendu compte – et je crois que c'est pareil ce qui se passe pour moi avec certains peintres dits « artistes de l'art brut » – qu'ils nous aident à nous aventurer dans des zones auxquelles nous n'avons pas accès avec nos petites névroses. Et ces lieux sont des lieux qui nous constituent fondamentalement. Il faut y aller, hein, alors il leur faut de la drogue pour ça. Leur musique nous accompagne, mais eux, ils y sont allés, vers ce réel !

Claude Chevrier : Eh oui ! Ils le disent, les musiciens. Des grands groupes très connus, voilà, les Doors, Pink Floyd et tout ça. La grande difficulté, pour eux, c'est que quand ils s'arrêtaient, il n'y avait plus de production du tout. C'est terrible. Au nom d'un voyage, d'un transport, ils arrivaient à créer, mais sans cette substitution, c'était impossible.

Jeanne Wiltord : Il m'a semblé que ce qui était aussi intéressant, là, c'est la question de la rencontre. Sans la rencontre avec le psychiatre à Saint-Alban, sans ce regard qui reconnaît et reconnaît au sens fort, c'est-à-dire qui saisit qu'il y a quelque chose là où il se reconnaît ou reconnaît quelque chose. Sans ce regard-là, ce travail n'aurait pas pu être soutenu.

Pascale Belot-Fourcade : Cela s'appelle la reconnaissance de l'altérité, c'est-à-dire que ces rencontres-là ne disent pas « vous êtes pareil que moi ».

Jeanne Wiltord : Exactement, ce n'est pas « du même » qu'ils nous proposent de rencontrer là. C'est quelque chose qui nous dérange de notre

petite place habituelle, quotidienne, notre petit ronron. Ça nous dérange, cette rencontre.

Julie Burbage : D'ailleurs, je ne sais pas si vous avez eu l'occasion d'aller dans des expositions d'art brut, mais l'expérience que j'en ai eue, c'est que, souvent, on éprouve beaucoup d'angoisse par rapport à certaines œuvres. Il y a un rapport à la répétition, des choses très angoissantes qui sont représentées qui font que, moi, je ne peux pas rester longtemps dans une exposition d'art brut. C'est là aussi où se situe une différence.

Claude Chevrier : À la Halle St Pierre, il y a en ce moment une exposition, c'est vrai que c'est du brut de chez brut ! Il y a des corps traumatisés, des corps abîmés...

Pascale Belot-Fourcade : Mais, parfois, c'est pas de l'art. C'est ça la question, la grande question est là. Celle de la limite.

Jeanne Wiltord : L'art, ce n'est pas faire du même, ce n'est pas du mimétisme. Le regard que ces psychiatres ont porté sur ces créations pour dire « je garde »... Accepter de se constituer comme lieu d'adresse, pas pour faire entrer dans le marché, mais pour dire : « Ça, je ne vais pas le mettre à la poubelle. Ça, ça ne va pas à la poubelle. Ça, ce n'est pas un déchet ». Avec du déchet, ils fabriquent quelque chose qui n'est plus du déchet.

Une collègue parlait d'un enfant qu'elle recevait. Il avait fait un dessin et, à la fin de la séance, il voulait le mettre à la poubelle. Elle lui a dit : « non », avec l'idée de lui signifier que « ça, ça n'est pas un déchet ».

Pascale Belot-Fourcade : Il m'est arrivé de recevoir un enfant qui a jeté un dessin qu'il avait fait avec beaucoup de violence dans la poubelle. Et il n'aurait pas été opportun que j'aie le rechercher. Alors, au fur et à mesure, il est allé lui-même l'enlever de la poubelle et cela a constitué un trajet. Ne pas accepter qu'un enfant jette à la poubelle ses dessins, cela ne peut pas s'appliquer dans l'absolu.

Jeanne Wiltord : Le processus du travail thérapeutique, dans le transfert, peut en effet être que l'enfant ne se constitue plus comme un déchet.

Claude Chevrier : Quel beau dernier séminaire ! C'était vraiment intéressant comme discussion. Merci beaucoup.

Trois métiers impossibles : éduquer, soigner, gouverner

Freud, dans une semi-boutade, donnait comme métiers impossibles : éduquer, soigner, gouverner, auxquels il ajouta la psychanalyse, boutade car cela ne l'a pas empêché de poursuivre dans l'élaboration et la pratique de la psychanalyse. Ces métiers relèvent de l'impossible car ils sont marqués d'une finalité impossible à atteindre. Il soulignait en même temps la valeur sociale de ces métiers qui constituent en partie l'armature du lien social et de sa reproduction.

On peut s'étonner aujourd'hui que ces métiers, dans le lien social contemporain, soient en souffrance alors même que l'on aurait pu espérer que les progrès scientifiques et technologiques si conquérants auraient permis d'ouvrir à de meilleures réussites. On est en droit de se demander si l'illusion scientifique, qui formule qu'il n'y a rien d'impossible qui ne puisse un jour être surmonté, n'a pas largement participé à leur dé-légitimation et à l'étouffement dans des carcans technocratiques de leur pratique. Car cet impossible nous met dans une certaine logique qui est celle du langage et de la parole, et qui impose que l'universel ne puisse s'atteindre que par le particulier. Ceci est au fondement d'une éthique à laquelle celui qui prétend exercer ces métiers ne saurait se soustraire. Cette position éthique obligée que prend le sujet quand il accepte et affronte l'impossible n'est pas une renonciation. L'impossible n'est pas le contraire du possible, il est plutôt ce qui tient chaque sujet dans son rapport aux autres, au monde, à lui-même et dans ses limitations (qui viennent du réel) ce qui peut garantir au mieux contre la perversion et les absolutismes.

S'y engager conduit donc à formuler les « conditions minimales » de leur exercice. Il ne s'agit pas de dénier la nécessité d'une gouvernance, d'une action éducative, d'une pratique du soin ou de psychanalyse, mais tout simplement d'envisager le praticable de ces exercices.

Chaque intervenant, en référence à sa pratique et son expérience institutionnelle, développera ce qui a permis, ou parfois empêché, l'exercice de son action. Celle-ci suppose de lever la confusion entre impuissance et impossible. Apparaîtra ainsi plus clairement ce qui conjugue et rapproche psychanalyse, éducation et gouvernance, cette étrange « communauté de l'impossible », celle qui ressort de l'institution du transfert qui fonde une éthique partageable.

Pascale Belot-Fourcade