

Quant l'image se dérobe Monique-Geneviève GARNIER

En juin 2002, Madame P. est renversée par une voiture, alors qu'elle traversait au passage piéton, comme d'habitude, pour se rendre à son travail. Il s'ensuit une hospitalisation qui, au total, durera trois ans. Elle subit deux opérations. Le genou droit a été fortement endommagé, mais elle va retrouver l'usage de ses deux jambes et elle peut marcher sans béquille. Les séquelles visibles sont une légère boiterie et une longue et large cicatrice le long de la jambe. Lorsqu'elle vient nous consulter, en 2006, à Mosaiques, orientée pour un accompagnement A.S.I., par sa conseillère A.N.P.E., (L'appui social individualisé est une mesure de prise en charge par la DDASS, qui prévoit un suivi individuel tous les dix jours pendant une période d'un an), Mme P., souffre de phobies et d'une incapacité à reprendre sa vie professionnelle.

Lors de l'accident, Mme P. a perdu quelque chose. *« L'accident m'a fait perdre le goût de vivre, ça a fait basculer toute ma vie. Je n'ai plus envie de rien. Je n'ai plus envie de sortir, je me lasse vite de tout. Même mon métier que j'adorais, je n'ai plus envie de l'exercer, j'ai un dégoût pour la comptabilité. Je me dis que rien ne sera plus jamais comme avant. J'aimerais parvenir à sortir de mon isolement, retrouver quelque chose qui m'accroche à nouveau à la vie »*. Elle se présente comme une personne volontaire, indépendante : *« J'ai toujours eu l'habitude d'en faire à ma tête. Je n'aime pas que les choses me résistent »*, active et énergique : *« Quand je m'occupe de quelque chose, ça ne traîne pas »*. Depuis la fin de sa rééducation, elle dit avoir beaucoup changé : *« Je suis devenue impatiente et irascible »*. Parallèlement, elle nourrit un sentiment d'incompréhension et d'injustice dont elle ne parvient pas à se détacher : *« Si encore j'avais commis une faute, mais non, j'étais parfaitement dans mon droit, j'ai traversé dans les clous, quand c'était mon tour de passer ! En plus, la voiture a pris la fuite, il y a eu délit de fuite, il ne s'est même pas arrêté »*. Mme P. a fait un dossier Cotorep, mais elle n'a obtenu qu'une invalidité légère (IPP 14%, consolidé par la Sécurité Sociale depuis mars 2005), qui lui donne droit à une carte de transport. Elle ajoute : *« A présent, j'en veux à la terre entière. Je hais les automobilistes et les motards. J'aimerais leur taper dessus »*.

Elle énonce *« Je suis mal dans ma tête »*. Elle ne prend pas de médicaments et n'a jamais bénéficié d'un suivi psychologique. Elle a développé plusieurs phobies depuis l'événement traumatique : *« J'ai tout le temps envie de m'en aller ailleurs, j'ai la phobie de la voiture, aussi bien celles que je croise dans la rue que lorsqu'il s'agit de monter dans un véhicule »*. Elle a été régulièrement suivie en rééducation dans un centre agréé du département de Seine – Saint – Denis où elle réside, mais elle supporte difficilement le dommage esthétique subit aux jambes et les douleurs rhumatismales qui s'ensuivent. Elle était très sportive et se ressent d'être privée de ses loisirs. Elle craint, à l'avenir de devoir subir une nouvelle opération chirurgicale pour pose d'une prothèse du genou droit. Elle clôture notre premier entretien en me disant : *« Je veux m'en sortir par moi – même. Je ne veux pas avoir recours aux médicaments »*

Le contexte

Malgré les préoccupations qui l'assaillent, Mme P. conserve toujours un maintien très strict et une apparence très soignée. Elle est âgée de 52 ans, au moment de notre première rencontre et possède une formation initiale de niveau V. Elle a débuté, après son CAP comptable, comme opératrice de saisie, en 1972 chez un fabricant de margarine. Au bout de deux ans, elle a pris un congé maternité pour élever sa fille unique. De 1978 à 2004, elle n'a plus cessé de travailler, toujours dans la spécialité comptable : 4 ans comme opératrice de saisie, 15 ans en qualité de comptable dans une entreprise de peinture à Pantin. A la suite du dépôt de bilan de ce fabricant, elle est entrée dans un cabinet d'expertise situé à Maisons-Laffitte. Le parcours professionnel de Mme P., ainsi revisité, révèle un très bon degré de professionnalisme comptable, avec, en cas de reprise d'activité professionnelle, une remise à niveau souhaitable concernant l'utilisation des logiciels informatique. Depuis son accident, elle touche son allocation Assedic qui prendra fin en mars 2008.

Elle se sent soutenue par son mari (en activité, employé à Casino) et sa fille unique qui réside proche d'elle (célibataire, sans enfant, cadre financier dans une grande banque parisienne) : « *Mon mari et ma fille sont pourtant très gentils, ils ont beaucoup de patience avec moi* ». Ses parents sont encore en vie et résident à proximité. Elle les voit toutes les semaines et s'occupe encore activement de leur intendance. Elle s'inquiète beaucoup pour son père (86 ans), et craint qu'il ne soit atteint d'un début de maladie d'Alzheimer : « *car il perd la mémoire* ».

L'évolution du suivi

Premier temps :

L'accompagnement A.S.I. proprement dit, va se dérouler d'octobre 2006 à octobre 2007. Pendant les trois premiers mois, je me contente d'écouter la plainte de Mme P., qui reste toujours axée sur les trois mêmes thématiques : sa perte du goût de vivre, ses phobies liées à la circulation des véhicules et l'injustice dont elle a été victime lors de cet accident. Je note simplement la stéréotypie du discours et la quérulence des propos sans toutefois porter d'interprétation hâtive. Je lui suggère de venir participer à notre atelier multimédia hebdomadaire, afin qu'elle réactualise ses connaissances en informatique et puisse bénéficier de notre centre de documentation. Elle ne viendra à aucun des rendez-vous prévus et finira par me dire : « *Au moment de sortir, je n'ai pas envie et je préfère rester chez moi* ». Par contre, Mme P. se montre toujours très ponctuelle à nos rendez-vous. Au cours de ces trois premiers mois, elle me livrera qu'elle est très angoissée à l'idée de devoir dépendre des autres : « *Qu'est-ce que je vais devenir à la fin de mes Assedic ? Si un jour je me retrouve dans une chaise roulante, je ne le supporterai pas* ».

Après cette première phase d'écoute, je renonce à l'idée d'envisager un travail de validation d'un nouveau projet professionnel et prend la décision de proposer à Mme P., de ré-ouvrir sa demande de reconnaissance Cotorep, mais cette fois, en vue d'obtenir une invalidité de seconde catégorie qui lui confèrera notamment l'A.A.H. (allocation adulte handicapé). L'idée de cette intervention est de proposer au sujet, par la médiation du signifiant 'handicapé' un premier point de capitonnage qui induise un chemin vers l'insigne. La fonction d'un signifiant est de représenter un sujet pour un autre signifiant. Jacques – Alain Miller, lors de son séminaire concernant ce qui fait insigne, nous introduit à la lecture d'un autre versant de la signification : « *Qu'est-ce qui fait la différence de l'unaire et du binaire ? Le binaire c'est, par exemple, S1 – S2. Ça fait un binaire. De fait une dyade. L'unaire, lui,*

adjective S1 en tant que coupé de S2, dans le temps où ça a été dit et pas encore répété. C'est bien entendu, une illusion puisqu'on vient trop tard et que tout a déjà été dit. Ça ne prend sa valeur d'unaire que de sa place de semblant, qui implique la coupure d'avec le deux. Si vous lisez le petit texte de Lacan qui s'intitule Ou pire, vous y voyez l'insistance mise sur ce qui coupe le S1 du S2. Nous avons là la notion d'un signifiant qui représente le sujet mais pas pour un autre signifiant. Du signifiant qui ferait exception à cette loi du signifiant de représenter le sujet pour un autre signifiant. Ce que l'on vise avec I(A) ce serait le signifiant qui représenterait le sujet mais en tant qu'il est hors série. » (Miller, cours du 12 novembre 1986).

L'accident est à l'origine d'une rencontre encore bien énigmatique. Quelque chose d'un deuil impossible semble questionner, sans qu'on puisse distinguer pour l'instant, ce qui se joue sur la sellette du désir.

Mme P. va s'investir activement dans le suivi administratif de son dossier et la notification d'attribution de la pension d'invalidité sera accordée officiellement début juillet 2007. Mme P. accepte la proposition de son mari, de partir pour un long mois, à Saint Raphaël, où le couple avait l'habitude de passer les vacances avant l'accident.

A son retour, elle est fortement déstabilisée. Les gains obtenus ces derniers mois ont disparus. Les voyages en voiture se sont mal passés, déclenchant crise d'angoisse, somatisation et le séjour en villégiature s'est accompagné d'une perte impressionnante de poids. Elle est envahie par ses angoisses phobiques et souffre d'insomnie persistante. Le médecin qui assure son suivi au CMS, lui a prescrit un demi - comprimé journalier de Deroxat pour une période d'un mois et lui propose de commencer des séances hebdomadaires de sophrologie. Mme P. me demande mon avis sur ce traitement. Nous abordons le dernier mois d'accompagnement prévu par le dispositif A.S.I. Je lui suggère d'envisager la mise en place d'un relais psychothérapeutique à notre accompagnement et elle accepte une prise de rendez-vous avec une psychologue clinicienne en CMP. Pour ce qui concerne la proposition de son médecin, elle fera un essai et viendra m'en parler. Elle attribue le retour à des nuits tranquilles, à la prise du demi - comprimé neuroleptique, mais précise : « *Je ne suis pas contente, j'ai peur de devenir dépendante au médicament* ». Les séances de sophrologie ont un effet relaxant mais de courte durée et Mme P. ne parviendra jamais à reproduire les exercices préconisés de façon autonome. La rencontre avec la psychologue du CMP ne l'a convint pas. Elle va alors formuler une demande : « *Je n'ai pas accroché. Ce n'est pas comme avec vous. Je souhaiterais continuer à venir vous voir. Ça me fait du bien de venir vous parler, je me sens en confiance. Mon mari me dit que depuis que je viens chez vous, je suis plus calme et que c'est dommage qu'on n'ait pas commencé notre travail tout de suite après mon accident* ».

Je retiens le mot « *travail* » et bien que le cadre institutionnel ne le prévoit pas, je vais accepter de poursuivre l'accompagnement à raison d'un entretien tous les quinze jours. Mme P. vient toujours régulièrement, depuis lors, à nos rendez-vous. La réflexion de Juan - Pablo Lucchelli me paraît bien illustrer ce qui a causé la poursuite de cet accompagnement : « Dans *l'algorithme du transfert*, Lacan met en évidence que ce qui produit le transfert est essentiellement *une rencontre* entre deux signifiants. Cette rencontre n'a en principe rien à voir avec les signifiants de l'histoire du sujet : elle produit par contre un *référent* qui implique l'existence d'un savoir inconscient. Cette rencontre crée et soutient donc l'hypothèse de l'inconscient. C'est pour cette raison que l'algorithme du transfert est soutenue par l'hypothèse d'un savoir, soit donc, un savoir supposé à l'inconscient » (Lucchelli, p.132).

Second temps :

L'énigme reste cet avant et cet après de l'accident. Mme P. continue à rythmer nos entretiens de ses plaintes, mais la quérulence de ses propos, concernant son agresseur, s'estompe peu à peu. Au cours de la seconde année de suivi, elle me livre un secret : « *J'ai oublié de vous dire que je jette tout chez moi. Je fais le ménage et puis je passe ma rage* ». Lorsqu'elle est seule chez elle, elle découpe à l'aide de ciseaux, ses robes et ses jupes. Elle est très soucieuse que son entourage ne découvre pas sa pratique et lorsqu'elle a terminé son rituel, elle jette les vêtements découpés à la poubelle. Ce travail de découpage, laisse supposer que le sujet est en questionnement sur sa division. Ce qui a vacillé, lors de l'accident interpelle du côté de l'image du corps. Cet acte de découpage rapporté en séance, constitue le début d'une production de savoir de l'inconscient qui se rapporte à la question de l'objet *a* en tant que l'analyse l'article pour ce qu'il est, à savoir cause du désir, c'est-à-dire de la division du sujet, de ce qui introduit dans le sujet comme tel la fonction du manque. Dans 'Subversion du sujet et dialectique du désir', Lacan, à propos du complexe de castration, nous rappelle que :

' La fonction imaginaire est celle que Freud a formulée : présider à l'investissement de l'objet comme narcissique. C'est là – dessus que nous sommes revenus nous – même en démontrant que l'image spéculaire est le canal que prend la transfusion de la libido du corps vers l'objet'. Mais une partie de la libido reste 'préservée de cette immersion, concentrant en elle le plus intime de l'auto – érotisme, sa position *en pointe* dans la forme la prédispose au fantasme de caducité où vient s'achever l'exclusion où elle se trouve de l'image spéculaire et du prototype qu'elle constitue pour le monde des objets. C'est ainsi que l'organe érectile vient à symboliser la place de la jouissance, non pas en tant que lui – même, ni même en tant qu'image, mais en tant que partie manquante de l'image désirée ... Le passage du (- φ) (petit phi) de l'image phallique d'un côté à l'autre de l'équation de l'imaginaire au symbolique, le positive en tout cas, même s'il vient à remplir un manque. Tout support qu'il soit du (- I), il y devient Φ (grand phi), le phallus symbolique impossible à négativer, signifiant de la jouissance. Et c'est ce caractère du Φ qui explique et les particularités de l'abord de la sexualité par la femme, et ce qui fait du sexe mâle le sexe faible au regard de la perversion.

Nous n'aborderons pas ici la perversion pour autant qu'elle accentue à peine la fonction du désir chez l'homme, en tant qu'il institue la dominance, à la place privilégiée de la jouissance, de l'objet *a* du fantasme qu'il substitue à l'♂. La perversion y ajoute une récupération du φ qui ne paraîtrait guère originale, s'il n'y intéressait pas l'Autre comme tel de façon très particulière. Seule notre formule du fantasme permet de faire apparaître que le sujet se fait ici l'instrument de la jouissance de l'Autre. ' (Lacan, 1966, p.822 et 823)

Elle se raconte progressivement un peu plus. Fille unique, elle est d'origine italienne. Elle est arrivée en France petite fille, avec ses parents qui venaient chercher du travail : « *On vivait dans un sous – sol, pauvrement et on ne se plaignait jamais* ». Son père, travaillait dans le bâtiment comme plâtrier : « *il a travaillé dur toute sa vie. J'étais sa joie de vivre* ». Lorsqu'il rentrait de ses chantiers, couvert de plâtre : « *il avait toujours une glace à la main pour moi* ». Le second secret que Mme P. va me confier concerne précisément cet homme. Elle pense qu'au moment de son accident, son agresseur n'a pas seulement fait basculer sa vie, mais aussi celle de son père : « *Quand j'ai été renversée, mon père a eu une émotion si forte qu'il n'a rien pu dire, mais il a perdu la boule. Mon pire cauchemar, ce serait qu'un jour il ne me reconnaisse plus. Pour l'instant c'est surtout les souvenirs qu'il mélange. Il n'a plus la notion du temps* ».

Pendant l'année 2008, son état reste stationnaire. Elle a le sentiment d'avoir perdu confiance dans son entourage et est tenaillée par : « *la peur des autres* ». Elle va développer une fixation concernant un projet de déménagement, puis ce désir compulsif va se calmer. Vers la fin de l'année 2008, Mme P. me fait son troisième aveu : « *Vous savez, cet accident m'a fait perdre quelque chose d'essentiel. Avant, mon plaisir, c'était de m'habiller avec des jupes droites et de porter des talons aiguilles. Maintenant, je suis condamnée aux chaussures plates et aux pantalons. Je ne peux plus découvrir cette jambe tordue. Je ne reconnais pas la nouvelle C. (son prénom), c'est une étrangère. Je ne parviens pas à m'habituer à elle* ». Pierre Naveau, lorsqu'il commente l'analyse faite par Lacan, du ravissement de Lol V. Stein, explique : « Marguerite Duras met en évidence avec une précision remarquable, ce rapport entre la robe, le corps, la nudité et la femme » (Naveau, p.222). Dans ce roman, Lol perd la raison à la suite d'une scène qui se produit lors d'un bal, au cours duquel l'homme dont elle est amoureuse, quitte la pièce au bras d'une autre femme. L'étude du cas de Lol pose la question du rapport du sujet à sa jouissance, par la médiation de son corps : « Le fantasme d'un au - delà est soutenu, comme l'indique Lacan, par *le thème de la robe*. C'est la robe, et, en particulier, le fait qu'elle puisse être enlevée par un homme, qui donne un corps à une femme. Si l'être de Lol est suspendu à l'être – à – trois qu'elle constitue avec le couple des amants, c'est parce qu'elle est une âme sans corps » (ibid.). L'étrange rapport qu'entretient Lol avec la jouissance, ne relève pas d'une logique perverse, mais d'un au – delà qui concerne : « la jouissance du ravissement » (ibid.). Quel est l'au – delà de la jouissance que Mme P., signale par le truchement de cette étrangère qu'elle ne reconnaît pas ?.

En 2009, elle concède à son mari de petits voyages, qui font l'objet d'une ritualisation extrême : il faut partir à des heures creuses, où il n'y a pas de circulation, ne pas dépasser un certain kilométrage, ne pas excéder une certaine vitesse, stopper sur une aire de parking en cas d'intensification du trafic etc... Elle parvient à prendre plaisir à se rendre en Normandie à Honfleur. Cette destination l'apaise et c'est le seul endroit dont elle revient sans angoisses. Elle ne sait pas pourquoi. Lors des vacances de cette année, le couple a décidé de repartir à St Raphaël, mais cette fois – ci, par le train. Le voyage et le séjour se sont bien passés. Au cours du printemps et de l'été, Mme P. viendra à nos entretiens sans maquillage et jambes nues. Elle évoquera pour la première fois ses relations avec sa mère, à l'occasion de l'hospitalisation de son père pour la pose d'un pacemaker. Elle était en jupe, jambes nues, et sa mère lui aurait dit « *tu aurais quand même pu mettre des bas* ». Mme P. reste préoccupée par cette jambe déformée qu'elle n'arrive pas à faire sienne. L'idée d'une future opération la tenaille dès que la douleur rhumatismale se fait sentir. Elle a mis en place avec son rhumatologue, une série d'infiltrations qu'elle me décrit en détail. Depuis quelques mois, elle est parfois envahie par « *des crises d'angoisses* » qui se traduisent par : « *des tremblements dans mes bras et mes jambes, et des bourdonnements dans ma tête* ». Je lui demande si ces bourdonnements lui disent quelque chose, mais pour le moment, ce n'est pas le cas.

Pour conclure

La comptabilité, les jupes droites et les talons aiguilles constituaient probablement les principaux fétiches qui offraient un cadre à la jouissance de Mme P. Sa rencontre de la castration dans le Réel, laisse ouverte la question de l' 'objet a' ? La dérobaie qui se saisit en 'ia' laisse apparaître un sujet figé dans un temps de suspension, qui s'incarne dans cette « *jambe tordue* » signalant une horreur de la jouissance qui ne cesse de ne pas s'écrire. Mme

P. nous signale qu'il n'y aurait plus de rapport entre son corps et ce qui en elle incarne le parlêtre, c'est – à – dire, les signifiants susceptibles de la représenter :
« Reste à savoir comment l'inconscient que je dis être effet de langage, de ce qu'il en suppose la structure comme nécessaire et suffisante, commande cette fonction de la lettre » (Lacan, 2003, p.14).

Bibliographie :

- LACAN Jacques (1966) « *Les Ecrits - 'Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien'* » - Seuil – p. 793, 827.
- LACAN Jacques (2003) « *Autres Ecrits - 'Lituraterre'* » - Seuil – p. 11, 19.
- LUCCHELLI Juan – Pablo (2009) « *Le transfert de Freud à Lacan* » - Presse Universitaire de Rennes.
- MILLER Jacques – Alain (1987) « *Ce qui fait insigne* » *Cours dispensé dans le cadre du Département de Psychanalyse de Paris 8 et retranscrit par Jacques PERALDI.*
- NAVEAU Pierre (2004) « *Les psychoses et le lien social* » - Ed. Economica.

La fonction d'un atelier en prison Marie-Christine MARKOVIC

L'argumentaire de cette journée, entrainé en résonance avec la question, de la pertinence du travail thérapeutique entrepris avec un patient dans le service depuis plus de 3 ans et pour qui le procès était imminent. C'est quelqu'un pour lequel nous avons, dans notre équipe, une impression diffuse que les « choses » ne bougeaient pas, ce qui provoquait chez nous, lassitude, questionnements, découragements et divers mouvements contre-transférentiels. J'avais souhaité parler de son cas en articulant cette présentation autour de la question du masochisme.

Masochisme primaire qui vient souvent faire écho à cette problématique de l'incurable, dans ce qu'il procède de mécanismes complexes et de répétitions inconscientes.

Mais après son procès, il se retrouve en appel et doit être jugé à nouveau, ce qui rend actuellement difficile l'exposition de son histoire personnelle.

Néanmoins, en regard des questions et de l'intérêt qu'ont témoigné certains, je me propose de présenter plus précisément ce qui fait la particularité de mon travail en milieu carcéral, travail en Atelier de médiations thérapeutiques, qui permet à travers la réalisation d'un objet, de comprendre ce qui relie la créativité (dans sa double valence constructive et destructive) avec la perlaboration psychique, le travail du négatif dans un espace transitionnel où la relation transférentielle est repérée.

J'ai dénommé mon activité : « Atelier marionnettes : fabrication et jeu théâtral » : pour qu'y soient présentes d'emblée deux dimensions inhérentes aux processus mis en œuvre : la dimension du **Faire**, un objet – en l'occurrence, une marionnette, et la dimension du **Jeu**, dans sa dynamique de symbolisation et d'échange avec l'autre et les objets créés par les autres.

La troisième dimension étant celle de la **Rencontre** avec le thérapeute qui anime cet atelier et qui va accompagner leur cheminement dans le temps de chaque séance, dans le cadre du groupe et des entretiens individuels qui auront lieu pour chaque participant régulièrement.

Durant ce temps, il s'agira :

- de fabriquer entièrement de ses mains un objet, une figurine qui prendra sens, de définir petit à petit le personnage créé par des accessoires, une facture particulière, un costume puis de lui établir une carte d'identité : le nommer, et ensuite,
- l'animer : lui prêter une voix, des intentions, des émotions, le faire jouer seul, avec d'autres dans des situations de jeu inspirées par les techniques de l'improvisation théâtrale, ma propre pratique aussi du psychodrame analytique individuel.

Il y a là dans l'espace de l'atelier, la rencontre avec les autres et aussi dans le travail de réalisation à partir de matériaux nouveaux, la constitution de ce que Winnicott appelle un espace transitionnel, qu'il qualifie aussi dans *Jeu et réalité* d'espace potentiel : un espace intermédiaire entre la réalité intérieure et la réalité extérieure, occupé par des activités créatrices et qui permet de soulager le sujet de la tension constante suscitée par la mise en relation de la réalité du dedans et de la réalité du dehors.

Cet espace s'est aussi construit au cours de la construction de sa marionnette où la créativité de chacun va pouvoir s'inscrire et se réaliser à partir de l'utilisation dans un premier temps d'un matériau archaïque : je propose d'utiliser la terre pour la sculpture de la tête, de

l'argile à modeler et que chacun procède comme il le souhaite : par adjonction ou par enlèvement, avec ses doigts ou des outils en bois et ébauchoirs de sculpteurs mis à leur disposition.

C'est un moment fondamental : la rencontre avec une matière et la trouvaille de sa propre manière de faire. Là réside pour certains une expérience esthétique indéniable, où prime le souci du détail, de l'expression, le désir de réalisation d'un objet qui mettra en valeur des capacités inventives trop souvent ignorées.

Le temps consacré à la réalisation, modelage en terre, puis contre-moulage en plâtre, peinture, et aux finitions : costumes, accessoires, coiffure, maquillage est à la mesure de l'investissement projectif que chacun trouve, à son insu, dans le long face à face avec sa création. Il s'écoule plusieurs mois pour chacun entre la venue à l'atelier et la réalisation complète d'une marionnette, temps de la naissance d'un personnage qui va ensuite pouvoir vivre des petites ou des grandes histoires, durant l'étape du jeu.

Les marionnettes interviennent en fonction du personnage à représenter, elles peuvent être jouées par d'autres que celui qui les a fabriquées, et sur la scène ainsi délimitée, nous établissons la règle du jeu : tout peut y être joué et dit, cela reste circonscrit à la capacité du groupe à le recevoir, aucune interprétation directe n'est donnée. Cela permet de développer une grande liberté fantasmagique, le groupe a un effet contenant : la violence de certains mouvements pulsionnels est atténuée parce que, placée sur la scène, elle se trouve aussi mise à distance, symbolisée par la représentation des marionnettes.

Cela réveille des conflictualités internes et suscite des mouvements psychiques, projectifs intenses, permettant dans certains cas, liaisons et réminiscences, même si les affects exprimés sont violents, ils sont diffractés et partagés par le groupe.

Sur les poupées apparaissent maintes fois des traits et des caractéristiques qui ne peuvent être dits ni interprétés d'emblée. Leur sens ne pourra émerger qu'à travers le long processus de travail et au cours de la représentation à l'autre. Lorsqu'ils jouent avec ces marionnettes dont la manipulation par devers soi implique, dans le mouvement infléchi, dans les paroles prononcées une certaine distanciation, lorsque ce jeu est adressé à l'autre dans le cadre de la séance, les patients peuvent voir se déployer devant eux des affects et des mouvements qui les amènent à penser. On pourrait dire alors que c'est la mise en acte (le jeu) qui a permis une mentalisation-verbalisation d'un affect (A. Green parle de « *L'indiscrimination affect-représentation* »).

Mise en actes et mises en mots : travail mis en œuvre sur la scène pour ces manipulateurs de marionnettes que Paul Claudel avait un jour, au Japon, définies comme « des paroles en mouvement » !

La chronicité au risque de l'engagement

Paul MACHTO

Dans le cadre de cette table ronde à propos de « la chronicité et l'institution », j'ai souhaité proposer à votre réflexion l'expérience que nous menons dans un centre de jour, sur un secteur de psychiatrie générale, c'est-à-dire pour des patients adultes, en Seine-Saint-Denis.

Expérience, au sens de tranche de vie, bien évidemment, d'histoire partagée sur une longue période, vingt-cinq ans ! Est-ce déjà de la chronicité ? Cela pourrait être une chronique sur les chroniques de ce lieu, chroniques que nous sommes peut-être nous les soignants, chroniques que sont ces personnes qui fréquentent le centre de jour depuis de nombreuses années pour la plupart. Je suis là déjà dans une forme de polémique peut-être, car eût égard à l'idéologie dominante, c'est-à-dire la psychiatrie « moderne », - notez les guillemets -, je ne crains pas de dire que nous pouvons apparaître au pire comme de vieux ringards, des dinosaures de la psychiatrie, au mieux, c'est bien évidemment ma position, comme des résistants à l'instar d'un village gaulois, à l'est de la Seine-Saint-Denis.

Résistants, nous le sommes. C'est en effet au prix d'un combat quasi-quotidien que nous tentons de préserver un espace de travail, un espace de soins psychiques.

Résistants, il nous a fallu l'être en 2003, lorsque notre cadre thérapeutique fut malmené, menacé de disparition.

Résistants, mais jusqu'à quand, tant l'usure, le travail de sape est à l'œuvre actuellement. Je veux ici évoquer les injonctions par les cadres infirmiers à l'encontre de l'équipe infirmière, - procédures, protocoles, diagrammes de soins, transmissions ciblées-, mais aussi à l'égard de l'ensemble de notre dispositif soignant, notre cadre, suspicion, remise en question des réunions institutionnelles, de l'outil thérapeutique que représente l'association créée avec les patients.

Ceci posé en préalable, je veux ajouter quelques mots à propos du thème même de cette journée, « L'incurable ». Comme il est fort bien énoncé dans l'argument, « incurable » renvoie à « guérison ». Or dans le contexte gravissime auquel nous avons à faire face actuellement, les menaces de destruction de la psychiatrie dont parle fort bien Jean Oury notamment, les psychotiques font allure d'incurables, « d'incassables », « en trop », dans les discours administratifs mais aussi de nombre de psychiatres. Le concept de « santé mentale » qui viendrait remplacer celui de psychiatrie en signe la dérive. La psychose, les psychoses, la folie, auraient-elles quelque chose à voir avec la maladie, donc avec la guérison ? C'est une question qui pour ma part doit rester ouverte, doit être mise au travail, plutôt qu'être close par des certitudes que d'aucuns affichent !

Mon propos, dans le cadre du thème de notre rencontre, est de vous présenter comment un dispositif collectif, notamment en nous appuyant sur un outil associatif, permet d'aborder cette question de la chronicité. Ou plutôt de nous déprendre, d'œuvrer pour éviter, réduire, limiter la chronicisation, que ce soit celle des patients, ou celle de l'institution. Comment cet outil, ce dispositif thérapeutique permet à des patients souvent très invalidés,

aux prises avec des pathologies lourdes de s'améliorer, de trouver ou retrouver une place sociale, voire citoyenne, d'être en devenir, de s'inscrire dans des projets individuels.

Petite parenthèse :

J'ai introduit là le terme de chronicisation, peut-être pour l'opposer à celui de « chronicité ». En effet pour moi, chronicité, reste non pas ce qui peut s'entendre avec une connotation péjorative, car « la vie, elle-même c'est la chronicité » disait, je ne sais plus qui ... Par contre la chronicisation me semble être la dérive pathologique de la chronicité.

Pour me situer, je travaille dans ce secteur depuis 1979, au centre de jour depuis 1995, j'en suis le responsable médical depuis 1998.

Le centre de jour de Montfermeil a été créé en 1982. (*Éliane Calvet en était dès l'origine*). Le projet s'inscrivait dans une perspective disons désaliéniste : lieu d'accueil et de soins pouvant proposer des alternatives à une hospitalisation à Ville-Evrard, un accompagnement thérapeutique à des patients sortants de l'hôpital, parfois après un très long séjour, en complémentarité avec un accueil en appartement thérapeutique, pouvant accueillir aussi des patients hospitalisés dans une perspective de préparation à la sortie et mettre en place un dispositif de soins de suite au long cours.

L'association Champ Libre fut créée conjointement afin de permettre le fonctionnement du Centre de jour. En effet à l'époque, les soins en-dehors de l'hôpital dépendaient d'un budget D.A.S.S. et une structure associative était le seul moyen d'obtenir un budget de fonctionnement.

En 1986, après la globalisation budgétaire intra- et extra- hospitalière, la gestion de l'ensemble des activités dites de secteur était confiée aux hôpitaux. Pour une souplesse de fonctionnement, le service conserva l'outil associatif pour le centre de jour, avec une subvention annuelle octroyée par l'hôpital de Ville-Evrard. Le Centre de Jour pris la dénomination administrative de Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel. L'association était composée des soignants du 15^{ème} secteur.

Mais assez vite, les patients étant informés régulièrement du fonctionnement associatif, les sorties, notamment culturelles, se faisaient sous la « carte » de Champ Libre, plutôt qu'en tant que structure psychiatrique accompagnant des malades afin de se déprendre de la stigmatisation, quelques années plus tard les patients participèrent aux assemblées générales. Ainsi, progressivement certains prirent des responsabilités en participant au conseil d'administration.

Au fil des années, l'outil associatif prit une place essentielle dans le dispositif de soins, à l'instar des clubs thérapeutiques conceptualisés par François Tosquelles, et Jean Oury dans le cadre de la psychothérapie institutionnelle.

Les patients investirent donc de plus en plus cet espace relationnel, transitionnel. Les Assemblées Générales annuelles sont de plus en plus fréquentées. Champ Libre acquit ainsi une fonction fédératrice, une fonction symbolique. Elle est devenue une « instance » qui fait sens pour les patients comme pour les soignants. « Instance » au sens « d'autorité constituée » à laquelle tous participent pleinement. Je me risquerai peut-être en faisant une analogie avec le Sujet transitionnel de Benedetti... d'avancer peut-être la notion de Sujet Institutionnel ?

L'association sert de médiation dans le cadre du centre de jour. Elle permet d'instaurer une scène où va se tisser une trame relationnelle entre patients et soignants, entre patients eux-mêmes, entre le Collectif et la Cité. Elle suscite un sentiment d'appartenance à un groupe, et dans une référence citoyenne, inscrit notre démarche vers les acteurs de la ville dans une dynamique d'insertion dans la communauté.

L'attaque de l'Administration de Ville-Évrard, fin 2002, va lui donner une tout autre dimension. Car il s'agit bien d'agression, de violence, dans la forme qu'a pris la Direction pour supprimer la subvention de fonctionnement : début décembre 2002, nous sommes informés que le centre de jour passera en régie... en janvier 2003 !

Le propos est sans ambiguïté : les associations doivent disparaître. Risque de gestion de fait, craintes de la Cour des Comptes. Notre argumentation sur l'atteinte portée à l'outil de soins, à la dynamique institutionnelle, rien n'y fait. De toute évidence, propos officiels tout à fait explicites à l'appui, la dimension thérapeutique est le cadet des soucis des administratifs.

L'acte de création comme aboutissement d'une résistance.

L'invention s'appuie sur une nécessité, dit en quelque sorte Gilles Deleuze, dans une conférence en 1987, « Qu'est ce que l'acte de création ? » (1) :

« Les concepts, il faut les fabriquer. Bien sûr, ça ne se fabrique pas comme ça. On ne se dit pas un jour, « tiens, je vais inventer un concept », pas plus qu'un peintre ne se dit un jour « tiens, je vais faire un tableau comme ça », ou un cinéaste, « tiens, je vais faire tel film ! » Il faut qu'il y ait une nécessité, autant en philosophie qu'ailleurs, sinon il n'y a rien du tout ».

Une dialectique s'est mise en œuvre qui a ouvert sur des espaces de rencontres inédits, une mobilisation surprenante des adhérents de Champ Libre. Ainsi, en janvier 2003, nous nous sommes retrouvés sans un sou. Nous n'avions plus d'argent en caisse. Nous allons donc ne subsister qu'avec les participations de chacun : nous donnions, à l'époque, tous, soignants et soignés, 2 euros 50 par repas.

Et c'est bien de survie qu'il va s'agir. C'est à travers cette épreuve que nous allons mesurer ce qu'elle pouvait représenter pour les patients.

Lorsque fut évoquée l'idée de réduire les groupes, nous nous sommes heurtés à une levée de boucliers : « pas question, on veut rester ensemble ! ».

Nous nous plaignions parfois de leur passivité, de leur dépendance ; ils se sont mobilisés, demandant à chaque réunion des nouvelles de nos rencontres avec l'administration, de l'évolution de la situation, avançant des idées pour trouver de l'argent.

C'est ainsi que l'association, appelée à disparaître à l'intérieur, va exister à l'extérieur : par des rencontres avec le centre social de la Dhuis, dans la cité des Bosquets, avec un projet d'une création théâtrale, des initiatives dans le cadre du Printemps des poètes ou de Lire en fête, la participation aux fêtes des associations à Clichy-sous-Bois.

Je le disais plus haut, l'association propose une scène, à partir de laquelle une trame relationnelle se constitue. Dans ce cadre, la dimension du transfert est à la base de la fonction thérapeutique. La prise en compte à partir de cette trame relationnelle, du transfert vient donner un support thérapeutique à notre démarche. Mais il s'agit là dans ce cadre de se référer au concept de « transfert éclaté, dissocié, multi référentiel ».

La dynamique associative est à prendre comme un espace imaginaire, avec ses rêves, ses rituels et ses règles, comme le proposent Sylvie Prieur et J.C. Moulin (du Centre Carpeaux

à Paris 18^{ème}). L'association offre une « scène », permet de créer une fiction. Mais aussi avec cette notion de scène, de jeu, quelque chose du côté de la fiction, du faire comme si. Fiction, faire comme si, et en même temps c'est du sérieux. Un espace imaginaire, mais non illusoire : chaque décision, chaque projet a une réelle portée. L'espace associatif restaure le rôle du (vrai-) semblant, au sens du jeu possible, restaure l'imaginaire citoyen. L'association rend opérants les supports traditionnels de la vie civile et permet l'exercice de la responsabilité dans le champ relationnel, tout en lui donnant un sens.

La pratique associative dans le cadre institutionnel crée « **un Espace Potentiel, une aire de jeu** » au sens de Winnicott, et c'est dans cette « aire d'expérience », que se joue la question de la confiance et du respect, la reconnaissance et l'exercice de la parité, le « un individu, une voix ».

« L'association fait **tiers** dans les relations entre les personnes. Elle suscite un sentiment d'**appartenance**, la référence à quelque chose qui est bien plus que la somme des individualités qui la composent. À la fois quelque chose comme un tiers symbolique, en dehors, et qui en même temps nous est accessible » avançait Anik Kouba, ex-Présidente de Champ Libre. Cette question du tiers intervient aussi comme un mouvement de déplacement des décisions, ce ne sont pas toujours les Soignants qui décident, il faut se référer à un conseil d'administration, à une assemblée générale.

Dans ce dispositif, et pour ne pas trop alourdir mon propos, j'espère, il me faut préciser comme vous l'avez peut-être entendu, que notre pratique s'appuie sur cette articulation, complexe, difficile, entre le singulier et le collectif. Notre dispositif de soins se repère comme un chaînon – non pas manquant – dans le dispositif de soins du 15^{ème} secteur, en articulation avec les thérapeutes du C.M.P., l'Antenne infirmière qui suit bon nombre de patients accueillis au centre de jour, et assure le suivi dans le cadre des appartements thérapeutiques, et avec les soignants du pavillon hospitalier plein temps.

Au centre de jour, il n'y a pas de psychothérapie menée en individuel. Il y a bien évidemment des entretiens, les patients sont reçus en équipe. Les traitements psychotropes ne sont pas délivrés. L'équipe soignante, multidisciplinaire, travaille ensemble, sans rôle propre dévolu à tel statut.

C'est la prise en compte du transfert dans cet espace collectif que nous nous efforçons de repérer, de travailler.

La participation des patients, leur implication dans les débats, leurs propositions, leurs initiatives, donnent aux soignants l'occasion **d'être surpris**, permet à l'équipe d'avoir « un autre regard », une approche nouvelle de tel ou tel patient. Ce cadre institutionnel permet ainsi le possible de la rencontre.

J'ai choisi, du fait du temps qui m'est accordé, de ne pas illustrer mon propos de quelques cas pour témoigner des effets curatifs à ces « incurables » que nous accueillons. J'ai préféré vous transmettre l'expérience de ma pratique dans ce cadre, afin de vous donner à entendre qu'il y a du possible dans le collectif, et qu'à mon sens, la pratique institutionnelle est la grande délaissée de la psychiatrie actuelle. Si le recours à toutes ces pratiques régressives que sont les chambres d'isolement, la contention, la sismothérapie, les traitements psychotropes massifs, le développement des techniques comportementales, et autres stimulation magnétique, se sont développés au cours des dernières années, nous ne pouvons le

comprendre notamment par l'oubli de l'analyse institutionnelle et par le désengagement des soignants.

Si j'ai donné comme titre à mon intervention « le risque de l'engagement », c'est pour évoquer ce possible de la rencontre. Mais aussi, cette difficulté pour les soignants de nous situer « à parité » avec les patients dans ce cadre associatif qui structure notre institution. Car s'il s'agit pour nous, peut-être vais-je vous faire sursauter – ou vous réveiller-, « d'injecter du désir », comme nous le disons souvent, il s'agit aussi de prendre en compte « à parité » les initiatives, les propositions, mais aussi les votes de chacun. Mais aussi, pour chacun d'entre nous de nous mettre à l'épreuve du transfert.

(1) Gilles Deleuze : « Qu'est ce que l'acte de création » p.291 *Deux régimes de fous. Textes et entretiens 1975-1995* ». Ed. Minuit., p.23.

Fragments sur la guérison de la schizophrénie

Laurent DELHOMMEAU

Dans ce texte, il sera question des perspectives d'abord et de traitement possibles de ce qui caractérise en propre les schizophrénies, à savoir, l'état dissociatif.

Nous nous référerons à divers auteurs, ayant eu à cœur de rendre compte de cures de schizophrènes et nous évoquerons le parcours d'Antonin Artaud comme exemple d'une sortie de l'expérience schizophrénique.

- La schizophrénie chez Freud et Lacan

J'ai longtemps considéré que « guérison » et « schizophrénie » étaient des mots qui ne pouvaient aller ensemble, qu'un dit schizophrène ne pouvait pas guérir de sa schizophrénie, celle-ci touchant à l'être-même du sujet. C'était peut-être sous l'influence d'une remarque de Freud, dans *Névrose et Psychose*, selon laquelle « les schizophrénies tendent à déboucher dans l'hébétude affective, c'est-à-dire à perdre toute participation au monde extérieur ». L'évolution déficitaire définirait la schizophrénie elle-même.

Et puis, il y a les mots de Lacan dans la *Réponse au commentaire de Jean Hyppolite sur la Verneinung*, selon lesquels pour le schizophrène, tout le symbolique serait réel ; l'insistance du schizophrène à réitérer le premier pas - qui, lui, autoriserait l'accès au vide, à la « béance d'un vide » et ainsi à l'ordre symbolique - serait vaine.

Ce défaut d'accès au symbolique est parfaitement et très concrètement décrit par certains schizophrènes. Citons Artaud dans sa correspondance à Jacques Rivière. C'est en 1923 et il a 27 ans, il écrit : « Je souffre d'une effroyable maladie de l'esprit. Ma pensée m'abandonne à tous les degrés : depuis le fait simple de la pensée, jusqu'au fait extérieur de sa matérialisation dans les mots. Mots, formes de phrases, directions intérieures de la pensée, réactions simples de l'esprit, je suis à la poursuite constante de mon être intellectuel. Lors, donc, que je peux saisir une forme, si imparfaite soit-elle, je la fixe, dans la crainte de perdre toute la pensée. »

Il en résulte alors que si, d'un côté, l'évolution déficitaire est fatale et si, de l'autre, l'accès au symbolique est interdit, on peut se contenter d'aménager la vie des schizophrènes, mais on ne peut certes entrevoir de guérison.

2. D'un traitement possible de la dissociation

Pourtant, des auteurs comme Deleuze commentant *le Schizo et les Langues* de Wolfson, et des psychanalystes ayant consacré une part majeure de leur œuvre à cette question du traitement des psychoses, tels Harold Searles ou Gisela Pankow, ne se gênent pas pour évoquer des cas de guérison de schizophrénie.

Sans doute, est-il habituel de confondre chronicité ou troubles au long cours, avec perpétuité. La schizophrénie n'est pas perpétuelle, elle dure longtemps, mais il est possible d'en guérir.

Un point crucial est déjà de ne pas confondre schizophrénie et psychose. Pour Searles, Pankow, mais aussi Winnicott, la schizophrénie est une défense, un travail défensif.

Nous n'allons donc pas parler ici de la guérison d'une forme quelconque de délire, ni encore bien moins d'une hypothétique sortie de la psychose. Il sera question ici de l'abord et du traitement de la *Spaltung* au sens de Bleuler, c'est-à-dire de la dissociation.

Le traitement de la dissociation dure longtemps. Il n'est pas impossible.

Il faut déjà distinguer, avec Jean Oury, *l'aliénation sociale* de *l'aliénation transcendantale*. *L'aliénation sociale* est celle qu'exerce l'environnement sur un sujet : le poids des institutions, des familles. *L'aliénation transcendantale* touche à l'être, elle est le point de fond des psychoses : récusation de l'évidence, bond hors de tout ce qui pourrait lier les hommes entre eux, dynamitage de la parole et de l'échange. A ce propos, Artaud parle de la « souffrance du prénatal », et au-delà, de celle du conformisme des mœurs, de l'attaque de celle des institutions.

Le déni de l'aliénation transcendantale, c'est l'antipsychiatrie, pour laquelle c'est l'asile qui crée l'aliéné : « Fermons les asiles et il n'y aura plus d'aliénés ».

Mais l'expérience de l'aliénation transcendantale résiste à l'éradication des facteurs considérés comme *schizophrénogènes* et nécessite un travail direct avec le patient, ce que Pankow appelle « accompagner le patient dans sa descente aux enfers ».

La forme moderne, insidieuse de l'antipsychiatrie, c'est la transformation des hôpitaux psychiatriques en centres de neurosciences, de dire en quelque sorte que, vue que la folie est une altération neuronale, ce sont les drogues qui règlent le problème. Lorsque l'usage des psychotropes est central et non latéral, s'il est frontal et pas oblique, alors il écrase l'aliénation transcendantale. Cette dernière devient un reste et les schizophrènes mêmes deviennent les restes de la neuroscience. Dans leur temps mort, livrés à leur errance, ils hantent les rues, les métros et les prisons.

Alors, y aurait-il autre chose à faire que d'accueillir la folie, lui procurer des lieux de vie pour mourir ? Devons-nous nous limiter à pratiquer des soins palliatifs ? Ecouter la vérité folle, la folie de la vérité, la recueillir en secrétaires passivés ?

Le texte de la folie peut être sublime, mais il ne peut valoir sans incarnation.

Or Pankow dit bien que la schizophrénie est un trouble de l'incarnation.

3. Avec Pankow

Alors, quelle peut être la visée de la cure d'un schizophrène ? Quels sont les moyens que l'on peut utiliser pour parvenir à ces buts ?

Pour Pankow, il y a deux fonctions symboliques de l'image et du corps. La première vise à établir une relation formelle - une Gestalt - entre une *partie* du corps et le *tout* du corps. La seconde fonction, celle de l'image symbolique du corps concerne le contenu et le sens de l'image du corps.

Les psychoses dissociatives sont la conséquence d'une atteinte de la première fonction de l'image du corps. Celle-ci est intacte dans les psychoses non dissociatives (c'est-à-dire essentiellement paranoïa et psychose hystérique).

Le traitement des schizophrénies vise à « réparer les structures cassées à partir des zones de destruction elles-mêmes ». Le travail psychique selon Pankow, est un travail de réparation et non de recherche du refoulé. Il concerne le corps et on l'historial en tant que tel. Il faut opérer à l'aide de ce que Pankow appelle « greffes de transfert » : c'est le soignant qui va vers le schizophrène. Une fois la première fonction de l'image du corps rétablie, le travail plus classique d'historialisation peut commencer.

Pankow pratiquait la psychothérapie intensive des schizophrènes avec de la pâte à modeler.

On peut aussi dire qu'il s'agit de travailler avec le patient sur ses objets. C'est aussi ce que j'ai pu faire pendant des mois avec un adolescent de Bayen, opposé et collé à son frère, par les intrusions incessantes, les vols de vêtements que ce dernier pratiquait : armoires, tee-

shirts, ceintures, blousons. En ressasant avec le patient, par cette trituration de mots trop lourds collés aux objets, tels des S1 compactés, je favorisais des découpes de ces signifiants, en vue d'autoriser, dans un deuxième temps, une mise en perspective dans l'histoire.

4. Avec Searles

Searles insiste, dans différents textes, sur la nécessité de traiter les patients schizophrènes non pas *par* l'amour, mais *de* l'amour. En l'occurrence, de l'amour symbiotique, bizarre et destructeur que leur père ou leur mère, ou un membre de leur entourage leur voue, ou bien qu'ils vouent à ces personnes.

En voulant donner un exemple clinique, je pourrais parler d'Edouard, un adolescent de l'hôpital de jour, extrêmement dissocié, qui donne à voir un corps en expansion permanente, il salive, se lèche, lèche les objets, rase les murs, touche les portes et les interrupteurs. Il garde la nourriture dans son sac, comme si son sac était un appendice de son estomac et comme si ses vêtements, les objets qu'il traîne avec lui, notamment des kilos de journaux, étaient des parties de son corps morcelé. Il vit à l'intérieur d'un délire de guerre, il vit dans la guerre de '14, les organes des *Poilus* explosent dans ses bribes de récits excités. La guerre est sa vérité et la vérité du monde est la métaphore de la guerre familiale.

Il lui arrive de se pencher sur son sexe et de s'adresser à ses spermatozoïdes en les appelant tendrement ses « petits enfants ». Il parle du prurit de son sexe, et de ses sécrétions séminales et de son sperme comme de la « sueur de son sexe ».

C'est sa mère qui a introduit ce mot. Edouard est en proie à des érections qui ne sont que gêne pour lui et sa mère a colmaté l'éventuelle ouverture à la dimension sexuelle avec sa réduction du sperme à la sueur. Son fils ne peut être en proie au désir sexuel. Le déni du vœu incestueux de la mère permet à celle-ci de tenir debout, mais c'est au prix de la dissociation radicale du fils. La dissociation protège la mère de l'effondrement.

Si l'on suit Searles, il faut aider Edouard d'une part à envisager l'amour qu'il porte à sa mère, puis à s'en défaire. Il s'agit de l'accompagner dans le douloureux renoncement à une jouissance illimitée.

Searles parle aussi de la schizophrénie comme d'un système défensif contre certaines angoisses, dont celle que génère l'inéluctabilité de la mort. « Pour Searles, le patient est devenu schizophrène pour éviter, entre autres aspects de la réalité, la finitude de la vie ». L'idée de Searles, c'est qu'un individu schizophrène, comme n'importe qui d'autre, ne peut accepter la perspective de la mort inévitable, que s'il a pleinement vécu sa vie. Toute-puissance, morcellement, tout délire d'éternité ont en commun de protéger de la perspective de sa propre mort.

Là encore, c'est vers une perte de jouissance que la cure doit se tourner.

On voit bien qu'il ne s'agit pas pour les patients d'accéder à un stade, ou à une évolution ascendante. Parler de guérison de la *Spaltung*, c'est parler de l'acceptation de pertes – accepter de perdre l'amour le plus intense, le plus exaltant, accepter d'envisager la perte de la vie de ceux qui nous sont vitaux, qui sont des parties de nous-mêmes, qui sont nous-mêmes...

Dire que la schizophrénie peut guérir, ce n'est donc pas être optimiste. C'est plutôt accepter un certain pessimisme, mais placé au bon endroit.

5. L'orientation de la cure dans les schizophrénies

La guérison de la schizophrénie, c'est donc la réparation de la première fonction symbolique de l'image du corps par le renoncement à l'amour fou, dyadique et bizarre qui vous garde en morceaux. Le renoncement à l'idée d'une perpétuelle survie.

Ce qui constitue une orientation.

Avec cette orientation, il est possible d'utiliser les grands moyens de la psychiatrie lourde : neuroleptiques, neuroleptiques retard, chocs, hospitalisations de contrainte, hospitalisations au long cours, déscolarisation, signalements, placements extra-familiaux...

Tout ce qui permet cette reconstruction de l'image du corps est bon à prendre, à étudier au cas par cas...

Alors que se passe-t-il lorsque l'on sort de la dissociation ?

C'est peut-être – justement - le fait de vivre mortel que l'on découvre, au-delà de l'expérience schizophrénique.

Le long et douloureux parcours d'Antonin Artaud semble témoigner d'une authentique sortie de la dissociation.

6. Artaud

En se référant à la production écrite d'Antonin Artaud il y a, à mon sens, un véritable bond qui s'est opéré, entre la dissociation dont témoignent les lettres adressées à Jacques Rivière en 1923-1924 et l'écriture du texte sur Van Gogh en 1947, *Van Gogh, le Suicidé de la Société*.

Les lettres à Rivière ont pour prétexte la présentation à visée de publication des poèmes écrits par Artaud. La dissociation y est avérée. Elle n'exclut pourtant pas sa lucidité, tellement énigmatique. Artaud parle d'un « fléchissement de la pensée », d'un « effondrement central de l'âme », d'une « espèce d'érosion de la pensée, la séparation anormale des éléments de la pensée ».

L'étayage du cinéma et du théâtre, l'enveloppement de l'élite littéraire, la consommation de stupéfiants à visée thérapeutique, n'empêchent pas la progression du délire : Artaud est incarcéré à Dublin le 23 septembre 1937 pour vagabondage et troubles de l'ordre public, dans un contexte de délire mystique. Il est transféré d'Irlande en France à la fin de 1937. Puis, transféré à l'hôpital général du Havre, à Sainte-Anne en 1938, puis à Ville Evrard de '39 à '43, et enfin à Rodez jusqu'au 25 mai 1946.

Artaud a reçu de Ferdière - le médecin directeur de l'hôpital de Rodez - un traitement psychiatrique intensif : trois séances d'électrochocs, le *cardiazol*, l'insulinothérapie.

Ferdière voulait soigner son patient. Il ne peut être exclu que cette mise en œuvre de grands moyens ait joué dans l'amélioration de l'état psychique d'Artaud, autant que l'admiration paternaliste et la libéralité obséquieuse du médecin qui les pratiquait.

On peut dire qu'Artaud n'a jamais arrêté de délirer. Il a déliré toute sa vie d'adulte, c'est-à-dire qu'il a dit la vérité. Délire de corps, de filiation, d'incarnation, de réincarnation, de désincarnation, d'empoisonnement, d'envoûtement. Son œuvre est le travail de ce délire. Je dis *travail de délire* exactement comme on dit *travail inconscient* ou *travail de deuil*.

La question de sa guérison, de la guérison de la schizophrénie n'est pas dans la question de l'accalmie ou de la persistance du délire. Encore moins dans la sortie en soi de l'hôpital psychiatrique.

Artaud ne se dégage de l'étreinte de l'institution soignante que pour retrouver celle de l'institution littéraire, qui s'avère aussi mortifère et désespérante : les lettrés bien intentionnés lui fournissent les drogues qui l'achèvent, et la conférence du Vieux Colombier, où il tente devant un parterre comble de grands littéraires de lire sa récente production autobiographique est un vrai moment de grand effondrement.

Le moment où Artaud sort vraiment de la dissociation, c'est lorsqu'il écrit sur Van Gogh. A l'invitation de Pierre Loeb, il visite l'exposition Van Gogh à l'Orangerie et passe un mois à rédiger le *Suicidé de la Société*.

Artaud parle en se fondant sur son expérience propre de *l'aliénation transcendante* de Van Gogh. Mais ce n'est pas un délire d'Artaud se croyant réincarnation du « peintre rien

que peintre », ainsi qu'il l'appelle, c'est un vrai commentaire, une vraie plongée dans la peinture de Van Gogh, une élaboration de son œuvre et de son suicide.

Searles considère que l'on peut accepter la perspective de sa propre mort si l'on perçoit même un temps court ce que c'est que réellement vivre.

Van Gogh peut mourir après avoir peint le tableau des corbeaux.

Comme l'écrit Artaud, « Van Gogh s'est condamné parce qu'il avait fini de vivre ».

7. Une terrible sensibilité

Il y a, entre autres choses, deux séries de commentaires précieux d'Artaud sur Van Gogh. La première porte sur la sensation, le sentir, la mise en forme, la seconde sur le suicide.

Artaud dit que Van Gogh « est une terrible sensibilité ». Il cite une lettre du peintre : Van Gogh écrit : « qu'est-ce que dessiner ? C'est l'action de se frayer un passage à travers un mur de fer invisible, qui semble se trouver entre ce que l'on sent et ce que l'on peut ».

Je relève dans la correspondance de Van Gogh et Théo, p. 514 : « enfin il faut que j'essaie de prendre les choses un peu passivement et patiemment ».

Van Gogh devait se résoudre à la passivité, se résoudre à lâcher cette tension qui le poussait à sentir activement, à ce que le sentir et le pouvoir se rejoignent. C'est le travail de la sensation.

Artaud nous indique qu'avec Van Gogh, il n'y a plus de « comme », « pas d'histoire, de littérature ou de poésie, ses tournesols d'or bronzé sont peints, ils sont peints comme des tournesols et rien de plus, mais pour comprendre un tournesol en nature, il faut maintenant en revenir à Van Gogh ».

Artaud dit que Van Gogh est « de tous les peintres celui qui nous dépouille le plus profondément de notre obsession de faire que les objets soient autres. » Van Gogh fait de la terre la mer, il fait de la terre « ce linge sale, tordu de vin et de sang trempé ». C'est de la terre que sourd le vin de l'ivresse et la terre est maternelle et mortelle, molle et liquide, enveloppante et fécale, elle salit et nettoie, trempe et sèche à la fois. Si l'on parvient avec Van Gogh à percevoir « la chair hostile des paysages, la hargne de leurs replis éventrés », alors on déduit le mythe des choses les plus terre à terre de la vie », « c'est la réalité même, la réalité mythique elle-même qui est en train de s'incorporer. » « Van Gogh est peintre parce qu'il a recollecté la nature, qu'il l'a comme retranspirée et fait suer ».

Artaud encore : « nul n'a jamais écrit ou peint sculpté modelé que pour sortir en fait de l'enfer. » Ce qui revient, dans la sensation dépassivée, à s'extraire, tout en l'assumant, de l'aliénation transcendante.

8. Le suicide de Van Gogh

Artaud imagine Van Gogh, dans le sens le plus noble de l'imagination. Il impose les coordonnées éclatées de son suicide :

Il y a la dette : on doit de l'argent à Van Gogh et « c'est la pente des hautes natures, toujours d'un cran au dessus du réel, de tout expliquer par la mauvaise conscience, de croire que rien n'est jamais dû au hasard et que tout ce qui arrive de mal arrive par l'effet d'une mauvaise volonté consciente, intelligente et concertée. » Si l'on prive Van Gogh, c'est qu'une sourde hostilité justifiée se tourne contre lui.

Cette hostilité, on la retrouverait chez le Docteur Gachet, qui s'occupe du peintre les derniers mois : « il lui fermait la commutation de la pensée par un de ces plis du nez dépréciatifs ». Gachet empêchait Van Gogh de penser, l'envoyait sur le motif qu'il aurait du se reposer et vice versa. Il était en tant que médecin, donc psychiatre « l'ennemi né de tout génie ».

Il y a la naissance du fils de Théo, le 31 janvier 1890, 6 mois précisément avant la mort du peintre, et qui s'appelle Vincent : « devant la naissance d'un fils de son frère, il se

sentait une bouche de trop à nourrir » : on lui rend hommage et en même temps on le remplace.

Alors, pour Artaud « on ne se suicide pas tout seul, il faut une armée de mauvais êtres pour décider le corps au geste contre nature de se priver de sa propre vie ». Et pourtant « Van Gogh se tue, alors qu'il avait trouvé la place de son moi humain. Il venait de découvrir ce qu'il était et qui il était ».

Il suffit d'une journée de vie pour accepter l'inéluctabilité de la mort. Artaud l'a compris à travers Van Gogh, et je pense qu'il l'a éprouvé en écrivant son texte *Van Gogh, le Suicidé de la Société*.

9. Du *je* au *il*.

C'est d'avoir traversé sa propre expérience de l'aliénation transcendantale qu'Artaud peut nous restituer celle de Van Gogh, et réveiller en chacun de nous cette « souffrance du prénatal », cette folie potentiellement commune à tous. Pour Artaud, la guérison de la schizophrénie c'est le passage du « *je* » d'une impossible subjectivité, du « *je* » artificiel et mort d'une quête subjective, au « *il* » d'introspection projetée, de son plongeon dans l'autre différencié, Van Gogh, son frère et son semblable.

Bibliographie :

Sigmund Freud, *Névrose et Psychose*, in Œuvres Complètes, XVII, PUF, 2006

Jacques Lacan, Réponse au commentaire de Jean Hyppolite sur la *Verneinung*, in *Ecrits*, Seuil, 1966

Gisela Pankow, *Structure familiale et psychose*, Flammarion, 2004

Harold Searles, *L'Effort pour rendre l'autre fou*, Gallimard, 1977

Antonin Artaud, *L'ombilic des Limbes*, Poésie Gallimard, 1968

Antonin Artaud, *Œuvres Complètes*, XIII, Gallimard, 1974

Vincent Van Gogh, *Lettres à son frère Théo*, L'imaginaire Gallimard, 1988

Une solution incertaine Stéphanie LAVIGNE

« Là où ça parle, ça jouit »ⁱ. Cette phrase est le préalable à toute rencontre avec un psychanalyste, un point d'appui, le postulat du clinicien avant toute rencontre avec un patient. Le traitement par la psychanalyse implique un traitement de la jouissance. Dans son enseignement Lacan déplie une jouissance accrochée au sens. Nous jouissons du sens que nous donnons à notre histoire. C'est ce qui est traité dans la cure analytique, au travers des symptômes et du fantasme. Mais la jouissance n'est pas toute résorbable par le sens, il reste à la fin de la cure une jouissance hors sens, non articulée au langage, qui n'est donc pas interprétable. C'est une définition clinique de l'incurable.

La jouissance que je suis amenée à traiter dans un Centre de soins pour toxicomanes est une jouissance très particulière. Elle ne fait pas symptôme. La première difficulté porte sur le fait d'offrir une place à la parole d'un sujet qui ne jouit pas du fait de parler. La notion d'incurabilité se retrouve dans le préalable de la rencontre avec le patient. Finalement, les patients toxicomanes, par la drogue, se passent des symptômes et des petites histoires qui font dire à Lacan que tout le monde est fouⁱⁱ. Le pari de ma clinique est donc de faire exister le sujet parlant, malgré tout.

La toxicomanie peut-elle être une jouissance incurable, au sens d'incurabilité ? La toxicomanie est une jouissance qui touche au fondement même de la structure de l'être parlant. Elle désarticule le sujet, le désabonne partiellement de son inconscient. D'ailleurs Sigmund Freud avait classé la psychanalyse comme contre indiqué pour ce type de patients. Tout se passe comme si l'inconscient structuré du côté du symbolique n'apparaissait pas : le sujet toxicomane associe très peu, il ne recherche pas une vérité inconsciente sur son rapport au monde. Il ne situe pas celui qui l'écoute comme un autre détenteur d'un savoir sur lui-même. Loin de moi l'idée de penser la toxicomanie comme une structure psychique. Néanmoins, la clinique des patients toxicomanes m'a peut être enseigné un universel sur l'articulation entre inconscient et jouissance pour ces patients.

C'est lors d'une séance de clôture des cartels en 1975 que Jacques Lacan donne une définition de la toxicomanie : « Il n'y a qu'une seule définition de la drogue, celle qui rompt le mariage avec le petit pipi »ⁱⁱⁱ. Lacan fait ici référence au petit Hans, qui nommait son pénis ainsi « petit pipi ». La drogue est donc un moyen radical de divorcer de la jouissance phallique. En effet, le patient toxicomane nous indique dès le premier entretien qu'il jouit seul en dehors du monde, c'est à dire d'un autre. En l'occurrence, il n'a pas besoin de l'Autre pour jouir. Il ne s'inscrit pas dans le semblant de jouir du corps de l'autre, ni d'être en position d'objet de la jouissance d'un Autre.

La toxicomanie est une solution incertaine pour le sujet. C'est néanmoins une solution que le sujet trouve, peut-être justement pour pallier à cette part d'incurable qui lui est plus singulière. Après plusieurs années passées dans le champ de la toxicomanie, je peux observer une chronicité des patients. Nous nous retrouvons bien souvent avec de vieux patients suivis

par différents intervenants à savoir : l'éducateur, le médecin et le psychologue. L'inscription dans un centre de soins ainsi que la prise en charge médicale leur permettent une réinscription sociale : ils travaillent parfois, se marient, ont des enfants, payent des impôts, mais la jouissance toxicomane est la même, il n'y a bien souvent aucune rectification subjective. On pourrait dire : « mais que font les psys ? ».

C'est au regard de cette dernière question que j'ai choisi de vous faire part de mon orientation de travail. J'exerce à Rueil-Malmaison dans un centre de soins pour toxicomanes (CSST), où se trouve également un service spécialisé pour une population jeune, voire adolescente. J'ai choisi aujourd'hui de vous exposer une partie de ma clinique concernant les patients psychotiques et toxicomanes qui s'adressent à moi du côté de l'institution judiciaire. Ainsi, je pense à des sujets qui ont trouvé une certaine solution pour exister dans le monde. Le recours à la drogue semble être un rempart psychique face au vide qui les appelle. La nomination toxicomane apparaît alors comme une tentative de parer à la forclusion du nom du père.

L'interpellation judiciaire surgit comme une mauvaise rencontre avec un Autre réel, la figure de l'Autre prend une forme persécutrice, inquisitrice. Il y a pour ces patients un avant et un après cette rencontre avec la justice. D'ailleurs, ce point d'arrêt du sujet se reproduit au cours de leur vie. C'est ainsi, que ces sujets franchissent la porte de l'institution. A leur arrivée, l'angoisse est massive, elle se répète à chaque nouvelle rencontre avec le réel. Pour ces sujets, qui n'ont pas la possibilité de symbolisation, c'est à dire pour lesquels le complexe d'Oedipe ne s'est pas structuré, et qui pourtant ne produisent pas de délire ou d'autres manifestations psychotiques, le signe clinique qu'ils amènent en entretien est l'angoisse. Ce n'est pas une angoisse prise dans l'articulation de la culpabilité ou du désir. Autrement dit, ce n'est pas l'angoisse du sujet névrosé face à l'interdit. Ainsi, je pense à des sujets que j'ai reçu quelques années, et pour lesquels les conséquences d'une nouvelle rencontre avec le réel, se sont modifiées. Ils se sont servis des entretiens pour border leur jouissance, s'inscrire dans une activité professionnelle pas trop ravageuse, se soutenir de petits autres face à l'Autre inquisiteur. Pour mener à bien ce travail, je me suis appuyée sur le dispositif institutionnel et la pluridisciplinarité qu'il offre.

De la logique du manque, à la logique du vide :

Je suis souvent confrontée à des patients qui ne me livrent pas beaucoup de leur histoire singulière. Ainsi je renonce parfois à inviter ces patients à me raconter leur enfance, ou à trop déployer leur histoire. En effet, je constate que mes demandes de précisions les rendent muets et inquiets. Face à la pauvreté du discours de certains patients toxicomanes et psychotiques, ma clinique m'enseigne que je suis face à une logique du vide et non à une logique du manque qui me permettrait, elle, un traitement par le sens.

En effet, la logique du manque donne la possibilité à un sujet de pouvoir satisfaire ce qui lui manque par la voie de différents objets du désir qui se trouvent dans l'existence. En résumé, cette logique repose sur la fonction de l'interdit. La logique du vide, c'est la faille du père, il n'y a pas eu de fonction du père pour interdire. Il n'y a donc pas de possibilité d'un manque que le sujet serait amené à vouloir combler. Au contraire, il y a un vide. Nous ne sommes pas dans une logique de castration, il n'y a donc pas de dialectique du désir. Les souvenirs d'enfances de ces patients témoignent de situations dans lesquelles face à un trou, ils pouvaient être pétrifiés par le vide qui les aspire. Je me suis donc contentée de ce que ces patients m'apportaient en séance. Je les ai simplement invités à me raconter leur semaine.

C'est ainsi, que certains patients ont pu commencer à s'inscrire dans une histoire avec un « i » et non dans une hystoire avec un « Y ». Il n'a pas été possible pour eux d'hystériser leur histoire, c'est à dire de l'interpréter du côté subjectif. Je peux néanmoins parler d'un traitement de la jouissance, car l'identification signifiante : « je suis toxicomane » est tombée, laissant la place à une possibilité d'invention pour ces sujets. Par ailleurs, il s'agissait aussi d'une régulation de jouissance, afin d'en réduire les excès tout en maintenant une homéostasie pour que ces patients ne décompensent pas leur psychose.

Voici un extrait de prise en charge :

Il s'agit d'un jeune toxicomane également dealer de drogue. La première partie du traitement a apaisé l'angoisse déchainée par la rencontre avec le réel et a ouvert une question sur la fonction psychique de la drogue. En effet, le produit venant faire taire la parole du sujet, la succession des séances a permis à ce jeune homme de découvrir une satisfaction à parler. La parole devient pour lui un moyen de jouissance qui entame la jouissance toxicomaniaque.

Dans un deuxième temps, ce patient invente la possibilité d'une autre conception du travail. Je l'accompagnerai dans son changement d'emploi. C'est ainsi que quatre ans après le début de nos entretiens, cet homme ne travaille plus du côté d'une exigence surmoïque, qui le pousse à consommer de la drogue toute la journée. En effet, une subjectivation de la loi étant impossible pour ce sujet, elle réapparaît sous forme persécutrice : « il faut absolument travailler », venant le confronter à une demande de L'Autre qui n'est pas symbolisable. Pour ce sujet, cette exigence sociale (tout le monde doit travailler), ne peut être dialectisée par le complexe de castration auquel il n'a pas accès. C'est lorsque le travail est envisagé hors castration (plutôt du côté du loisir) que la consommation de drogue quotidienne disparaît. Il consomme désormais ponctuellement du cannabis. Il y a donc eu une modification de la jouissance puisqu'il passe du toxicomane-dealer à un usage occasionnel et privé de cannabis.

Ce patient se présente maintenant du côté de son travail, c'est une nouvelle identification imaginaire moins ravageante que d'être toxicomane. Il y a néanmoins un reste de consommation de drogue, auquel il ne me semble pas souhaitable de toucher. Ainsi, la modification du statut de la drogue et de son travail, semblent former un nouage nécessaire lui permettant de faire tenir le réel, l'imaginaire et le symbolique, sans faire taire le sujet. Pour ce patient, l'incurable se situe d'une part au niveau de la forclusion du nom du père, d'autre part dans ce qui « reste » de sa consommation de drogue.

Il me semble que cet extrait de prise en charge, montre un traitement possible de la toxicomanie qui tienne compte de la notion d'incurable. Au-delà, des idées reçues, sur la toxicomanie pensée comme un incurable, son traitement peut être envisagé s'il ne vise pas à éradiquer la consommation de drogue, mais plutôt à permettre une régulation de la jouissance en réintroduisant le sujet à la parole et à ses effets de séparation.

ⁱ Lacan J., *Le séminaire, Livre XX, Encore*, Paris, Seuil, p. 95, « L'inconscient, ce n'est pas que l'être pense, l'inconscient, c'est que l'être, en parlant, jouisse, et, j'ajoute, ne veuille rien en savoir de plus. J'ajoute que cela veut dire – ne rien savoir du tout ».

ⁱⁱ Pour cet adage, cf, Lacan J., *Ornicar ?* 17-18, 1979, p. 278.

ⁱⁱⁱ Lacan J., « Discours de clôture des journées de novembre 1976 », Paris, *Lettres de l'École XXI*.