



Rubrique : Discours analytique et institutions

Le dialogue analytique au cœur de l'expérience en institution

Francesca Biagi-Chai

Lorsque le jeune Lacan expose le cas Aimée dans sa thèse, il procède à un ciselage du réel dans ce qui se présente déjà comme un entretien psychanalytique. Les présentations de malade existaient bien avant Lacan, mais elles consistaient en des monstrations. Lacan, lui, isole le patient du public. Il a un dialogue analytique avec pour essayer de saisir sa structure et surtout la manière dont le sujet se débrouille avec celle-ci. C'est enseignant pour le travail en institution.

Entre particularité et singularité

La structure correspond à ce qui est proprement psychiatrique : la paranoïa, la schizophrénie, etc. Les soignants classiquement en connaissent les signes, les phénomènes – comme les hallucinations. Cependant, le pas de plus que la présentation permet, c'est d'apercevoir ce qui se trame pour le sujet, c'est-à-dire la façon dont il parvient à traiter la structure par la jouissance, avec l'aide de l'institution dont l'orientation analytique autorise, favorise le transfert. En effet, la structure relève du particulier, tandis que la jouissance appartient au singulier. Sur le plan de la particularité, nous pouvons dire qu'un sujet psychotique est plutôt paranoïaque ou plutôt schizophrène. La singularité, elle, conduit sur les traces de sa biographie en tant qu'elle est *logifiée* à partir du réel.

Penser la présentation de malade dans l'institution suppose de prêter attention à ce binaire central structure–énonciation. En effet, il n'est pas possible d'attraper la jouissance sans l'énonciation. C'est elle qui met l'analyste sur la voie des bonnes questions à poser à cette fin, ce qui lui offre la possibilité de dégager la logique du sujet. Par ces présentations, nous pouvons faire entendre aux équipes présentes *qui* est la personne unique qui nous parle à travers les méandres de son imaginaire désarrimé. Nous ne visons pas à dégager les formes de la pathologie – on peut ensuite les interroger ensuite dans la discussion –, mais plutôt l'énonciation, par où cela passe. On y décèle à quel point une parole peut être équivalente à un objet, avoir la fonction d'un appui, d'une défense à promouvoir et non à défaire par exemple. Et aussi à quel point un sujet qui se soûle de paroles se soûle vraiment, sans métaphore s'y noie et y disparaît comme le vin qui enivre. Entendre de cette manière, c'est

entendre au sens de rencontrer le sujet, ce n'est ni comprendre ni se faire le récepteur, voire le réceptacle, d'on ne sait quelle parole supposée soulager. C'est participer à la transmission aux équipes de ce réel si difficile à expliciter. Le savoir qui en résulte, quand c'est entendu, devient alors une référence subjectivée inéliminable. Lorsque les équipes l'entendent, c'est un formidable pas en avant, parce que la théorie devient tangible et elles peuvent se l'approprier – il leur revient ensuite de s'y intéresser.

Stratégie analytique

Une stratégie se dégage alors des questions posées, qui concerne la logique du sujet. Elle est à mettre en place pour chaque patient. C'est la question cruciale du rapport du sujet à l'Autre et la jouissance auquel répond le schéma de l'aliénation–séparation figuré par l'usage que Lacan fait des cercles concentriques d'Euler. La stratégie, ce n'est pas le savoir déjà su d'un analyste. Ce n'est pas le savoir déjà su d'un analyste ou d'un psychiatre, mais un savoir retrouvé dans le dialogue. Ce savoir est transmissible en tant qu'il passe par les signifiants du sujet avec le poids et la couleur qui leur est propre en tant qu'ils supportent les conséquences d'effets qui ont été les leurs. C'est-à-dire en tant qu'ils engagent un autre registre que celui de l'énoncé et du sens. C'est un registre qui « prend en compte la reconnaissance des coordonnées de la vie du sujet et de sa pathologie, de son réel¹ ».

Nous pourrions situer tout aussi bien l'élaboration de savoir dans l'institution en se référant aux cercles d'Euler : au niveau de la zone centrale de croisement, la transmission s'opère par les voies d'un consentement subjectivé, éclair, moment d'évidence à l'égal de l'effet du *Witz*, que l'énonciation et ce qu'elle permet dans la poursuite de l'entretien avec le patient ont mis en lumière. La stratégie supposant d'être partie prenante de l'affaire et d'élaborer une perspective – ce qui donne une certaine liberté dans les interventions qui s'y rapportent. Par voie de conséquence, les signifiants banals, généraux et réducteurs si souvent avancés à propos des patients tombent, il n'est plus question de la *récidive*, comme mauvaise volonté, ou de la *manipulation* soi-disant perverse, etc. Tous ces signifiants se cassent la figure². Avec Lacan, on perçoit que ce que l'on peut appeler une *faute* se situe au plan de la stratégie, et concerne le laisser-tomber dans la psychose, soit un lâchage du transfert qu'on l'ignore ou le refuse comme c'est le cas dans de nombreuses institutions. Ceci étant à référer à cette phrase de Lacan dans « La direction de la cure... » : « l'analyste est moins libre en sa stratégie qu'en sa tactique³ ».

Cela libère et soulage les équipes dans la mesure où nous sommes moins libres dans la stratégie, tous autant que nous sommes, mais néanmoins orientés. Qu'est-ce que la stratégie en institution ? C'est, par exemple, ne pas mettre en mouvement ce qui serait du côté du *laisser-tomber* dans la psychose. Que nous soyons « moins libre en [la] stratégie » signifie que ce qui met en péril le transfert est une faute. Cela s'élabore, se travaille à plusieurs – ce qui fait la grande différence des institutions orientées par la psychanalyse. Au fond, la stratégie, le transfert sont du registre de l'éthique. Cela se situe au niveau du discours, du discours analytique, et non de la personne de l'analyste – je suis partie de l'hôpital et,

1. Biagi-Chai F., *Traverser les murs. La folie, de la psychiatrie à la psychanalyse*, Paris, Imago, 2020, p. 192.

2. Cf. Biagi-Chai F., « La dépathologisation lacanienne et l'autre », *Quarto*, n° 131, juin 2022, p. 30-33.

3. Lacan J., « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 589.

néanmoins, cela se poursuit. C'est une ligne de force, d'appui. La tactique n'est autre que la modalité propre à chaque soignant de faire, de dire, en rapport avec sa spécificité et sa manière d'être, son style. On mesure bien que celle-ci permet une correction *a posteriori* qui ne fait pas de dégâts.

Une clinique sous transfert

C'est sur ce point que l'orientation analytique en institution se situe à l'opposé de la psychiatrie, en ce que cette dernière refuse le transfert. Il est logique qu'elle le refuse quand le psychiatre en question n'est pas analysé, parce qu'il faut être analysé pour supporter le transfert, lequel ne se supporte pas facilement. Les équipes peuvent être soulagées pour la simple et bonne raison que chaque professionnel – infirmier, psychomotricien, psychologue, etc. – ne supporte pas seul ce transfert. Dans certaines institutions psychiatriques, on assiste à des dérives. Par exemple, un infirmier qui devient référent d'un patient doit soutenir seul un transfert majeur, le plus souvent du fait même de sa méconnaissance, il est atteint d'une acuité qui s'avère être insupportable de par la structure du patient. Sa concentration sur un seul soignant isole celui-ci de l'institution et l'expose à toutes sortes de réactions venant d'un patient qui est lui-même isolé. On qualifie ensuite cela de toutes sortes de banalités plus ou moins négatives.

Il est pensable, voire il est nécessaire au patient, que le transfert se concentre sur quelqu'un, sur un seul. C'est consubstantiel à la psychose : le sujet psychotique cherche un Autre, l'incarnation de l'Autre qui tirerait pour lui les ficelles, la *jouissance de l'Autre*, celle qui ne serait pas la mauvaise qu'il subit, mais une qui pourrait lui convenir. À partir du moment où il en a trouvé le chemin, le patient, prenant la place d'objet dans la vie, se *paranoïse*, se féminise. Par le biais de cette jouissance, le soignant en devient le partenaire.

Lorsque quelqu'un se trouve à cette place, seul à concentrer le transfert, il est poussé à devenir malgré lui, à son insu, pour le sujet, l'Autre de l'Autre qu'il n'y a pas, c'est une place qui de fait est vide. Cela a souvent des effets délétères, notamment dans les institutions où on laisse ces effets se produire.

À partir de cette lecture, le désenchantement des soignants est compréhensible. Il s'agit donc de « réenchanter », c'est-à-dire de mettre en place une circulation du savoir – un savoir construit à partir de l'énonciation plutôt que de connaissances sur la psychose. Il est important de faire la différence entre savoir et connaissance. Il ne s'agit pas de dire *Voilà, je vais vous indiquer tous les signes de telle pathologie*. Non, c'est la rencontre avec une zone de transmission du savoir dont on a parlé. Il s'en déduit que chacun est d'autant plus libre dans sa « zone de compétence », pour employer une expression contemporaine. Chacun peut se tromper, mais ce ne sera jamais qu'une erreur. Or, une erreur n'est pas irréparable.

J'ai le souvenir d'un patient qui est devenu quasiment une contre-indication à l'hospitalisation de jour – ce qui est rare. Tout dans sa manière d'être laissait entrevoir à quel point l'hospitalisation de jour était son Autre absolu, dont il était *La femme*. Il y vivait sans limites, tout ce qui s'y trouvait était à lui, il ne demandait rien, il prenait, il ne volait rien il se servait. Sa jouissance était totalement débordante et impossible à arrêter, parce que, dans sa logique, nous étions une part de lui-même. Après avoir identifié cette logique en réunion, je l'ai reçu et l'entretien a permis de suspendre l'hospitalisation de jour, et non le fait qu'il

restait un patient du service, que rien n'était définitif et qu'il aurait à traiter cela avec son psychiatre et son psychologue.

Le dialogue analytique

La circulation du savoir requiert une condition qui doit être là d'emblée, dès l'entrée du patient à l'hôpital. Lorsqu'un patient arrivait dans l'hôpital, j'avais un entretien dans l'infirmierie avec lui, mais pas seule avec lui. La première rencontre avec un patient, je l'ai toujours faite sur le mode de la présentation de malade, c'est-à-dire du dialogue analytique. Il est là et cela paraît normal qu'il soit à l'hôpital. Pourtant, ce n'est pas évident d'arriver dans ce lieu. Il y a donc une présentation à faire, un *donner-forme* et sens à sa présence. Qu'est-ce qu'une présentation analytique ? Ce n'est pas une présentation formelle, ce n'est pas sur le mode : *Je vous présente untel, infirmière, psychothérapeute, etc.* Lorsque nous présentons quelqu'un, nous le faisons comme lors de sa première arrivée chez l'analyste : *Qu'est-ce qui vous amène ?* Et à partir de cette question, l'équipe saisit pourquoi il est là. Le patient sait pourquoi il est là, il sait que les autres savent, que le savoir n'est pas cloisonné, quelqu'un ne va pas lui dire tout à coup quelque chose qui n'a rien à voir avec cette première rencontre. À partir de là aussi, on peut parler de lui, ce ne sera pas un complot, ce ne sera pas dans son dos, ce sera du registre du partage de savoir. Vous avez ainsi toute cette mise en route, cette mise en mouvement du savoir. Car le plus souvent, en effet, le patient arrive dans un lieu qui redouble, qui potentialise les effets de bizarreries, d'étrangeté, d'isolement, de non-lien, d'hors discours qu'il a déjà, le non-savoir augmentant le phénomène de l'allusion si caractéristique du rapport à l'autre dans la psychose. La présentation de malade, de prendre ainsi son sens fort, son sens lacanien, devient le cœur du travail en institution.

Antenne clinique d'Angers – 2 février 2022