

ALFREDO ZENONI

## Clinique psychanalytique en institution

### *Question préliminaire : quelle orientation psychanalytique ?*

Les termes dans lesquels une question est formulée impliquent déjà par eux-mêmes le choix d'une orientation préalable dans le champ même où la question est posée \*. Poser, par exemple, la question de l'âge auquel un enfant accéderait au complexe d'Oedipe présuppose une conception de la clinique, liée à la fois à une conception de la causalité de la pathologie humaine et de l'action psychanalytique, qui est tout à fait différente de celle que présuppose la question de savoir quelle place un enfant peut venir occuper, en tant que produit de la rencontre sexuelle entre deux sujets, dans le désir de l'Autre.

De même, la formulation des questions qui encadrent une pratique institutionnelle renvoie à des présupposés qui nouent à une même orientation à la fois une conception de la clinique, une conception du transfert et une position analytique. Ainsi, la question qui préside le plus souvent à l'exposé d'une pratique institutionnelle : "peut-on exercer, ou comment exercer, la psychanalyse dans un hôpital, un centre de santé mentale, une communauté ?" comporte par sa formulation même une orientation de cette pratique dont les préalables, inaperçus, ne commandent pas moins sa différence par rapport à l'orientation que suppose une tout autre manière d'introduire le problème : "quelles structures cliniques, quelles positions subjectives, quelles demandes rencontre-t-on dans un centre de santé mentale, un hôpital, une communauté ?"

La première formulation met d'emblée l'accent sur le "faire" des opérateurs et témoigne d'une préoccupation identificatoire. Comment et jusqu'à quel point est-il possible d'appliquer ou d'adapter une méthode et un savoir à un autre contexte que le contexte classique du "privé" ? Que

pouvons-nous faire pour toutes ces personnes ? Autrement dit, sommes-nous en institution ce que d'autres sont, ou ce que nous-mêmes sommes, hors institution ? Questionnement sur l'identité propre qui est à l'origine du "projet", du souci d'être utile, du développement de la gamme des techniques, distribuées selon les diplômes et les "formations", qui laisse purement et simplement dans l'ombre la question clinique. Ce que confirme d'ailleurs le simple fait que toutes les conceptions qui s'auto-définissent par un terme composé avec thérapie — thérapie familiale, comportement-thérapie, Gestalt-thérapie, etc. — ne comportent strictement pas de chapitre clinique, c'est-à-dire ne fournissent pas les concepts permettant de dire ce qu'est une paranoïa, une névrose obsessionnelle, une mélancolie, etc.

L'accent mis sur l'originalité de la méthode, sur le projet, sur le travail des opérateurs, s'enracine dans une référence à l'idéal d'où l'on se voit être, qui aveugle complètement sur la dimension préalable de la clinique. Tout se passe alors comme s'il allait de soi que nous ne rencontrions qu'une sorte de sujet psychiatrique moyen ou généralisé, ni psychotique, ni névrosé, ni pervers, sorte d'invalidé à *des degrés divers*, — à quoi bon s'interroger en effet sur la structure clinique d'un sujet si ce qui m'importe est le niveau de ma place dans la hiérarchie des compétences — auquel il s'agirait d'appliquer indistinctement la méthode ou les techniques que l'institution détient. Lorsque la préoccupation première est "ce que je peux faire", la dimension des différences structurales entre positions subjectives tend à rester dans l'implicite, comme si sa simple évocation, en venant rappeler le point de difficulté, voire d'impossibilité, que la clinique comporte, menaçait déjà l'être supposé dont se supporte le faire de l'opérateur. Il est d'ailleurs courant de constater que là où l'accent est mis sur le potentiel thérapeutique d'un soignant ou d'une équipe soignante, c'est en général la méfiance ou l'irritation qui accueillent la question du diagnostic, sous couvert d'un souci thérapeutique ("ce qui importe est ce que nous pouvons faire pour lui et non ce qu'il est" ...) qui recèle en fait le souci pour sa propre identité de thérapeute.

En opérant donc comme si le même mode de réponse au transfert était pertinent dans toute conjoncture clinique, — la différence se réduisant éventuellement à une différence de "niveau" dans le contenu des interprétations adressées au sujet -, c'est en fait à une clinique du *continuum* évolutif qu'on se réfère. Derrière l'apparente indifférence pour la question du diagnostic ou derrière la méfiance pour le symptôme, c'est une clinique bien précise, quoique implicite, qu'on suppose : une clinique de la régression sur l'échelle évolutive qui met en continuité les différentes formes cliniques comme autant de manifestations, plus ou moins graves, de la perturbation d'une même "structure globale de la personnalité". En concevant les types cliniques sur le mode de leur succession, une telle perspective finit, peu ou prou, par les homogénéiser et par en faire des degrés d'une même pathologie :

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

C'est pourquoi cette clinique sous-jacente n'est pas incompatible, et est même tout à fait identique à une clinique de la coexistence chez le même sujet de différents "noyaux" diagnostiques, voire du passage d'un niveau diagnostique à un autre.

Or, si c'est une telle clinique que l'idéal thérapeutique tend comme de lui-même à sécréter, c'est parce que, d'une part, il repose sur une conception du transfert comme répétition du passé infantile — plus ou moins "archaïque" selon la gravité des déficits actuels — et que, d'autre part, cette même conception du transfert suppose l'extériorité de l'interprète — de l'analyste, du thérapeute — au transfert. D'où il en dérive une conception de l'action qui se réduit à une réponse du savoir — notamment comme interprétation du transfert lui-même —, excluant donc du champ le rapport actuel du désir du sujet au désir de l'Autre. Conception qui reproduit au sein du champ analytique le schéma de l'action médicale :

\_\_\_\_\_ ————— \_\_\_\_\_

La pratique se conçoit alors essentiellement comme application ou communication de ce savoir au patient. Et le collectif institutionnel s'organise comme un ensemble de compétences, de connaissances, de techniques, coordonnées dans un "projet thérapeutique" global, qui attend d'être prescrit aux patients qui s'y présentent.



On voit ainsi que la dévaluation ou l'oubli initial de la clinique au profit de l'idéal thérapeutique est en fait solidaire d'une orientation analytique qui noue dans une détermination réciproque, une théorie bien précise

de la causalité des phénomènes cliniques, une conception du transfert et une définition de l'acte qui y répond :

inversément, l'option, implicite ou explicite, pour ce triangle analytique détermine une configuration de la pratique institutionnelle qui met au centre de gravité son idéal, son potentiel, son projet, au détriment de la clinique du sujet.

Une rotation de 180° se produit dans l'orientation de la pratique lorsqu'elle prend son départ non dans la préoccupation identificatoire ("qui sommes nous ?") mais dans la préoccupation clinique ("qui sont-ils ?"). Déjà, le simple fait de décrire les diverses formes cliniques, modalités de la demande et histoires subjectives — souvent objet de nombreuses actions thérapeutiques antérieures, d'ailleurs — rend tout à fait impraticable l'exposé générique de la méthode, du projet, de la finalité de l'institution — aux conditions de laquelle n'importe quel sujet aurait à souscrire pour bénéficier de ses effets -, tellement grandes sont les différences entre les "projets" de chaque sujet, et notamment entre un sujet dont le rapport à l'Autre est foncièrement persécutif et un sujet dont l'être par ou pour l'Autre est, au contraire, l'enjeu essentiel de son existence.

Au lieu de se reporter sur les paliers d'une seule ligne évolutive, les différents types cliniques se distinguent ici entre eux comme trois lignes évolutives qui divergent entre elles, à partir de ce qu'on pourrait appeler un manque d'unité initial : .



Aussi, lorsque la difficulté objective que pose, et oppose, à toute bonne volonté de l'Autre, la dimension de ce que Freud désigne du terme de "pulsion de mort", agissante d'une manière parfois ravageante dans l'existence des sujets qui fréquentent ou qui séjournent dans les institu-

tions, lorsque cette difficulté est prise en compte d'abord, c'est moins le discours sur *notre* travail, *notre* méthode, *notre* projet qui a de l'importance que la question de l'enjeu de jouissance du sujet, au-delà de toute visée de bien-être, qui aime sa relation à l'Autre supposé pouvoir guérir.

Cette modification du point de départ non seulement rend donc désormais intenable un discours sur la pratique institutionnelle qui se tiendrait dans la généralité, et ferait abstraction des différences cliniques, mais, en déplaçant l'accent de l'idéal de l'institution au réel en jeu pour chaque position subjective, modifie aussi ou, disons plutôt, s'accompagne d'une modification au niveau de l'appréhension du transfert et de la position analytique qui y répond.

Une clinique différentielle structurale qui ne met pas en continuité chronologique les types cliniques mais les distingue par leurs différences synchroniques — selon les trois modes différents de se rapporter au désir de l'Autre — implique, en effet, une théorie du transfert qui réinclut le rapport actuel du désir du sujet au désir de l'Autre, et donc une tout autre théorie du transfert que celle qui en fait essentiellement un anachronisme affectif — on aime toujours une figure du passé sous la figure de l'amour présent. La considération des différences synchroniques entre structures cliniques est, au contraire, corrélative d'une conception du transfert comme actualité du rapport à l'Autre : qu'il s'agisse de la mère, du médecin, de l'éducateur ou de la psychologue, la tromperie de l'amour n'est pas celle d'une erreur sur la personne, mais celle de l'amour en lui-même, celle, pour le dire ici rapidement, par où le rapport actuel au désir de l'Autre, c'est-à-dire aussi le transfert, tend à s'exercer dans le sens de l'être que le sujet croit y obtenir plutôt que dans le sens du dévoilement de son manque.

Du même coup, ce qui devient crucial pour la réponse au transfert n'est plus le type de savoir destiné à dissiper l'erreur du sujet, mais le désir, et la nature de ce désir, de celui qui y répond, maintenant. Car le statut de ce désir de l'Autre n'est pas le même dans la névrose et dans la psychose, tout comme n'est pas le même le statut de l'objet perdu. D'où, donc, l'importance du moment clinique, en tant que préliminaire à la réponse institutionnelle au transfert, puisque ce n'est pas la même réponse, la même position dans le transfert, qu'exige chacune des structures. Et on ne sait que trop bien la difficulté du diagnostic différentiel dans certains cas si, pour citer Lacan dans le séminaire sur *Les psychoses*, il n'y a rien qui ressemble le plus à une symptomatologie névrotique qu'une symptomatologie pré-psychotique.

On perçoit donc ici aussi le rapport circulaire qui existe entre le choix d'une orientation analytique et le point de départ du discours institution-

nel. Si le point de départ de la pratique est pris dans le réel de la clinique, ce n'est pas en raison d'un vain goût de théoricien, c'est en fonction de toute une orientation analytique qu'il est pris. Avec le choix initial pour l'importance de la clinique il ne s'agit pas seulement d'une question de goût, il s'agit déjà du choix d'une clinique plutôt que d'une autre et, avec elle, d'une conception du transfert et d'une définition de l'acte. Par comparaison avec l'orientation qui s'exprime dans la préoccupation pour l'identité thérapeutique, représentons aussi l'orientation qui soustend le déplacement d'accent du projet thérapeutique de l'Autre à la structure clinique du sujet, avec le petit graphe de tout à l'heure, mais en y modifiant les termes à chacun des sommets :



J'ajouterai, sans le développer maintenant, que la racine de la différence entre les deux "triangles" réside dans la distinction entre le désir d'être analyste et ce que Lacan désigne comme "désir de l'analyste", en tant que fonction de la réponse au transfert.

Je tenterai maintenant de développer quelques conséquences de l'option pour cette deuxième orientation. Il a dû sans doute déjà vous paraître clair que la première conséquence ne consistera en rien d'autre qu'à mettre à la place d'un discours sur une pratique institutionnelle "en général" un discours différentiel selon les structures cliniques. Ne pouvant parler de tout à la fois, je parlerai ici d'une pratique institutionnelle avec des sujets névrosés adultes.

### *La névrose dans le champ psychiatrique*

Par rapport au schéma psychothérapeutique, une modification radicale s'introduit dans le champ de sa pratique lorsque ce simple déplace-

ment d'accent du projet thérapeutique de l'Autre au "projet", quel qu'il soit, du sujet est mis en acte dans le fonctionnement de l'institution. Lorsque la question n'est plus celle de savoir ce que nous faisons ici, comment nous travaillons, quel est notre objectif, mais ce que le sujet veut faire, compte faire ou ne pas faire, qu'est-ce qui fait qu'il vient ici plutôt que d'aller ailleurs, etc, déjà toute la dimension du "faire", du projet, de l'idéal se déplace du champ de l'Autre au champ du sujet. Et, du même coup, c'est maintenant une question qui va surgir à l'endroit de la méthode, des objectifs, du projet, c'est-à-dire de la demande, de cet ensemble de gens, qui laissent parler le sujet plutôt que de parler de ce qu'ils vont faire pour lui. Les deux phénomènes sont corrélatifs.

Si c'est au sujet de dire son "projet" — être soigné<sup>(1)</sup>, sans doute, mais aussi parler à quelqu'un, ne pas être seul, avoir une occupation, avoir un logement, être empêché de boire, apprendre à gérer son argent, etc. —, l'institution où il va trouver toutes ces choses — assistance, occupations, hébergement, vie collective, médication, etc. — se trouve du même coup déportée du côté de l'instrument, de l'objet dont le sujet va se servir, sans qu'elle ait une finalité, un projet, une demande à elle, plutôt que du côté d'un Autre qui se sert de ses instruments pour modifier le sujet. L'institution énonce, bien sûr, quelques "règles du jeu", ou quelques interdits à respecter, mais ceux-ci n'ont rien à voir avec des demandes qu'elle formulerait à l'endroit du sujet en vue d'atteindre la modification des traits de comportement dont il se plaint — telle l'obligation de participer à des groupes pour soigner sa timidité, par exemple. L'institution simplement prend acte, adopte le projet du sujet. Mais à l'endroit de ce qu'elle veut, de son projet à elle, de son idéal, rien n'est formulé, il reste un blanc, place donc d'une question pour le sujet. Au centre de l'ensemble des personnes, des activités, des réponses aux demandes «transitives» du sujet, à la place de l'idéal institutionnel, il y a un *x*.

Le schéma psychothérapeutique inverse cette configuration initiale. D'un côté nous avons le sujet qui vient avec ses problèmes, qui pose sa question à l'Autre et qui le fait travailler : il ne comprend pas, il ne peut pas, et c'est à l'Autre de dire ce qu'il sait et ce qu'il peut faire pour lui. De l'autre côté, nous avons l'ensemble institutionnel avec un projet de travail, un ensemble de techniques et un savoir en attente d'être appliqués à son cas. L'*x* est du côté du sujet; l'*idéal* — l'objectif, la finalité, la raison d'être — est du côté de l'institution. Le sujet fréquentera le centre ou séjournera dans l'institution en vue de s'inscrire dans le programme d'activités et de pratiques qui sont destinées à améliorer son état et, à la limite, à le guérir. Un contrat est établi qui accorde la demande du sujet avec la demande de l'Autre. Il demande à être soigné ? La condition pour qu'il séjourne ou fréquente le centre est qu'il accepte de se laisser soigner, qu'il suive donc le programme que l'institution a mis en place pour réaliser sa

raison d'être. Au coeur de tout le dispositif il y aura la contre-demande de l'Autre.

La fréquentation ou le séjour se trouvent ainsi justifiés par un but, une raison, un objectif qui ne sont autres que ceux de l'institution, comme il devient sensible lorsque au sujet qui n'y met pas assez de conviction et qui n'est là, en somme, que pour les "avantages" qu'il peut en retirer, il est dit sur un ton de menace : "ce n'est pas un hôtel ici, ce n'est pas un club ici" , qui sous-entend que l'opérateur n'est pas là pour faire du gardiennage ou de l'animation, mais de la "thérapie"...

Or, ce que le schéma psychothérapeutique empêche de reconnaître est le fait que cette inertie du sujet est précisément la conséquence du maintien du schéma lui-même. Le sujet vient avec sa question, ses problèmes, ses difficultés et l'Autre lui répond en se proposant comme détenteur de la méthode, du programme, et du savoir qui sont supposés les résoudre. Moyennant quoi rien ne change dans la position qui a toujours été celle du sujet dans son rapport à l'Autre; celle d'une identification au manque — à ce qui manque au savoir, à ce qui manque à la satisfaction — qui est défense d'un désir à la hauteur duquel aucune satisfaction, aucun savoir ne peuvent prétendre se hisser : ce n'est jamais ça. Position qui permet d'obtenir en retour un gain d'être, celui précisément que le sujet obtient par le fait même de faire de sa négativité la cause de l'inconsistance de l'Autre, la cause de son embarras comme de son inquiétude, la cause, en somme, de son désir. Tout en participant au programme prévu, tout en se conformant au projet de l'équipe, le sujet campe toujours dans la position de ce qui pose question à l'Autre, provoque son effort, son travail, sa sollicitude ("mais qu'est-ce qu'il faut lui dire, comment le prendre, quel programme lui proposer ?"). Il reste le  $x$  qui met l'Autre au défi de le déchiffrer. Au coeur de sa demande, il y a l'objet du désir de l'Autre.



L'x reste du côté de la demande du sujet; l'idéal, le savoir, du côté de la réponse de l'Autre.

L'ajout d'une pratique de parole, fût-elle avec un psychanalyste, — comme j'ai eu l'occasion de le développer ailleurs <sup>(2)</sup> — ne change rien au circuit demande-réponse (parole-écoute) si elle laisse inchangé le schéma qui comporte le maintien du "projet", du "faire", de l'idéal, du côté de la réponse. Tant que l'Autre est là à élaborer la méthode, la technique, le savoir qui seraient censés faire revenir le sujet de ses fausses idées sur les autres, les femmes, les hommes, l'autorité, le travail, le plaisir, etc. et l'orienter ainsi vers les objets naturels de son désir, rien ne change à la structure de l'adresse qui laisse le sujet à la place de la question qu'il est pour l'Autre et l'Autre à la place du savoir qu'il croit pouvoir proposer en guise de réponse. Plus l'Autre se mobilise et se donne de la peine pour élaborer cette réponse, plus son idéalisation transférentielle est secrètement soutenue par la jouissance de l'énigme que le sujet se fait être pour son savoir. Etre-question est une position déterminée de fermeture, le sujet y trouvant, à se faire cause du désir de l'Autre, la contrepartie d'un être qui est plus précieux que toute satisfaction qu'il pourrait atteindre s'il se mettait au travail, alors même que cet être est aussi à la racine de ce dont il ne cesse de se plaindre.

Par contre, que se passe-t-il si l'ensemble qui accueille la demande — laquelle est toujours dans son fond dernier, comme Lacan l'a montré, une demande d'amour, (une demande d'être entendu au-delà de tout ce qu'on demande) — que se passe-t-il si cet ensemble institutionnel y répond de telle sorte que le sujet ne sache pas quel sont le projet, le but et la finalité qui motivent cet accueil ? Que peut-il se passer si au champ de la réponse à sa demande, le sujet rencontre non pas un vide total — car il y rencontre beaucoup de gens et beaucoup de choses — mais un vide central à l'endroit où le projet et l'idéal viendraient de la part de l'Autre justifier et donner la raison de sa présence dans ce champ ? Eh bien, il se passe tout simplement que c'est à la charge du sujet qu'il revient maintenant de s'interroger sur la raison de sa demande : pourquoi veut-il fréquenter le centre plutôt qu'autre chose ? Pourquoi veut-il loger, faire de l'artisanat, du sport, de l'expression, de l'informatique et d'autres merveilleuses activités ici plutôt que dehors ? Bref, c'est au sujet qu'il revient d'élaborer, en deçà de ce qu'il vient chercher ici (et que le discours ambiant lui souffle déjà : être encadré, aidé, soigné...) quelque chose du pourquoi de sa démarche — du pourquoi au sens de "à cause de quoi".

Il ne faut pas oublier, en effet, que la fréquentation d'un centre, la participation à des activités soi-disant thérapeutiques et la vie dans une collectivité pas comme les autres sont d'abord la conséquence d'une difficulté. Elles ne sont même que cela. Car il est manifeste que ces

activités et cette vie constituent d'abord quelque chose qui vient à *la place* d'activités et d'une vie qu'il est difficile, problématique ou insupportable de faire et de vivre "dehors". Elles sont donc d'abord la conséquence des difficultés qu'engendre le symptôme avant d'en être leur prétendu remède. On ne voit d'ailleurs pas très bien en quoi le fait d'éprouver de l'angoisse dans les liens sociaux, par exemple, pourrait être "soigné" par l'expérience de liens sociaux artificiels, empreints de bonhomie, de disponibilité ou de toute autre qualité thérapeutique, pas plus qu'on ne voit comment une anorexie pourrait être résorbée sous l'action d'une modalité qualitativement différente de nourrissage. Les "améliorations" obtenues dans le périmètre institutionnel se défont comme neige au soleil une fois que le sujet en sort, lorsqu'une modification de sa position subjective dans le rapport à l'Autre du savoir ne s'est pas produite. C'est pourquoi habiller le séjour ou la fréquentation d'une institution psychiatrique d'une finalité thérapeutique empêche précisément que le sujet s'interroge sur la nature symptomatique de ce même séjour et de cette même fréquentation. Cela fait l'impasse sur le déploiement possible de cette interrogation jusqu'à la mise en cause de ce qui dans sa vie se répète, se coince, reste opaque à lui-même et l'amène, entre autres, à se retrouver ici. Avant d'être ceux dont il se plaint dans l'institution, les symptômes sont d'abord ceux qui, dans la vie hors institution, le placent dans la nécessité de séjourner en institution et postposent, éventuellement, le moment de la quitter. Condition de possibilité d'une "mise au travail", non de l'équipe, mais du sujet lui-même, cette interrogation sur sa destinée, y compris sur son être en psychiatrie, est déjà une modification de la position subjective initiale de patient ou de victime, là où l'élimination de ce moment donne lieu seulement à l'obscurité de rituels professionnels qui ne font qu'entériner l'assimilation d'une condition institutionnelle momentanée — due au symptôme — à une définition sociale : "se soigner" devient alternatif à la condition sociale ordinaire, sorte de métier ou d'état civil. Les habiller d'une finalité thérapeutique empêche de reconnaître leur nature substitutive, palliative, et donc leur nature "symptomatique". Par contre, lorsqu'elles ne sont pas justifiées par un but thérapeutique, elles peuvent apparaître au sujet dans le prolongement de ce qui a motivé sa présence en institution et se connecter dès lors à ce qui l'empêche ou l'embarrasse dans la vie hors institution.

Mais quel est alors le but de l'institution ? A quoi servent toutes ces activités et toutes ces personnes ? Qu'est-ce que l'équipe attend du sujet ? C'est précisément à partir de ces questions, qui viennent à l'endroit où la demande attendue de l'Autre manque, que le sujet est amené à s'interroger sur ce qui le pousse ou l'oblige à rester ici. Et, à l'occasion, c'est à propos de ce qu'il finit par reconnaître comme une contradiction intime — lors-

qu’il se plaint, par exemple, du caractère dérisoire ou inutile de ces activités, ou refuse de cohabiter plus longtemps avec des gens “qui ont des problèmes”, alors qu’il n’envisage même pas ou qu’il ne fait rien pour sortir de là —, c’est dans un moment pareil que la raison clinique de son séjour va le déplacer vers une élaboration de ses difficultés, malaises, peurs, absence d’intérêts — qui l’arrêtent précisément devant la perspective de partir —, plutôt que l’entraîner vers un autre remède encore, une autre thérapeutique, une autre institution. Le vide qu’il rencontre à la place de l’idéal institutionnel se répercute ainsi en une question où c’est désormais comme signes d’une division interne, d’une opposition de soi à soi, d’un corps propre étranger à lui-même, que les raisons de sa présence dans l’institution prennent la forme. Dénudée dans sa dimension clinique, la présence en institution le renvoie à un questionnement préalable et constitue une modification, fût-ce minime, de sa position. Le séjour se transforme en un séjour clinique, au sens d’une interrogation sur la cause de ce séjour lui-même.

On pourrait représenter la logique de ce moment de la façon suivante :



Le  $x$  désignant, au lieu de la réponse — réponse constituée par tout ce que l’institution est supposée contenir en rapport à la demande qui lui est adressée — le point de manque à l’endroit de la demande de l’Autre — de son projet, de son idéal. En cet  $x$  prend origine un autre vecteur rétroactif où il ne s’agit plus, pour le sujet, de la question qu’il pose à l’Autre, mais de la question qui se pose à lui, de ce qui cause son adresse, de ce qui cloche dans sa vie <sup>(3)</sup>.

Ce n’est pas du tout pareil de motiver l’inscription dans le champ psychiatrique par un *but* ou par une *cause*. Dans le premier cas, le moment clinique est court-circuité au profit de la finalité de l’institution. Lorsque, à l’énoncé d’une souffrance, d’une difficulté, d’une incapacité, il est répondu par un programme thérapeutique, la forme du symptôme ne diffère guère de celle d’un symptôme médical, sorte de corps étranger dont le soin de l’expliquer et de le traiter est laissé au savoir de l’Autre — quand ce n’est pas déjà comme tel que le sujet le formule lui-même (“on

m'a conseillé de fréquenter ce centre, parce que je fais une dépression"). Lorsqu'au contraire la réponse institutionnelle, qui n'est pas un pur vide, puisqu'elle comporte toutes ces mêmes activités et personnes qu'on rencontre dans les institutions qui s'orientent autrement que la nôtre, lorsque cette réponse inclut un vide à la place de son idéal<sup>(4)</sup>, ce silence central devient le ressort d'une mutation de la structure même du rapport à l'Autre, et avec elle, du statut du symptôme. Il ne s'agit plus, en effet, de vérifier si la motivation du sujet correspond bien au *projet* de l'institution, mais de laisser au sujet l'élaboration de la *cause* de sa venue. Cette différence, qui n'a l'air de rien, dans l'accueil de la demande, marque pourtant un seuil essentiel : pas moins que le passage de la structure relationnelle propre au champ psychothérapeutique à la structure relationnelle propre au champ de la clinique psychanalytique.



Le passage entre les deux champs, entre 1 et 2, est corrélatif d'une mutation de la position subjective du demandeur. Elle comporte déjà un déplacement, fût-il infinitésimal, le long du vecteur qui va de la pure demande d'amour — qui est la position native, pour ainsi dire, du sujet névrosé — au désir de savoir. Avec ce passage du *x* — c'est-à-dire de ce qui fait causer, de ce qui fait travailler — du côté du sujet au côté de l'Autre, le sujet cède un peu sur sa position de fermeture et peut s'engager dans l'élaboration du savoir qui répondrait à sa demande.

Le renoncement à l'idéal psychothérapeutique, l'abandon de notre pouvoir d'expliquer, conseiller, diriger, surtout si l'on sait, par expérience, qu'ils n'ont d'autres résultats que de provoquer le démenti répétitif de

“l’au-delà du principe de plaisir”, valent bien la mutation subjective qui est ici en jeu. Six mois, un an, de séjour “symptomatique” valent bien des années d’améliorations thérapeutiques qui ne modifient en rien la position du sujet, ni à l’égard de la jouissance, ni même dans le circuit de la sécurité sociale. Et après tout, ne savons-nous pas que des demandes d’analyse peuvent mettre six mois, un an, si pas plus, pour atteindre le seuil d’une décision ?

Nous considérons, au Foyer, que l’application du discours de l’analyste ne correspond pas à l’injection d’un psychanalyste dans le champ psychothérapeutique, mais à la substitution d’un champ clinique permettant la subjectivation du symptôme, au champ psychothérapeutique (5).



Naturellement, cette mutation de la position subjective n’est pas automatique, comme l’est, au contraire, l’application du projet thérapeutique. Il reste encore au sujet la possibilité de ne pas céder sur la jouissance de sa question et de sa vérité ineffable. Du moins, nous n’ajoutons pas l’alibi d’un programme thérapeutique à son refus de se mettre au travail, ce qui est, après tout, son droit. Et ce n’est pas de le vouloir à sa place que se modifiera quoi que ce soit de sa position subjective.

## NOTES

- \* Réécriture d'une conférence tenue au Courtil, le 25 mai 1991. Alfredo Zenoni, psychanalyste, travaille dans un Foyer dit de «post-cure» pour adultes, à Bruxelles, depuis 1975.
- (<sup>1</sup>) Remarquons déjà que s'il n'y avait que l'objectif d'être soigné, on ne voit pas en quoi celui-ci suffirait à justifier la présence en institution. C'est donc qu'avant même de venir ici *pour* être soigné, il vient ici à *cause* du fait qu'il ne peut pas l'être «dehors». L'axe de l'idéal : *pour* être soigné (d'où procède l'identification des responsables comme «soignants») passe sous silence l'axe de la cause : *parce qu* 'il refuse ou ne peut être soigné dehors.
- (<sup>2</sup>) A. Zenoni, "Objet du transfert et réponse de l'analyste" (exposé à la Rencontre de l'E.C.F., Namur, 2-3 mars 1991), paru dans *Quarto*, 44/45, "Le transfert, la passe l'Ecole", octobre 1991, pp. 59-64.
- (<sup>3</sup>) Désignée par la lettre *S* comme initiale de symptôme.
- (<sup>4</sup>) Ce qui n'est, par contre, pas le cas lorsque l'activité est référée à un spécialiste d'où elle ressort transformée en activité thérapeutique, l'équitation devenant "hypothérapie", l'artisanat "ergothérapie", l'entretien "psychothérapie", etc.
- (<sup>5</sup>) En somme, le choix qui doit guider une pratique d'orientation analytique en institution n'est pas celui de faire exception à l'ensemble du champ institutionnel, mais de modifier le champ. Autrement dit, il ne s'agit pas qu'un analyste s'ajoute à une institution "à projet thérapeutique" comme l'élément qui ne se soumet pas à la demande de l'institution, mais, pour le dire en raccourci — qu'il soit partie prenante dans la transformation de cette institution même, voire dans la création d'une autre institution.