

4èmes Journées d'Octobre, *Formation et pratique soignante*, les 07 et 08 octobre 1993 à Bordeaux.

INSTITUTION ET PRATIQUE SOIGNANTE :  
RÉFLEXIONS SUR LA NOTION DE « CADRE MENTAL »

*Martine GIRARD*<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Médecin des hôpitaux, Psychanalyste – Service de psychiatrie et de Secteur Adulte, CHU Purpan-Casselardit – 31059 Toulouse cedex.

« Tous le monde sait que l'on ne dort jamais seul ; on dort contre - et tout contre - le corps diffusément investi de la mère primitive...

Je conçois l'écran du rêve comme le verso, côté cour, d'un appareil bien connu dont le recto, côté rue, est constitué par le **pare-excitations** (que je préfère appeler la **barrière des sens**)\*. De même que la barrière des sens a pour fonctions conjointes d'amortir les excitations externes et de les enregistrer (voyez le **bloc-notes magique**) de même l'écran du rêve a pour fonction d'**arrêter** et d'**enregistrer**\* les représentants des excitations pulsionnelles...

Faute qu'un espace de rêve suffisamment investi et préorganisé puisse contenir et travailler les matériaux pulsionnels prêts à se rêver, faute qu'un écran de rêves suffisamment investi puisse accueillir et renvoyer comme un bon gardien de but les excitations pulsionnelles, celles-ci poursuivent le trajet régrédient qui les dirige vers le pôle sensoriel, vont passer à travers l'écran du rêve et la barrière des sens, pour se propulser jusqu'au sein de l'espace extrapsychique où elles prennent pied sous forme d'hallucinations proprement dites. On est passé d'un **processus imageant contenu dans l'espace intérieur de la psyché** à un **processus hallucinatoire extradé dans l'espace externe** »\*\*.

P.-C. RACAMIER

Rêve et psychose : rêve ou psychose.  
Rev.Franç.Psychanal., 1976, 1, 173-193.

\* Souligné par l'auteur.

\*\* Souligné par nous.

## I/ LES PRÉALABLES.

Parler de « cadre mental » c'est parler d'espace, espace en tant que topique, c'est-à-dire de lieu psychique sur lequel et dans lequel on pourrait travailler avec les psychotiques, étant entendu qu'à ce niveau-là espace et temps sont indissolublement liés.

Dans le chapitre VII de l'*Interprétation des rêves*, S. FREUD propose l'idée d'un lieu psychique en tant que métaphore spatiale totalement dégagée de toute localisation anatomique. Il écrit (3), page 456 : « Représentons-nous donc l'appareil psychique comme un instrument, dont nous appellerons les parties composantes : instances... ou systèmes. Imaginons ensuite que ces systèmes ont une **orientation spatiale constante les uns à l'égard des autres, un peu comme les lentilles du télescope. Nous n'avons d'ailleurs même pas besoin d'imaginer un ordre spatial véritable. Il nous suffit qu'une succession constante soit établie grâce au fait que lors de certains processus psychiques, l'excitation parcourt les systèmes psychiques selon un ordre temporel déterminé. Réservons nous une possibilité : cette succession pourra être modifiée selon les processus** ».

Ainsi, en posant ce qu'il est convenu d'appeler la première topique, il lie d'emblée **l'épaisseur et la connaissance spatiale de ce lieu psychique** au déroulement temporel d'une circulation de contenus, déroulement temporel qui n'est absolument pas figé mais éminemment vivant et dynamique, c'est-à-dire toujours susceptible d'une création dans l'actuel.

Par ailleurs, s'il est communément admis que la découverte freudienne fondamentale est celle de l'inconscient, nous pourrions en dire autant de l'invention du préconscient. C'est-à-dire qu'en posant la première topique il pose trois lieux psychiques, trois instances : inconscient, préconscient, conscient.

Et ce trois apparaît bien évidemment comme une référence théorique essentielle, particulièrement dans le travail avec les psychotiques. Car ce n'est certainement pas l'inconscient qui serait défaillant chez eux, loin s'en faut mais peut-être plutôt quelque chose de l'ordre de **l'intimité psychique** en tant que subjectivation et en ce qu'elle fait appel à cette fonction tampon, à cette **fonction tierce du préconscient**.

Ceci pourrait tout à fait se formuler en d'autres termes théoriques et, par exemple, en terme de pare-excitation, que P.-C. RACAMIER propose d'appeler la « barrière des sens » (8), et qui a pour

fonction : côté externe, d'amortir les excitations externes et de les enregistrer ; côté interne, d'arrêter et d'enregistrer les représentations des excitations pulsionnelles.

La question topique serait donc de savoir comment il est possible de travailler et de composer avec un préconscient ou un pare-excitation troué comme une passoire à larges trous. Mais peut-être ce travail de composition topique, en tant que travail institutionnel, implique t'il autant :

- de travailler de front (dans un affrontement immédiat) avec le patient psychotique,
- que de **travailler en résonance ou en ricochet** avec le groupe soignant pour tenter de laisser advenir un lieu psychique tiers.

## II/ L'IDENTIFICATION THÉORICO-CLINIQUE DE LA SITUATION ET LA NOTION DE MÉDIATION INSTITUTIONNELLE.

a) Nous prendrons comme point de départ à cette réflexion la **comparaison de trois situations thérapeutiques** dont chacune nous paraît exemplaire des modalités d'organisation de la relation patient-thérapeute dans son articulation avec un tiers symbolique et/ou un tiers réel.

- **La première situation** est celle de la cure analytique type où patient et analyste sont mutuellement engagés dans un travail d'élaboration transférentielle centrée sur la réalité psychique du patient et excluant l'intrusion de la réalité.

La rencontre s'origine de la seule demande de l'analysant. Les protagonistes en présence ne sont que deux – physiquement – mais bien plus nombreux fantasmatiquement. D'emblée, un tiers symbolique s'inscrit dans la relation, incarné par le contrat qui lie l'analysant à l'analyste à travers l'immuabilité du protocole et du cadre. La relation est donc d'emblée médiante, au sens où elle est médiatisée par ce tiers symbolique, et les références à une quelconque réalité institutionnelle, quand bien même elle existe tant pour l'analyste (école d'appartenance, par exemple) ou pour le patient (famille, milieu professionnel,...), n'entrent jamais directement en collusion avec le processus psychanalytique.

- **La deuxième situation** concerne le fonctionnement tout à fait original du Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie du XIIIème arrondissement, tel que E. KESTEMBERG (6) l'a décrit et formalisé. Ce centre fonctionne depuis 1974 au sein d'une

institution psychiatrique offrant des possibilités variées de traitement (de l'hospitalisation temps plein aux consultations externes). Le Centre jouit d'un statut d'autonomie dans la mesure où s'y déroulent des consultations et des traitements strictement psychanalytiques et que beaucoup de patients peuvent y recourir d'eux-mêmes comme ils le feraient en pratique privée.

Néanmoins, pour un grand nombre d'entre eux, une personne (assistante sociale, psychiatre,...) ou une institution (polyclinique, hôpital de jour...) tierce est d'emblée inscrite dans la demande qui les amène à la rencontre avec l'un des thérapeutes du Centre, voire à la décision d'un traitement d'ordre analytique.

À partir de là, les modalités de la consultation initiale préliminaire à la prise de décision se sont organisées de manière à substituer à ces tiers « *non maniables* » un personnage dont le mode de fonctionnement puisse faire l'objet d'un maniement technique contrôlable. Ainsi, chaque patient fait d'abord l'objet d'un entretien mené par E. KESTEMBERG, presque toujours en présence de collaborateurs n'intervenant pas directement. « *À cet égard* », fait remarquer l'auteur, « *un regard quelque peu superficiel, néanmoins pertinent je crois, qui vient balayer les années passées, me permet de constater que : plus l'organisation des patients est d'ordre psychotique plus la présence des tiers leur est « indifférente », voire utile, plus, au contraire, le fonctionnement mental des intéressés est proche de la névrose, plus le dialogue singulier leur est nécessaire* ». Après une première évaluation de l'organisation psychique du patient, un traitement peut être proposé, psychothérapie le plus souvent, psychanalyse plus rarement. Si l'entretien ne laisse percevoir aucune mobilisation, une nouvelle rencontre est proposée.

Dans tous les cas E. KESTEMBERG reste entièrement disponible et s'inscrit « *en tiers entre l'analyste et le patient, pour le présent voire pour l'avenir* ». Ce mode de fonctionnement, opposé à la pratique psychothérapique ou psychanalytique habituelle, s'est avéré particulièrement utile et parfois nécessaire « *lors de moments critiques pour la vie des patients ou plus simplement pour la poursuite de la cure* », dans le cadre des malades présentant une organisation psychotique complexe. En effet, pour les névrotiques, ce recours n'a pas lieu et le premier entretien se rapproche de ce qui se produit en pratique privée lorsqu'un analyste adresse un patient à un collègue.

« *Ainsi donc, le désir, le besoin ou l'utilité de me revoir ou de se référer à nouveau à moi, au cours du temps, du déroulement de la cure, sont particuliers à un certain nombre d'organisations psychopathologiques qui induisent ce recours à un personnage tiers, recours, dois-je ajouter, souvent souhaité aussi par l'analyste et*

*donc, lui aussi, induit par les patients* ». Notons que ce type de fonctionnement figure assez bien certains aspects des thérapies bifocales et du transfert latéral. Il apparaît ainsi dans cette deuxième situation que le cadre institutionnel où se déroule le traitement, intervient directement dans ce déroulement, non pas au niveau topographique – les murs – contingent, mais au niveau de l'organisation hiérarchisée et formalisée du travail thérapeutique. Les faillites, à un moment ou à un autre, du recours au tiers symbolique, à la médiation symbolique, conduisent à s'appuyer sur un tiers réel, ce « personnage tiers ».

Remarquons cependant, avec l'auteur, que dans le cas des organisations psychotiques les plus lourdes – de l'ordre de la schizophrénie en particulier – *« mon intervention est là aussi demeurée unique (le premier entretien) sans que les patients aient jamais manifesté le désir de me revoir, ni que l'analyste qui s'en occupe ne l'ait non plus souhaité. Il semble que dans ces cas, fréquents, j'aie totalement disparu du monde intérieur de ces patients »*.

– **La troisième situation** concerne les structures de soins du type Hôpital de jour ou Hôpital de nuit – encore que le même schéma de fonctionnement puisse s'appliquer à certains services d'hospitalisation temps plein – où, de fait et d'emblée, la relation est « multiréférenciée », pour reprendre l'heureuse expression de J. OURY, dans un espace topographiquement défini où sont assurés certains aspects des fonctions vitales primaires (repas de midi en hôpital de jour, hébergement de nuit en hôpital de nuit, par exemple).

La demande d'admission émane le plus souvent d'un tiers (personne ou institution). Les relations multiréférenciées vont s'organiser avec différents intervenants/soignants et dans différents secteurs que l'on peut schématiquement distinguer en secteur de vie (repas, hygiène, repos, sommeil...) et secteurs de soins (participation des groupes ou ateliers thérapeutiques, relation singulière avec le soignant référent, rencontre avec le responsable...), encore que la distinction ne soit pas toujours nette, ni surtout opportune. Ainsi, certaines relations s'inscrivant dans les échanges quotidiens, autour des repas par exemple, ne sont pas dénuées de valeur thérapeutique. À l'inverse, la décision et la mise en place d'une relation psychothérapique singulière, dans le cadre institutionnel, n'est pas par définition et par avance porteuse d'une valeur thérapeutique.

Dans un certain nombre de cas des *objets médiateurs* présentés par les tiers réels vont servir de support à la relation (qu'il s'agisse du plateau du repas, des médicaments, du ballon d'un

atelier corporel, de la terre ...). Nous insistons sur cette dénomination d'objets médiateurs, étant entendu que ces objets-là ne sont pas, par avance et par définition, doués des qualités d'objet transitionnel... loin s'en faut. Quoiqu'il en soit trois degrés d'institutionnalisation seront à prendre en compte :

- le mur, l'établissement de soin ;
- l'organisation des soins ;
- l'insertion de cette « organisation » dans une élaboration théorique qui lui donne sens selon le concept « d'institution mentale » proposé par J. HOCHMANN (5).

Il peut être utile, à ce moment de notre propos, de repreciser au plan terminologique les notions d'institution et de médiation.

**b)** Le terme **institution** est en effet employé dans deux sens distincts :

- Le sens le plus ancien concerne l'action d'instituer (c'est-à-dire fonder, désigner) avec, par extension, la désignation comme institutions d'un ensemble de formes ou de structures sociales telles qu'elles sont établies par la loi ou la coutume. Sont donc en jeu la dynamique des échanges et des rapports sociaux, rapports institués selon des règles.

- Le sens moderne (1680) désigne comme institution un établissement privé d'éducation et d'instruction. Est donc prise en compte la structure matérialisée, avec les murs.

Il importe donc de ne pas confondre ces deux sens et de ne pas réduire l'institutionnel au résidentiel. C'est bien dans cette perspective que J. HOCHMANN a proposé le concept « d'institution mentale ». Il cite d'ailleurs à ce propos MISES pour qui « l'institution se distancie des murs comme la vie mentale du cerveau ».

De plus, comme le rappelle H. CHAIGNEAU (1), le malade psychotique et tout particulièrement le schizophrène institue où qu'il soit un mode relationnel qui tend à reproduire le système familial. Il importe donc également de garder présent à l'esprit la notion d'une dynamique des rapports sociaux dont on peut se demander comment elle s'institue et qui l'institue : en « *donnant des œufs à couvrir dans le nid de l'autre* », selon la formule de P.-C. RACAMIER (7), le schizophrène tend à complexifier cette dynamique.

**c)** Le dictionnaire "Petit Robert" définit la médiation comme une entremise destinée à mettre d'accord des personnes, à concilier ou réconcilier des parties (arbitrage, intermédiaire) et comme le fait de servir d'intermédiaire. À travers le bas latin « *mediatio* » (médiation, entremise), médiation dérive donc étymologiquement du verbe « *medio, mediare* » : partager entre deux, s'interposer

(dictionnaire latin-français Gaffiot). Cette origine étymologique où l'accent est avant tout porté sur le fait de séparer, de s'interposer, nous paraît directement inscrite dans la première forme de médiation opérant chez l'homme à savoir l'accession au langage en tant que séparation, coupure. L'opposition entre immédiat, immédiateté et médiat, médiation, apparaît comme constitutive de la différence radicale entre l'avant et l'après de l'accession au langage.

A. DE WAELENS (2) a particulièrement bien explicité cette opposition en reprenant le célèbre exemple du jeu de la bobine, le « Fort / Da » décrit par FREUD dans « Au-delà du principe de plaisir ». « *Il s'agit là* », nous dit-il, « *d'une métaphore qui se double d'une métaphore nouvelle, puisque le sujet donne à signifier la présence et l'absence successives du corps maternel par l'apparition ou la disparition de son jouet, puis, derechef, l'absence et la présence de ces objets par les mots FORT et DA. L'interprétation exige que l'on distingue, tout en les articulant, diverses dimensions à ce comportement. C'est d'abord... le renoncement à l'immédiat et l'entrée dans la médiation, celle-ci se révélant inséparable de la constitution d'un symbolisme. C'est, en second lieu, l'accès à la négativité... On ne peut manquer de souligner un troisième moment dans l'interprétation de ce jeu, même si ce moment a été quelquefois contesté : celui de l'acquisition et de l'établissement d'une certaine domination sur le réel, de l'exercice d'une certaine maîtrise. D'empêtré qu'il était dans les affaires d'une naissance et d'une mort sans cesse renouvelées et que lui imposent les éclipses de la présence maternelle, le sujet, désormais, s'avère capable de se mouvoir dans sa propre expérience au lieu d'y être « collé » comme l'insecte à la lampe. Ce qui permettra de situer cette expérience autant que la vivre, de la signifier autant que de l'être... Au régime de l'adhérence et de la fragmentation successive, commence de se substituer celui d'une réalité qui est là (ou qui n'est pas là) devant le « sujet » et bientôt pour lui, parce qu'elle est dite par lui.*

*... Explicitement, il s'agit donc bien de l'instauration et du développement progressif d'une certaine distance, médiatisante, et qui inaugure, par le langage même, la dialectique de la présence et de l'absence, là où il n'y avait que leur succession catastrophique... Cette distance, donc, scinde et affranchit de l'immédiat, mais au sein même de l'expérience et sans que pour cela cet immédiat soit simplement et définitivement aboli ».*

Cette longue citation nous est apparue comme indispensable pour mieux souligner combien l'accession au langage représente le passage obligé « qui mène de l'élément de l'immédiateté à celui de la



médiation » et combien cet échec dans la psychose schizophrénique, tel que de A. DE Waelhens le développe dans la suite de ce texte très dense, conduit à recourir à d'autres médiations que nous proposerions de considérer comme les préformes métaphoriques de la métaphore langagière : avant les mots, avant le « Fort/Da », le petit enfant joue avec la bobine.

Ainsi, en revenant à l'étymologie, plutôt que de réconcilier, la fonction du médiateur, du tiers réel (objet-chose ou objet-humain) est d'abord fondamentalement de séparer. La médiation n'est pas un supplément, un « plus », mais éventuellement, dans le meilleur des cas, l'incarnation dans le réel du tiers symbolique, c'est-à-dire du manque. Si nous reprenons les trois situations thérapeutiques de départ, nous voyons que la ligne de partage entre la première (la cure analytique) et les deux autres s'articule autour de deux fonctions bien différentes du thérapeutique : « représenter » et « être ». Dans la première, élaboration de conflits intériorisés dans une relation d'emblée médiate riche de tiers symbolique et d'imagos fantasmatiques, le thérapeute n'est que le support des représentations. Dans les deux autres, quoique à des degrés bien différents, conflits et affects inélaborables dans un espace psychique interne sont externalisés, donnés en gérance à travers une relation immédiate figée dans une specularité narcissique ne laissant pas ou peu de place au tiers symbolique. Le thérapeute est, avant que de représenter.

### **III/ ILLUSTRATION CLINIQUE.**

C'est autour de ces quelques hypothèses que je voudrais à travers une vignette clinique très elliptique, essayer de préciser la possible fonction topique d'un groupe de parole en Hôpital de Jour pour psychotiques adultes.

Ce groupe de parole, dont j'assure l'animation, a lieu trois fois par semaine pour une durée de 45 minutes. Y participent les patients et les soignants. Deux groupes de travail sont satellites de ce groupe de parole : un travail de compte-rendu écrit après chaque séance et un travail de supervision animé par une analyste extérieure à raison de une heure et demie tous les 15 jours. Je m'appuierai sur l'évolution d'une patiente, Marie-Claude, à travers deux années de participation assidue aux trois séances hebdomadaires.

Marie-Claude, âgée de 26 ans, nous est dite comme présentant une psychose paranoïde évoluant depuis l'adolescence. Pendant les premiers mois, elle envahit les séances, happe la parole, interrompt

de façon abrupte les échanges entre les autres patients et multiplie les interventions apparemment hors de propos, mais aussi incompréhensibles, autant de par son élocution que de par le sens. Sa présence confère aux séances un caractère particulièrement éclaté, haché et inquiétant. Pourtant, son vocabulaire est riche, mais sa voix stridente, aiguë, sans aucune modulation, « voix de petite fille » - comme nous la qualifions entre nous et comme les patients le lui renvoient - contraste avec son corps de femme, grand corps désarticulé, exhibant les attributs d'une pseudo féminité à travers sa tenue vestimentaire et surtout son maquillage, grossier et maladroit, qui ne fait qu'accentuer de façon grotesque la dislocation psychique et la juxtaposition de fragments bien peu érotisés.

Au sein d'un discours sans suite, qui ne paraît s'adresser à personne, c'est en effet, l'irruption crue d'une sexualité et d'une agressivité archaïques qui domine et suscite le plus d'inquiétude dans le groupe. La description minutieuse du film « Massacre à la tronçonneuse », la description de ses pratiques sexuelles où elle abandonne des morceaux-choses de son corps aux scénarios pervers de ses multiples partenaires occasionnels suscitent l'angoisse, la réprobation, mais aussi les explications quasi pédagogiques des autres patients, qui s'essaient à définir l'amour, les relations affectives et la vie privée.

Figée dans les interrogations d'une curiosité sexuelle infantile « flamboyante » et inextinguible, envahie par une scène primitive omniprésente, dont rien ne peut de l'intérieur canaliser le caractère excitant, Marie-Claude s'épuise dans une quête unificatrice et identitaire sans cesse renouvelée.

Si les soignants réservent et retiennent pour les groupes satellites du groupe de parole leurs angoisses - notamment, le réveil de toutes les angoisses archaïques - et leur exaspération par rapport à celle qui vient « perturber » le groupe, dont le fonctionnement antérieur n'en est que plus idéalisé, leurs interventions pendant les séances (dominées de loin quant à la fréquence par celle du médecin responsable) se situent à plusieurs niveaux :

1°- Compte tenu en premier lieu de son élocution, nous lui demandons souvent de répéter ce qui n'a pu être compris quant à l'enchaînement des phénomènes. Ces demandes sont d'ailleurs reprises en écho par les patients « articule, on ne comprend pas ».

2°- Le deuxième niveau concerne l'expression de notre perplexité quant au sens de ses enchaînements de mots, pour nous, obscurs et hors propos.

3°- Le troisième niveau d'intervention, en opposition quasi totale au précédent, consiste, quand le « sens » de l'irruption crue du sexuel est – apparemment – trop clair, à introduire des limites à ce que nous pouvons entendre en groupe.

C'est ainsi, croyons-nous, qu'en demandant à Marie-Claude avec attention de répéter ce que nous n'avons pas entendu, au sens le plus élémentaire de la physique acoustique, tout en lui signifiant quelquefois que nous ne pouvons pas ici maintenant tout entendre, nous essayons tant bien que mal de ne pas disqualifier sa parole : autant l'acte moteur de parole dans lequel elle paraît puiser un certain sentiment d'existence, que le sens possible de sa parole que nous nous sommes toujours bien gardés de tenter de lui interpréter. En fait, progressivement, Marie-Claude prend une autre place dans le groupe. Elle réagit, parfois vigoureusement, aux attaques des autres ; elle devient plus attentive à leurs échanges, s'y associe, propose, quand ils expriment un mal-être, des solutions réparatrices, les interroge sur leur vie à l'extérieur ; remarque les absents. Elle ne comble plus systématiquement les moindres silences et signale qu'elle intervient apparemment en coq à l'âne, qu'elle a changé de sujet. Surtout, du magma initial, émergent des questions sur « l'origine de son handicap ». Elle se demande « pourquoi son père ne l'a pas mise à la poubelle ». Elle évoque sa solitude chez ses parents, l'intolérance de son père, son repliement. « Ici, dit-elle, elle se déplie ».

Un an après son arrivée, Marie-Claude paraît amorcer une ébauche de subjectivation. Elle semble aussi s'approprier sa pensée. Elle nous dira qu'elle garde des choses pour le groupe.

Deux mois avant le départ de Marie-Claude le groupe de parole est fortement « secoué » par l'arrivée d'un jeune patient, Thomas, qui, avant même de s'asseoir, déverse un flot ininterrompu de paroles à peine articulées, bégayées, difficilement compréhensibles, mélanges d'anecdotes futiles, de projets mégalomaniques et de préoccupations justifiées sur la mort (il est en effet porteur d'une malformation vasculaire cérébrale qui s'est déjà fissurée à deux reprises). L'expression crue et violente de ses vécus projectifs, notamment par rapport à son père, suscite souvent chez Marie-Claude des associations relatives à son propre père. Surtout, elle apparaît comme l'une des seules patientes du groupe à essayer de maintenir un échange avec Thomas. « Tu parles trop vite, lui dit-elle, je ne comprends pas ce que tu dis..., ça ne pénètre pas en moi ». Elle intervient régulièrement de cette manière, sans agressivité, attentive, autant que cela puisse être possible, au contenu de cette juxtaposition incoercible de mots.

Au terme de ce bref parcours, centré sur quelques moments clés de l'évolution de Marie-Claude au sein du groupe de parole, il est possible croyons-nous d'évoquer l'accès de Marie-Claude à un certain degré d'intimité psychique.

Par-delà cette vignette clinique, et sans pouvoir reprendre ici le détail de ce que nous avons développé par ailleurs (4), il nous apparut possible de dégager trois fonctions distinctes au groupe de parole et à ses deux satellites :

- Le groupe lui-même constituerait une sorte d'espace tampon du tissu institutionnel. Le silence et le retrait relatif des soignants dans le groupe de parole, leur permettent en effet de « souffler ». Empêtrés qu'ils sont dans l'immédiateté des relations quotidiennes avec les patients, c'est pour eux une occasion invariablement répétée trois fois par semaine, d'être à côté des patients, attentifs à leurs paroles sans en être la cible exclusive. Il ne s'agit pas là d'un répit pris entre eux dans le retrait d'un moment et d'un espace propre. S'ils soufflent, c'est aussi auprès des patients et surtout en présence d'un témoin représenté autant par le médecin responsable que par le groupe dans son ensemble et en chacun de ses membres. Les patients eux-mêmes en effet peuvent venir expérimenter une position de tiers réel par rapport aux autres patients ou aux soignants du groupe. Ceci apparaît de façon particulièrement nette à l'occasion de certaines altercations verbales violentes entre deux patients qui arrivent à rester tout à fait contenues par le groupe sans intervention explicite de l'animateur. C'est donc le groupe lui-même dans sa présence physique qui exerce cette fonction de contention et de séparation, de garde-fou contre les décharges pulsionnelles brutes et les aspirations narcissiques avec lesquelles les soignants sont aux prises dans le corps à corps avec les patients. À ce niveau d'ailleurs, les échanges de regards entre les soignants, dont nous reparlons dans l'après-coup, viennent en quelque sorte signer l'existence d'un premier espace d'altérité sur lequel vient buter et rebondir la parole des patients. Il s'agit là d'une dimension tout à fait importante qui serait peut-être à entendre du côté de la perception du visage d'autrui comme accès à une altérité radicale (dans la dimension ontologique développée par LEVINAS).

- Le deuxième espace satellite du groupe, le compte rendu, est avant tout le temps et le lieu d'un échange spontané entre soignants à propos des patients. C'est bien le lieu d'expression des affects contre-transférentiels des soignants retenus pendant le groupe de parole. Est donc bien introduite une scansion temporelle rétention/expression. Et ce groupe nous paraît valoir du fait de

l'épaisseur des échanges affectifs qui se déroulent à propos des patients.

○ Quant au troisième espace, celui du groupe de supervision, strictement indépendant des notes prises dans l'après-coup des séances, il représenterait peut-être un espace d'élaboration associative en présence d'un tiers plus symbolique que réel.

#### **IV/ Conclusion.**

Peut-être est-ce à travers ces différents espaces que peut s'effectuer une mise en latence des affects comme barrière vivante à l'aspiration narcissique. Ces espaces différenciés offrent, dans leur imbrication, une préfiguration topique d'un préconscient auxiliaire dont l'épaisseur tient autant aux affects qui y circulent qu'à la matérialité temporelle et spatiale qui délimite ces espaces. C'est, en effet, l'imbrication des trois espaces en une résonance vivante qui nous paraît propice à la composition et à la construction d'un préconscient auxiliaire, bien plus que chaque espace considéré isolément. Et cette dimension topique advient peut-être bien plus là où on ne l'attendait pas que dans des espaces matérialisés définis à l'avance.

Or, après quatre années de travail selon ce triple dispositif, nous avons décidé, l'analyste superviseur et moi-même d'arrêter le groupe de supervision. Alors qu'initialement ce dispositif de supervision avait suscité l'étonnement des soignants (à quoi cela pourra-t-il bien servir ?), ce groupe avait indiscutablement acquis pendant ces quatre années un fonctionnement associatif très souple. Mais d'une certaine manière il nous paraissait fonctionner « trop bien », dans un excès de fiabilité et de sécurité qui risquait de dériver vers un enkystement, une fétichisation institutionnelle, une institutionnalisation au sens péjoratif de conservation d'un espace mort. ♦

#### **BIBLIOGRAPHIE**

(1) CHAIGNEAU H., « Ce qui suffit. Réflexions surgies de la fréquentation au très long cours de quelques schizophrènes. », *L'Information Psychiatrique*, vol. 59, n°3, 439-446, 1983.

(2) DE WAELENS A., *La psychose, Essai d'interprétation analytique et existentielle*, PATHEI MATHOS, Nauvelaerts, Louvain - Paris, 1972.

(3) FREUD S., *L'interprétation des rêves*, PUF, Paris, 4° éd. 1976.

(4) GIRARD M., JOHN C., « Groupe de parole ou d'avant la parole ? », EMPAN, 1, 53-59, 1990.

(5) HOCHMANN J., « Le point de vue sur les rapports de la psychanalyse et de la thérapie institutionnelle aujourd'hui. », *Confrontations Psychiatriques*, 26, 65-78, 1986.

(6) KESTEMBERG E., « Le personnage tiers. Sa nature, sa fonction. », *Les cahiers du Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie*, 3, 1-56, 1981.

(7) RACAMIER P.-C., *Les schizophrènes*, Payot, Paris, 1980.

(8) RACAMIER P.-C., « Rêve et psychose : rêve ou psychose. », *Revue Française de Psychanalyse*, 1, 173-193, 1976.

<<<<>>>>