

Le dialogue entre objectivation et subjectivation dans la clinique de la folie.¹

Marc Bonnet.

A Laurence Vuillermet,

In memoriam

Je traiterai de la problématique du dialogue entre objectivation et subjectivation dans la rencontre avec la folie en distinguant 3 parties dans mon propos :

- L'introduction se constituera à partir d'une *nouvelle* clinique ouvrant à une précision terminologique;
- Je parlerai ensuite de la nécessaire analyse institutionnelle en psychiatrie pour pouvoir faire dialoguer objectivation et subjectivation dans la rencontre avec la folie ;
- Enfin j'aborderai la question de cette rencontre à partir des rapports entre société et folie en concluant sur l'actualisation de ses rapports à une époque de changement des paradigmes sociaux.

INTRODUCTION : Une *nouvelle* clinique qui met l'accent sur la reconstruction de l'histoire et ouvre à la définition des concepts.

Un jeune garçon d'une dizaine d'années est quelque peu tourmenté par l'idée de la mort : son grand-père maternel vient de mourir. Ce grand-père fut un de ses premiers accompagnateurs en dehors de ses parents, il lui a fait découvrir la ville de Grenoble. Il l'a emmené chez le Père Gras, à la Bastille : il a alors entendu parler de la grande guerre, des tranchées et de la grandeur du commandant des armées de cette période, un certain Pétain. Avec ce grand-père, il a aussi contemplé les voitures de pompiers et aimé l'odeur du tabac de la pipe...Il l'incitait aussi à monter sur les montagnes d'alentour quand il serait devenu grand. Il lui a aussi parlé du tram qui reliait Grenoble à Chapareillan, dont il avait été un des contrôleurs. Le jeune garçon avait vu pleurer son grand-père quand les rames du tram avaient été enlevées le long de l'avenue Alsace-Lorraine où la famille habitait. Longtemps après, quand à nouveau, le tram avait été réinstallé le long de cette avenue, il avait vécu la joie posthume du grand-père. Mais, ce dernier n'avait jamais osé lui parler de sa femme : la grand-mère dont personne ne parlait, ni sa fille qui était sa mère, pas plus que son père qui était son gendre. Ce jeune garçon, ce jour là, quelque peu replié sur lui-même en allant à l'école s'arrêta et se dit presque

¹ Texte complet de l'intervention faite le Vendredi 20 novembre 2009, dans le cadre de la 7^{ème} Journée des Psychologues du Vinatier, organisée sur le thème : ***Crise en psychiatrie. Tumulte en psychopathologie : Une histoire en quête de sens.***

à voix haute : allez savoir pourquoi : *Moi, je ne deviendrai jamais fou car j'aurai toujours la possibilité de m'en apercevoir et de m'arrêter avant.*

Retenons simplement pour notre propos, que notre jeune garçon objectivait la folie comme quelque chose que l'on pouvait éviter et que face à elle, raison et volonté permettaient de s'en prémunir.

Mais pourquoi donc apporter une telle réponse à la question concernant la folie ? Notre jeune garçon avait été sans doute, comme tout enfant, confronté aux questions essentielles de la sexualité et de la mort. En réponse à ces questions, il avait certainement échafaudé des théories *aussi fausses que géniales*, comme l'avait dit Freud en 1905², à propos des *théories sexuelles infantiles*. Mais pourquoi cette réponse à la question spécifique du devenir fou : Serait-elle simplement liée à certaines manifestations hystériformes de sa mère ou au militantisme d'un père très idéalisé qui était souvent absent du domicile familial du fait de l'exercice de nombreux mandats électoraux ?

Continuons notre exploration en nous intéressant à un autre moment la vie de cet enfant devenu jeune homme que nous pourrions appeler : *Un trouble à l'asile de Saint Robert*. Notre jeune homme a bien grandi : il est devenu, après avoir évité la prêtrise et le métier d'éducateur, un jeune psychologue à l'avenir plein de promesses. Pour l'heure, il travaille dans un hôpital psychiatrique de Lyon et il échafaude un projet de Thèse de psychologie. La thématique de sa thèse concerne la fonction et le rôle de l'infirmier psychiatrique. Ce travail comportait une perspective historique situant le problème de la présence du gardien d'asile à l'infirmier. La problématique développée tentait de montrer que l'infirmier psychiatrique est le soignant privilégié du malade mental. En découlait, l'importance de sa formation d'une part, mais aussi la nécessité de l'écouter pour l'entendre parler, à partir de son compagnonnage avec les hospitalisés, d'un *savoir* qui constitue une ouverture à la compréhension de la folie. Il s'agissait par la même occasion de repérer comment le *savoir* des médecins et des psychologues risquait de se matérialiser en œillères et boules quiès qui les défendraient d'une approche phénoménologique du malade à la différence des infirmiers qui *séjournent* toute la journée *auprès du négatif*, pour reprendre une expression empruntée à Heidegger et reprise par Biswanger. L'intrication en dialogue de l'objectivation et de la subjectivation de la clinique de la folie se situait en germe et de façon latente dans ce projet de thèse, en particulier dans le questionnement concernant la validité de toute perspective nosographique. Mais venons en au *trouble à l'asile de Saint Robert*. Dans le cadre de cette

² Freud S, (1905), Les Théories sexuelles infantiles, in Résultat, Idées, Problèmes, TI, PUF, 1985

thèse, notre jeune psychologue se rend un beau matin à l'Hôpital de Saint Egrève. Cet hôpital est l'hôpital psychiatrique qui reçoit des malades mentaux du département de l'Isère. Dans les cours de récréation, notre jeune homme avait eu le loisir d'entendre et de menacer ses camarades dans les termes de : *Tu es bon pour Saint Robert !* Comme dans le Rhône on disait : *T'es bon pour le Vinatier !* Et dans la Loire, pour les hommes : *t'es bon pour Saint Jean de Dieu !* Et pour les femmes : *t'es bonne pour sainte Marie du Puy !* Bon pour Saint Robert afin, projet conscient, d'interviewer, des infirmiers et des infirmières sur la pratique de leur métier et peut-être plus inconsciemment et à son insu pour s'ouvrir à une autre rencontre. Lorsque notre jeune homme, pénètre dans la cour d'honneur de l'asile Saint Robert devenu Hôpital psychiatrique, il éprouve un sentiment d'inquiétante étrangeté : impression étrange de déjà vu, de déjà éprouvée alors qu'aucun souvenir conscient se rattache à cette impression. Plus particulièrement, le massif de fleurs, autour duquel est distribuée la cour, le frappe singulièrement. Le soleil brille, le temps est radieux, il se raccroche au spectacle familier des montagnes environnantes et se dirige vers le bureau des entrées pour demander son chemin. Pourtant, il en connaît d'autres lieux comme celui-ci : L'hôpital où il exerce le métier de psychologue ainsi que celui où antérieurement, il a effectué ses stages pratiques dans le cadre de son diplôme professionnel. Il n'a jamais éprouvé un tel sentiment fait à la fois d'angoisse et de fascination. Nous sommes en plein processus de subjectivation où un éprouvé très fort s'exprime en émergeant à l'insu du sujet. Notre protagoniste rencontrera souvent un tel éprouvé dans la confrontation au fou, au malade, au patient, à l'analysant, à l'enfant, au primitif....synonymes s'il il en est, du point de vue justement de la subjectivation alors que toute la tâche de l'objectivation consiste justement à les différencier.

Revenons à notre personnage qui, le midi venu de cette matinée mémorable marquée par cette rencontre étrange, se retrouve à dîner à la table familiale. Il raconte à ses parents son expérience de déjà vu de cette cour hospitalière. Il voit ses parents blêmir et particulièrement sa mère porte la main à son coeur en disant : *Mon Dieu !* Puis se tournant vers son mari : *Dis lui, toi ! Voilà, dit-il, la mère de ta mère a passé quelques années à Saint Robert, pour dépression. Elle a été seule pendant la guerre pour élever ta mère. Elle a eu une vie difficile, elle a craqué nerveusement et nous avons été obligés de la faire soigner. Elle a beaucoup diminuée et elle est morte en 1942 à Saint Egrève. Comme tu le sais, il n'y a rien de génétique là dedans, ne crains rien pour tes enfants.* Une partie du voile du secret de famille se soulevait et le père essayait d'objectiver la problématique subjective de sa belle mère et se voulait rassurant en pointant l'aspect non transmissible génétiquement de la maladie mentale pudiquement enveloppée de dépression. Pour couronner le tout, la mère alla chercher une

photo qui montrait notre jeune homme, bébé dans les bras d'une vieille dame au regard un peu ailleurs, devant le même parterre de fleurs qui trônait au milieu de l'asile d'aliénés de Saint Robert. Cette photo avait été prise en 1942. Le bébé avait 2 ans et sa grand-mère devait mourir cette même année. Notre ancien bébé devait repartir avec plus de questions que de réponses. Des éléments de réponses furent pour partie élaborés au fil de ses deux séquences de psychanalyse ; elles infiltraient aussi sa pratique et sa théorisation. Il resta 11 ans à l'hôpital psychiatrique en menant de pair une responsabilité d'enseignant à l'Université. Puis, dans le même temps, à l'issue de sa première période d'analyse personnelle, il quitta ses vénérables institutions séculaires pour travailler dans un Centre médico psycho pédagogique (CMPP) qui recevait des enfants présentant des difficultés scolaires liées à des difficultés psychologiques. Avec d'autres collègues se formant dans différentes *chapelles* psychanalytiques, il tenta de participer au développement d'une pratique de la psychanalyse en direction de milieux défavorisés par ailleurs, pour y accéder. Puis au bout de 15 années de cette pratique, il s'engagea à plein temps, dans la pratique libérale et néanmoins solitaire de la psychanalyse. Il garda le souci de développer un travail de théorisation de la psychanalyse en prise sur la pratique. Il développa aussi une pratique de la formation des psychanalystes orientée par le fait qui, pour lui est une évidence, que chaque praticien quel que soit son ancienneté et sa place dans la hiérarchie, a quelque chose à vous apprendre de la pratique et de la théorie de la psychanalyse. Cela implique simplement de créer des lieux de parole et d'écoute pour que cette confrontation des pratiques et des théories puissent avoir lieu.

Mais la grand-mère dans tout ça, me direz vous. Elle était toujours présente in memoriam chez notre ancien bébé, devenu senior après avoir connu le baby boom, l'adolescence, l'âge adulte avant de rentrer dans l'ère du papy boom. Il s'évertua, autant que faire se peut, à parler à femmes, enfants et petits enfants ainsi qu'à ses collègues de ce qui pouvait faire secret : il comprenait pour l'avoir vécu que le *secret de famille* était toujours une tentation actualisée. Il essayait le mieux qu'il pouvait de faire en sorte que les secrets qu'il pouvait générer n'eussent pas trop d'effets pathogènes ce qui impliquait leurs mises en paroles. Cependant, il se demandait souvent ce que cette grand-mère avait bien pu présenter comme symptômes qui avaient pu la conduire à l'asile ainsi que comment elle avait été soignée. Une question devenait lancinante : N'était-elle pas morte de faim à l'hôpital ? Il savait que dans les hôpitaux français du fait même des restrictions imposées par le Reich Nazi à l'Etat français, les occupants des asiles psychiatriques étaient des cibles privilégiées de restrictions alimentaires sévères, façon soft d'exterminations de population jugée inopportunes par l'occupant. Les Nazis avaient montré la voie en Allemagne en enfermant dans des conditions

très précaires les homosexuels, les malades mentaux, les infirmes, les handicapés, les opposants politiques tout en systématisant *la Shoah* pour éradiquer la *race juive*³. Il s'agissait d'un fait objectif qui eut de multiples implications subjectives. Nous voyons ici, au cœur même de la subjectivité de notre personnage, une des traces de ce dialogue permanent entre objectivation et subjectivation dans le champ même de la folie. Il circula durant une grande partie de sa vie avec un ensemble de questionnement lié au flou de l'histoire de sa grand-mère : parfois il échafaudait des théories pour répondre à ces questions essentielles concernant la folie et la mort. Elles, ces théories, avaient leur part de sa fantasmagorie singulière et elles laissaient place à une préoccupation d'objectivation traduite dans les termes de : *Et, si je demandais l'accès au dossier de ma grand-mère ?* Après de longues années d'élucubrations diverses et d'évitements certains, notre *patient* se mit en quête d'avoir accès au dossier de Laurence. Il écrivit à l'hôpital de Saint Egrève, il prouva sa généalogie, il fut incité à se faire assister d'un psychiatre et un jour il reçut la photocopie passablement jaunie au fil des années. Il était à la fois curieux et inquiet de ce qu'il allait découvrir :

Sa grand-mère fut hospitalisée à la Maison de Santé départementale de Saint Robert le 6 avril 1928. Elle devait y mourir le 3 septembre 1942 d'un collapsus cardiaque. Le certificat d'admission était ainsi libellé : *Syndrome d'action extérieure avec hallucinations de la sensibilité générale : on lui manigance l'esprit, on lui déclanche des pertes blanches, on exerce des pratiques semblables sur sa fille. Début par des troubles d'automatisme mental. Succèdent à une intervention chirurgicale (fibrome)*. Notons l'aspect phénoménologique de la description des symptômes allié à une étiologie de conséquence de l'intervention chirurgicale. Le certificat de quinzaine se veut plus psychiatrique : *Est atteinte de psychose hallucinatoire caractérisée par des hallucinations multiples de l'ouïe, de l'odorat, de la sensibilité générale. Idées d'influence. On agit sur elle et sur sa fille à l'aide d'un carreau. Idées de persécution ayant tendance à la systématisation. Délire à forme rétrospective. Mauvais état général. Opérée d'un fibrome l'année dernière. A maintenir en traitement*.

Remarquons l'objectivation qui s'est opérée : la patiente est cataloguée en termes de psychose hallucinatoire. L'étiologie est toujours liée à l'opération. Il est noté un mauvais état général qui va dans le sens d'une causalité corporelle. Quelques jours plus tard, l'examen somatique décrira notre patiente en bon état physique ; il sera ajouté qu'elle est calme et docile et bien orienté dans le temps et dans l'espace. Remarquons que l'objectivation a ses limites propres et

³ Voir à ce sujet les travaux de Pierre Bailly Salin et de Patrick Lemoine et plus particulièrement l'ouvrage publié récemment de Isabelle von Bültzingsloewen : *L'Hécatombe des fous - La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation* Flammarion - Champs 2009

qu'elle dépend de l'observateur et pourrait-on dire de sa subjectivité. A ce moment de la lecture et par la suite, il note qu'il n'est jamais question dans ce dossier, de traitement et il alla jusqu'à regretter que sa grand mère n'ait pas connu l'ère de la chimiothérapie anti-psychotique : vestiges de perspectives d'objectivation?! Il retrouve d'autres traces dans le dossier d'un entretien intéressant en date du 7 avril 1928 où il est question de traduire le discours tenu par Laurence. Ce sera une des rares fois où des traces écrites du discours de la grand-mère seront consignées. Écoutons le transcripteur : *Très persécutée. Depuis 4 ans, de mauvaises gens lui font de la « pratique », par les mains ; on l'endort ainsi que sa fille 4 à 5 fois par jour. Au dessus du plafond de sa chambre on mettait un « carreau ». Elle ressentait une lourdeur à la tête, au ventre. Le « carreau » existe depuis 8 mois, mais depuis 4 ans pour elle, 2 ans pour sa fille et son mari ; on agit sur eux pour les faire parler pendant la nuit.*

On mettait sa fille entre 2 sommeils et on lui montrait des images sales au moyen du carreau. Par jets, à travers du plafond, on leur faisait respirer des gaz, des mauvaises odeurs, du poivre...on fait dégager également de la céruse et de la seccotine. Pendant qu'elle était à la Clinique, l'année dernière pour être opérée de son fibrome, des gens se sont emparés des clefs de sa maison, ont endormi son mari et sa fille et ont abusé de cette dernière. Prise de la pensée. Lorsqu'elle parle, ses paroles sont entendues jusqu'à Grenoble parce qu'on lui a mis un appareil sur le dos.

Notre lecteur du dossier de sa grand-mère maternelle se trouve très intéressé par ce passage. Il entend le contenu sexuel du discours en particulier ses composantes anale et incestuelle. Il entend le caractère projectif de choses qui n'ont pu être complètement introjectées. Il entend aussi le désir qui sourd en particulier celui d'être entendu jusqu'à Grenoble où vivent les membres de sa famille alors qu'elle se sent peut-être plus interrogé qu'entendu dans le cadre des entretiens avec les médecins. Il est encore plus frappé par le contenu latent du discours de sa grand-mère lorsqu'il lit un compte rendu de rencontre daté du 21 avril 1928. Il est écrit que la patiente est très sensible à la suggestion qui est alors susceptible de faire naître des hallucinations. Il est alors rapporté pour illustration les faits suivants : « *Le médecin ayant dit hier matin à la malade, je vous parlerai vers 14 h. aujourd'hui, elle prétend l'avoir entendu à 14h20, qui lui demandait comment elle allait.*

R : Je vais très bien.

Q : Que Faites-vous ?

R : Je raccommode une chemise d'homme.

D : Vous la raccommodez dans le bas en la prenant par le dos du côté de l'ouverture gauche.

Accuse alors un certain Mr Nicolas, marchand de fromages, rue Renaudin à Grenoble d'avoir répandu dans Grenoble divers appareils qui permettent de lui envoyer à elle des communications à distance. Elle nie que ce sont des appareils de T.S.F.

Hier au soir, un inspecteur de police a demandé tous les carreaux qui sont dans les sous sols. C'est tout un complot monté contre elle. Le marchand de fromage, le boucher et le charcutier de la rue Renaudin font partie de ce complot. Des inspecteurs de police nommés Claret, Nolimiton, Niton, Brancas, Cornier ainsi qu'un inconnu complète la bande des persécuteurs et chaque soir, ils se tiennent au dessus du plafond du dortoir.

Notre lecteur s'avère très intéressé par ce passage du dossier, dans lequel on voit reconstituer un morceau de rencontre médecin malade : il remarque l'intervention pour le moins curieuse du *Docteur* concernant la façon de raccommorder qui stimule les associations certes délirantes de la patiente, comme si cette intervention avait eu effet d'interprétation relançant le discours du côté d'un certains nombres de signifiants accolés à des images de persécuteurs. Il est questionné par le signifiant : *carreaux*. Il se demande le sens possible de l'affection de sa grand-mère pour les communications à distance. Il pense alors à son propre intérêt pour la communication d'inconscient à inconscient dont certains effets se sont fait sentir dans sa propre pratique analytique. Il se rappelle que Freud parlant du délire, disait qu'il contenait sa part de vérité. Il pense aussi à toutes les fois où il a transmis à de jeunes collègues que la moindre des choses pour un psychanalyste consistait à essayer d'assumer ce que produisait son acte d'interprétation. Il remarque, que dans le dossier de sa grand-mère, 3 semaines après son entrée à la Maison de Santé, il n'y aura plus d'autres traces de sa parole et de sa vie psychique si ce n'est que chaque année ponctuellement, il sera noté qu'elle toujours délirante et persécutée et qu'elle ne corrige pas son délire bien qu'elle s'occupe régulièrement et qu'elle est très calme. En avril 31, la poursuite de l'internement sera justifiée dans les termes de *délire hallucinatoire de persécution. Idées de persécution, moins actives qu'au début mais toujours persistantes. Croit qu'on agit sur elle, qu'on prend et répète sa pensée.* En décembre 1934, un nouveau certificat de prolongation d'internement est notifié accompagné d'une lettre de la patiente dont il n'y a aucune trace dans le dossier. : *Est atteinte de délire interprétatif et hallucinatoire de persécution. Idées d'influence. En veut à la police qui lui envoie des fluides. L'internement est justifié.*

Il est aussi noté que la malade secoue les rideaux et les tentures en entrant dans le dortoir. Il y voit des manifestations transférentielles dans l'hic et nunc de cette prise en charge hospitalière qui a des allures d'internement. Il se demande non pas *que fait la police ?* Cette dernière semble bien présente dans le délire de Laurence mais *que fait la famille ?* : Le grand-père, la

mère qui s'est marié avec son père. De tous ceux là, il n'est fait aucune mention et en 1940, il est simplement noté qu'en mai 1939, elle a eu un début d'ictus avec hémiparésie droite avec séquelles uniquement sur la jambe. Elle est calme, s'occupe régulièrement mais secoue toujours les rideaux lorsqu'elle arrive à l'ouvrir. Et le dernier mot du dossier en 1941 qui a des consonances de certificat de guérison : *Calme dans l'ensemble. Ne semble plus délirante et hallucinée*. Notre interlocuteur se demande avec humour si, sa grand-mère serait **pi pas** ⁴ morte de faim mais guérie. Il n'en saura jamais rien mais ne regretta pas d'avoir découvert ce dossier plein d'objectivation dans lequel il rencontra la subjectivité de sa grand-mère et il put en resituer en partie l'impact tant dans l'intersubjectivité familiale que dans sa propre subjectivité. Après tout, les traits d'analité rejouée sur le mode obsessionnel s'étaient transmis de même que ceux de persécution et d'influence. Il revisita certains trajets de sa libido tant objectale que narcissique. Il avait pu se les approprier au fil de l'analyse et pour partie les transformer alors que sa grand-mère avait été prise au piège de leur objectivation psychiatrique. Il sentit que pour lui, l'analyse se poursuivait même à l'orée de l'arrêt de sa pratique de la psychanalyse. Cela renforça considérablement ses découvertes antérieures qui lui avait déjà appris que l'on ne devient pas plus psychologue que psychanalyste, seulement du fait des hasards de l'orientation scolaire et professionnelle mais aussi de faits historiques non seulement personnels mais aussi transgénérationnels qui bien que refoulés voire déniés sont aussi déterminants à notre insu que les points de repères objectifs c'est-à-dire plus facilement objectivables.

Elargissons notre propos en disant que chaque rencontre avec la folie est ainsi faite de ce télescopage qui s'opère entre objectivation et subjectivation de la folie et qui a pour effet leur mise en conflits. Il s'agit donc pour le praticien ès folie de faire jouer dialogiquement objectivation et subjectivation en ne devenant pas l'utilisateur spécifique pas plus de l'objectivation que de la subjectivation. Ainsi faut-il espérer que le directeur d'hôpital le plus objectivant soit-il du fait des contraintes économiques conserve une part de subjectivation vis-à-vis de la folie qu'il soit capable de faire dialoguer avec sa contrainte objectivante ! Comme il est indispensable que le psychanalyste le plus subjectivant à entendre la dimension inconsciente de la folie puisse la faire dialoguer avec ses tendances objectivantes qui lui viennent dans les termes mêmes d'une éventuelle psychopathologie psychanalytique. ⁵

⁴ *Pi pas* expression dauphinoise qui pourrait vouloir dire : **peut-être pas ?**

⁵ Nous avons eu à Lyon un exemple de cette tendance objectivante chez les psychanalystes dans la parution répétée de l'Abrégé de Psychologie pathologique : Théorie et clinique, publié chez Masson qui en est à sa 9^{ème} Edition sous la plume de psychanalystes célèbres régionalement au moins, sous la direction de Jean Bergeret. Nous avons eu une version différente sous la plume de psychanalystes enseignants actuellement la psychanalyse

A ce point arrivé, essayons de préciser la **terminologie de nos deux concepts majeurs** : Objectivation signifie l'action de rendre objectif. Il est intéressant de constater que le dictionnaire culturel de la langue française⁶ avance dans sa définition de l'objectivation en faisant justement référence au délire hallucinatoire : *mécanisme mental par lequel un malade atteint de délire chronique interprète ses hallucinations comme des réalités*. Il est important de retenir pour notre propos que le fou lui-même, celui qui hallucine présente un souci d'objectivation dans la mesure même où il interprète ses hallucinations comme des réalités. Nous savons à la suite de Freud et de Lacan que justement, ce qui est dénié dans la réalité subjective du patient, pourra faire retour sous forme d'un délire hallucinatoire venant témoigner de cette réalité. Ce délire est bien comme disait Freud empreint de vérité à savoir qu'il témoigne bien à sa façon de la vérité subjective, disons du patient. Ecoutons Freud⁷ sur ce sujet: *Les délires des malades m'apparaissent comme des équivalents des constructions que nous bâtissons dans le traitement psychanalytique, des tentatives d'explication et de restitution qui, dans les conditions de la psychose, ne peuvent pourtant conduire qu'à remplacer le morceau de réalité qu'on dénie dans le présent par un autre morceau qu'on avait dénié dans la période de l'enfance reculée...De même que l'effet de notre construction n'est du qu'au fait qu'elle nous rend un morceau perdu de l'histoire vécue, de même le délire doit sa force convaincante à la part de vérité historique qu'il met à la place de vérité repoussée...* (op.cité p.279) Freud anticipant la suite de notre propos sur les considérations concernant le processus de civilisation ajoute dans son propre propos : *Si l'on considère l'humanité comme un tout et qu'on la mette à la place de l'individu isolé, on trouve qu'elle a aussi développé des délires inaccessibles à la critique logique et contredisant la réalité. S'ils peuvent malgré cela exercer un empire extraordinaire sur les hommes, la recherche conduit à la même conclusion que pour l'individu isolé. Leur pouvoir provient de leur contenu de **vérité historique**, vérité qu'ils ont été puiser dans le refoulement des temps originaires oubliés.* (op.cité p. 280-281). Ce terme de vérité historique montre l'articulation entre subjectivation et objectivation. Il relève d'une conception spécifique de la mémoire mise en exergue par la psychanalyse. Dans les formations psychiques comme le rêve, le symptôme, les romans familiaux y compris les idées délirantes des malades se révèle *une vérité historique* que nous retrouvons aussi dans les religions, les mythes, les traditions. Une fois découverte et mise

objectivante : Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique publié aussi chez Masson en 2007. Cette fois sous la direction de René Roussillon, de nouveaux psychanalystes régionaux sont associés à l'opération.

⁶ Rey A, (Sous la direction de) Dictionnaire culturel de la langue française, octobre 2005

⁷ Freud S, (1937), Constructions dans l'analyse, in Résultats, Idées, problèmes, TII, PUF, 1984-1985

en évidence, cette vérité historique peut prendre alors une figure objective alors qu'elle s'exprimait de façon latente sous les modalités des plus subjectives.

Revenant à la définition de l'objectivation, le dictionnaire de référence parle ensuite de *l'action d'exprimer, de rendre objectif par l'écriture ou l'image (décrite ou projetée) un sentiment ou une idée*. Nous pouvons constater dans ces 2 éléments concernant la notion d'objectivation son rapport dialogique intrinsèque avec la problématique du sujet éprouvant des sentiments ou exprimant des idées y compris délirantes puisqu'il est question de projection. La dernière définition proposée peut être aussi entendue dans le même sens puisqu'il s'agit du *processus par lequel la connaissance tend à être objective*.

Quant au terme de subjectivation, il apparaît dans la terminologie surréaliste en 1937 sous la plume d'André Breton dans *L'amour fou*⁸. Et nous le citons : *Il se pourrait que, dans ce domaine, le jeu de substitution d'une personne à une autre tende à une légitimation de plus en plus forte de l'être aimé et cela en raison même de la subjectivation toujours croissante du désir*. Remarquons comment la légitimation de l'objet d'amour peut procéder d'une subjectivation forte liée au désir lui-même. La subjectivation constitue le fait de devenir subjectif, de prendre un caractère plus subjectif. Nous pouvons repérer qu'il existe ainsi des glissements, des déplacements de l'objectivation vers la subjectivation et vice versa. Le processus de subjectivation est un processus par lequel est prise en compte la subjectivité tant du sujet individuel que du sujet collectif ce qui implique la prise en considération de l'intrasubjectif (ce qui se joue de psychique à l'intérieur du sujet) que de l'intersubjectif (ce qui se passe de psychique entre les sujets). Pour éclaircir la notion de dialogue entre objectivation et subjectivation de la folie, nous allons maintenant envisager la nécessité de l'analyse institutionnelle en psychiatrie.

De la nécessité de l'analyse institutionnelle de l'institution psychiatrique :

Cette problématique s'inscrit dans l'histoire de l'institution psychiatrique de la nef des fous au Centres de jour actuels en passant par l'asile d'aliéné, les maisons départementales, les hôpitaux psychiatriques sans oublier les centres psychothérapiques

Pour présenter la problématique⁹ de l'analyse institutionnelle, je m'appuierais sur le courant français qui s'est développé pendant la deuxième guerre mondiale à partir de l'expérience de l'hôpital psychiatrique de Saint Alban en Lozère. Les noms de François Tosquelles et de Paul Balvet (qui, rappelons le, devint par la suite médecin chef dans cet hôpital du Vinatier)

⁸ Breton A., *L'amour fou*. (1937), Gallimard, 1976

⁹ Bonnet M., *L'analyse institutionnelle en psychiatrie*, Chronique Sociale de France, Cahier 1* Lyon, Février 1972

demeurent emblématiques. CE courant a connu son plein essor dans les années 1970. Après la guerre, se généralise une prise de conscience, empreinte d'un souci d'objectivation, selon laquelle si l'on veut pouvoir traiter le malade, il va falloir de façon concomitante traiter l'institution. Reprenant les idées défendues en Allemagne en 1929, par le psychiatre Hermann Simon¹⁰, qui avait repéré qu'à l'aliénation mentale du malade vécue dans sa folie se surajoutait du fait de son hospitalisation, une aliénation sociale prenant la forme d'une sorte de maladie institutionnelle qui pouvait aller jusqu'à occulter la folie individuelle des patients. Le traitement de l'institution qui suit ses considérations va consister en une *clinique d'activités*, pour reprendre un terme emprunté à Georges Daumezon.¹¹ Un réseau de communications se met en place sur la base de l'institutionnalisation de réunions regroupant soignants et soignés pour participer et contrôler ensemble toutes les modalités de l'activité institutionnelle. Chaque membre du groupe soignant/soigné est considéré potentiellement comme agent thérapeutique. Les effets négatifs de la hiérarchie sont traités entre les soignants d'une part et par rapport aux soignés d'autre part. L'objectif est bien de permettre au malade de devenir « sujet » co-responsable de son traitement à travers la participation au contrôle des activités institutionnelles. Certes, et je le notais à l'époque¹², cette modalité de l'analyse institutionnelle comprenait sa part de mythologie fusionnelle présente dans tout processus groupal ainsi que cela se trouvera développé dans les travaux sur le groupe, en particulier par René Kaës¹³. Nous pouvons aussi remarquer un schéma de fonctionnement institutionnel très proche de l'autogestion et d'une pratique participative au fonctionnement démocratique. L'objectif est tout à la fois d'envisager la transformation de l'institution dans le but thérapeutique de favoriser la socialisation du malade en vue de préparer sa réadaptation sociale. Serions nous passer du traitement moral préconisé par Pinel à un traitement social prôné par les promoteurs de la psychothérapie institutionnelle ?

Venons en à la deuxième phase de ce courant thérapeutique liée à une forme de rupture épistémologique qui implique justement un processus de subjectivation du fait de la prise en compte des effets de l'inconscient au cœur même des processus institutionnels. Ainsi, les différentes activités de la vie institutionnelle apparaissent non seulement dans leur efficience concrète ouvrant à la socialisation du malade mais, elles sont aussi supports de fantasmes

¹⁰ Simon H, 1929, Pour une thérapeutique plus active des maladies mentales, Traduction par une équipe de l'HP de Saint Alban.

¹¹ Daumezon G., Les fondements d'une psychothérapie collective. In Evolution psychiatrique, 1948, N°3, P.57-85

¹² Bonnet M. art.cité

¹³ Voir en particulier :

Kaës R., Le Groupe et le sujet du groupe, Dunod, 1993 et La parole et le lien, Dunod, 1994

s'exprimant dans les actes posés dans la vie institutionnelle et , par là même, lieux et moments de transfert et de contre transfert. Sur la scène de réalité objectivable se jouent des mises en scènes fantasmatiques qui ouvrent à des effets de sens. Tosquelles¹⁴ en 1966 parlera *d'une nouvelle pratique psychanalytique et d'analyse structurale par le collectif lui-même, pratique qui seule permet que le discours des uns et des autres s'enchevêtre dans les mêmes lois comparable, à quelque chose près au discours psychanalytique avec ses glissements et ses effets de sens, avec ses coupures, ses blocages, avec ses acting out et ses acting in, technique qui seule permet d'écouter ou d'entendre avec*. Nous pouvons alors envisager que la fonction thérapeutique ne soit plus l'apanage du médecin qui la dispense à d'autres qui seraient de simples exécutants du soin. Cette fonction est alors ainsi que l'écrivait Jean Ayme¹⁵, *fragmentée entre tous ceux qui ont, à quelque niveau que ce soit pouvoir de décision, véritable pulvérisation de la fonction qui permet à chacun d'interpréter ce qui se passe dans l'ici et le maintenant et de découvrir pour lui-même comme pour les autres le sens d'un symptôme, la signification d'une conduite*.

Nous pouvons constater que ce passage à la psychothérapie institutionnelle a été sans aucun doute favorisé par la découverte et le perfectionnement des traitements médicamenteux tant neuroleptiques qu'antidépresseurs. Cette ouverture ainsi permise aux sujets, a permis de faire fonctionner au mieux le groupe soignant/soigné en prenant en compte la dimension inconsciente qui s'exprime dans ce fonctionnement. Le repérage des représentations inconscientes qui implique un processus de subjectivation maximale présuppose mobilité et plasticité de l'institution. L'organisation objective des différentes réunions institutionnelles dont certaines avec **participation des patients** ¹⁶ favorise l'expression du transfert et du contre transfert sur l'institution et sur les membres de l'institution à travers lesquels se déploient l'expression et le repérage du désir tant individuel que groupal. Le désir suppose son expression dans le défilé de la parole. Ce recentrage sur le discours et donc sur le langage et son articulation dans l'acte de la parole conduit Félix Guattari¹⁷ dans le même numéro de la *Revue de psychothérapie Institutionnelle* qui nous sert ici de fil conducteur de distinguer deux types de groupes : le groupe assujetti et le groupe sujet. Le groupe assujetti est un groupe qui subit les effets de hiérarchisation s'exprimant en termes de fonctions, de statuts et de rôles en

¹⁴ Tosquelles F., La psychothérapie institutionnelle Approches théoriques, Paris, 1966, XVème Assemblée des Sociétés de Croix Marine.

¹⁵ Ayme J., Attitude interprétative dans le transfert en thérapie institutionnelle, Revue de Psychothérapie institutionnelle, N°1

¹⁶ J'insiste sur ce point de la participation des patients car il me semble que cette participation est devenu peau de chagrin au fil des ans alors que les réunions entre soignants comprenant supervision, analyse de la pratique ou autres techniques ont continué à se développer.

¹⁷ Guattari Félix, La transversalité, Revue de Psychothérapie institutionnelle, N°1

n'autorisant que des ajustements de rôles. Nous pouvons remarquer qu'actuellement l'institution est composée de groupes qui risquent d'être de plus en plus assujettis à une bureaucratisation renforcée par la problématique économique liée au *divin marché* alors que des groupes sujets se maintiennent en tant que groupes qui parlent et qui énoncent¹⁸. De tels groupes ne sont pas plus assujettis à la verticalité hiérarchique qu'à l'horizontalité fusionnelle. Il se développe dans la transversalité *qui tend à se manifester*, comme l'écrit Guattari *quand la communication maximum s'établit et s'effectue entre les différents niveaux et surtout les différents sens*. La transversalité permet aussi de mettre à jour des éléments inconscients qui s'expriment à travers les divers transferts qui circulent entre les différents partenaires de l'institution et qui peuvent faire l'objet d'une analyse permanente.

Une autre distinction introduite par René Lourau dans son ouvrage intitulé justement *L'analyse institutionnelle*¹⁹, est d'importance. En effet, le concept d'institution désigne tour à tour et simultanément l'institué et l'instituant. L'institué est constitué de l'ensemble de normes et de règles qui définissent l'organisation formelle, objective pourrait-on dire, de l'institution bien qu'il contienne en creux ou de façon latente son idéologie de fonctionnement qui est à découvrir dans la mesure où elle tend toujours à demeurer latente. L'instituant représente le pouvoir institutionnel exercé par l'ensemble des membres présents à un moment donné dans l'institution et il se fait jour de façon souvent contradictoire dans les espaces de parole où les acteurs de l'institution essaient de définir son fonctionnement à partir de leurs propres subjectivités mises en commun. La confrontation et le dialogue entre ses deux niveaux permettent de favoriser le travail processuel de l'institution. La dynamique instituante est souvent bloquée du fait de la domination réelle ou fantasmée de la dimension instituée. J'ai souvent utilisé la dialogie instituant/institué, introduite par Lourau pour tenter de comprendre la tendance à l'immobilisme des institutions psychanalytiques tendant à former des clones plutôt que des analystes spontanés et créatifs. Cependant une des limites de l'analyse institutionnelle ne se situe-t-elle pas aux portes mêmes de chaque institution ? L'institution psychiatrique est ici encore paradigmatique des autres institutions dans la mesure même où elle se trouve définie dans son fonctionnement par les rapports qu'une société donnée entretient avec la folie en définissant une position instituée. Ces rapports s'articulent aux rapports sociaux en général et peut-être plus précisément aux rapports sociaux de production liés à un moment historique donné. Le dialogue entre certaines références marxistes et les références freudiennes et lacaniennes fut précieux dans le développement du

¹⁸ Voir à ce sujet les ouvrages de René Kaës, cités précédemment.

¹⁹ Lourau R., *L'analyse institutionnelle*, Editions de Minuit, 1971.

mouvement de psychothérapie institutionnelle comme il fut constitutif de l'analyse institutionnelle. L'analyse institutionnelle développée dans les années 70 par Lourau ou Lapassade²⁰ est marquée de façon latente si ce n'est manifeste, des influences de penseurs différents du politique et du social que sont Cornélius Castoriadis, de Claude Lefort ou d'Edgar Morin²¹. Or dans de nombreux travaux contemporains concernant l'analyse institutionnelle, la dimension des rapports sociaux est le plus souvent inscrit dans le travail de culture identifié au développement de la phylogenèse ainsi que l'entendait Nathalie Zaltzman²². Il est alors souvent compris par les psychanalystes comme un travail d'historicisation assimilé strictement à un travail psychique. Or le *travail de culture* concerne un travail intersubjectif qui s'inscrit en rapport avec l'ensemble social. La compréhension du *travail de culture* implique, à mon sens, la prise en compte dialogique tant de l'institué que de l'instituant des rapports sociaux à un moment historique donné. Ce *travail* implique la promotion instituante d'espaces de parole fonctionnant sur un mode démocratique et ouvrant à la prise en compte des subjectivités dans le champ social. Ces espaces s'inscrivent aussi en accord ou en opposition conflictuelle avec un pouvoir politique institué définissant objectivement la norme d'un certain type de rapports sociaux. Ainsi, le pouvoir d'état institue des normes et des modalités de fonctionnement à chaque institution. L'imposition actuelle d'évaluation des pratiques et des techniques trouve son origine dans une conception d'un état *totalitaire* dans la mesure où il tend à énoncer et surtout à imposer la vérité de tout sur tout et à vérifier son bon fonctionnement et ce justement dans un esprit d'objectivation. La conception de fonctionnement démocratique des espaces de parole se situe bien en dialogue conflictuel avec cet ordre dans la mesure où elle promeut une dynamique instituante.

Nous sommes alors conduits à envisager la dialogie entre objectivation et subjectivation du point de vue des :

Rapports entre la société et la folie : Nous ne pouvons qu'employer ce terme de folie dans la mesure où il renvoie à un ensemble générique par rapport à la considération d'un état

²⁰ Lapassade G., L'Analyseur et l'Analyste, Gauthiers-Villars, 1971

²¹ Il s'agit de penseurs connus par leur distance avec le modèle soviétique du communisme. Citons dans leur bibliographie : Castoriadis C, L'institution imaginaire de la société, Seuil 1975

Lefort C, Machiavel, le Travail de l'œuvre, Gallimard 1972

Morin E, 1962, L'Esprit du temps (t. 1), Grasset (Nouvelle édition, coll. Biblio « Essais », 1983).

Morin E, Mai 68 : La Brèche, (en collaboration avec Cornélius Castoriadis et Claude Lefort). Nouvelle édition suivie de Vingt ans Après, éditions Complexe, 1988.

²² Zaltzman N., De la guérison psychanalytique, PUF, 1998

mental normal ou raisonnable. Cette considération se déclinera au cours des âges dans les termes de maladie mentale, de troubles psychiatriques, de psychopathologie mentale, de troubles psychopathologiques, voire même de troubles psychosociaux. Considérons à la suite de Michel Foucault²³ que ces différentes dénominations dépendent de la culture dans laquelle la folie s'inscrit et de l'objectivation faite par cette culture du phénomène folie. Elles traduisent le traitement social et politique qu'une société donnée applique et développe en direction de la folie. Rappelons que le fou n'a pas toujours été classé comme malade mental. Le rapport contemporain à la folie trouve son origine à la renaissance. La lèpre ancien fléau disparaît du monde occidental à la fin du Moyen-Âge et une nouvelle inquiétude surgit autour du personnage majeur constitué par le fou. Si on se reporte à l'iconographie de l'époque, par exemple la Nef des fous de Brandt en 1494, elle témoigne bien des images qui hantent l'imaginaire du début de la Renaissance. Les images tant d'apocalypse que de bestialité ou encore de nuit obscure et profonde compose la forme tragique de la folie qui coexiste avec une forme plus critique qui s'incarne dans une lecture de type humaniste (Erasme²⁴) Dans son livre *L'éloge de la folie*, Erasme propose une conception de la folie comme expression de la vérité morale et de la nature de l'humain. Il écrit par exemple: *la sagesse consiste à prendre la raison pour guide la folie, au contraire, à obéir à ses passions; mais pour que la vie des hommes ne soit pas tout à fait triste et maussade, Jupiter leur a donné bien plus de passions que de raison.*

Ainsi et de façon différente, la Renaissance avait en quelque sorte, donné la parole aux fous alors que l'Âge classique tenterait de les réduire au silence. La création de l'Hôpital général à Paris par Colbert en 1656 constitue l'icône autour de laquelle s'inaugure ce que Michel Foucault appellera le *grand renfermement*. Il est question d'enfermer tous ceux qui sont une charge pour la société afin de les redresser et de les mettre au travail. Ainsi les fous côtoieront les débauchés, les malades vénériens, les homosexuels, les délinquants, les marginaux, les mendiants....La folie va être alors synonyme de déraison et désigne l'écart qui existe par rapport à la norme sociale. Cet internement du XVIIème siècle n'a pas une vocation médicale mais bel et bien un objectif à la fois moral, social et économique. Cependant l'internement pour les autres catégories de sujets que les fous, deviendra vite une erreur économique au point qu'à la fin du XVIIIème siècle, seuls les fous demeureront internés. Cette spécificité de leur internement rendra possible de surcroît de surcroît la médicalisation de la folie. Marquée

²³ Foucault M, Histoire de la folie à l'âge classique, Plon, 1961

²⁴ Erasme, Eloge de la folie, 1501, Flammarion, 2001

par l'épisode mythique post révolutionnaire, de la libération des aliénés de leurs chaînes, la folie va être considérée comme maladie mentale. Foucault insistera cependant sur le fait que l'asile ne constitue d'aucune façon, un libre domaine d'observation, de diagnostic et de thérapeutique. Pour lui, l'affiche d'une telle idéologie de libération, masque *un espace judiciaire où on est accusé, jugé condamné*. La folie innocentée dans l'espace social se trouve punie au sein même de l'asile et se trouve emprisonnée dans un monde moral et rationnel. Cependant, selon l'auteur, le positivisme objectivant ne viendra jamais à bout de la folie qui continuera à s'exprimer dans les œuvres picturales et littéraires qui constituent des témoignages éminemment empreints de subjectivation. Il est évident que cet ouvrage a marqué toute la génération de 1968 dont je fais partie en servant de guide aux jeunes praticiens de l'époque du fait même qu'il s'inscrivait dans le contexte de remise en cause de l'autorité qui a caractérisée cette époque. Le grand intérêt de la thèse de Foucault consiste dans la systématisation d'une étude structurale liant entre eux des aspects philosophiques, historiques, politiques et économiques²⁵. Son impact a été réduit à l'état de manifeste contre l'oppression de la psychiatrie, en particulier dans l'amalgame qui a pu être fait tant avec le courant anglais de l'anti-psychiatrie²⁶ qu'avec le courant anti-asilaire italien.²⁷ La principale critique qui peut être adressée à la thèse de Foucault est d'avoir méconnu la réalité de l'aliénation mentale en la considérant uniquement comme une aliénation sociale. Il exprime ainsi une tendance à l'objectivation sociologique systématisée.

Nous sommes conduits à constater que la libération des chaînes a ouvert non seulement la voie à l'objectivation du regard médical mais a de plus marqué l'entrée de la potentialité démocratique à l'intérieur de l'asile. Cette thèse a été soutenue par Gladys Swain et Marcel Gauchet²⁸. Pour eux, l'asile se définit aussi comme portant un projet d'intégration marqué du signe de la révolution française exprimant une volonté démocratique et égalitariste ouvrant à la compréhension des fous comme des humains à part entière. Le fou n'est plus dans cette

²⁵ Il faut noter que dans son cours au Collège de France de 1973 et 1974, Michel Foucault reviendra en détail sur la question du Pouvoir psychiatrique en le définissant comme un savoir qui est un instrument de pouvoir du psychiatre sur le malade. In Foucault M., *Le pouvoir psychiatrique*, Gallimard et Seuil, 2003

²⁶ Cooper D., *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Seuil, 1978

²⁷ Basaglia F, *Psychiatrie et démocratie*, Eres, 2005

²⁸ Swayn G. Gaucher M, *La pratique de l'esprit humain : L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Gallimard, 1980 ; *Dialogue avec l'insensé - Essais d'histoire de la psychiatrie*, Ed Minuit, 1994

perspective, considéré comme autre radical, il participe de l'expérience humaine commune marquant de ce fait ce que la psychiatrie doit au mouvement philosophique prenant en compte l'idée républicaine et celle de citoyen de Kant à Hegel. Il me semble important de tenir ensemble ces deux thèses celle de Foucault et celle de Gaucher qui rendent sans doute compte de deux modèles de l'institution psychiatrique inspirant des ou se traduisant dans des pratiques différentes dont nous pouvons voir l'actualisation dans certaines pratiques de la psychiatrie d'aujourd'hui.

Néanmoins, le contexte politique et idéologique actuel réactualise la véracité de la thèse radicalement critique de Foucault du fait même de la réactivation d'une position de réduction de la folie au silence. Nous sommes aussi les héritiers des questions ouvertes dans l'histoire de la psychiatrie que la folie pose à la subjectivité et à ses limites. Ces questions s'articulent à d'autres à savoir celles concernant la responsabilité pénale. Rappelons que Esquirol, élève de Pinel avait dans l'élaboration de l'article 64 du code pénal, permis de reconnaître la non responsabilité pénale du fou. Nous savons comment cette considération est aujourd'hui battue en brèche : le fou n'est plus considéré comme le proche au même titre que l'enfant ou le primitif c'est-à-dire comme une des figures de l'altérité par conséquent. Il redevient l'étranger, l'épouvantail, le radicalement différent, celui qui, à la limite ne peut plus être considéré comme émergeant au signe de l'humain qu'il faut surveiller, punir ou du moins enfermé.

Actuellement nous sommes bien confrontés à la pérennisation d'une transformation de la notion de responsabilité morale par un ensemble social obsédé par le *principe de précaution* impliquant tout à la fois et paradoxalement responsabilité, logique de la victimisation et fantasme de réparation. Nous pouvons nous demander comment la notion de santé mentale venu se substituer à celle de psychiatrie se trouve assujettie aux impératifs du marché. Le pouvoir d'état n'a-t-il pas repris en le pervertissant certaines critiques émises par le courant de désinstitutionalisation pour supprimer des lits hospitaliers sans créer pour autant les structures extra hospitalières en nombre suffisant²⁹ ? N'a-t-il pas généralisé les techniques d'évaluation pour limiter si ce n'est empêcher le travail clinique qui se fait au chevet du patient et qui seul, peut faire évoluer les consensus théoriques ? N'est-il pas en train de promouvoir une psychiatrie scientifique avec la complicité plus ou moins active des praticiens de la santé mentale ? Cette psychiatrie scientifique cherche à promouvoir un langage unifié, purifié de toutes les scories des avatars de la clinique, en la dépouillant de toute subjectivité. Une objectivation qui ne dialogue plus avec la subjectivation n'est-elle pas en train d'envisager la

²⁹ Voir à ce propos Coffin J-C, La psychiatrie par temps de crise, Etudes, juin 2009

disparition même de la subjectivité ? Promouvoir une résurrection de la neuropsychiatrie ? Aller jusqu'à définir une quelconque **neuropsychanalyse** comme cela est annoncé dans le titre d'un livre récent³⁰ ? Et pourtant, si de telles tendances peuvent nous questionner, il n'en reste pas moins que nous admettons que les processus psychiques et de ce fait même, l'inconscient, aient à faire avec le cerveau et que de ce point de vue fondamental la rencontre entre la psychanalyse et les neurosciences a quelque chose d'incontournable. De ce point de vue, je viens d'être particulièrement intéressé par les propos tenus par Bruno Falissard³¹ dans le dernier numéro d'Abstract à propos de son livre paru en 2008 chez l'Harmattan qui s'intitule : *Psychanalyse et cerveau. Tentative de réconciliation*. L'intérêt de sa démarche par rapport à la recherche traditionnelle en neurosciences qui s'élabore à partir de phénomènes psychiques constatés auprès de patients présentant des atteintes neurologiques, consiste dans le fait qu'il situe ces recherches à partir de situations et d'interrogations de la vie courante. Il nous dit laisser de côté, les notions de localisation, de fonction, de traitement de l'information pour utiliser des modèles développés par les physiciens au début des années 1980 et plus particulièrement le concept d'attracteur. Il nous a semblé particulièrement intéressant de relever que l'auteur situe l'objectif non pas de représenter le cerveau tel qu'il est construit mais tel qu'il fonctionne. L'impact de départ mis sur les représentations sensorielles préalables à leur articulation à l'intentionnalité de diriger la pensée vers des objets externes ou internes d'une part, et d'autre part nos actes vers des buts nous semble pertinente. La pertinence du propos s'affirme d'autant plus que l'intentionnalité est reliée aux signaux de plaisir et de déplaisir. Cet ensemble a le mérite de nous engager à la lecture du livre pour examiner de plus près la possibilité de modélisation de l'inconscient, idée sur laquelle se clôt l'interview dans la mesure où une telle modélisation ne peut que nous laisser proprement dubitatifs. En tout cas, il est important de faire là encore dialoguer objectivation scientifique et subjectivation fondamentale.

Dans une dernière ligne de questionnement, nous sommes conduits à interroger **la crise même de la subjectivation au cœur même de l'actualité du social**. Les repères transmis par la tradition (justement la phylogenèse) sont aujourd'hui pulvérisés dans la société post moderne. Une telle pulvérisation nous oblige à reconsidérer tant la mort, la vie, le sexe, la naissance, la filiation, les modalités de transmission... Cette reconsidération passe par une redéfinition des modalités de tiercéité différente voire radicalement différentes d'une fonction

³⁰ Ouss L, Golse B., Georgieff N., Widlocher, D et al., Vers une neuropsychanalyse ? Odile Jacob, 2009

³¹ Falissard B., Cerveau et Psychanalyse, Tentative de réconciliation. L'Harmattan.2008

paternelle qui n'émerge plus de la fonction patriarcale qui a prévalu jusqu'au moment historique du remplacement idéologique de la religion par la science.

Jean-Pierre Lebrun, dans son texte intitulé justement, *Malaise dans la subjectivation*³², fait l'hypothèse *qu'une telle expérience, vécue ou pas individuellement, mais néanmoins toujours transmise collectivement impose une réorganisation de l'appareil psychique*. Il est vrai que Freud, bien qu'ayant procédé à une critique serrée de la religion n'en a pas moins maintenu la suprématie de la référence paternelle tout en la liant à l'origine aux conséquences d'un meurtre.³³ Le père mort demeure l'interdicteur de l'inceste et nous pouvons remarquer que les psychanalystes lui ont emboîté allègrement le pas. Lacan a opéré un saut épistémologique d'importance dans la mesure où selon le bon mot de JP Lebrun, il situe le père comme *représentant de commerce de la loi du langage*. Dans l'espèce humaine, l'interdit de l'inceste présent dans d'autres espèces animales où il a pour fonction de protéger la survie de l'espèce, va s'apparenter à la loi du langage. Pour pouvoir prendre la parole, l'infans consent à perdre la jouissance immédiate des choses et en particulier celle de sa mère. Nous comprenons ainsi le périple lacanien *du nom du père aux* (pluriel des) *noms du père* sans oublier le superbe jeu de mots dans les termes : *les non dupes errent* qui précise bien l'importance de l'errance dans la quête du sujet contemporain. A travers ces différents types d'énoncés de nominations, se définissent des modalités différentes de tiercéité qui maintiennent l'exigence d'une distanciation par rapport à la nature incestueuse de la pulsion. L'effondrement de la fonction patriarcale produit des effets sur l'inconscient du sujet qui d'ailleurs, n'est pas seulement habité de représentations familiales mais aussi de représentations sociales. La psychanalyse témoigne du fait que la tiercéité émerge de l'ordre du langage et de son appropriation dans l'acte même de parole. En fait, nous sommes actuellement confrontés à répondre à une question cruciale à savoir celle du maintien de la tiercéité et par là même de l'altérité dans un monde où la valence scientifique a succédé à la valence religieuse. La disparition de la référence tierce a partie liée avec l'impérialisme de l'objectivation et la disparition des processus de subjectivation. Cependant, nous ne pouvons que garder présent à l'esprit, l'idée selon laquelle l'altérité, synonyme de prise en compte de l'autre pour chaque soi, soit la condition même de la poursuite de l'humanisation. La crise actuelle de l'altérité confronte le sujet à une *expérience limite* du fait de la dissolution des modalités de repérage s'inscrivant en

³² Lebrun J-P., *Malaise dans la subjectivation*, 1997, in *Un monde sans limite*, Erès, 2009

³³ Freud S., (1910) *Totem et Tabou* ;

Freud S., (1939) *L'homme Moïse et la religion monothéiste*.

tiers. Lacan dans son texte princeps³⁴ : *Fonction de la parole et du langage en psychanalyse* situaient les différents paradoxes de cette rencontre. La folie constituait le premier paradoxe marqué du signe de la forclusion du nom du père ; le second est celui de la névrose marquée du signe de la relation incestueuse au père ; le troisième est celui du sujet qui perd son sens dans les objectivations du discours. Cette perte de sens est le risque propre de l'objectivation scientifique systématisée pouvant toujours se figer en un processus d'absence de subjectivation. Nous sommes en train d'être confrontés à de nouvelles modalités psychiques et psychopathologiques en termes de *pathologies* narcissiques ou de modalités ordinaires de *perversion* qui sont la traduction de la crise de la subjectivation elle-même où le sujet a perdu ces points de repères qui furent marquées du signe de la fonction patriarcale qui est en voie de disparition. En ce qui concerne le narcissisme et ses problématiques actuelles qui ont été souvent traduites en termes d'*Etats limites*, nous constatons que les sujets qui présentent de telles modalités de fonctionnement tentent de vivre psychiquement dans l'évitement de la reconnaissance du manque dans l'Autre soit en le comblant, soit en en jouissant, soit encore dans la plénitude des corps. Comme le montre Serge Lesourd³⁵, *la panne de l'Autre de notre lien social actuel* convoque le sujet à certaines formes de mélancolisation. De telles formes alternent justement avec des modalités de mégalomanie narcissique qui peuvent s'exacerber en agressivité destructrice de tout Autre. Nous voyons aussi comment, dans ce monde où la tiercéité fait défaut comment le corps peut devenir la limite vitale dans la mesure où le corps propre est le lieu ultime qui exprime la limite. En ce qui concerne la perversion ordinaire, les mécanismes de défense utilisés se formulent dans le registre du démenti et du déni plutôt que dans le registre du refoulement.³⁶ Le travail avec de tels patients implique une position différente de la part des thérapeutes consistant justement dans un engagement dans le champ de la parole. Un tel champ de la parole peut se mettre en place en prise sur les actes, sur le corps, sur les comportements. Il se concrétise, bien entendu dans la cure analytique individuelle groupale et institutionnelle, mais aussi dans d'autres espaces de parole imbriqués dans la vie quotidienne. De tels espaces sont d'autant plus indispensables à notre époque culturelle que nous sommes souvent confrontés, du fait du manque de tiercéité, à rencontrer un sujet coupé de son savoir propre c'est-à-dire étranger à lui-même. Le *Sujet supposé non*

³⁴ Lacan J., *Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse* », *Ecrits*, p.237-322, Le Seuil, 1966

³⁵ Lesourd J., *Comment taire le sujet ? Des discours aux parloottes libérales*. Erès, 2006.

³⁶ Voir les travaux de Jean-Pierre Lebrun en particulier : *La perversion ordinaire : vivre ensemble sans autrui*, Denoël, 2007

Et notre article : Bonnet M., *Les variations de sens de la technique analytique*, *Topique*, N°106, Esprit du temps, 2009

savoir, pour reprendre l'expression de Daniel Robert Dufour³⁷, est l'objet de production privilégié par le social d'un sujet coupé de son savoir propre. Les sujets actuels ne sont-ils pas en train de devenir des enfants sans nom, des *néo sujets*³⁸ sans pouvoir faire recours ou avoir recours aux mots de l'Autre. Remarquons que Roland Gori et Marie-José Del Volgo³⁹, se refusent à concevoir *un principe général de vie psychique des néosujets de la modernité* comme l'avance JP Lebrun. Pour eux, les techniques utilisées par la civilisation actuelle sont à proprement parler désubjectivantes et on ne saurait leur reconnaître une quelque forme subjective que ce soit en les nommant *néosujets*. Les auteurs interrogent alors le concept même de sujet en écrivant : *Sauf à devoir considérer ici le sujet comme concept anthropologique créé par les techniques d'assujettissement désubjectivante de notre civilisation et non comme les sujets des formations de l'inconscient*. Certes les patients s'adressent à nous dans des *enveloppes formelles que la société leur propose pour exprimer leurs souffrances psychiques et sociales*. Faut-il simplement les récuser pour autant sous le prétexte de ne pas valider les moyens d'évitement subjectifs imposés par la culture actuelle ? Ne faut-il pas les reconnaître en prenant en compte le fait que les représentations sociales façonnent les formations de l'inconscient ?

Quoique il en soit de l'avenir de ce questionnement d'importance, la tâche à laquelle est confronté l'humain est belle et bien un travail quotidien de nomination. Pour permettre ce travail de nomination, la création ainsi que le développement des espaces collectifs de parole prennent, de ce point de vue aussi, toute leur importance. La pratique de la démocratie dans ces espaces préside à faire avancer des modalités d'altérité dans une perspective de solidarité. Le débat d'idées permet l'expression et le dépassement des conflits ainsi qu'il ouvre au repérage de nouvelles références qui s'inscrivent en tiers entre les sujets. Retrouver ensemble des métaphores permettant la (re)découverte de symbolisation qui implique l'amour à vivre et le penser ensemble tout en traitant la problématique de la haine de l'autre. De telles perspectives ont des conséquences sur la pratique technique de la psychanalyse dans la mesure où le travail de l'analyste, s'il relève toujours de la coupure liée à l'interprétation, développe le registre de la construction auquel nous avait déjà préparé le travail avec les formes plus connues de la folie.

³⁷ Dufour D.-R., *Lettres sur la nature humaine à l'usage des survivants*, Paris, Calmann-Lévy, 1999.

Dufour R.D "On achève bien les hommes. De quelques conséquences actuelles et futures de la mort de Dieu", Denoël, 2005

³⁸ Pour reprendre le terme de Jean-Pierre Lebrun in *La perversion ordinaire* (op.cité)

³⁹ Gori R. et Del Volgo M.-J., *Exilés de l'intime. La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*. Denoël, 2008

En conclusion, malgré les grilles d'évaluation, les exigences d'accréditation, les conférences de consensus, les statistiques confondues avec les diagnostics, des mises en question s'expriment et des pratiques novatrices se dégagent et les praticiens ne se laissent pas réduire à devenir irresponsables. Nous pouvons aussi constater que face à ce que nous avons appelé la tendance impérialiste du développement de l'objectivation, il existe des espaces de paroles qui participent au renouvellement de la problématique de subjectivation. D'un point de vue plus général, beaucoup d'entre nous, ont, sans doute, été interpellés par les différents appels concernant la défense de la clinique, la nuit sécuritaire...et d'autres avant d'aboutir à l'Appel des appels. Il semble que ces différentes contributions d'opposition au main mise du pouvoir d'état sur le soin physique et psychique, l'éducation, la justice, la recherche et ce, avec la complicité active ou passive de certains membres de nos corps de métier, et non des moindres, venaient témoigner de la capacité de résistance de certaines forces vives représentées par des praticiens de divers horizons. Cette résistance aux normes systématisées d'évaluation et d'objectivation témoigne de la volonté de maintien et de restauration de la subjectivation. Il s'agit pour ce faire de s'opposer tant à la loi de rentabilité à tout prix et à la course aveugle à la performance. Pour ce faire, il s'agit bel et bien de défendre et de développer l'espace démocratique de la prise de parole et de la responsabilité tout en prenant en compte le fait que la mutation du lien social a des conséquences sur le processus de subjectivation lui-même. Au moment où la crise se situe au cœur même du *divin marché*, il nous appartient de développer voire de recréer ces espaces de parole tels que nous les avons connu et les connaissons au sein même de la pratique psychiatrique. Jean Christophe Coffin⁴⁰ rappelle dans un article récent publié dans la revue *Etudes* *Donner le soin est une fonction qui n'est pas exclusivement médicale, mais qui s'accomplit aussi en fonctions de valeurs sociales profondes. Le geste clinique qu'il s'appuie sur le médicament ou la psychothérapie, doit être alors accompagné d'un geste civique et éthique à défaut duquel le malade perd son statut d'homme libre.*

Faire dialoguer les contraires que sont l'objectivation et la subjectivation qui sont deux modes de réactions à la confrontation aux phénomènes humains, dont la folie fait partie intégrante, ce n'est pas opérer un compromis ou une synthèse entre eux. La dialogique pour reprendre la conceptualisation d'Edgar Morin⁴¹, signe l'unité complexe entre deux logiques, entités ou instances complémentaires qui se nourrissent l'une de l'autre, se complètent mais aussi

⁴⁰ Coffin J-C, La psychiatrie par temps de crise, Etudes, juin 2009

⁴¹ Morin E., Ethique, Seuil, 2004

s'opposent et se combattent. Dans la dialogique à la différence de la dialectique hégélienne, les antagonismes demeurent et sont constitutifs des entités ou phénomènes complexes.

L'analyse se doit d'être poursuivie. Je vous y engage de tout coeur !

Marc Bonnet
69, rue Louis Becker
69100 Villeurbanne
bonnet.marc@wanadoo.fr

Bibliographie :

- Ayme J., Attitude interprétative dans le transfert en thérapie institutionnelle, Revue de Psychothérapie institutionnelle, N°1
- Basaglia F, Psychiatrie et démocratie, Eres, 2005
- Bergeret J., (sous la direction de), Abrégé de Psychologie pathologique : Théorie et clinique, Masson, 1990, 9^{ème} édition, 2008.
- Bonnet M., L'analyse institutionnelle en psychiatrie, Chronique Sociale de France, Cahier 1* Lyon, Février 1972
- Bonnet M., Les variations de sens de la technique analytique, Topique, N°106, Esprit du temps, 2009
- Breton A., L'amour fou. (1937), Gallimard, 1976
- Bueltzingsloewen (Von) I., L'Hécatombe des fous - La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation Flammarion - Champs 2009.
- Castoriadis C, L'institution imaginaire de la société, Seuil 1975
- Coffin J-C, La psychiatrie par temps de crise, Etudes, juin 2009
- Cooper D., Psychiatrie et anti-psychiatrie, Seuil, 1978
- Daumazon G., Les fondements d'une psychothérapie collective. In Evolution psychiatrique, 1948, N°3, P.57-85
- Erasmus, Eloge de la folie, 1501, Flammarion, 2001
- Dufour D.-R., Lettres sur la nature humaine à l'usage des survivants, Paris, Calmann-Lévy, 1999.
- Dufour R.D"On achève bien les hommes. De quelques conséquences actuelles et futures de la mort de Dieu", Denoël, 2005
- Falissard B., Cerveau et Psychanalyse, Tentative de réconciliation. L'Harmattan.2008
- Foucault M, Histoire de la folie à l'âge classique, Plon, 1961
- Foucault M., Le pouvoir psychiatrique, Gallimard et Seuil, 2003
- Freud S, (1905), Les Théories sexuelles infantiles, in Résultat, Idées, Problèmes, TI, PUF, 1985.
- Freud S., (1910) Totem et Tabou, OC TXI, PUF, 1998
- Freud S., (1939) L'homme Moïse et la religion monothéiste, Gallimard, 1986
- Guattari Félix, La transversalité, Revue de Psychothérapie institutionnelle, N°1
- Gori R. et Del Volgo M-J, Exilés de l'intime. La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique. Denoël, 2008
- Kaës R., Le Groupe et le sujet du groupe, Dunod, 1993 et La parole et le lien, Dunod, 1994
- Lacan J., Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse », Ecrits, p.237-322, Le Seuil, 1966
- Lapassade G., L'Analyseur et l'Analyste, Gauthiers-Villars, 1971
- Lebrun J-P., Malaise dans la subjectivation, 1997, in Un monde sans limite, Erès, 2009
- Lebrun J-P., La perversion ordinaire : vivre ensemble sans autrui, Denoël, 2007
- Lefort C, Machiavel, le Travail de l'œuvre, Gallimard 1972
- Lesourd J., Comment taire le sujet ? Des discours aux parlottes libérales. Erès, 2006.
- Lourau R., L'analyse institutionnelle, Editions de Minuit, 1971.
- Morin E, 1962, L'Esprit du temps (t. 1), Grasset (Nouvelle édition, coll. Biblio « Essais », 1983).
- Morin E, Mai 68 : La Brèche, (en collaboration avec Cornélius Castoriadis et Claude Lefort) Nouvelle édition suivie de *Vingt ans Après*, éditions Complexe, 1988.
- Morin E., Ethique, Seuil, 2004
- Ouss L, Golse B., Georgieff N., Widlocher, D et all, Vers une neuropsychanalyse ? Odile Jacob, 2009
- Simon H, 1929, Pour une thérapeutique plus active des maladies mentales, Traduction par une équipe de l'HP de Saint Alban.
- Rey A, (Sous la direction de) Dictionnaire culturel de la langue française, octobre 2005

Roussillon R., (sous la direction de) Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique Masson, 2007
 Swayn G. Gaucher M, La pratique de l'esprit humain : L'institution asilaire et la révolution démocratique, Gallimard, 1980.
 Swayn G. Gaucher M, Dialogue avec l'insensé - Essais d'histoire de la psychiatrie, Ed Minuit, 1999
 Simon H, 1929, Pour une thérapeutique plus active des maladies mentales, Traduction par une équipe de l'HP de Saint Alban.
 Tosquelles F., La psychothérapie institutionnelle Approches théoriques, Paris, 1966, XVème Assemblée des Sociétés de Croix Marine.
 Zaltzman N., De la guérison psychanalytique, PUF, 1998

ARGUMENT : Dialogue entre objectivation et subjectivation dans la clinique de la folie.

Dans ce texte, l'auteur expose tout d'abord une *nouvelle* clinique qui ouvre sur la définition comparée et dialogique des concepts d'objectivation et de subjectivation. La trace de leur dialogue est repérée dans le courant d'analyse institutionnelle en psychiatrie. Un autre angle de vue concerne les rapports entre société et folie. Deux thèses différentes ont alors retenues : celle de l'enfermement du fou et celle de sa prise en considération. Dans le propos final, les conséquences de la crise actuelle des processus de subjectivation sont esquissées. Il ressort de cet ensemble l'impérieuse nécessité de faire vivre des espaces de paroles tant duels que collectifs permettant de définir des points de repères de la tiercéité.

Analyse institutionnelle --Folie.- Objectivation. -Subjectivation. -Institution psychiatrique.
 Espaces de parole –Tiercéité.