

Martine Girard

L'accueil et ses fondements



CHAMP SOCIAL ÉDITIONS

Avant-propos

Il sera question d'immatunité, à commencer par celle du nouveau-né: incompétence bio-physiologique (hépatique, neurologique...), mais aussi immaturité du moi, dépendance absolue par rapport à l'environnement qui se double de sa propre ignorance. « Double dépendance » donc selon Winnicott, *Hilflosigkeit* selon Freud, mot imprononçable pour les non-germanistes ; mais pas un psychanalyste ne s'essaie cependant à le prononcer, avec une sorte d'hésitation respectueuse, de temps d'arrêt autant devant l'imprononçable que devant l'intraduisible, ce qui reste lorsque l'on passe d'une langue à une autre mais peut-être aussi devant cette part d'innommable de notre condition humaine. De cet « état de détresse » premier, ainsi que le proposent Laplanche et Pontalis – puisqu'il s'agit bien pour Freud comme pour Winnicott d'une donnée essentiellement objective –, de ce « désaide », ainsi que le propose la nouvelle traduction des œuvres de Freud, nous aurions pu en venir à l'immatunité de l'adolescent ; immaturité toute relative, décalage entre la maturité pubertaire qui lui permet de passer aux actes – tuer et faire l'amour –, ses dispositions psychiques et le contexte historico-culturel.

« [...] C'est surtout après la dernière guerre qu'on s'est préoccupé de définir ce qui, dans l'adolescence, relevait de la santé et ce qui relevait de la maladie. [...]

[...] Les adolescents [...], malgré l'inconvénient que présente leur symptomatologie, sont peut-être le plus en mesure de trouver leur propre salut. Le temps a son importance ici. L'adolescent ne doit pas être soigné comme s'il était malade. Je crois que c'est là un facteur dont il faut tenir compte quand on veut définir la santé. Je ne dis pas cela pour nier que la maladie puisse exister à cet âge.

Certains adolescents souffrent énormément et il est presque cruel de les laisser dans cet état. À quatorze ans, ils sont souvent suicidaires ; il leur faut subir l'interaction de plusieurs phénomènes disparates – leur propre *immatunité*^{*}, les changements de la puberté, l'idée qu'ils se font de la vie, leurs idéaux et leurs aspirations ; ajoutons à cela les désillusions que leur apporte le monde des adultes, ce monde qui leur apparaît comme un monde de compromis et de fausses valeurs dans lequel on est détourné de l'essentiel. Lorsque cette phase s'achève, les adolescents commencent à se sentir réels, à avoir le sentiment de *soi* et le sentiment d'*être*. Ceci est la santé. De l'être vient le faire,

mais il ne peut y avoir de *faire* avant l'*être*; c'est là le message qu'ils nous adressent¹. » (D.W. Winnicott)

Mais la santé psychique, pour Winnicott, est en quelque sorte en positif ce que la schizophrénie est en négatif². De fait, il sera essentiellement question ici de maladies, de psychoses, schizophrénies principalement, infantiles ou à début tardif mais le plus souvent explosant ou s'installant insidieusement à l'adolescence; « démence précoce »; diagnostique difficile au début entre « crise » d'adolescence et « distorsion » des liens intra-familiaux; maladie.

« J'insiste sur l'idée que les maladies ne sont pas des idiopathies. Ce sont des compromis entre l'*immaturité** de l'individu et les réactions sociales du moment, qui sont à la fois porteuses d'aide et de vengeance. C'est ainsi que le tableau clinique d'un malade mental varie selon l'attitude de l'environnement, même lorsque la maladie du patient demeure fondamentalement inchangée³. » (D.W. Winnicott)

En effet, c'est à travers la maladie et à travers ma pratique de psychiatrie de l'*adulte*, très vite orientée vers l'accompagnement institutionnel des *psychoses au long cours*, que la question de l'adolescence, ou plus exactement que certaines questions posées par l'adolescence tant dans leur dimension intime que dans leur dimension existentielle supra-individuelle se sont présentées à moi. Et combien de patients adultes semblent à jamais figés dans les interrogations initiales de leur expérience psychotique primaire, et surtout dans les réponses qu'ils y ont données, « monologue délirant ininterrompu » ainsi que le qualifie P. Aulagnier, échappant à tout partage. J'en souscris d'autant plus à la position défendue depuis des années par H. Grivois quant à la prise en charge des psychoses naissantes, et notamment des psychoses aiguës, des expériences primaires, autant de situations pour lesquelles *l'urgence psychiatrique* serait de se donner le temps d'une rencontre thérapeutique intensive.

« Naître à la folie ne laisse d'autre issue que le retour au futur d'avant la psychose ou la fuite délirante. La schizophrénie est la façon la plus commune de s'attarder dans la psychose⁴. » (H. Grivois)

Restent, effectivement, ceux qui « s'attardent » dans la psychose, les évolutions au long cours, dont l'accompagnement ne peut faire l'économie d'une rencontre.

« Je me suis penché et j'ai perdu la raison. » Ces propos d'un patient figuraient en exergue de ma thèse de doctorat en médecine, consacrée au langage chez les schizophrènes; les schizophrènes parlent et c'est peut-être le premier piège qu'ils tendent à l'analyste, suggérait F. Perrier⁵ en 1958; ils vacillent et nous font vaciller, entre les mots et les choses;

d'autres hésitent, plus imperceptiblement, au bord du langage, de ses semblants, au bord du contrat social, de son mode d'emploi; mais ils parlent. Comment les entendre et de quel lieu psychique?

Cet ouvrage rassemble, pour une bonne part, un choix de textes publiés au cours des quinze dernières années, conservés tels quels ou partiellement réécrits⁶. La référence centrale à l'œuvre de Winnicott, qui a guidé l'organisation d'ensemble, ne tient pas compte de l'ordre chronologique des publications initiales. Elle s'est imposée, au fil du temps de ma pratique clinique et de ma fonction, depuis plus de vingt ans, de psychiatre responsable d'une unité d'hospitalisation à temps partiel pour adultes psychotiques⁷. De Waelhens avec *La psychose*⁸ et Racamier avec *Les schizophrènes*⁹ m'avaient longtemps accompagnée; mais c'est en découvrant les travaux de Winnicott sur la relation précoce parent-nourrisson que je découvrais la possibilité de définir et de conceptualiser au plus près *l'atmosphère* de notre quotidien institutionnel, alors que justement une part importante de notre travail consistait à éviter de traiter ces patients adultes comme des nourrissons. J'en suis donc venu à Winnicott après bien d'autres lectures, parmi lesquelles celles de H. Searles et P. C. Racamier, A. de Waelhens, P. Aulagnier, J. Hochmann et E. Kestemberg ont particulièrement compté¹⁰. Au-delà des murs et des pratiques, comment concevoir et conceptualiser une « institution mentale » (Hochmann), incarner un « personnage tiers » (Kestemberg), se déprendre de l'immédiateté de la relation pour accéder à une distance médiatisante (de Waelhens)? Comment engager « l'ouverture de la partie » et se poser en destinataire, « premier écoutant » (Aulagnier)? On s'évertue à tirer le schizophrène vers l'objet, comme pour l'absorber dans l'amour de transfert, alors que tout son travail consiste à se protéger de cette absorption, écrivait Racamier¹¹. La manière dont Winnicott a théorisé la relation précoce parent-nourrisson et la distinction entre fonction objectale et fonction environnementale au regard de l'immaturation et de la dépendance, m'est apparue comme particulièrement féconde pour penser cette possible double fonction du dispositif institutionnel. En retour, la clinique des psychoses n'est peut-être pas sans intérêt pour éclairer d'un autre jour certaines de ses propositions théoriques extrêmes et controversées, comme celle d'un féminin non-pulsionnel. Penser avec Winnicott, entre l'être et le faire, implique d'examiner de près certains de ses concepts et de les confronter au corpus freudien; ce « dialogue » fera l'objet de la première partie. Dans un

deuxième temps, je témoignerai d'une pratique partagée d'accueil et d'accompagnement des psychotiques adultes. Les soins, dans leur dimension collective dite institutionnelle, pourraient, entre autres, s'articuler autour de la construction d'un environnement fiable, susceptible de s'organiser en cadre thérapeutique. Il ne s'agit donc pas d'un livre sur l'abord psychanalytique des psychoses mais sur l'apport de la psychanalyse à l'organisation du soin psychiatrique.

Resteront les bruissements du monde.

√

Première partie

ENTRE LE FAIRE ET L'ÊTRE
PENSER L'ACCUEIL AVEC WINNICOT

Cette première partie s'ouvre sur une approche plutôt globale de l'œuvre de Winnicott, autour de deux notions particulièrement fécondes pour penser l'accueil et le soin : l'immaturation et l'empiétement, dans leur rapport à la dépendance. *To heal, to care, to cure*: des phénomènes de cicatrisation spontanée (*heal*) au traitement (*cure*), c'est la dimension du prendre soin (*care*) qui nous retiendra et son développement logique, le cadre. Avant d'en venir plus précisément à l'articulation entre le faire et l'être, je m'attacherai, dans le deuxième chapitre, à l'évolution dans le texte freudien de la notion d'activité dans son rapport au masculin et à la libido. Pour Freud en effet, non seulement la pulsion est par essence toujours active – c'est « un morceau d'activité » –, mais encore la libido est de « nature masculine » ; ce qui témoignerait d'une certaine difficulté à intégrer la dimension passive masochiste au concept même de libido. Se dessine alors en creux, avec Winnicott, le contraire de l'activité pulsionnelle, du faire pulsionnel, de cette exigence inlassable, de cette nécessité implacable qui ne se trouverait pas dans la passivité – en fait éminemment pulsionnelle – mais dans les limbes de l'être-sans-but. Pourtant, en isolant artificiellement un féminin non-pulsionnel, ce n'est pas l'essence du féminin ou du maternel que Winnicott cherche à saisir. Il dégage deux principes élémentaires du fonctionnement psychique, l'être et le faire, qu'il décentre à la fois de la problématique de l'avoir phallique et des deux principes de plaisir et de réalité énoncés par Freud. Le faire recouvre la métapsychologie freudienne organisée à partir de la naissance de la vie psychique autour de la *fiction* d'une monade *incluant* les soins maternels ; c'est le champ de la pulsion – en ce qu'elle est séparée (sexe, section) de son objet –, de ses destins et de ses transpositions activité-passivité, sadisme-masochisme, sublimation. C'est le champ de la libido « masculine », du fantasme, de sa logique et de sa nécessité. L'être, l'être-sans-but, serait le champ du non-pulsionnel, de l'évidence d'être réel, « terrain » de l'échange pul-

sionnel. Dès lors, la distinction entre fonction objectale et fonction environnementale, intériorisation de l'environnement et introjection de l'objet est radicalisée, conduisant à revisiter la première théorie des pulsions. Quant à la deuxième théorie des pulsions, elle restera en filigrane du quatrième et dernier chapitre. Le décalage, mis en avant par Winnicott, entre la haine de la mère pour l'enfant et la destructivité de l'enfant à l'égard de la mère nous oblige à resituer l'élaboration de la sauvagerie pulsionnelle à la lumière de l'immaturation, c'est-à-dire à la lumière de la dépendance par rapport à l'environnement et de la différence des générations comme *fait* d'existence, *condition* de la naissance de la vie psychique.

Penser avec Winnicott

Le 17 Novembre 1952 Winnicott écrit à Mélanie Klein :

« Vos idées ne vivront que pour autant qu'elles seront redécouvertes et reformulées par des gens originaux, tant à l'intérieur du mouvement analytique qu'à l'extérieur. Il faut, sans nul doute, à chaque travailleur original une coterie où il peut se reposer des controverses et se sentir à son aise. Le danger est, cependant, que la coterie organise en système la défense de la position conquise par ce travailleur original, en l'occurrence par vous. Je crois que Freud avait vu ce danger. [...] Vous seriez surprise devant les soupçons et les grognements qui accompagnent chaque reformulation des clichés concernant l'objet interne par ceux que j'appellerai les kleinien. Vos propres formulations rentrent naturellement dans une catégorie tout à fait différente puisqu'il s'agit de votre travail personnel et tout le monde trouve plaisir à votre style. Le pire exemple, peut-être, était la conférence de C. dans laquelle il s'est contenté de faire circuler une quantité de ce qui est maintenant connu comme l'équipement kleinien, sans donner la moindre impression qu'il avait un aperçu des processus internes du patient. *On sentait que s'il faisait pousser une jonquille, il penserait qu'il fait sortir la jonquille du bulbe, et non qu'il permet au bulbe de se transformer en jonquille avec une nourriture convenable**. » [(17), (p. 69-70).]

- 15

Ne serait-il pas victime à son tour de ce qu'il avait dénoncé avec force à propos de l'utilisation des concepts kleinien – et non des concepts eux-mêmes – de ces « mots-bouchons » utilisés « à tout bout de champ » et de « leurs leitmotifs enfoncés comme des coins » [(20), (p. 138)] ? Comment continuer à penser avec Winnicott sans que la trop rassurante familiarité de certains de ses concepts ne les transforme en « mots-bouchons », ne les fossilise, et ne réduise à quelques formules la richesse de son apport théorico-clinique¹² ?

1- L'IMMATURITÉ

La notion d'immaturation n'a pas été indexée par J. Abram dans son *Dictionnaire explicatif des termes winnicottiens* (1) ; il est vrai qu'au regard

de la place accordée par Winnicott aux processus de maturation, on retrouve relativement peu d'occurrences directes de cette notion dans son œuvre. Pourtant, elle présente peut-être l'intérêt d'articuler un certain nombre de notions connexes. C'est dans cette perspective que je l'examine ici, en suivant au plus près le texte de Winnicott.

Conception générale : immaturité et dépendance

Dans un texte de 1958 non traduit en français (« Theoretical Statement of the Field of Child Psychiatry »), il définit la santé (*health*) mentale comme maturité émotionnelle (*emotional maturity*) et la mauvaise santé (*ill health*) comme immaturité, et rappelle les différentes étapes de maturation depuis l'*infans* dépendant jusqu'à la maturité de l'adulte [(26), (p. 102)]. Relevons le choix du terme *ill health*, mauvaise santé – au lieu de maladie, *illness* ou *disease* – et, à travers leur parenté étymologique, la proximité entre *to heal* (guérir, cicatriser, apaiser), *healing* (guérison, cicatrisation) et *health* (santé). En 1961 (« Variétés de psychothérapies »), il propose à nouveau une conception très générale de l'immaturité: il y définit le trouble psychologique au sens large comme un « accident dans le développement affectif de l'individu », « une *immaturité*, une *immaturité* de la croissance affective » [(32), (p. 114)]. Il en vient alors à une vue d'ensemble des diverses catégories d'immaturité personnelle, « quitte à simplifier grossièrement »: psychonévrose et différentes variétés de la dépression, psychose, comportement anti-social. Enfin, en 1962 (« L'enfant en bonne santé et l'enfant en période de crise: quelques propos sur les soins requis »), il écrit:

« Si la santé est l'équivalent de la maturité, alors toute *immaturité** correspond à un mauvais état de santé mentale et constitue une menace pour l'individu et une perte d'énergie pour la société. En effet, alors que la société peut utiliser les tendances agressives individuelles, elle n'a pas d'emploi pour les *immaturités individuelles**. »

Mais ce n'est pas seulement la maturité et la santé mentale qui nous intéressent, c'est aussi « la richesse des individus, non en termes d'argent, mais en termes de réalité psychique intérieure. En fait, nous pardonnons souvent à un homme ou à une femme, leur mauvaise santé mentale ou une quelconque *immaturité**, parce que leur personnalité est si riche que la société pourra tirer un grand profit de l'exceptionnelle contribution qu'ils pourront apporter ». Peu importe si nous découvririons que Shakespeare fut immature ou antisocial... (34) (p. 21).

Ainsi, nous l'avions indiqué dès l'avant-propos, pour Winnicott, la notion de maladie mentale comme immaturité est à entendre autant au

plan individuel que social, « compromis entre *l'immaturation* de l'individu et les réactions sociales du moment, qui sont à la fois porteuses d'aide et de vengeance » [(39), (p. 206)]. « [...] Les maladies ne sont pas des idiosyncrasies »; c'est aussi la position épistémologique que soutient G. Canguilhem par rapport à la médecine en général, bien au-delà de la seule psychiatrie : il n'y a pas de pur *en-soi* de la maladie, de pathologie purement objective, cet *en-soi* se réfère nécessairement à un *pour-soi* et la dimension intersubjective de la relation médecin-malade fait partie intégrante de l'essence de la maladie, de sa définition, de sa description et de son traitement. De plus, et cela est essentiel pour lever d'emblée le risque d'un contresens : *l'immaturation n'a rien à voir avec la richesse intérieure*. Elle est à corréluer à la dépendance par rapport à l'environnement, et non pas à la richesse intérieure.

Un an avant sa mort (« *Cure* », 1970), Winnicott revient sur la notion d'immaturation :

« Qu'est-ce que les gens attendent de nous, médecins, personnes soignantes, qu'attendons nous nous-mêmes de nos collègues lorsque nous sommes *immatures**, malades, ou vieux ? Ces états – *immaturité**, maladie, vieillesse – engendrent la dépendance. Ce que l'on attend de nous, c'est qu'il soit possible de dépendre de nous [...] d'être humainement fiable [...]. »

Il met donc sur le même plan immaturité, maladie et vieillesse¹³, qui renvoient à la dépendance et requièrent d'abord de la part de l'environnement une attitude générale de soins, d'intérêt, d'attention (*care*).

« *La rencontre de la fiabilité avec la dépendance*, telle est le thème de cette causerie. »

Il ne conteste absolument pas la valeur d'un remède efficace, ne remet pas en question les bases scientifiques de la médecine et donne même des exemples personnels, mais il conclut :

« [...] Le sentiment d'identité personnelle, essentiel pour chaque être humain [...] *ne peut devenir une réalité pour chaque être humain* que parce que [...] l'environnement a fourni un *holding* pendant la période d'*immaturité**. Le processus de maturation seul ne suffit pas pour que l'être humain devienne un individu¹⁴. [...] C'est une dépendance naturelle de l'individu *immature**, qui incite les figures parentales à réunir les conditions qui favorisent la croissance individuelle. [...] Je pense donc qu'on peut trouver dans l'aspect *care-cure* du travail un cadre où il est possible d'appliquer des principes que nous avons appris au début de notre vie, lorsque nous étions encore *immatures** et que nous recevions d'avance, en quelque sorte (la meilleure des médecines préventives), de la part de nos mères "suffisamment bonnes" et de nos parents, des soins et un traitement suffisamment bons. » [(44), (p. 124), (p. 125), (p. 131-132).]

Il lie donc immaturité, dépendance et soins (*care*) apportés par l'environnement.

L'immaturité du bébé

En 1961, il présente au XXIIe Congrès international de psychanalyse (Édimbourg) une communication tout à fait essentielle quant à l'originalité de sa perspective de travail: « La théorie de la relation parent-nourrisson » (28). Il s'y réfère, dès son introduction (p. 360-361), à la fameuse note de Freud relative au principe de plaisir, dans ses « Formulations concernant les deux principes de l'advenir psychique » [(1911), (2), (note 2, p. 14-15)]:

« [...] On objectera à juste titre qu'une telle organisation, qui est asservie au principe de plaisir et néglige la réalité du monde extérieur, ne pourrait se maintenir en vie, fût-ce pour le temps le plus bref, de sorte qu'elle n'aurait absolument pas pu apparaître. Mais l'utilisation d'une *fiction** de ce genre se justifie si l'on remarque que le nourrisson, *pour peu qu'on y ajoute les soins de la mère**, est bien près de réaliser un tel système psychique. Il hallucine vraisemblablement l'accomplissement des besoins internes, [...]. »

18 - Winnicott poursuit longuement la citation *in extenso*, ce qui est tout à fait remarquable chez lui, peu enclin à ce genre d'exercice. Il y reviendra à nouveau, en cours de travail. L'expression *pour peu qu'on y ajoute les soins de la mère* a pour lui une importance capitale, puisqu'il s'agit, dans sa propre communication, comme il le précise à nouveau à plusieurs reprises et dans le résumé, d'une étude de la *petite enfance* à différencier de celle des *mécanismes mentaux primitifs*; elle est en effet centrée sur la dépendance examinée en termes de maintien de l'environnement et sur le fait que *le nourrisson* (en anglais *infant*, du latin *infans*: qui ne parle pas) *et les soins maternels forment une unité* ; ainsi, la santé mentale signifie, « dans une certaine mesure que les soins *se détachent** de ce que nous appelons alors le nourrisson [...] » [(28), (p. 361).] Dans la discussion et les « Remarques complémentaires » (30), dont on peut regretter qu'elles ne figurent pas dans la version éditoriale à la suite du texte initial, il insiste à nouveau sur le fait qu'il est impossible d'isoler le nourrisson de son environnement.

« Le petit enfant représente-t-il un phénomène susceptible d'être isolé, tout au moins hypothétiquement, pour être observé et afin d'engendrer des concepts? À mon avis, non. Quand nous repensons à nos analyses d'enfants et d'adultes nous tendons à y retrouver des mécanismes plutôt que des petits enfants. Mais si nous observons un petit enfant, nous voyons un petit enfant qu'on soigne. Les processus d'intégration, de séparation, de vie physique et de relations objectales, tout cela fait partie de la maturation et du progrès; inversement, l'état de non-séparation, de non-intégration, le fait de ne pas s'attacher aux fonctions corporelles, de ne pas être lié aux objets existe vraiment; nous devons croire à de tels états qui appartiennent au stade de la *non-maturité**. Le problème est le suivant: comment le jeune enfant peut-il survivre en de telles conditions¹⁵?