# Hébergement thérapeutique

## De l'espace contenant au dispositif complexe \*

Jacques Tosquellas •

outes les formes de toxicomanie ont affaire avec la tentative de résoudre, généralement dans un sens régressif, qui ne peut sembler progressif que temporairement, le problème du contact... Cette première forme de la problématique humaine est tellement basale que nous marchons toujours par-dessus et que nous ne nous apercevons même pas du problème qu'elle pose aussi longtemps qu'il n'a pas été révélé par la pathologie... Ce niveau basal de l'existence a quelque chose à faire avec la catégorie de la quantité... Le registre du contact se situe en deçà des différences de qualité, telles qu'elles se marquent dans la constitution de l'objet, moment où l'enfant... est capable de repérer la forme globale qui est la sienne dans le miroir, ou la forme globale de sa mère...» (1).

"Si le monde de l'hystérique est celui du théâtre, le monde de l'alcoolique est celui du cirque. Dans le premier cas, le seul sujet qui nous intéresse est celui de la pièce, dans le deuxième, le seul objet qui retienne notre attention, c'est l'acteur. Au théâtre, la mort peut et doit nous être présentée comme tragique, parce que nous savons que si le personnage meurt, l'acteur ne risque rien. Mais au cirque, au contraire, il ne sera jamais question explicitement de la mort, parce que l'acteur risque vraiment sa vie" (2).

"La jactance, le défi... sont l'affirmation d'une supériorité avant toute épreuve. Mais dès lors, une fois le défi lancé, le héros ne peut plus échapper à l'alternative : recourir aux actes (c'est-à-dire tenir parole, donner ses preuves) ou avoir menti dans sa bravade. Il est donc dangereusement lié à ce moi imaginaire qu'il a proféré à l'instant du défi. Dorénavant il doit, par ses exploits, se montrer identique à ce qu'il a proclamé. Sinon, au lieu de conquérir l'être glorieux, il se condamne à cette sorte de néant qu'est le ridicule" (3).

"L'existence est de soi discontinue, elle est constituée de moments critiques qui sont autant de failles, de déchirures d'elle-même, où elle est mise en demeure de disparaître ou de renaître. Ce qui la met en demeure est toujours un événement". "L'accueil de l'événement et l'avènement de l'existant sont un". "Dans l'accueil de l'événement ouvrant à chaque fois un monde autre, l'être-là se transforme" (4).

"Les maladies psychiatriques sont dites maladies de la personnalité, au sens où personnalité s'oppose à capacité instrumentale... Le problème de la personne se réfère au problème des trois positions que chacun peut occuper par rapport à l'univers du langage : la position de celui dont on parle,

Praticien hospitalier, médecin chef du secteur 4 de psychiatrie générale des Bouches-du-Rhône, CHR Timone, Hôpital de la Capelette, 116, avenue Mireille Lauze, 13010 Marseille

\* Communication au Colloque de l'ANIT "Toxicomanies : Évolution des pratiques... Hébergement et hébergement thérapeutique", Paris, 18 et 19 Janvier 2001. la position de celui à qui l'on parle et la position de celui qui parle... La pathologie des perversions est désignable comme la pathologie relative à la position du sujet en troisième personne, et celle des névroses comme la pathologie relative à la position du sujet en deuxième personne. Les psychoses, et notamment la schizophrénie, concernent la position de première personne comme telle, tandis que les perturbations de l'humeur et les psychopathies ont trait à la problématique propre au registre pré-personnel" (1).

"Boire sans soif et faire l'amour en tout temps, il n'y a que ça, Madame, qui nous distingue des autres bêtes" (5).

"Il arrive que quelqu'un soit seul. Ou bien cette personne est seule avec elle-même, elle conserve le sentiment d'une présence à laquelle elle peut se tenir; ou bien, plus rien ne fait monde pour elle, elle s'éprouve comme étant au bord du grand gouffre de l'absence de soi à soi dans lequel elle peut tomber. L'impulsion à boire ou à se droguer surgit alors irrépressiblement. Les toxicomanes qui ne supportent pas la solitude en rendent compte en des termes qui évoquent une telle situation existentielle... Ce qui fait justement défaut, c'est la capacité même de contacter, de rendre présent à soi un monde auguel on tient. Le monde du contact s'est abîmé dans le chaos... C'est ensuite la glissade, la chute dans le trou. La prise de contact ne va donc jamais de soi... Elle constitue un véritable travail : faire en sorte qu'il y ait un monde habitable, et non pas seulement un chaos, un ensemble plus ou moins désordonné de sensations et de stimulations diffuses" (6).

Cette intervention est, bien entendu, personnelle et, à ce titre, elle n'engage que moi. Ceci dit, je l'ai rédigé en pensant au Centre de post-cure La Corniche - Pointe Rouge de Marseille, où j'interviens depuis plusieurs années, à la fois pour rencontrer quelques jeunes toxicomanes qui y sont accueillis et pour rencontrer l'équipe qui tente ce travail actif d'accueil et qui font ce pari fou de tenter de faire naître et renaître quelque chose de l'espoir de vivre. Je sais quelque peu la souffrance dans laquelle se trouvent souvent les intervenants dès lors qu'ils s'offrent à la rencontre avec une population cisaillée de jeunes gens. Je sais la certitude où ils sont de la nécessité de ce travail et de la nécessité de "tenir" pour que d'autres

puissent également quelque peu s'essayer à "se tenir". Je sais aussi que le découragement, voire la dépression, pourrait survenir si l'intensité d'attaques externes venait aggraver l'insécurité interne liée à une relation et à un contact toujours fragiles où chacun se trouve engagé. En tout cas, je dédie ces quelques commentaires à leur ténacité et à leur courage.

## La question du corps

······

Depuis maintenant de nombreuses années, je suis sensibilisé à la question de l'hébergement. Bien sûr en tant que sujet et en tant que citoyen, dans la sphère du privé comme on dit. Je ne vous en causerai pas ici. Mais aussi en tant que professionnel. Et pas n'importe quel professionnel puisque c'est à titre d'intervenant dans le champ du sanitaire que je me pose. Plus, en tant que psychiatre ayant opté pour une démarche psychothérapeutique. Alors dans ce champ, j'ai rencontré la question de l'hébergement à partir de la question du corps, puisque l'on peut dire que le premier habitat de l'être humain c'est son corps et, au-delà, son Moi 1. "Naître, c'est entrer en matière, et prendre corps, prendre livraison d'un corps sien à partir du corps à corps de la maternance, à partir du faire corps de la gestation" nous dit Kinable (7). "Naître c'est prendre corps... Le corps donne stase, étance et consistance (aussi dans le sens de résidence), teneur et tenue...". Mais on sait que cela ne va pas de soi et qu'il y faut un certain nombre de conditions. Emmanuel Lévinas évoque magnifiquement la sortie de ce qu'il appelle le "Il y a" vers la maison et le travail 2. "Naître, c'est se défaire de ses propres enveloppes, c'est-àdire partager, se séparer ab ovo d'une partie de soimême, mais aussi investir ce corps de soi par "brides et morceaux", par zones (érogènes) fragmentaires successives" ajoute Kinable (7).

J'ai tenté personnellement d'impulser, parmi plusieurs choses, tout un travail sur la place du corps dans la relation thérapeutique, à travers en particulier la médiation corporelle, ce qui suppose une réflexion importante pour dégager dans le milieu soignant en psychiatrie le corps de l'idéologie médicale. On sait que dans ce cadre, il devient le lieu du symptôme, voire de la maladie, qu'il manifeste des signes que le médecin en position de maîtrise va objectiver dans une lecture directe ou indirecte pour

1 - Pour rappel : Freud nous dit que le Moi est à la fois la "surface de l'appareil psychique" et la "projection de la surface du corps".

2 - "Face à l'insé-

curité, l'homme se retire. Mais ce retrait n'est pas une fuite ininterrompue : il est essentiellement le fait de prendre du temps, en prenant, comme l'on dit, du recul. L'on a besoin de temps et d'un lieu pour prendre du temps de façon à s'organiser face à ce qui nous inquiète. Le lieu devient ainsi la condition qui permet d'interrompre la fuite et de réagir. Il n'est pas avant tout négatif : il est la possibilité de la défense qui a pour but l'élan de l'attaque... L'avènement de ce lieu est... la maison... C'est... la maison qui permet la possession, et la vie économique n'est pas possible sans la maison, où la possession cherche à secourir le sujet soumis à l'insécurité" (Petrosino S. Rolland J. La vérité nomade. Introduction à Emmanuel Lévinas. Éditions La Découverte, collection Armillaire,

faire le diagnostic d'une maladie en référant ces signes au savoir médical. On sait que dans cette opération toutes les subjectivités, celle du patient comme celle du médecin, disparaissent. On pourrait dire qu'il n'existe pas en fait de relation Médecin-Malade, mais seulement une relation Savoir médical-Maladie. On sait encore que cette phase diagnostique aboutit à la conception d'un manque ou d'un dysfonctionnement dans le corps équivalent de la maladie. Cette phase sera suivie d'une phase de prescription au cours de laquelle un objet sera choisi dans le trésor des techniques de la médecine pour venir combler ce manque et guérir ainsi la maladie. C'est en tout cas l'idéal de l'opération et si cet idéal n'est pas atteignable à ce jour, il le sera demain. Bien sûr, le corps que je tente de promouvoir ne correspond pas à celui-là. Il fait partie intégrante de la personne, et pas uniquement en tant que support, image, forme ou enveloppe.

J'ai rencontré la question de l'hébergement également à propos de la question du traitement des psychotiques, donc en tant que psychiatre responsable d'un secteur public de psychiatrie, puisque cette frange de la population souffrante fréquente largement le secteur public. Je l'ai rencontré à partir d'au moins deux points qui se rejoignent bien sûr.

D'abord celui de la question de l'hospitalisation à temps plein. Celle-ci a longtemps résumé le travail thérapeutique en psychiatrie. Et encore, parler de travail thérapeutique peut être parfois discutable! Cela aurait supposé pour le moins une réflexion active sur le changement. Rappelez-vous : 50 000 malades mentaux sont morts de faim pendant la dernière guerre dans les hôpitaux psychiatriques! Il a donc fallu de nombreux efforts, qui ne sont pas terminés, pour démontrer que l'alternative à l'hospitalisation n'était pas une alternative à la psychiatrie et aux soins. Il a fallu travailler la sectorisation pour qu'elle ne soit pas qu'un dispositif plus ou moins bureaucratique de distribution et de répartition des patients et pour qu'elle devienne un véritable outil de soin. Il a fallu pour cela relier l'organisation sectorielle à une méthode de travail traversant et reliant les diverses structures mises en place. Pour moi, cette méthode a été et reste la "psychothérapie institutionnelle". Ainsi, le secteur pouvait-il tenter de devenir un dispositif adéquat pour accueillir et traiter nombre de personnes en souffrance, dont les psychotiques, mais pas uniquement.

Le plus important n'a pas été pour moi de lutter contre la "chronicité" des patients, mais plus de lutter contre la "sédimentation", l'absence de perspectives thérapeutiques. Le plus important a été de créer un dispositif thérapeutique qui propose nombre de structures différenciées reliées entre elles pour permettre la circulation des patients (et aussi celle des soignants), circulation conçue comme moyen de rencontre d'autrui et de soi, comme moyen de désaliénation. En somme, le plus grave n'est pas la chronicité mais l'inertie, au niveau individuel comme au niveau collectif, inertie avec ses divers avatars, dont l'isolement, l'obsessionnalisation, la chosification, la totalisation, ... sans oublier la mort. Inertie dont il faut bien dire qu'une des figures modernes se glisse souvent sous les oripeaux du "discours de la science".

Dans cette optique de différenciation et de mise en mouvement, corrélativement à un travail d'activation et de responsabilisation, nous avons proposé l'ouverture d'appartements thérapeutiques. Nous avons été les premiers, dès 1979, à Marseille, dans ce travail avec des patients psychotiques adultes. Mais il nous a fallu le faire par le biais d'une association 1901 compte tenu des résistances actives des instances administratives et de tutelle, bien que les textes réglementaires le préconisaient depuis presque 20 ans. Nous avons fait là comme bien d'autres en France il faut le dire. En même temps, nous avons réduit considérablement le nombre de places d'hospitalisation à temps plein. En même temps, nous avons créé diverses structures, dont un hôpital de jour qui reçoit presque exclusivement des patients psychotiques, des lieux de consultation et de nombreux liens avec la communauté, etc.

Alors bien sûr, un toxicomane n'est pas un psychotique. S'il peut l'être parfois, c'est à titre secondaire que la question se pose <sup>3</sup>. Bien qu'il arrive que certains authentiques psychotiques s'en sortent mieux du côté de la toxicomanie, ce qui n'est pas donné à tous les psychotiques, malgré nos efforts de médecins dealers de produits chimiques, voire de médecins-vétérinaires. Bien que parfois certains aient pu être tentés de dire, un peu vite sans doute, que certains toxicomanes, en rencontrant le toxique, avaient sans doute pu éviter ainsi une "catastrophe psychotique". C'est souvent un peu rapide parce que, certes, si on peut repérer souvent l'imminence d'une catastrophe psychique avant la rencontre avec le toxique et le début d'une carrière mouve-

3 - Lekeuche P. Toxicomanie, crise et paroxysmalité. In: Jonckheere P. Passage à l'acte. Bruxelles: De Boeck Université, Bibliothèque de pathoanalyse. 1998: 165-178. L'auteur différencie la "toxicomanie essentielle" ou "toxicomanie simple" de la "toxicomanie symptomatique". Une névrose, une psychose ou une perversion peuvent inclure dans leurs symptômes une toxicomanie. La toxicomanie essentielle révélerait directement, sur un mode pathologique, une "dimension constitutive de notre humanité même".

mentée, on ne peut pas dire que l'effondrement qui s'en serait probablement suivi aurait été réellement de type psychotique. Il existe bien d'autres types psychopathologiques d'effondrement et, sans doute ici, l'effondrement dépressif est-il plus à l'ordre du jour. Ce qui n'enlève rien à sa gravité bien sûr, en particulier dans ses relations, d'une part, avec la possibilité du passage à l'acte suicidaire et, d'autre part, avec les avatars pas toujours heureux du processus dépressif lui-même dans ses tentatives de rencontres avec des instances et des fonctions contenantes et thérapeutiques. Le toxicomane n'est pas un psychotique, c'est-à-dire que la question de la constitution de l'espace de son Moi ne se pose pas au même niveau. Le Moi y fonctionne comme contenant psychique et s'il n'est pas maître dans sa maison, s'il y habite en locataire ou en propriétaire (Kinable), une demeure est édifiée, même si largement trouée, mal limitée ou parfois vide.

Mais déjà, malgré l'intérêt de la conceptualisation du "Moi-peau" et des enveloppes psychiques, comme a pu le proposer Didier Anzieu, on voit que la question de la contenance, avec en particulier le verbe tenir qu'il comprend, relève plus de la question du contact que de celle du Moi 4. Et c'est bien ici que va se marguer l'une des différences fondamentales du toxicomane et du psychotique. Chez le toxicomane, la fonction contenante de l'autre primordial en tant que pare-excitation, le holding, n'a pas fonctionné. "Ça ne prend pas" et "ça ne contacte pas". Il "manque de tenue" 5. Le "Moi-peau" est bien constitué en tant que sac et de contenant de morceaux du corps, mais c'est sa deuxième fonction, celle qui vient marquer les limites entre le dedans et le dehors, en se posant comme lieu d'échange, qui est gravement perturbée. Logé, mais mal logé en somme.

Pourtant, il faut bien le dire, chez tout le monde, la question du logement n'est jamais résolue de façon définitive et la question revient de façon cyclique, parfois par des crises, parfois au cours d'effondrements. Faut-il rappeler qu'au terme d'hébergement est toujours associée, certes l'idée de "fournir un gîte aux guerriers", mais surtout l'idée du provisoire.

Ceci dit, le terme contact a à la fois à voir avec la "sensorialité tactile" et le "tangible", donc avec la série atteindre, toucher, touché à, etc., mais aussi avec la série qui vient d'un autre mot : "intact", donc intégrité, intégralité, intégration ou réintégration... 6. Les liens avec la question du Moi sont donc posés.

Le toxicomane n'est pas un psychotique, et en particulier il ne va pas utiliser le dispositif sectoriel de la même façon, comme dispositif à la fois différencié et global. Il va utiliser, et vous le savez bien, un certain nombre de dispositifs singuliers qui, dans le meilleur des cas, vont être reliés en réseau. La question se pose toutefois de la nécessité d'un certain nombre de dispositifs complexes qui pourront reposer dans leur sein l'ensemble des questions développées par le courant de la "psychothérapie institutionnelle", en particulier la question de l'articulation des grandes fonctions psychiques (fonction maternelle et fonction paternelle). J'y reviendrai plus loin.

Pourquoi je vous parle de tout ça, dans le cadre d'une réflexion sur l'hébergement des toxicomanes? C'est que j'éprouve finalement le même malaise en rapport avec le sentiment qu'il faut d'abord défendre une position pour pouvoir continuer à travailler et à recevoir des personnes en souffrance, bien dérangeantes par ailleurs, dans un ordre comme dans l'autre. Le risque est de passer son temps à défendre les conditions de travaillet à ne plus travailler réellement avec des personnes vivantes et souffrantes. Et non par fuite, mais par nécessité. C'est bien, dans tous les cas, la question de la création d'un dispositif de soin spécifique et de son développement qui est posée, celle de sa nécessité et de ses caractères.

## La question du dispositif de soin spécifique

Or qu'est-ce qui s'est passé en psychiatrie ? D'abord il faut dire que, si c'était à refaire, il faudrait bien sûr le refaire. La construction d'un dispositif le plus adéquat possible est capitale et il n'est pas question de remettre la chose à plus tard ou de l'abandonner. C'est bien la moindre des choses. Au moins d'un point de vue éthique.

En même temps que les textes réglementaires légalisaient enfin le secteur (la circulaire princeps date de 1960, la légalisation du milieu des années 1980), des mesures étaient prises pour intégrer la psychiatrie dans les soins généraux et donc nier sa spécificité. La maladie mentale et la souffrance psychique devenaient une maladie comme les autres, une maladie de la vie et non une question d'existence. Une maladie en rapport avec le besoin et non pas le désir. Voire plus en rapport avec un handicap

<sup>4 -</sup> Son étayage se fait tant sur la réalité corporelle et le fonctionnement biologique du corps, que sur la réalité sociale ou l'intersubjectivité.

<sup>5 -</sup> Le temps premier, où le contact prend dans la symbiose mère-enfant, est perturbé et les autres temps ne suivent pas : le "ça contacte" ne s'articule plus avec le "ça a contacté" (temps passif de la cristallisation), ni bien sûr avec le "avoir à contacter" (temps actif de la recherche) ou le "avoir eu à contacter" (temps de la mémoire inconsciente).

qu'il fallait traiter d'abord à ce niveau, donc essentiellement au niveau social. Le contrôle comptable (plus qu'économique) devenait le mot d'ordre organisateur des dispositifs. Et l'on comprend bien alors

nisateur des dispositifs. Et l'on comprend bien alors les conséquences : d'une part, l'hospitalisation à plein temps coûte cher, c'est-à-dire, comme le dit le décret de mars 1986, les structures de soin comportant hébergement, d'autre part, il convient de limiter ce temps particulier de la prise en charge au strict nécessaire. Conséquence : réduction des lits. Réduction de la durée de séjour. Réduction en parallèle des personnels soignants, bien sûr... Mais aussi, dans le même mouvement, réduction des capacités d'activité et de responsabilité. Morcellements, clivages, règne des protocoles écrits puisque dorénavant tout doit être

transparent et donc prévu à l'avance... comme

conditions de la qualité des soins et d'une recon-

naissance officielle au travers de l'accréditation.

Alors, réduction de l'hospitalisation à temps plein au strict nécessaire ? Certes. On connaît bien sûr les effets pathogènes des grandes structures inhumaines et bureaucratisées sur les personnes qui y sont contenues-retenues. L'analyse de "l'institution totale" faite par Goffman dans Asiles (8) en reste une description princeps ; également celle des signes de la "névrose institutionnelle" de Barton (9) ou de "l'hospitalisme" de Spitz (10), parmi d'autres bien sûr. Mais on sait aussi que les choses ne sont pas aussi simples. En particulier, que l'accueil répété et prolongé de certaines personnes en souffrance est indispensable, d'abord à leur survie, ensuite au développement d'une éventuelle rencontre. On sait l'importance de la fonction contenante pour chacun, encore plus quand ces personnes n'ont pas ou plus d'enveloppes. On sait que là, pas toujours il est vrai, des psychotiques tentent de reconstruire quelques liens de sociabilité. Et pas ailleurs justement. En tout cas pas dans le social dit ordinaire. On sait que ça dépend d'une certaine ambiance qui s'est installée là, patiemment, de façon contradictoire et souvent opaque. On sait que ça dépend du développement d'une histoire locale. On sait que ça dépend du travail qui s'y est développé, des relations qui s'y sont tissées, etc. Pour citer Jean Oury, on pourrait dire que les psychotiques, "ils n'habitent nulle part". C'est-à-dire qu'ils n'ont même pas une forme propre suffisante pour les abriter. Ils peuvent être amenés à loger dans une autre personne qui est à leur disposition ou

même parfois dans un morceau de personne. Alors, il vaut mieux que ces "personnes-asiles", que ces "personnes-porteuses" aient quelques

qualités contenantes et soignantes.
Souvent ils errent. Et le problème est bien de permettre que leur errance se transforme en trajet, trajet entre des lieux plus ou moins reconnus. Le toxicomane souvent erre aussi. C'est bien connu. Mais pas de la même façon. Il n'est pas mû par les mêmes nécessités.

Dorénavant, en tout cas, dès qu'un patient entre à l'hôpital, qu'il soit psychotique ou non d'ailleurs, il faut prévoir la durée de son sé-

jour, la date de sa sortie... Et encore, pour le faire entrer, il arrive qu'il faille chercher une place, plutôt un lit, dans une structure voisine, du même hôpital, de la même ville ou parfois du même département. Bonjour l'accueil humain de la souffrance et de l'angoisse, bonjour la continuité des soins!

Et voilà que la Direction de l'Action Régionale de l'Hospitalisation (de la Région Provence) énonce les choses : les psychotiques n'ont rien à faire à l'hôpital ! Ils doivent quitter le domaine sanitaire, parce que l'hôpital les chronicise, les rend dépendants. Vous me voyez venir, j'espère ! Le plus important pour eux est la resocialisation. Il faut donc les envoyer dans les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) ! On sait que, d'une part, ces centres n'existent que très peu et que, d'autre part, ils sont tout à fait sous-médicalisés puisque hors du champ sanitaire. On sait qu'ils ressemblent souvent, à quelques exceptions près, à des nouvelles "cours des miracles" où règne en maître la violence.

Et bien sûr, ce tour de passe-passe n'est possible que parce que certains professionnels en fournissent les prétentions scientifiques, c'est-à-dire l'idéologie. Ainsi, peut-on lire récemment dans une revue que je n'oserais pas vous citer, sous la plume d'un confrère dont je n'oserais pas non plus vous donner le nom, que les nouveaux médicaments antipsychotiques permettent de déplacer la question du soin vers celle de la réinsertion. L'hospitalisation à temps plein doit être en effet réduite, les soins également pour que se développe enfin un travail sur la "qualité de la vie"! Mais pour cela, le "suivi ambulatoire", l'accompagnement en somme, ne pourra se faire que "s'il est possible". Alors, premier scandale : où sont passés les soins ? Deuxième scandale : ce travail d'accompagnement

<sup>6 - &</sup>quot;L'enjeu du contact et son risque seront tour à tour, tantôt d'aboutir à une rencontre là où une séparation s'est accomplie, tantôt de pouvoir se séparer d'une union intégrale jusqu'à la fusion".

n'est pas posé comme indispensable et nécessaire. De plus, troisième scandale : qu'est-ce que cette nouvelle catégorie de la qualité de la vie ? Comment en faire un objectif essentiel sans la définir ? Sans doute est-ce d'ailleurs une notion impossible à définir, à un niveau universel en tout cas, à moins de vouloir faire imposer un point de vue idéologique comme point de vue scientifique, comme celui qui est lié à la société actuelle dont on sait qu'elle est organisée selon la loi internationale du marché. La "MacDonald-culture" en somme. Enfin, quatrième scandale : comment va se faire cet accompagnement dans la réinsertion, par qui et avec qui ? On ne compte que sur les compétences et les performances du patient alors qu'on sait que le processus psychotique vient justement les réduire et les rendre difficiles d'utilisation, voire spontanément impossibles. On sait quand même également que seul le médicament, fût-il un antipsychotique moderne, ne saurait rendre à un individu l'usage de ses "capacités subjectives". On sait quand même que l'autre, sous diverses formes, est indispensable pour que ce chemin commence à se tracer et qu'il puisse se développer quelque peu.

Est-ce la même chose qui tend à se produire avec la toxicomanie ? L'hébergement est-il jugé trop onéreux et doit-il être réduit de façon drastique ? Et vat-on trouver aussi des professionnels pour apporter caution scientifique et idéologique pour une telle décision? L'utilisation immédiate et généralisée de produits chimiques de substitution, sans doute à consommer "avec modération", mais à consommer surtout, va-t-elle ruiner définitivement une réflexion difficile et un travail de longue haleine sur l'accueil et le soin des toxicomane ? Saint Subutex® va-t-il triompher partout? Le miracle de la science, du positivisme et de l'objectivation va-t-il frapper ici aussi ? Les termes de cette éventuelle décision peuvent en être prévus parce qu'on les a déjà entendus : la caractéristique du toxicomane est d'être dépendant. On peut difficilement le nier quoiqu'il conviendrait sans doute mieux de dire qu'il "ne peut pas s'en passer". Donc: toute proposition qui va accroître sa dépendance doit être combattue. CQFD. C'est tout de même un peu court. Mais ça peut marcher. Pas besoin surtout de se poser la question de la fonction de la dépendance. Et puis, devenir dépendant d'un produit "contrôlé scientifiquement et objectivement" n'est pas identique à devenir dépendant d'une personne, d'un groupe de personne ou d'une institution. Il y aurait de quoi rire! Comme si chacun

d'entre nous n'avions pas rencontré nécessairement la dépendance à plusieurs moments de notre vie, et même que cette dépendance a été absolument indispensable à notre survie et à notre croissance, même si elle nous a marqué à vie. Comme si chacun d'entre nous n'avions pas en permanence depuis à gérer nos contradictions entre fusion et différenciation. Comme si le toxicomane justement n'en savait déjà pas quelque chose de la dépendance à un produit, et que peut-être cette dépendance-là lui évitait d'aborder et de gérer ses dépendances plus ou moins ratées aux personnes, etc. On rajoute souvent en plus que les institutions sont porteuses et responsables du "je suis toxicomane !", lancé comme un leurre sur l'identité. Énoncé fait au mépris du "rôle de l'institution dans l'espace transférentiel" (11).

Voilà pourquoi je me retrouve encore une fois en train de défendre les possibilités d'hébergement chez une catégorie de patients. Alors certes, pas n'importe quel hébergement et pas à n'importe quelle condition. Nous reverrons ça plus loin.

Je pose ces questions en parlant de "patients". Il s'agit pour moi d'un préalable : une personne atteinte d'une affection addictive, comme l'on dit de nos jours, est en état de souffrance ; il s'agit donc d'un patient. La question resterait bien sûr de savoir de qui donc est-il le patient ou de qui voudrait-on qu'il le devienne, lui qui est si impatient. J'ai déjà indiqué, par exemple, que la médecine, telle qu'elle se présente de nos jours, est inadéquate pour rendre compte des phénomènes en cause. Mais la médecine ne résume pas le champ du sanitaire. Peu importe pour le moment. Un patient, c'est-àdire aussi, comme le propose M. Balint, une personne qui a eu à constituer sa souffrance d'abord dans une situation de "fonctionnement psychique à un seul terme" 7, avant que de pouvoir la poser en termes "dyadiques", ceux de la relation du "défaut fondamental" ou "triangulaires", ceux de la relation "névrotico-oedipienne", dans ces deux derniers cas avec les professionnels que nous sommes ou que nous tentons d'être. Cette souffrance est sans aucun doute complexe. Elle mêle en particulier des éléments psychiques et sociaux, sans oublier les éléments physiques sur lesquels nous reviendrons longuement. Prônant une stratégie thérapeutique et non une stratégie orthopédique, je pense que, dans l'idéal, c'est d'un changement dans la personnalité du patient qu'il va s'agir. Je dis "dans l'idéal" car, souvent, ce ne sera

qu'un aménagement interne de certaines instances de cette personnalité, et de ses rapports avec le monde extérieur que nous viserons.

Geberovich nous le rappelle : "soigner... c'est surtout ne jamais perdre de vue... que l'essentiel est dans la rencontre et ses avatars transférentiels et contre-transférentiels" (11).

Il est possible qu'un certain nombre de ces personnes puissent s'intégrer dans une démarche psychothérapique classique (demande, contrat, travail classique sur les interactions processuscadre, etc). Mais nombreux sont ceux qui ne peuvent s'inscrire dans une telle démarche d'emblée, voire jamais d'ailleurs. Pour ceux-ci, un travail, peut-être préalable, est alors indispensable. Mon hypothèse est, que pour un certain nombre de ces personnes, c'est un travail institutionnel qu'il s'agit de favoriser. Qu'est-ce que j'entends par travail institutionnel? C'est un travail qui allie soin, thérapeutique et réinsertion dans un même ensemble et qui favorise l'émergence de processus transférentiels de type institutionnels. C'est-à-dire d'un transfert qui porte sur un ensemble complexe plus que sur un individu. C'est ce type de transfert qui a été décrit par nombre de thérapeutes de psychotiques. Ce qui ne veut pas dire que le transfert psychotique soit de même type que le transfert qui peut apparaître chez la personne toxicomane.

Le terme "institution" a été largement critiqué. Certains ont prôné en leur temps, avec une certaine réussite médiatique <sup>8</sup>, la nécessité de "l'institution en négation" comme Basaglia (12). Il apparaît encore aujourd'hui comme chargé de négativité, synonyme de chronicité, de lourdeur, d'inertie, de bureaucratie, etc. Pourtant, il me semblerait indispensable de le remettre quelque peu sur ses pieds. Certains s'y sont essayés. Moi-même également à plusieurs reprises. Je vais vous en faire grâce ici.

À remarquer que, même chez les militants de la "psychothérapie institutionnelle", des critiques sont faites sur l'inertie de l'institution de façon claire et précise : l'inertie domine dès lors que l'on réduit l'institution à son sens général, à l'institué, oubliant ses aspects particuliers, c'est-à-dire l'instituant, et ses aspects singuliers, dont le temps majeur de l'institutionnalisation ; l'inertie domine dès lors que l'établissement prend la place de l'institution ; l'inertie domine dès lors que la loi du changement permanent est contredite par la fixation de la dialectique des relations entre les rôles de chacun. Cette tendance à l'inertie se retrouve tant à l'échelle des organisations qu'à l'échelle individuelle. Diego Napolitani a fait, il y a déjà de nombreuses années, quelques propositions en ce sens 9.

Alors, pourquoi ce travail institutionnel est-il intéressant, voire indispensable avec nombre d'individus appartenant à la population qui fait appel, directement ou non, à nos services ? J'y vois plusieurs raisons d'ordre différent que je vais tenter d'expliciter, parfois lourdement, parfois rapidement. Je le ferai en distinguant deux ordres de groupes de raisons :

- des raisons de survie et de mise à distance entre le produit ou le lieu du conflit et le sujet,
- des raisons qui s'intègrent dans une optique thérapeutique de changement.



### Survie et mise à distance

Je passe rapidement sur la question de la très mauvaise qualité de santé physique et de la misère sociale que présente très souvent cette population. Un temps est là nécessaire, de façon évidente, pour permettre la remise en fonctionnement de quelques éléments minima de vie. Vous savez que ce temps s'articule souvent avec le temps dit de la cure de

veaux signalés, celui de l'individu et celui des institutions qui l'accueillent. Les phénomènes de résistances au changement seront de même aux deux niveaux. Ils seront responsables d'une fixation de la mobilité des rôles dynamiques entre eux, dans le domaine intrapsychique et interpsychique et dans l'interaction entre les deux domaines. Nous voilà proche dès lors de la stratégie de la psychothérapie : réintégrer à une place active la personne dans son propre processus de maturation et d'historicisation en lien avec le monde interne et externe où il habite, restaurer sa "capacité subjective" dirait Roger Gentis. Pierre Delion rappelle trois fonctions essentielles que l'on doit retrouver dans le travail institutionnel : la fonction phorique, métaphorique et diacritique. Plus récemment, il a nommé la fonction sémaphorique. Pour que ces trois fonctions puissent développer leurs mouvements, un travail d'analyse permanente est indispensable. Ce travail est tout autant indispensable pour éviter que l'institution se transforme en établissement et que l'inertie gagne. Sans doute, ce travail d'analyse permanente est-il proche de la question de la plus classique analyse du contre-transfert, mais j'en laisse la question ou-

<sup>7 -</sup> Domaine du "gros œuvre". Le sujet se trouve occupé à produire quelque chose qui n'est pas véritablement un objet.

 $<sup>\</sup>boldsymbol{8}$  - Mais en entra nant parfois nombre de psychotiques chroniques à la misère ou à la mort.

<sup>9 -</sup> La maturation de chaque individu est un processus complexe qui se joue dans les contradictions entre des forces fusionnelles et des forces de différenciation. Un changement permanent s'établit entre les divers termes intrapsychiques qui constituent la personnalité et définis par Napolitani comme étant les rôles dynamiques reliés à l'incarnation de quatre pôles : l'instinct, le désir ou le besoin, l'idéal ou instance compréhensive, le Surmoi ou instance normative et le Moi ou instance coordinatrice. La même contradiction est à l'œuvre, en même temps, dans les collectifs qui sont amenés à l'accueillir, selon des liens en fait largement dominés par des mécanismes variables et mobiles d'identification et de contre-identification, rendus fixes par la prévalence des mécanismes d'identification projective. C'est dire que la loi du changement permanent intéresse tant l'individu que les organisations et institutions. Les processus de changement permanent sont en rapport avec la mise en œuvre de processus d'historicisation. Mais là aussi, aux deux ni-

sevrage. Il a l'avantage de permettre la reprise de liens et surtout d'empêcher que les gens ne meurent tout de suite. Ce qui n'est déjà pas si mal. Mais il ne pose souvent que la question de la vie et non celle de l'existence. Surtout parce que le monde médical se situe à ce niveau, celui de la vie basée sur les nécessités du besoin, et qu'il néglige luimême celui de l'existence basé sur les aléas du désir. Les messages qu'il transmet, implicitement et parfois explicitement, ferment souvent une interrogation sur la question du sujet par une objectivation trop importante (médicale ou autre). Il ne permet que rarement un abord des phénomènes de culpabilisation plus ou moins moralisants qu'il tend au contraire à renforcer ; plus, il ne favorise que rarement la mise en route d'un processus d'espoir quant à la possibilité d'un changement de situation et à ses conditions, donc d'abord un changement de perspective (chez le patient comme chez le soignant). Certains diront que tout ceci est à ce moment-là secondaire, et que l'important réside dans l'utilisation d'un réseau avec un système de demandes d'accueil lié aux conditions de la survie même. Je ne le crois pas vraiment. Je crois que la langue parlée dans un lieu déterminé modifie et surdétermine le style des demandes, et surtout qu'elle va en autoriser ou non le développement. Il est dommage, en particulier, que la question du physique et celle de la douleur ne soit pas posée à un autre niveau qu'à celui de ce corps de besoin. Il ne fait pas de doute que les psychiatres ont d'ailleurs largement laissé la place au médical sur ce plan.

Aussi importantes sont les conséquences de l'usage des stupéfiants, ce que l'on peut désigner par la "carrière toxicomaniaque". Tout cela a été largement décrit. L'important est sans doute d'insister sur le fait que ces manifestations sont la conséquence de l'usage intempestif de nombre de produits toxiques et non pas la cause de leur usage. L'hébergement s'inscrit alors dans cette nécessité de suspendre, au moins quelque temps, cette "carrière", au moins pour se reposer avant de se relancer, sauf si quelque chose vient faire arrêt ou tout au moins question. Le lien avec le monde de "l'accrochage" et des "allées et venues" sera repris plus loin.

Bien sûr, les questions liées à la tranche d'âge de survenue de la rencontre avec le produit toxique et de son usage sont importantes. L'adolescence est là en place centrale avec quelques-unes de ses ca-

ractéristiques fondamentales, dont la poussée libidinale, le changement d'objets d'investissement, la place de l'agir, etc. Je n'y insiste pas plus. Travailler activement la question de l'hébergement, du logement, chez l'adolescent peut être un moyen de faire que ce passage soit rendus moins difficile et conflictuel. D'autant que le temps de l'adolescence remet nécessairement en cause l'équilibre général des configurations familiales et sociales, au niveau de la vie quotidienne et de la culture. Permettre une certaine mise à distance peut donc être profitable. Autoriser de nouvelles rencontres éducatives et de nouveaux modèles relationnels aussi. Mais faut-il encore insister que l'adolescent va trouver ces nouveaux modèles identificatoires ailleurs que chez ses parents et ailleurs que chez ceux qui ont pour mission de les remplacer ou qui le croient ainsi?

Il est clair que souvent la problématique adolescente vient pour nous se confondre avec la problématique toxicomaniaque. De plus, on a parfois l'impression que nombre de jeunes que nous recevons n'ont pas encore commencé leur travail d'adolescent et qu'ils ont été précipités directement dans des expériences qui ont dépassé largement leur capacité de gestion. Enfin, les relations établies avec les jeunes accueillis sont nécessairement complexes : en particulier, elles mêlent des aspects qui font référence à l'enfance (dépendance, idéalisation, etc.) et d'autres qui référent aux mouvements de l'adolescence (recherche d'autonomie et d'investissement d'autres modèles, opposition, etc.). Il est parfois difficile de se situer "au bon endroit".

Enfin, la question de la psychopathologie préalable à la rencontre avec le toxique est essentielle pour aller dans le sens de fréquentes nécessités de l'hébergement. Et cette psychopathologie n'est pas qu'individuelle. Elle concerne souvent également les groupes et institutions qui accueillent l'individu ou qui devraient l'accueillir. Sans doute fautil rappeler avec Lekeuche que "le produit ne joue pas le rôle d'un antidépresseur comme s'il y avait déjà une dépression quoique rendue latente, mais le produit permet surtout d'éviter la dépression, de rester en deçà des possibilités dépressives ou de la position dépressive" <sup>3</sup>.

On connaît bien nombre de cas de ces jeunes qui ont dû affronter et ingurgiter directement des doses massives de violence, de rejet, de séduction sexuelle, etc., avant leur rencontre avec le toxique. On connaît nombre de ces jeunes qui ont été, dès leur entrée dans l'adolescence, ou même souvent

avant, confrontés à des affects dépressifs intenses, chez eux tout autant que chez leurs proches. On connaît nombre de ces jeunes qui ont été confrontés indirectement à des scènes répétitives de violences et d'agression, d'un parent ou des deux entre eux, d'un parent avec ses propres parents ou avec un des aspects particuliers de la société ; violence où ils ont été pris le plus souvent à témoin. Parfois même, on connaît des cas où un des parents, quand ce n'a pas été les deux, n'a pu servir de modèle d'identification tant la folie les envahissait, folie déclarée officiellement ou folie déjà traitée par une rencontre plus ou moins idéalisée avec un toxique..., ou cachée derrière un choix sexuel ou professionnel complètement pathologique... Cette folie de l'autre peut rendre fou n'importe qui 10.

Galasse nous dit que "le contact-au-monde est une affaire d'accueil, de constance et de langage, avec en toile de fond l'enjeu de vie ou de mort" (13). Sandor Ferenczi, en particulier, souligne l'importance de "l'enfant malade qui souffre au cœur de l'adulte" et que "être un hôte (non) bienvenu dans la famille décide du (dé) goût à vivre". Jean Melon déclare que la retrouvaille du contact "ne peut advenir qu'au terme d'une révolution où l'enfant humilié, osant dénoncer l'hypocrisie des adultes, analyste inclus, affirme quelque chose comme le bonheur d'être innocent d'être vivant".

La majorité de la population que nous recevons a comme ça des histoires incroyables. Mais sans doute, le fait que nous puissions les croire et les écouter, de façon vivante, c'est-à-dire avec une charge émotionnelle qui peut alors se partager tout en restant différenciée, fait-il partie de la question de l'hébergement et du dispositif de soin. J'y reviendrai. Parce que nous les entendons dans un cadre particulier qui en même temps mobilise toute une série de fantasmes.

Ici, la nécessité de l'hébergement prend un autre sens. Ferenczi à nouveau, face à des cas d'enfants maltraités dès le début, ou des cas qui ont été traités avec enthousiasme, voire avec amour passionné, et qu'on a laissés tomber ensuite, pose comme indispensable de proposer une phase de traitement particulière : "on doit laisser le patient faire pendant quelque temps, comme un enfant... Par ce laisser faire, on permet à proprement parler à ces patients de jouir pour la première fois de l'irresponsabilité de l'enfance, ce qui équivaut à introduire des impulsions de vie positives et des raisons pour la suite de l'existence. C'est plus tard seulement que l'on peut aborder, avec prudence, ces exigences de frustrations qui caractérisent par ailleurs nos analyses" (14). En somme, l'hébergement comme une préparation au traitement.

## Changement et thérapeutique

On peut aller encore plus loin en défendant l'idée que l'hébergement peut prendre une part importante dans le soin lui-même, dans une optique thérapeutique, dès lors qu'il est intégré dans un dispositif complexe. J'ai déjà eu l'occasion de présenter quelques écrits à ce sujet ". Je ne reviendrai donc que sur certains des points déjà soulevés et sur l'analyse descriptive d'un dispositif particulier. Je tenterai davantage quelques essais sur les raisons qui me font tenir cette position. Ces raisons ont à voir avec la situation tenue par le sujet toxicomane, que les éléments visés réfèrent à un temps antérieur à la rencontre avec le toxique ou qu'ils soient apparus comme liés à sa prise.

#### Soin et thérapeutique

Certes, il convient d'abord de revenir sur ces concepts de "soin" et de "thérapeutique". Ces deux concepts sont en effet utilisés sans cesse, ici même, sans repérer un minimum de définition. Le soin peut sans doute se situer dans un espace qui dépasse le sanitaire, alors que le thérapeutique ne peut y échapper. Mais l'important est d'articuler les deux.

Soin vise le monde du souci, la proximité, quelque chose de la fonction maternelle. Le terme vient du francique "sunnja" qui voulait dire "occupation,

en attendant qu'elle fût à nouveau disponible. Telle autre revient chez son père à douze ans, violée par une dizaine d'hommes, complètement défaite, et ce père n'y vit rien et ne demanda rien sur l'état catastrophique de sa fille. Tel autre assista au meurtre de toute sa famille par son futur beau-frère, caché dans un placard sous l'évier... J'en passe et vous en connaissez également peut-être des pires... 11 - Tosquellas J. Réflexions sur les nécessités d'un dispositif institutionnel complexe dans l'accueil et le soin de sujets toxicomanes. Non publié, 1994 / Promenades, provisoires, en toxicomanie. Non publié, 1999 / Promenades, provisoires, en toxicomanies, accueil d'aujourd'hui (suites). Non publié, 2000.

<sup>10 -</sup> Ainsi, tel jeune avait-il écrit une lettre à sa mère pour lui dire qu'il était son fils et qu'il désirait reprendre contact avec elle. La lettre revint, toujours cachetée, avec écrit sur l'enveloppe, de la main de la mère, "n'habite pas à l'adresse indiquée", et à l'intérieur de l'enveloppe, sur la lettre du fils, des mots durs de rejet et de haine. Telle autre, est-elle mise régulièrement dans le lit de son père, alcoolique, par une mère folle. Il faut dire que cette mère avait rencontré ce père alors qu'elle venait d'être virée par son mari et qu'elle cherchait un pied-à-terre pour elle et sa fille aînée. Le prix à payer fût sans doute, au moins, la conception de cet enfant. Bonjour le désir... Telle autre, dès son plus jeune âge, accompagnait régulièrement sa mère chez ses amants ou dans ses virées en boîte de nuit. Tel autre venait chercher sa mère dans les bars et dormait, tout petit, sur les sièges,

souci" et dont le verbe a dérivé vers "s'occuper de, se soucier de", d'où "soigner" et "soin". Pour mémoire, le composé "besunnjon" a donné "besogner". Au-delà, le terme à donné plusieurs dérivés intéressant à citer dans le travail avec des personnes dépendantes : "avoir soin de", "consacrer ses soins à", "travailler dur", "avoir souci de", "être en manque de" et "besoin". "Besogne" reste très voisin.

Soigner a voulu dire aussi "conseiller", "avertir" et enfin "s'occuper de", "tenir propre" et alors "on soignait un enfant" ou "les bêtes". Aujourd'hui, c'est "s'occuper de rétablir la santé de quelqu'un, s'occuper de guérir un mal". Je n'insisterai pas sur le : "il faut te faire soigner"... on a compris que je veux dire que "tu es fou !", ni sur le nécessaire "il faut soigner ta forme !" ou encore sur "attends, je vais te soigner !", c'est-à-dire "je vais m'occuper de toi, te battre ou te voler !". Parfois il convient même de "soigner ses entrées".

"Therapeutikos" a donné "qui prend soin de" et ce qui est "relatif aux soins qu'on prend". Il dérive de "therapeutikê", "l'art de prendre soin de quel-qu'un", qui dérive lui-même de "therapeuein", "prendre soin de", "servir", "prendre soin d'un malade", mais aussi "être le serviteur, l'écuyer (d'un

guerrier)". Ce dernier terme vient de "therapon" : "écuyer, serviteur". On sait que les "Therapeutês" ("serviteur", "adorateur") désignaient des ascètes juifs qui vivaient près d'Alexandrie. Certains disent que le travail de ces ascètes était surtout de traduire des textes. "Therapon" dériverait peut-être de

"therapné", à savoir "demeure", ce qui serait intéressant dans un propos sur l'hébergement.

Le mot thérapeutique voudra dire d'abord : "la partie de la médecine qui étudie puis qui applique les moyens de soigner les maladies". Puis devenir "l'ensemble des moyens de traitement convenant à un cas particulier".

"Therapeia" a donc donné "traitement". "Therapeutês", "serviteur" et "soignant". Il ne fait pas de doute que "thérapeutique" indique aujourd'hui l'idée d'un traitement médical. Cependant "thérapeute" s'est très vite spécialisé dans un contexte psychologique et renvoie aujourd'hui à psychothérapeute. Il vise alors la transformation du sujet, grâce à la promotion de ses dires et à leur traduction, dires (verbaux et non verbaux) adressés à un ou à plusieurs autres dans un contexte particulier.

Certainement, le classique article de Racamier estil ici à citer (15). Il différencie soins et traitements. "Les traitements ne s'entendent pas sans qualificatifs (psychothérapique, chimiothérapique, etc.), et désignent donc des méthodes thérapeutiques définies. Le traitement d'un malade réunit l'ensemble formé par le soin et elle ou (et) telle application thérapeutique".

"Le soin peut se définir... comme l'ensemble des précautions prises pour la conservation et la santé du malade". Il "représente en somme ce qui étaie ou ce qui cimente les traitements qualifiés". Les soins sont indispensables dès lors que le traitement d'un patient ne peut plus être "contenu dans les limites de l'application d'une méthode", comme avec la psychanalyse typique. Et "la notion du soin est donc inhérente à la prise en charge institutionnelle". Pour Racamier, le soin n'est pas une thérapie proprement dite et il conviendrait de ne pas désigner sous le vocable de thérapeutique ce qui revient aux soins (travail et activités, relations avec les familles et le milieu social, relations dans l'institution, etc.). Inversement, il faudrait dénoncer "l'usage abusif d'étiquettes thérapeutiques", comme par exemple celle de psychothérapie. Le problème n'est pas de séparer ces deux champs,

> mais de les distinguer pour les articuler. La première véritable distinction à faire est bien celle entre les "soins vivants" et les "soins morts". Racamier étudie ensuite une liste des caractéristiques des soins aux psychotiques. Je vous en donne les titres :

- "Le soin, quel qu'il soit en fait, a

toujours une nature psychologique" (le soin est, par exemple, dans la manière de donner les médicaments).

- "Il passe toujours par des objets concrets, lesquels ont une existence propre, quelle que soit l'importance qu'ils prennent, ou dont ils sont privés, aux yeux du sujet".
- Le soin institutionnel "se déploie en cercles concentriques autour du malade, à une certaine distance (au moins en apparence) de sa personne. Il en résulte qu'en certains cas, sans cesser de concerner le malade, ce n'est pas sur lui personnellement que le soin se porte (et l'on ne saurait en dire autant d'un traitement proprement dit)".
- Le soin "s'adresse au Moi du sujet" (parce que "l'économie psychotique n'est aucunement autonome et qu'elle n'est pas une économie de com-

promis"). Au maximum il assure la "suppléance des fonctions du Moi", d'une façon précise, non impersonnelle. Il est aussi "incitation du Moi". Enfin "il est garant".

- Le "soin consiste donc bien à sauvegarder la vie physique et mentale du malade".

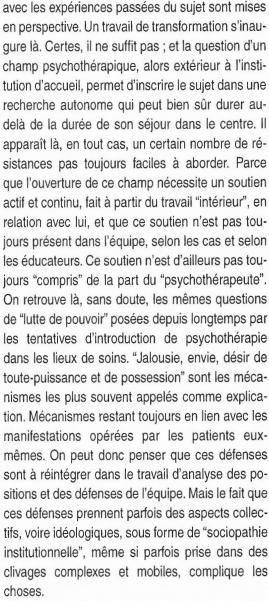
Une autre différence est à pointer entre soin et psychothérapie. Avec le soin, nous sommes face à des processus conscients et préconscients. Il concerne les fonctions dites autonomes du Moi (et non les mécanismes de défense du Moi). Il s'intègre dans une relation polyvalente (et non dans une relation purement transférentielle). Il ne se produit pas strictement dans le secret d'une relation singulière, même si la relation reste singulière ; le soin est dans une "communication délibérée avec un ensemble de personnes concernées dont le réseau constitue le champ de soin". Il se produit dans un "espace social qui garde sa densité propre". Il n'est pas dans une "référence fondamentale au passé vécu du patient (au moins dans l'esprit du psychothérapeute)", mais "dans l'actualité du concret quotidien", dans la réalité psychique et dans la réalité extérieure. Il ne se déroule pas dans "une dimension essentiellement fantasmatique", mais dans une "considération certes non exclusives et non agressives, mais jamais négligée ni escamotée, de la réalité d'autrui et du monde en ce qu'elle a d'irréductiblement propre". Il n'utilise pas de façon prévalente les interprétations, mais plus des interventions directes, qui sont "confrontations", etc.

En somme, dans le contexte institutionnel, les intervenants et l'organisation ont une "réalité propre" et ne sont pas qu'occasion de mécanismes projectifs. Bien évidemment, ajoute Racamier, si le soin a les qualités psychologiques soulignées, il vient prendre d'emblée et en même temps des "vertus psychothérapiques".

L'essentiel réside sans doute dans le fait que le soignant "se montre à la fois capable de sentir comment le malade est dans l'instant, et ce qu'il est capable de faire ou de devenir". Ce qui peut ouvrir à des projections de la part du soignant également, au moins parce qu'il est vivant, ce qui ne devrait pas nous faire peur. Mais on peut supposer, voire exiger, que celles-ci soient quelque peu analysées au cours de ce que l'on peut appeler nécessité d'analyse permanente dans le travail de l'équipe.

Je ne suis pas d'accord avec tous les énoncés de Racamier. En particulier, je pense que l'éducateur référent, dans le centre de post-cure où j'interviens, ne fais pas que restaurer les fonctions du Moi des patients accueillis. Il ne reste pas, pas

plus que les autres membres de l'équipe, mais avec des variations individuelles il est vrai, dans la confrontation avec la réalité. Un véritable travail de mise en lien de la réalité actuelle, celle qui surgit des aléas de la vie quotidienne,



Mais il faut le dire et le répéter, le plus important est de situer les différents plans, ceux des soins, ceux du thérapeutique, voire ceux du psychothérapeutique. Ils permettent l'établissement d'une tablature interne qui autorisera une dimension contradictoire et polyphonique. Dans les centres de post-cure, un autre plan apparaît, celui de l'éducatif. Il prolonge manifestement le plan des soins tout en permettant une prise de distance par rapport à lui.

## Évitement de la douleur ou de la souffrance

Il convient pour la démonstration de partir du fait qu'au niveau individuel le produit toxique possède une place de fonction d'évitement d'une douleur et d'une souffrance. On sait que le toxique n'occupe pas vraiment la place d'objet de plaisir inouï qu'on veut bien lui donner, surtout dans l'imaginaire et le leurre, y compris dans celui du toxicomane qui y croit parfois ou qui veut y faire croire 12. On a quelques idées sur la place du produit toxique dans l'évitement de la question sexuelle de l'adolescent, venant parfois prolonger celle de l'enfant en rapport avec les désirs incestueux, les siens comme ceux du parent ou de celui qui est place de parent, désir parfois agi, en tout cas souvent organisateur des relations.

#### Régression

Il ne fait pas de doute que, particulièrement dans les centres d'accueil et de traitement recevant des personnalités addictives et comportant un hébergement, la structure du dispositif proposée vient provoquer nécessairement un mouvement de régression psychique (et sociale), quelles que soient les orientations techniques ou idéologiques du lieu. Un internat, souvent dénommé "foyer", des règles (contractuelles) qui isolent et protègent le groupe du monde extérieur, un mode de vie communautaire, un petit groupe avec des éducateurs proches et attentifs, situés sur l'axe compréhensif-normatif, ... en sont les éléments les plus évidents 13. La régression est alors "retour au contact, retour aux fondements pulsionnels", à ce lieu où "tout est dans tout de manière mobile" (13). La répétition devient plus importante que la remémoration. Et c'est bien sur la répétition qu'il conviendra de travailler pour en permettre sa transformation en "reconstruction en souvenir". On voit le lien qui est à faire avec la question du cadre, dès lors que celui-ci est conçu, selon Bleger, comme "la compulsion de répétition la plus pure, l'élément confusionnel Moi-corps-monde le plus archaïque", lieu où se déposent des investissements pulsionnels infantiles (16). La régression est "maniement de la cont-activité" (13).

La réflexion s'enchaîne alors aisément :

- Cette régression vient justement stimuler la formation de ces fantasmes.
- Par ailleurs, le toxicomane, que ce soit d'une façon primaire ou secondaire, en rapport avec l'usage répété de produits toxiques, a des difficultés à élaborer ces fantasmes.
- Enfin, leur apparition est indispensable à la maturation et au développement de toute personne. La difficulté va résider ici dans les liens entre les fantasmes et la réalité, certes parce que la question est toujours difficile, mais aussi parce que nous risquons d'être pris émotionnellement dans l'affaire, en somme de nous accrocher. C'est bien connu, le toxicomane pousse l'analyste à deux positions contre-transférentielles extrêmes :
- soit il est "contraint d'incarner un Surmoi persécutif" (projection agressive dans l'espace du transfert),
- soit il prend une attitude de protection et de sollicitude excessives (projection des pulsions de vie sur l'analyste qui prend ainsi la question de la survie du patient entre ses mains).

#### Mobilisation des fantasmes originaux

On ne peut passer sous silence les réactions émotionnelles que les scènes traumatiques racontées par les jeunes que nous accueillons, avec plus ou moins de pudeur, déclenchent en nous <sup>14</sup>. Ces dires, en tout cas, reposent sans cesse la question de la réalité du traumatisme subi et de ses effets directs ou indirects. Et c'est bien aussi la question des fantasmes originaires qui est croisée, c'est-à-dire une tentative fondamentale et indispensable de "mise en forme de l'expérience de l'homme, non au niveau cognitif mais au niveau existentiel" (1). Cette question des fantasmes originaires peut permettre d'alimenter la réflexion sur l'hébergement.

Parler de fantasmes originaires impose alors de faire des distinctions puisque l'on sait qu'ils sont au moins au nombre de quatre. Je le ferai ici en empruntant en particulier à Jacques Schotte et à quelques autres de l'École de Louvain.

<sup>12 -</sup> On peut même penser que "le toxicomane se situe résolument au-delà du principe de plaisir..., dans la jouissance..., dans le sens précis où l'investissement de la limite se substitue à l'investissement de l'objet ; limite entendue comme déjà ruinée, à repousser toujours plus loin par l'agir" - voir (11) -.

<sup>13 -</sup> On peut opposer sur ce point ces structures avec d'autres structures, comme les "appartements thérapeutiques" par exemple : ceux-ci verront d'abord le plus souvent un mouvement de renforcement narcissique du sujet accueilli, lequel se sent devenir comme les autres personnes. Il s'agit bien sûr

d'une illusion et le travail devra obligatoirement porter sur cet aspect.

14 - Horreur motivant parfois un rejet. Horreur motivant parfois un mouvement de fascination. Inhumanité. Innommable et même pas inimaginable. Sadisme. Morceaux de corps. Sensations éparses. Jouissance inacceptable... Mais dans tous les cas, rappel de notre propre enfance, dans sa réalité même parfois, plus souvent dans les reprises fantasmatiques personnelles, reprises mises en mouvements toujours et à chaque fois par la rencontre avec un jeune souffrant qui tente d'organiser des méthodes de survie.

 J'insisterai davantage sur le premier de ceux-ci. On peut évoquer, avec la toxicomanie, le fantasme du retour au sein maternel, du désir de revenir à l'indistinction primordiale, avant la vie (ce qui n'est pas équivalent de la mort). L'angoisse de détresse primordiale (angoisse d'être abandonné) lui est liée, lot de tout enfant qui vient de naître, incapable de survivre, impuissant et incapable de fantasmer. Nous sommes dans le registre du contact, "ce par quoi nous prenons part au mouvement général de la vie avec ses alternances". Ce registre est relatif à la question de l'origine de la vie, à la différence entre la vie et la "non-encore-vie". Y domineront les réactions cycliques en rapport avec les "alternances primordiales de la participation au mouvement de la vie", c'est-à-dire ce qui se joue autour du mouvement de retour ou d'expulsion et autour du pôle activité-passivité, autour de "la stase et de la base"... Ces alternances se manifesteront toute la vie, dans tout ce qui est cyclique, les saisons, le jour et la nuit, le repos et la mobilité, etc. Elles renvoient également "à la marche et à la démarche de l'existence", au "rythme de la vie et de la mort". La dialectique correspondante est celle des allées et des venues.

Ce registre du contact se situe en deçà des différences de qualité, telles qu'elles se marquent dans la constitution de l'objet. À ce stade, il n'y a pas encore d'objet, même pas d'objet maternel, mais, bien qu'il n'y ait pas encore de sujet pouvant s'opposer à un objet, c'est la première forme de vie "subjective", la première forme d'individuation, en tant que "foyer d'activité" (où l'activité est d'ailleurs largement intriquée à la passivité).

Jean Melon nous indique que les jeux des enfants se produisent souvent à ce niveau du contact (alors qu'ils ne jouent pas encore au niveau sexuel) : ainsi le "jeu de la bobine" peut-il être réinterprété en ce sens. "Cette bobine ne représente pas du tout l'objet perdu, la mère ; la bobine, dans ce jeu, permet à l'enfant de se relancer dans un fonctionnement anobjectal, dans l'alternance des mouvements d'allées et de venue pure et simple". Ce fantasme est en rapport avec le traumatisme de la séparation et renvoie au traumatisme de la naissance, du sevrage et à tous les événements qui "marquent l'éloignement irréversible du flux éternel de la vie et la marche à la mort". La forme du désir sous-jacente est celle du plaisir.

En psychopathologie, le champ des perturbations maniaco-dépressives et de la psychopathie apparaît, dont la toxicomanie.

Cette problématique du cyclique n'est pas inintéressante dans les dispositifs d'accueil complexes, puisqu'il conviendra d'y articuler, de façon concrète, les espaces qui se prêtent aux rythmes mêmes de la vie : des espaces du sommeil et des rêves, espaces privés et personnels où tous les autres ne sont que des créations du dormeur, à celui du réveil et de la rencontre de son corps, de ses pensées et des autres, d'abord dans les espaces domestiques et familiers, de type maternel, rencontres prolongées par un déplacement vers des espaces organisés autour du faire dans des espaces de type paternel centrés sur les lois de la matière et de l'activité. La rencontre de cette dialectique est fondamentale dans la recherche d'un changement de la personne souffrante. Elle n'est pas que réadaptation ou apprentissage, mais bien plus organisatrice des instances psychiques ellesmêmes dans leur aspect le plus basal. Ces articulations rejoignent finalement celles de la fonction maternelle et de la fonction paternelle dans le tissu social et institutionnel lui-même. La régression indiquée est inclue dans "le désir de changer d'état". Le patient "soutient un rythme". "Il va et vient". Entre les lieux maternels et les lieux paternels. À certains moments pour "vivre". À d'autres pour "faire". À d'autres encore, pour "simplement dire", particulièrement lors de la rencontre avec le référent. Il va bien évidemment tenter de modifier ces espaces et ces temps pour les intégrer dans son exigence de réponses immédiates.

Il faut insister sur l'arrière-fond de la guestion. On le sait : le toxicomane "évite la médiation, la temporalisation, la lutte en vue de la satisfaction. Il vit dans la sphère de la sensation, dans l'instant, dans l'immédiat, dans le non-médiatisé". On y retrouve nécessairement : "la répétition, le fait de ne pas savoir s'arrêter de produire de la prise", la "perte du Moi qui finit par se dissoudre dans ses prises et par tomber dans le trou de la base", le fait que "la prothèse maniaque, qui soutenait le Moi, devient autophage, ne remplit plus sa fonction de soutien et se détruit elle-même en emportant le Moi". La toxicomanie est une maladie cyclique, où "le temps se boucle sur lui-même, alors que les maladies du registre éthico-moral (hystérie, épilepsie, névrose obsessionnelle, névrose phobique) font intervenir une chronologie qui inclut la limite absolue, à savoir l'horizon de la mort". Le cycle de l'intoxication est déclenché avant même l'incorporation du produit 15. La racine commune de toxicomanie est une "tendance pulsionnelle" qui pousse à la fusion, "à faire du Un, à réaliser l'union duelle".

• Les trois autres fantasmes originaires que l'on peut ensuite décrire ne concernent pas la toxicomanie directement, mais leur repérage dans le développement des soins devrait prendre un grand intérêt.

On rencontrera le deuxième fantasme originaire nécessairement dans les aléas du suivi d'un toxicomane, selon le développement de son existence. D'autant plus chez les adolescents et jeunes adultes qui forment une grande partie de notre clientèle. Et même si le toxique a eu pour effet d'évacuer la question sexuelle. Les questions de la sexualité dans les centres de post-cure, questions souvent difficiles et traitées parfois uniquement sous l'angle répressif, ont là peut-être quelques éléments de réflexion à puiser afin d'intégrer l'apparition de ce type de rencontre humaine dans le soin.

Ce deuxième fantasme originaire, c'est celui de la séduction avec alors une angoisse de perte d'objet. Ce registre a affaire certes à la sexualité, mais pas uniquement. Il concerne également l'agressivité, particulièrement en rapport avec les rapports de domination et de soumission. Encore une occasion de réflexion sur les centres de soins, lesquels ne sont pas exempts de questions et de difficultés à ce sujet. En tout cas, dans ce fantasme de séduction, la place du sujet n'est pas déterminée : il peut occuper en effet une place aussi bien qu'une autre. La dialectique correspondante est celle des avances et des reculs. Le traumatisme de la perte d'objet sera réactivé "chaque fois que l'objet désiré échappe à la prise". La forme du désir sous-jacente est celle de la jouissance. La psychopathologie donnera ici les perversions. "L'autre" est alors extérieur, "sous la forme d'une gestalt" et non plus sous la forme d'un "foyer d'activité" comme dans le fantasme de retour au sein maternel. "Le centre d'existence personnel, en train de se former, n'est pas encore intérieur au

"sujet" (il n'y a pas encore de sujet proprement dit) mais lui demeure toujours extérieur".

Le troisième fantasme originaire est celui de la scène primitive. Il est en rapport avec la différence des générations. Il se trouve chez tout le monde en position centrale dans la dialectique pulsionnelle appelant à traiter les affects qui vont y surgir soit d'une manière "régrédiente" (vers l'univers maternel), soit d'une manière "progrédiente" (vers un univers qui tient compte du "signifiant paternel"). Dans cette scène qui se joue fondamentalement avec trois sujets en présence, l'enfant est exclu de ce que font les parents. Par là, il devient sujet de la Loi qui renvoie à la question de la punition et de la faute (angoisse de conscience ou de punition), au domaine éthique et moral. Le sujet est dès lors constitué comme sujet de la Loi. Interpellé par la Loi, il doit prendre une position. Il peut s'y soumettre, s'ériger en contradicteur ou s'immiscer entre les deux partenaires... C'est que la survenue de ce fantasme est accompagnée certes d'une classique poussée libidinale, mais aussi par la survenue d'affects de rage et de surprise, affects qui vont autoriser la mise en perspectives de positions diverses, dont le voyeurisme (le spectateur restant face à la scène) ou l'exhibitionnisme (le spectateur interrompant le coït parental, et devenant lui-même le centre de ce que père et mère sont amenés à voir), ou encore le retrait silencieux (où le spectateur risque de se transformer en spécialiste de la facilitation de la relation d'autrui, en s'oubliant luimême plus ou moins).

La dialectique ouverte est celle des entrées et des sorties. Y dominent les réactions paroxystiques et les crises, c'est-à-dire une protestation contre la Loi. Le traumatisme lié à la différence des générations sera réactivé "par tout ce qui rappelle l'hétérogénéité des statuts de l'enfant et de l'adulte, caractéristique du drame œdipien". La forme du désir sous-jacente est ici la béatitude. Le champ des névroses s'ouvre là.

Il faut insister sur le fait que, dans le centre de post-cure, ce fantasme vient figurer une problé-

L'image de la greffe qui prend ou ne prend pas peut également être évocatrice... Cette prise normative peut se crisper sur elle-même, s'accentuer, s'exacerber, voire s'isoler et jouer pour elle seule, virant ainsi à la pathologie ; la prise se transforme alors en accrochage ; du verbe "prendre" on passe au verbe "s'accrocher". Il arrive même, lorsque la tendance m+ s'accroît quantitativement dans la démesure, que la prise s'emballe sur elle-même, se "passionnalise" à l'infini. Dans une sorte de cercle vicieux, la prise alimente sa propre source, elle fait boucle sur elle-même... Le sujet ne sait plus s'arrêter de produire de la prise" (voir ³).

<sup>15 - &</sup>quot;Considérée sous l'angle de la normativité, la tendance pulsionnelle m+, c'est la tendance à prendre". L'accent est plus mis sur le verbe prendre que sur l'objet de la prise. "La tendance m+ traduit l'action pulsionnelle d'une prise première du "pré-sujet" sur son monde et de ce monde sur le "pré-sujet" qui prend. On pourrait dire que "ça prend prise" dans le même temps que cette prise "prend", le "pré-sujet" et son monde propre prenant par là, l'un avec l'autre, une première forme de consistance. Le langage ordinaire utilise des locutions comme "prendre contact", "prendre pied", "prendre tournure", "prendre racine" pour évoquer cette primordiale prise de présence au monde.

matique complexe et variable : il est souvent au premier plan chez les membres de l'équipe face aux dires de certains sur les traumatismes qu'ils ont subis. En effet, les scènes racontées, souvent directement sexuelles ou en tout cas à connotations sexuelles, font revivre à chacun, certes l'horreur, mais aussi l'expérience d'exclusion et les fantasmes correspondants qui ont marqué sa propre vie. Chacun est donc conduit à chercher à nouveau, pour lui-même, des mécanismes de défense. Collectivement, des relais sont assurés par le groupe dans la mise au point de ces défenses, sous la forme de représentations plus ou moins théoriques ou parfois idéologiques.

Dernier fantasme originaire, celui du fantasme de la castration. C'est alors la question de la différence des sexes qui est posée. L'angoisse de castration y domine. Nous avons affaire, non plus à des cycles ou à des crises, mais à des processus, c'est-à-dire: "Quelque chose qui est en marche et qui ne repasse jamais par les points qui ont été traversés". La question est bien plus celle de l'intégrité narcissique que celle d'en avoir ou pas, soit la dialectique de l'ouverture et de la fermeture. En sommes, la même dialectique que celle de l'ipséité et de l'altérité.

Le traumatisme de la différence des sexes sera réactivé par les questions mettant en mouvement le "paradigme de l'incomplétitude narcissique, pierre d'achoppement de l'identification". La forme du désir sous-jacente est ici celle du bonheur. La psychopathologie va aller vers la psychose et la schizophrénie. "Le psychotique a le sentiment d'être vécu à l'intérieur de lui-même par un autre que lui, d'être ouvert à tous les vents, de ne plus arriver à se fermer. Les syndromes catatoniques constituent une réaction en sens contraire ; ils présentent les symptômes d'une extrême fermeture, par laquelle on se protège d'une totale ouverture" 16. En-dehors de la pathologie, dans des formes d'expression culturelles, on retrouve des aspects de cette dialectique avec le fait que chaque homme peut devenir le cosmos (fonction paranoïde, fonction d'inflation qui peut aller vers le "Tu es tout") 17.

Je cite également ces trois autres fantasmes originaires parce qu'il y aurait grand intérêt à repérer dans le travail les moments de leur surgissement et la façon dont ils tentent d'être élaborés, à la fois individuellement et à la fois collectivement. Ils indiquent l'apparition de la problématique sexuelle, celle de la Loi et celle de l'organisation du Moi. Je ne peux qu'insister encore une fois sur la place essentielle de ces fantasmes dans la progression des phénomènes maturatifs chez tout un chacun et encore plus chez ces personnalités addictives que nous avons charge d'accueillir et d'accompagner. C'est que les fantasmes originaires sont entre eux comme "les éléments d'une série homogène et finie", "ils sont imbriqués les uns dans les autres - le tout formant une structure - dans un ordre de complexité croissante témoignant d'un principe de hiérarchisation". Ce principe de hiérarchisation est à envisager d'une façon logique et non pas selon un quelconque principe de valeur. Je ne peux qu'insister encore une fois sur le fait que le type de dispositif proposé se doit donc de stimuler la formation de ces fantasmes et leur élaboration surtout quand ils sont en panne et remplacé par l'agir.

#### Passage à l'acte. Le cirque n'est pas le théâtre

Avec l'usage du toxique, le fantasme originaire de retour au sein maternel serait réalisé en permanence, tout au moins de façon cyclique. Ce fait marque fondamentalement la "nouvelle personnalité" de l'individu. Comme le dit Kinable que je vais citer longuement (17), le monde est celui du passage à l'acte, c'est-à-dire, celui d'une dramatisation qui n'est pas une théâtralisation, mais qui reste bien plus proche "des jeux du stade ou de l'arène". La métaphore du cirque est plus adéquate que celle du théâtre. "La piste est l'espace de réalité, investie en elle-même et pour elle-même, non point transformée (transportée ou transposée en/sur scène) ni espace déréalisé comme au théâtre ou pour les besoins d'un jeu... La réalité y est sujette au jeu d'un plaisir et d'une puissance auxquels il n'est rien d'impossible...". L'univers est celui de la

est au départ, c'est la psychopathie... et le normal n'est évidemment nulle part".

17 - Alors certes, on pourrait alors avancer que tous les enfants seraient légitimement et inévitablement maniaco-dépressifs et psychopathes, alors que les pubères et les adolescents seraient plutôt pervers et névrosés et que seuls les adultes pourraient être schizophrènes. Ce qui ne fait pas beaucoup avancer sur les liens entre adolescence, psychopathie et toxicomanie.

<sup>16 -</sup> Le fait qu'il existe une perméabilité totale entre un dedans et un dehors peut faire penser que la psychose n'est pas le fait d'une régression à ce qu'il y a de plus primitif dans l'homme. "La schizophrénie ne présente des formes tout à fait primitives de l'existence qu'au moment où se passe sa "psychopathisation", c'est-à-dire une certaine façon de régresser secondairement : celui qui aspire au plus haut, celui qui est confronté au problème le pus élevé, peut retomber au plus bas... Ce qui

rêverie et de l'omnipotence du désir. Ici, il n'est pas question de représentation de ce qui est impossible de présentifier, c'est-à-dire sa propre mort. Il n'est pas possible par là de maîtriser et de symboliser les traumatismes du passé. Le passage à l'acte va jusqu'à définir un "véritable mode : modèle de vie". "La vie des pulsions se fait acte dans la psychopathie plutôt que verbe comme dans la névrose et la psychose, plutôt également que chair comme dans la somatisation" (17).

lci rien d'impossible pour la réalité dans le jeu du plaisir et de la puissance. Il s'agit de se "jouer des lois de la réalité". Il convient certes de jouer un certain jeu. Le verbe jouer sur scène prend un sens transitif: il s'agit de "représenter, de prendre une position, de remplir une fonction, et cela dans une proximité toute particulière avec la volonté d'imiter". Jouer est également proche de simuler. Sur piste, le sens de jouer devient soit intransitif avec une préposition (jouer de, avec ou sur), soit pronominal (se jouer de toute loi). L'activité donne l'apparence d'être un jeu alors qu'on y joue "pour de vrai". La mort n'est pas jouée, comme celle d'un personnage au théâtre. Se jouer de la mort par une réalisation, "par une réalisation de force de l'imaginaire", par la pratique d'un risque mortifère.

Le théâtre fonctionne comme fiction en se fondant sur un système de conventions d'ordre symbolique. Il y a différenciation et articulation en son sein des registres du réel, de l'imaginaire et du symbolique. En somme, le lieu de l'action, dans l'imaginaire, est constitué sur une "autre scène". Au cirque, inversement, l'imaginaire se réalise. L'autre scène coïncide avec le réel. Le cirque du passage à l'acte psychopathique "introduit dans le monde de la réalité la preuve que l'on peut ce qui n'est donc pas purement imaginaire, impossible, interdit, irréaliste et irréalisable... L'acte pourvoit à une réification de l'imaginaire et "l'incorporant" à l'ordre du réel, il confère réalité au fantasme, à la fantaisie de mon désir".

En somme, sur la piste, le jeu avec la mort est effectif. Il n'y a pas de symbolisation <sup>18</sup>. On ne peut donc pas proposer un espace de symbolisation avant même qu'un minimum de ses possibilités soit apparu. Le dispositif se doit de faire apparaître justement ces possibilités.

#### Douleur et non pas angoisse

Geberovich (11), que je vais citer aussi longuement, ajoute que les choses ne sont pas ainsi. Le "faire" du toxicomane produit en fait un "court-circuit" au niveau même de ces "organisateurs imaginaires pré-subjectifs universels que sont les fantasmes originaires" (11). Ces fantasmes ne se réaliseraient pas en fait chez lui, pas plus celui de retour au sein maternel que les autres. Et il conviendra justement d'en permettre l'élaboration. Encore une raison du dispositif complexe, comportant hébergement.

Parler de fantasme suppose que l'on ne soit plus dans le registre de la sensation, mais que la fonction de figurabilité soit avancée, donc celle de la représentation. Et des différences apparaissent là entre le dépressif et le toxicomane :

- Parler de fantasme de retour au sein maternel suppose que l'on tienne compte de la temporalité. Si le dépressif est bien fixé au passé, le toxicomane reste "rivé à l'intensité insupportable d'une durée, d'un maintenant intolérable". Le seul passé qu'il constitue est celui du "premier flash", "à retrouver en acte et toujours hors d'atteinte". L'agir toxicomaniaque indique plus "une volonté de rendre insensée toute signification". "Le toxicomane n'est pas encore ou nécessairement présent... Ce qu'il met ainsi directement en question, c'est la possibilité même du sens, que du sens soit possible, sens pris à sa source, source qui n'est pas le rationnel". Ce qui surgit, "c'est la sensation exacerbée... de l'impossibilité de sens, la sensation du trou... La drogue n'est pas un objet pour la pulsion, mais elle agit plutôt à la source à la source même du pulsionnel : elle survient comme pro-

<sup>18 -</sup> Le rapport du sujet à son acte est essentiellement un rapport d'identification et d'idéalisation de soi. L'auteur s'identifie à son acte. Sujet et prédicat se dédifférencient. Et cette identification se produit soit comme aliénation au cours de laquelle le sujet est tout entier absorbé et sacrifié par son agir, soit sous une forme héroïque où il reste maître de l'action. C'est au moyen du passage à l'acte, que le "psychopathe s'identifie, se fait être (sujet) en devenant (dans la mesure, pour autant et le temps qu'il est) le héros (agent ou patient) d'une aventure ou d'exploits hors du commun... Se faire sujet identiquement à un modèle idéalisé de soi est le motif du passage à l'acte... Le Moi idéal s'impose en réalité de fait". Le pourquoi de tel acte se transforme en fait dans un "en raison de quoi ?", puis dans un "pour qui ?". Pas pour moi, mais pour le plaisir, par besoin d'agir. Ce n'est pas le besoin de l'objet qui

pousse le sujet à l'acte, mais "un besoin que JE agisse". Il s'agit de "se pousser", de "s'expérimenter", de "se faire être idéalement-héroïquement". "Le pourquoi du passage à l'acte est un acte pour qui... Et ce pour indique non seulement le destinataire-bénéficiaire, mais aussi ce sens de l'opération : afin qu'en lieu et place du sujet il y ait quelqu'un.... plutôt que personne".

<sup>19 -</sup> La douleur physique correspond à la représentation d'une zone du corps et la douleur du deuil correspond à une représentation d'un objet perdu. "La douleur psychique correspond à l'investissement "nostalgique" d'un objet de besoin absent, mais non nommable parce qu'il n'est pas constitué comme perdu. C'est dans ce sens une absence traumatique".

<sup>20 -</sup> Absence qui n'est pas liable. Il faut donc restituer à la douleur la place qui lui revient comme articulateur, entre besoin et désir, entre séparation et

thèse auto-dégradante du sens... La toxicomanie est moins une affaire de "manque" que de "trou" dans lequel tombe le toxicomane, l'homme humoral, l'homme de la marche" (6).

- L'objet de la nostalgie dépressive est abstrait, psychique, passé. L'objet du toxicomane est actuel, physique, concret. Le premier est dans la "douleur passive d'un retour impossible", le second dans le "retour actif de la douleur physique omniprésente".

On entend bien que le moteur spécifique de l'agir toxicomaniaque est en fait la douleur et non l'angoisse. Pour Freud, la douleur est l'effet traumatique de la rupture des barrières protectrices de l'appareil psychique. "La douleur est une expérience de rupture, traumatique ; la sensation (le quantitatif) y prime sur la représentation. Le déplaisir est l'investissement d'un souvenir, la représentation prime sur la sensation" (11). Est traumatique "ce qui excède les possibilités de l'appareil psychique. C'est par là que le réel fait irruption dans la réalité du sujet, celle-ci étant définie comme l'ensemble des rapports que le sujet entretient avec son milieu. Le réel, c'est donc toujours quelque chose à quoi l'on ne s'attendait pas, bien qu'on n'en ignorât nullement l'existence. C'est "l'inquiétante étrangeté" de "ce qui n'arrive qu'aux autres". Une brèche est alors creusée par où l'énergie psychique s'échappe dans le mouvement d'agitation tourbillonnaire que traduit l'angoisse" (18).

La suppression toxique diffère du refoulement : elle vise mécaniquement à supprimer la douleur. Le toxicomane "n'a pas les moyens nécessaires pour constituer le déplaisir en tant que tel comme barrage à la douleur traumatique ; il en est réduit à l'auto-suppression toxique. La recherche du flash est bien une tentative d'inscrire psychiquement une sensation se substituant à l'impossibilité de représenter". La douleur psychique se caractérise par une impossibilité de représenter ce qui la cause <sup>19</sup> et le flash est un "tenant lieu de représen-

tation". La douleur n'est pas liée à la perte mais à l'effet traumatique d'une absence. Elle est la première inscription de l'absence, la première marque du physique <sup>20</sup>.

Dans la toxicomanie, il y aurait un "trouage" dans la barrière des pare-excitations dont l'effet est spécifiquement la douleur. "Le toxicomane tente de maîtriser en acte ce qui n'est pas fantasme mais trou". La douleur (traumatique) est différente de l'angoisse pour la perte de l'objet. À la différence de l'angoisse, la douleur n'est pas métabolisée par la production fantasmatique, mais elle est supprimée auto-orthopédiquement à l'aide d'un produit 21.

Cette douleur vient faire partie en fait à des traumatismes précoces, non accessibles à la remémoration, ceux qu'évoque en particulier S. Ferenczi : un choc est inévitable entre le langage de l'enfant (amour) et celui des adultes (passion). L'enfant subi par là un "viol", et il ne peut s'en sortir qu'au prix "d'introjecter ce viol qui aboutit à la transformer en adulte incapable d'aimer" (19). Ce traumatisme se produit peu après le premier traumatisme, celui de "la séparation et de la naissance" qui ouvrira vers l'angoisse d'abandon. Les traumatismes futurs viendront redoubler ce traumatisme fondateur : le même mécanisme d'incorporation de l'agresseur continuera d'agir : "C'est pour ne pas perdre l'amour de l'agresseur et pour revenir à la situation antérieure à l'agression que l'enfant va, au prix du clivage, s'identifier complètement à l'agresseur et l'incorporer. Ainsi, après l'incorporation, l'agresseur avec ses affects, sa honte et son secret, sera toujours présent, et il pourra prendre la place de l'enfant dès que celuici se sentira mis en danger" 22.

La conséquence devrait en être une certaine "promotion" de la révolte, en tout cas une non acceptation de la "passivité soumise" du patient accueilli, ce qui complique énormément la tâche, compte tenu de la prévalence du monde du passage à l'acte chez lui. La tâche est d'autant plus compliquée, par le fait que des activités sont également promues. Nous y reviendrons.

perte, entre traumatisme et fantasmatisation, comme interface entre le biologique et cette première dimension de l'érogène, du psychique, qu'est la sphère du contact. Le contact peut alors être envisagé comme la contrepartie transférentielle de la douleur de l'absence. L'absence n'est pas nécessairement scopique. Elle concerne tout ce qui, au niveau des sens (toucher, odorat), enregistre la présence ou l'absence de l'environnement maternel. Les affects liables, eux, apparaîtront après la perte et la constitution de l'objet.

21 - La série toxicomaniaque est : pulsion – douleur – anesthésie (flash) – manque ; alors que dans la série névrotique elle est : pulsion – fantasme - déplaisir – refoulement – angoisse.

22 - Chez le psychotique, les traumatismes seront répétés, d'où une série de clivages et d'incorporations, allant jusqu'à la fragmentation du Moi. On comprend dès lors que le transfert soit multiple - voir (13)-. "Le sexuel adulte s'impose massivement à l'enfant alors qu'il n'a pas les moyens pour penser ce qui lui arrive. L'enfant ne peut alors que prendre en lui cette sexualité qui va être précocement la sienne, qui va se cliver, s'atomiser, se fragmenter psychiquement, et va laisser en lui des zones définitivement mortes; pour pouvoir survivre, en même temps, l'enfant protège l'adulte" (Florence J. Contact et pratique analytique. In : Schotte J. Le Contact. Bruxelles : De Boeck Université, Bibliothèque de pathoanalyse, 1990 : 102-109).

En tout cas, angoisse et douleur ne sauraient être confondues. L'angoisse est liée à une fantasmatique. La douleur, elle, est reliée à une "suppression mécanique, toxique", qui tend vers la "mise hors-jeu de la possibilité même du fantasme et,

au-delà, du sens". Le toxicomane se présente comme "personne de dou-leur". La quête du "flash" est un agir traumatophilique <sup>23</sup>. Grâce à "l'anesthésie autolytique" ou la "tentative de suppression toxique", le toxicomane substitue à la douleur psychique un moment "fondateur" sur le plan des sensations, un premier

flash, que, dès lors, il voudra retrouver, non pas par l'évocation des souvenirs, mais par un agir nostalgique". "La pratique traumatophilique est liée à une tentative de rapiéçage des trous traumatiques des pare-excitations par une maîtrise agie de la douleur physique substituée à la douleur psychique". La douleur est "reliée à une suppression mécanique, toxique, qui tend vers la mise hors-jeu de la possibilité même du fantasme et, au-delà, du sens".

Le toxicomane est donc confronté à du corporel (plus qu'à du corps). Le moi du toxicomane est troué, suite à la rupture des barrières de protection des pare-excitations. L'effet spécifique en est la douleur. "Le trauma fait trou, se négocie par le corps, où la douleur physique se substitue à la douleur psychique" dit Geberovich. Le corps est utilisé comme moyen défensif, comme pare-excitation. Ce fait devrait permettre, en passant, de reconsidérer l'importance du corps et des techniques corporelles, voire celle des techniques à risque, dans les centres d'accueil.

Le problème thérapeutique sera de permettre la transformation de la douleur en angoisse en établissant un lien entre le corps pare-excitation et le "moi troué". Mais pour que les choses avancent, il faudrait faire en sorte que ce lien puisse se déposer dans le cadre, silencieusement.

#### Investissement et destruction du cadre

Et alors surgit une nouvelle difficulté en rapport avec les articulations cadre et processus. On sait que la situation analytique définit une relation thérapeutique avec des processus analysés et interprétés et un cadre, un "non-processus" qui contient des constantes à l'intérieur desquelles le processus a lieu. L'analyste tend toujours à rétablir

le cadre comme "non-processus". Le cadre serait le dépositaire muet du toujours-là (Bleger). Il comporte une paroi externe, formelle, contractuelle (réalité et limites formelles), et une paroi interne ("la présence de l'analyste, son engagement thé-

> rapeutique, son épaisseur, dans sa double réalité matérielle et psychique") (13).

Dans les cures où la sphère basale de la dimension, pré-subjectale/préobjectale n'a pas de problèmes, le contact prend place de façon silencieuse <sup>24</sup>. Dans les autres cas, on assiste à un "blocage torpide" du cadre, à

un "face-à-face interminable du sujet et de l'objet". Il peut devenir alors une "manière de s'attacher l'analysant", ici le patient (13).

Avec le toxicomane, c'est le cadre qui commence par être objet d'analyse. Il devient même le seul objet d'analyse investi dans le transfert et son maniement, l'interprétation par excellence. "Inviter à la règle fondamentale quelqu'un qui fait tant d'efforts pour maîtriser son rapport destructeur et douloureux à sa "basalité", quelqu'un qui est poussé à produire des ersatz de représentations du côté des sensations, des "flash" et qui ne finit jamais de constituer et de détruire la polarité sujet/objet..., équivaudrait à un appel à se dépouiller de ce qui justement le maintient en mouvement dans un vaet-vient bien physique pour le précipiter dans l'indicible". Pour le toxicomane, le silence du cadre se détacherait d'emblée comme la "figure même du persécuteur".

Il convient donc de repenser le cadre et d'y porter une grande attention pour que le transfert y devienne analysable. En se rappelant que l'équipe, et plus particulièrement l'éducateur référent, fait partie aussi du cadre. D'où l'importance de la qualité de sa présence, de sa capacité d'accueil, de son "contact". C'est donc certes de l'adaptation de sa paroi externe qu'il s'agit, mais avant tout de la "modulation constante de sa paroi interne" qu'il s'agit (tact, souplesse, qualité de présence, ...). Ferenczi a utilisé pour approcher cette question d'adaptation le mot d'élasticité. Il a proposé également que l'analyste devait "se laisser culbuter"... tout en continuant d'interpréter, avec ce qu'il convient de tact, de dosage et de présence. "C'est d'emblée que le cadre est médiateur, fut-il prothétique, spatialisé, incarné, institutionnel". Il est "loi et médiation et prend le relais du corps comme pareexcitation" <sup>25</sup>. Voilà encore un argument pour inclure l'hébergement dans le soin. Voilà un argument pour y inclure des éléments de la réalité quotidienne, pour y introduire des bruits.

Le dépressif et le toxicomane sont tous deux dépendants. Mais si le dépressif s'en accommode, pour le toxicomane, c'est insupportable. En fait, plus que d'être dépendant, il ne peut plus s'arrêter. On retrouve le même caractère avec la dépendance transférentielle. La dépendance au cadre peut prendre la place de la dépendance à une drogue. Et c'est sans doute un aspect que l'on rencontre souvent dans le décours d'un séjour dans un centre de post-cure comportant l'hébergement et qui rend la perspective du départ difficile. C'est qu'à ce moment où la dépendance transférentielle est justement (et enfin) maximale, le message institutionnel est en même temps celui de la séparation. Il s'agit certes alors de la question de la séparation, mais, en même temps, c'est encore la question du "ne plus pouvoir s'arrêter" qui continue à se poser. Cette dernière question peut venir en imposer et faire croire que c'est de la séparation dont il s'agit. Le narcissisme de l'équipe soignante peut être alors piégé.

En tout cas, auparavant, l'aptitude à se calmer par une "dépendance addictive au cadre, immobilisée dans un rituel silencieux", a été pendant long-temps hors de portée du toxicomane. Il ne s'accroche pas au cadre ; il s'organise dans l'investissement de sa destruction, la "dépendance transférentielle étant pour lui un passage obligé, mais, dès le début, un état intolérable". Le toxicomane "désinvestit la parole au profit de l'agir sur soi".

Il faut que ce cadre offre a priori des conditions de sécurité suffisantes. Et ces conditions de sécurité doivent être expérimentées concrètement. Le cadre est ainsi d'emblée médiation et il aura à contenir "l'inévitable effraction de l'agir traumatophilique" qui ne manquera pas d'intervenir pour trouer les barrières du contact considérées comme le pare-excitation thérapeutique. Un paradoxe est là essentiel : offrir un cadre qui tienne a priori et offrir un cadre qui supporte les attaques destructrices et l'expérience commune de la régression.

#### L'interdit

La question de l'interdit ne manque pas alors de se poser. On le sait, par le passage à l'acte, la vie des pulsions trouve un mode d'expression préférentiel dans le registre du comportement. Au travail psychique, se substitue la décharge motrice directe en vue d'une satisfaction la plus immédiate possible. Pas d'intermédiaire, pas de représentant, pas de médiation, pas d'élaboration. "Le processus de passage à l'acte consisterait... (pour la mise en œuvre où engage la motion pulsionnelle) tout à la fois en une manière de couper court, de tourner court, de prendre au plus court et de prendre de court (le sujet autant que l'autre)". Le passage à l'acte revêt également le sens d'un franchissement, d'une traversée, d'une passe au travers d'un quelque chose que l'on perce au point de la faire voler en éclats. D'où l'aspect de rupture, de transgression, d'effraction. Avec lui et par lui "les séparations, discriminations et répartitions se télescopent, se contractent, se réduisent, voire se refondent...".

Passer à l'acte, c'est aussi... "faire irruption en d'autres lieux, s'introduire dans un registre défini comme opposé à d'autres, c'est se mettre du côté de ce qui est hors certaine loi". L'acte s'impose et prend toute la place.

Du côté du temps, c'est le règne de l'instant, de l'actuel et du maintenant. Il est tentative de "jouer le réel contre le virtuel (ou l'éventuel)". Les faits parlent, le seul langage est celui des "actes accomplis". Les actes se caractérisent par leur ponctualité, leur instantanéité et leur immédiateté. L'avenir est réduit et assimilé à l'actuel. L'imaginaire est transposé en réel. Dire ses projets équivaut à un passage à l'acte. La toxicomanie ne

<sup>23 - &</sup>quot;Rechercher la maîtrise de la quantité traumatique d'excitation par la répétition, des rapiéçages successifs, car le produit n'anesthésie cette douleur que temporairement".

<sup>24 -</sup> Le contact se dépose dans le cadre comme un enjeu inconscient, voire indicible, en tout ca toujours muet. Il n'est pas simple rituel du scénario contractuel de la séance, mais un contenant de ce scénario. Il est institution symbolique qui contient ce qui du contractuel y est silencieusement entreposé. Dans toute analyse, le cadre, même s'il est maintenu dans des conditions idéales, doit être objet d'analyse. Ce qui est silencieusement entreposé se change en symptôme, analysable alors dans le transfert. Le toxicomane parle, mais son discours ne sert qu'à étayer l'entropie mortelle du faire (auto)destructeur dans lequel il est pris. Il ne s'organise pas dans l'agir ré-

fléchi ou le dire. Le toxicomane déplace le centre de gravité de l'adresse transférentielle du contenu au contenant : le processus, aux prises avec l'indicible, devient muet et la cadre, le non-processus, est investi comme limite à détruire par l'agir et devient le lieu des hurlements nostalgiques.

<sup>25 -</sup> Le contact engage l'analyste à garantir d'emblée un espace de médiation transférentielle destiné à se substituer au corps douloureux, étranger à son propre désir et tenant lieu d'un Moi troué. Le vecteur du contact se joue dans l'immédiateté. Dès le début, "la demande du toxicomane se déploie sur deux exigences transférentielles massives : que l'on contienne sa recherche rageuse et nostalgique d'un objet maternel absolu, jamais conforme car jamais constitué, que l'on supporte sa nostalgie de la Loi".



s'accommode pas du dire. Elle s'organise dans l'agir réfléchi. Le toxicomane parle, mais "son discours ne sert qu'à étayer l'entropie mortelle du faire (auto)destructeur dans lequel il est pris" (11).

La vie mentale est réduite ; la pensée est mise au hors ser-

vice, sans "insuffisance capacitaire de la faculté intellectuelle", ni "trouble du penser", délirant par exemple. Le mode de pensée est "opératoire", comme chez les malades psychosomatiques, c'est-à-dire pratique, concrète, réaliste, objective, adaptative... Sont annulés ou convertis en réalité l'idée, la pensée, l'idéal, le fictif, l'illusoire, l'imaginaire du désir, l'optatif... Sorte de "conversion liquidative dans l'ordre du réel, sous les espèces d'un fait". L'adresse transférentielle est souvent déplacée du contenu au contenant. Le processus "aux prises avec l'indicible" devient muet et le cadre, le non-processus, est "investi comme limite à détruire par l'agir". Souvent l'action est plus importante que l'objet visé. Agir pour agir et immédiatement. Pas de limitation autre que celle que l'activité se donne. La limite est interne 26.

Pourtant les choses ne sont pas si claires avec la toxicomanie et l'on a souvent trop tendance à rabattre l'agir sur la transgression et donc à appeler des mesures répressives.

D'abord, comme le remarque Geberovich, "la logique du détournement et de la transgression précède l'ordre juridique, lequel court après les détournements pour tenter de les légiférer" (11). On retrouve souvent le même phénomène au niveau local des Centres de post-cure avec les règlements intérieurs.

Si la "référence à l'interdit est insuffisante", c'est d'abord parce que la pulsion ne s'articule pas avec le fantasme, mais qu'elle rencontre des "trous". La "fonction refoulante" est largement défaillante, nous l'avons déjà dit...

D'une part, la transgression rencontrée l'est "du point de vue d'une logique totalement étrangère aux principes internes à cette activité : autre logique introduisant des frontières qui divisent l'espace et desquelles il s'avère, après-coup, que l'activité en a entraîné le débordement" <sup>27</sup>. Les questions de frontière sont frappées de non-lieu. D'autre part, si le fantasme s'articule avec l'interdit et fait symptôme, la douleur, elle, s'articule avec

l'indicible, car dans ce cas, le symptôme n'a nullement une valeur de refoulement. La transgression dont il est question dans la toxicomanie est en deçà de l'interdit. Il n'est pas question de refoulement, de désaveu, de forclusion, ... qui sont des recours langagiers, mais de recours à l'agir" <sup>28</sup>.

En tout cas, agir qu'il convient de contenir, face auquel il convient de tenir et qu'il convient parfois de resituer dans le domaine de la "jactance" et du "défi" comme le propose Starobinski (3). Il est clair que l'agir ne peut être ici exclu, mais la "langue locale" (le "Grand Autre") doit retenir "l'alternative du dire" comme primordial.

Enfin, on parle souvent de pauvreté fantasmatique, en évoquant une carence ou une faiblesse de cette "médiation" et de cette "ressource de/pour l'élaboration psychique". Kinable préfère mettre en relation le passage à l'acte et la "mise en acte de fantasmes", comme "mode particulier de leur dramatisation". Agir ses fantasmes ou agir au lieu de fantasmer dit-on souvent. Il est vrai que le fantasme cherche une issue par et dans l'agir, mais en même temps il est nécessité pour le sujet de se défendre contre certaines de ses composantes. Le fantasme est scénario, c'est-à-dire qu'il est dramatisation au sujet de l'articulation du désir face aux interdits, sur une ou plusieurs scènes, dont celle de l'agir. Ici, la dramatisation se fait dans la "sphère de la réalité". Et cette réalisation ne peut être considérée comme une "traduction symbolique de contenus fantasmatiques", comme pourrait l'être un acte manqué (dont l'analyse autoriserait un transfert dans un "langage d'actes structuré" comme celui des symptômes). Cette réalisation porte moins sur des contenus que sur le contenant lui-même. Son but est de "recouvrir l'espace fantasmatique ou onirique et l'espace de réalité". d'abolir les distances entre réalité et fantasme. le réel et l'imaginaire. Le réel est transformé imaginairement. Il devient le "réel imaginé selon le souhait que j'en ai". Il est clair que ces énoncés ne sont pas toujours évidents dès lors que l'on ne définit pas suffisamment le fantasme lui-même.

Le travail ici sera bien évidemment de tenter de transformer ce qui tendait à passer à l'acte en dire et en paroles. La difficulté est grande puisque l'acte a justement pour fonction essentielle d'éviter la parole. "Pour faire retour à quelque chose de satisfaction immédiate", pour ne pas avoir à différer et faire un détour par le dire. Mais en même temps,

26 - "L'avidité consomme à vide tant qu'elle le peut et elle ne s'éteint ou ne connaît un terme qu'avec l'anéantissement de sa possibilité même, non point parce qu'un vide aurait été comblé ni parce que le but espéré se serait trouvé atteint. Le terme vient de ce qu'il n'y a plus rien à consommer ou qu'il n'est plus possible d'ingurgiter quoi que se soit. Il n'y a de fin que par épuisement" - voir (17) -.

27 - Si transgression il y a, c'est au sens de "transgression marine" visant le mouvement de la mer qui déborde sous la poussée du flux - voir (17) -.

il est important de se rappeler que l'acte est message, appel et adresse à l'autre. Ce message est montré ; il n'est pas dit. L'autre "est ainsi défié, provoqué, convoqué, sommé de réagir, c'est-à-dire de répliquer sur ce même plan de l'agir-dans-le-réel". Énoncé important à se souvenir dans la vie quotidienne d'un Centre de post-cure, où un passage à l'acte d'un jeune peut entraîner un passage à l'acte en miroir de l'équipe, venant par là boucler la boucle. À ce titre, il convient de le resituer dans le domaine du champ transférentiel. Dans un contexte thérapeutique, le recours à l'agir peut être une façon d'éviter un travail thérapeutique, mais il peut être aussi une façon de pallier certaines insuffisances de ce travail.

Jean Oury justement avait proposé autrefois de distinguer le passage à l'acte, non réintégrable dans la question du transfert, qui ne demandait alors qu'une mesure de refus ou de limite, de l'acting out qui lui était intégrable et constituait un message dont le sens était à rechercher par une transformation en mots dans un acte de dire.

Rosenfeld décrivait ainsi le caractère inévitable de l'acting out : "la réactivation des expériences précoces doit nécessairement conduire à un besoin d'acting out : le patient répète la façon dont il s'est initialement détourné de son objet primaire... C'est en fonction de l'hostilité avec laquelle il s'est détourné du sein maternel qu'il est capable de collaborer à l'analyse, en ayant recours seulement à des acting out partiels ou qu'il se trouve constamment confronté à des acting out excessifs" (20). Dans le dispositif, une aide devra donc être apportée au patient "qui a tendance à l'acting out excessif à ne plus produire que des acting out partiels", et c'est "affaire de maniement du contact" (13).

Les activités quotidiennes proposées ont par certains aspects la même valeur que les "activités" proposées dans la technique active de Sandor Ferenczi : produire suffisamment de tensions pour permettre le dégel de données "incoordonnées ou magique d'origine infantiles", le retour à la surface de "tout cet enregistrement des états corporels et psychiques qui a court-circuité le refoulement", dont toutes les "rééditions plastiques du traumatisme à travers les sensations corporelles, les impressions, les émotions, la motricité...". "Exacerber les résistances et les symptômes" pour faire "remonter des expressions motrices et affectives très primitives (qui n'ont jamais été conscientes)

pour leur permettre de se muer en souvenirs actuels". Ici, le dégel concernera également, bien évidemment, les effets des traumatismes secondaires déjà évoqués plus haut. En somme, production d'une "nouvelle répartition de l'énergie psychique" et "favoriser la mise en jour du matériel refoulé". Ce qui veut dire également pour les membres de l'équipe : "entre activation et pare-excitation", introduire "du jeu, de l'écart, de la médiation, de la transition".

## Conclusion

·····

Pour résumer, le travail dans un dispositif complexe avec hébergement voudra intervenir à plusieurs niveaux :

- D'abord, empêcher littéralement le sujet toxicomane de mourir, lui permettre de survivre, de "se mettre au vert", de prendre de la distance, compte tenu des états de misère physique, sociale et relationnelle qu'il peut présenter. Pari difficile puisqu'il s'agit de marquer un "point d'arrêt" chez une personne qui "ne peut pas s'arrêter", point d'arrêt qui peut la conduire à accueillir des événements présents et à regarder quelque peu en arrière.
- C'est le même problème pour un adolescent qui ne peut pas sur place, dans le milieu social et familial ordinaire, poser les termes des conflits qu'il rencontre nécessairement, encore moins les élaborer.
- De façon plus spécifique, le dispositif complexe avec hébergement est important, voire incontournable parfois, compte tenu de certaines caractéristiques de la personnalité du toxicomane, que ces caractéristiques soient "d'origine" ou secondaires à l'usage des toxiques.

C'est alors la nécessité de "revivre concrètement", dans les actes, un certain nombre de situations, répétant ou évoquant des situations interrelationnelles passées à forte charge traumatique. Revivre, mais dans l'ici et maintenant, "accompagné", avec des personnes vivantes et "présentes", pour que du sens puisse peut-être apparaître là où il n'y en avait pas de possible.

À partir de la situation régressive nécessairement reliée à un tel dispositif, plusieurs axes de réflexions sont à proposer :

- Le toxicomane utilise la suppression toxique plus que le refoulement. Il a affaire plus à la jouissance qu'au plaisir. Surtout, il fait face à une douleur et non à une angoisse. Il tente d'éviter cette douleur par l'usage de toxiques. Il s'agira, au travers des 28 - Le toxicomane "n'articule pas le désir dans la phrase du fantasme, mais dans un agir réfléchi destiné à supprimer la douleur". La toxicomanie a plus à voir avec la jouissance qu'avec le plaisir, avec la "magouille" qu'avec la transgression d'un interdit, avec la suppression toxique (ou l'anesthésie autolytique) que le refoulement, la douleur que l'angoisse... voir (11) -.

expériences de la vie quotidienne, tant matérielles qu'interrelationnelles, expériences vécues ensemble, avec l'autre et les autres, de laisser apparaître l'angoisse et de tenter de la relier à des mots et à l'histoire présente de la communauté et à celle singulière du sujet.

- Les fantasmes originaires ne sont pas mis en œuvre et il s'agira d'en stimuler l'apparition et l'articulation, à partir du fantasme de retour dans le ventre de la mère.
- L'acte remplace la représentation. Il est avant tout un mode particulier de dramatisation des fantasmes dans la réalité. Il s'agira non pas de refuser et de réprimer tout acte, mais de reprendre les nouveaux actes qui ne manqueront pas d'apparaître dans le tissu microsocial proposé, de faire des liens entre les actes actuels et la situation actuelle, les actes passés et la situation passée.
- Le cadre est d'abord objet d'attaques incessantes et répétées. Il se doit de contenir et de tolérer ces attaques afin que des processus apparaissent, processus qui seront objets de verbalisation et d'analyse. Il aura à fonctionner ainsi comme nouvelle barrière des pare-excitations.
- En définitive, Galasse nous dit que : "Ce qui s'inaugure dans l'expérience du contact, c'est comment le sujet va parer à la quantité, la supporter, la retenir, la fractionner... Comment vont fonctionner les barrières de contact, comment le "Moipeau" fonctionne par rapport à des contacts excitants et à des contacts signifiants ?". Devant le "trop" ou le "trop peu", l'enjeu est la vie ou la mort, la présence ou l'absence, l'allée et venue, la dépression ou l'euphorie maniaque... Contacter revient à répéter une expérience universelle qui consiste à exister (prendre appui sur l'Autre) et à insister (prendre appui sur soi)" (13).

En somme, l'important est de proposer un "point d'appui", "à partir duquel et autour duquel vient se greffer et se structurer un monde viable, un mode qui fasse sens...". Le sujet doit produire activement "l'acte de la trouvaille" de ce point d'appui, mais en même temps ce point d'appui à trouver doit lui venir d'ailleurs que lui-même, tout comme avec le paradoxe de l'objet transitionnel de Winni-

cott. "Le dispositif institutionnel réalise simplement le cadre", indispensable, "la condition de possibilité de l'existence et de la trouvaille de ce point". Mais, l'institution ne suffit pas à elle seule. "Il faut un acte du sujet" (6).

Il est certain qu'outre les facteurs liés au contact responsable du développement de la dépendance, sur lesquels j'ai largement insisté, d'autres facteurs sont à dégager. Par exemple, des facteurs en liens avec la question de la Loi ou encore la question d'une atteinte de l'intégrité du Moi, responsable de troubles du processus de la pensée. J'en laisse l'étude pour un autre travail.

Au Centre de La Corniche - Pointe Rouge, à Marseille, c'est bien en tout cas le troisième point que nous tentons d'impulser et de maintenir malgré sa difficulté. Les quelques arguments théoriques que j'ai essayé d'avancer ici sont en fait largement dépassés par la certitude que les membres de l'équipe qui y interviennent ont de la nécessité et de l'utilité de leur engagement et de leur travail, mais aussi de la souffrance qu'ils y rencontrent en côtoyant les jeunes qui émettent des signaux de détresse vers qui voudra bien les entendre, et qui peut-être pourront permettre que ces signaux se transforment en signe afin qu'une rencontre humaine s'établisse et que les prémisses d'un dialogue se mettent en mouvement. Cette certitude reste paradoxalement active et sans cesse remise en questionnement. Elle n'est donc pas dogme, mais expérience clinique.

Je terminerai en rappelant qu'avec le sujet toxicomane, nous sommes en plein paradoxe : "ce qui a été perdu n'a en fait ici jamais été obtenu". "Il n'a été obtenu que via l'actualisation de sa perte même, via le souvenir de ce qui n'a pas eu lieu... La chute s'est produite par apport à un point qui se présente comme passé, dépassé et qui leste, qui grève maintenant le mouvement de la vie" (6). Moscovitz, à propos d'un commentaire sur la charte de l'ONU à la Conférence de San-Francisco et sur la Déclaration Universelle des droits de l'Homme et du Citoyen à Paris en 1948, rappelle récemment les propos de Freud sur l'insulte : "Y répondre par les

<sup>29 -</sup> Moscovitz JJ. Psychothérapie et psychanalyse. Enjeux et questions profuses... Abstract psychiatrie 2001 ; (221) : 19-22. Il rajoute qu'un tel crime reste hors-la-loi malgré le jugement de Nuremberg. "Il reste injusticiable. Car ce qui a eu lieu est une transgression avec destruction de l'interdit, ce qui va bien au-delà du crime intra-familial où l'inceste transgresse la loi sans la dé-

truire... Dans le crime contre l'humanité, c'est un meurtre collectif commis par le collectif".

<sup>30 -</sup> Legendre P. La fabrique de l'homme occidental. Texte pour le film "Mille et une nuits". 1996.

armes définit la barbarie, alors qu'y répondre par le droit et la parole définit la civilisation" <sup>29</sup>. Nous sommes toujours au cœur du problème. D'autant que Legendre rajoute : "Là où les hommes ne supportent plus la parole, réapparaît le massacre" <sup>30</sup>.

Enfin, s'héberger veut dire aussi "s'adosser sur un mur mitoyen". Je préfère cette terminologique que celle de "main tendue", "quoique le toxicomane manque plutôt de fond pour pouvoir prendre appui et se redresser, se tenir et au-delà marcher et faire son chemin...". Ce "mur mitoyen" donc, c'est à nous de le proposer et aux patients toxicomanes de tenter de le découvrir et éventuellement de l'expérimenter et de l'utiliser. Je souhaite qu'on ne nous empêche pas de continuer à le faire et qu'on ne les empêche pas de tenter de le faire. Il y est bien question de vie ou de mort.

#### **BIBLIOGRAPHIE**

- **1 Schotte J.** *Szondi avec Freud.* Sur la voie d'une psychiatrie pulsionnelle. Bruxelles : De Boeck Université, Bibliothèque de pathoanalyse, 1990.
- **2 Clavreuil J.** La parole de l'alcoolique. *La psychanalyse* 1959 (5) : 272, Réédition in : Le désir et la loi. Paris : Denoël, 1987 : 262,.
- 3 Starobinski J. Sur Corneille, L'œil vivant. Paris : Gallimard, 1971 : 51.
- 4 Maldiney M. Penser l'homme et la folie. Éditions Million, 1991.
- 5 Beaumarchais. Figaro.
- 6 Lekeuche P. Contact et toxicomanie. In : Schotte J. Le Contact. Bruxelles : De Boeck Université, Bibliothèque de pathoanalyse, 1990 : 163.
- 7 Kinable J. Au contact de. Sens en émoi et aube du Moi. In : Schotte J. Le Contact. Bruxelles : De Boeck Université, Bibliothèque de pathoanalyse, 1990.
- 8 Goffman E. Asiles. Études sur les conditions des malades mentaux. Paris : Éditions de Minuit, collection Le sens commun, 1968.
- 9 Barton R. La névrose institutionnelle. Éditions du Scarabée, CEMEA, Bibliothèque de l'infirmier psychiatrique, 1969.
- 10 Spitz RA. De la naissance à la parole. La première année de la vie. Paris : PUF, Bibliothèque de psychanalyse, 1968.

- 11 Geberovich F. Contact et transfert. 1990.
- 12 Basaglia F. L'institution en négation. Rapport sur l'Hôpital psychiatrique de Gorizia. Paris : Éditions du Seuil, collection Combats, 1970.
- 13 Galasse M. Maniement du contact et cure psychanalytique. In : Schotte J. Le Contact. Bruxelles : De Boeck Université, Bibliothèque de pathoanalyse, 1990 : 85-101.
- 14 Ferenczi S. L'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort. In : Psychanalyse. Œuvres complètes. Tome IV (1927-1933). Paris : Payot, 1982 : 76-81.
- 15 Racamier PC. Le soin institutionnel des psychotiques: nature et fonction. *Information Psychiatrique* 1970; 46 (8).
- 16 Bleger J. Psychanalyse du cadre analytique. In : Kaes R. Crise, rupture et dépassement. Paris : Dunod,
- 17 Kinable J. Transgression et passage à l'acte psychopathique. In : Jonckheere P. Passage à l'acte. Bruxelles : De Boeck Université, Bibliothèque de pathoanalyse, 1998 : 105-145.
- 18 Lekeuche P. Melon J. Dialectique des pulsions. Bruxelles : De Boeck Université, Bibliothèque de pathoanalyse, 1990 : 46.
- 19 Melon J. De l'école hongroise de psychanalyse à Szondi et à la psychiatrie d'aujourd'hui. In : Schotte J. Le Contact. Bruxelles : De Boeck Université, Bibliothèque de pathoanalyse, 1990 : 15-22.
- 20 Rosenfeld H. Les états psychotiques. Paris : PUF, 1976.

#### Hébergement thérapeutique. De l'espace contenant au dispositif complexe

L'auteur présente dans cet article une réflexion sur différentes problématiques relatives à l'hébergement thérapeutique, et plus particulièrement pour les toxicomanes : la question de la place du corps dans la relation thérapeutique ; la question du dispositif de soin spécifique ; la question de la survie et de la mise à distance ; la question de la place qu'occupe cet hébergement dans les soins apportés aux personnes. L'hébergement doit être un "mur mitoyen" proposé au toxicomane qui doit tenter de le découvrir et éventuellement de l'expérimenter et de l'utiliser.

Mots-clés : hébergement, soin, thérapeutique, toxicomanie.

#### Therapeutic accommodation: a space containing a complex mechanism

In this article, the author considers the different issues of therapeutic accommodation, particularly regarding drug addicts. These include the body's role in the therapeutic relation; the question of the specific treatment programme; the question of survival and distancing; and the question of the position that this kind of accommodation holds among the different kinds of treatment available. Accommodation must be offered as a "party wall" to the drug addict, who must try to find out about it, and maybe try it out and use it.

Keywords: accommodation, treatment, therapeutic, drug addiction.



