

La préservation de l'essentiel dans l'espace clinique

Terry Zaloum

Volume 23, Number 1, Spring 2014

Qu'est la psychanalyse devenue ?

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1026076ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1026076ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

1192-1412 (print)

1911-4656 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Zaloum, T. (2014). La préservation de l'essentiel dans l'espace clinique. *Filigrane*, 23(1), 37–49. <https://doi.org/10.7202/1026076ar>

Article abstract

L'auteure présente ici le texte remanié de la conférence qu'elle a donnée dans le cadre du Colloque organisé par la revue *Filigrane*, le 16 novembre 2013 : « Qu'est la psychanalyse devenue ? ». En référence à son expérience de près de 30 ans de travail comme psychologue, puis psychanalyste, oeuvrant dans un hôpital psychiatrique pour enfants et adolescents, elle aborde la difficulté, partagée par bon nombre de cliniciens, de pratiquer avec une orientation psychanalytique dans une institution qui ne fait que peu ou pas de place à cette approche. Sa réflexion l'amène à entrevoir ce qui lui semble le plus important de préserver pour continuer à faire un travail psychanalytique dans les milieux institutionnels. Sa réponse à la question posée par *Filigrane* se décline ainsi en six points particuliers : la perspective temporelle, l'écoute de la réalité psychique, la menace faite à la langue psychanalytique, l'investissement du clinicien, la question de la résistance et de la survivance, et enfin, la transformation du pessimisme.



La préservation de l'essentiel dans l'espace clinique

Terry Zaloum

L'auteure présente ici le texte remanié de la conférence qu'elle a donnée dans le cadre du Colloque organisé par la revue *Filigrane*, le 16 novembre 2013 : « Qu'est la psychanalyse devenue ? ». En référence à son expérience de près de 30 ans de travail comme psychologue, puis psychanalyste, oeuvrant dans un hôpital psychiatrique pour enfants et adolescents, elle aborde la difficulté, partagée par bon nombre de cliniciens, de pratiquer avec une orientation psychanalytique dans une institution qui ne fait que peu ou pas de place à cette approche. Sa réflexion l'amène à entrevoir ce qui lui semble le plus important de préserver pour continuer à faire un travail psychanalytique dans les milieux institutionnels. Sa réponse à la question posée par *Filigrane* se décline ainsi en six points particuliers : la perspective temporelle, l'écoute de la réalité psychique, la menace faite à la langue psychanalytique, l'investissement du clinicien, la question de la résistance et de la survivance, et enfin, la transformation du pessimisme.

La perspective temporelle : l'importance de la durée

Le temps suffisant pour exercer le travail de psychothérapie en milieu institutionnel m'apparaît un élément fondamental dans la réflexion sur la possibilité de maintenir une pratique clinique essentiellement psychanalytique. Autrement, je crois qu'il faut envisager notre pratique comme un « type de travail analytique » selon l'expression de Gori et Del Volgo dans leur essai sur la médicalisation de l'existence, *La santé totalitaire* (Gori et Del Volgo, 2009, 128). Ce serait vraiment dommage qu'il ne se pratique plus de psychothérapie ou que celle-ci, si elle est tolérée, voire demandée, le soit à des conditions particulières dont la plus importante serait pour moi la durée limitée des suivis. Ceci se fait déjà dans beaucoup de milieux cliniques (les hôpitaux et surtout les services de première ligne). Je ne veux pas dire que des interventions psychanalytiques dans un contexte où elles ne disposent pas d'une place officielle seraient dépourvues de valeur. Bien au contraire, ces contributions sont peut-être la voie par laquelle la psychanalyse s'offre

aujourd'hui au patient, probablement de manière discrète ou imprévue, c'est-à-dire là où elle n'est pas attendue.

En ce qui concerne ma propre expérience, lorsque je penche vers le pôle pessimiste, je pense que ma forme de pratique impliquant de faire des psychothérapies à long terme est tolérée en raison de mon ancienneté, et je crois que l'on aurait accueilli avec soulagement tout changement d'approche dans mon travail clinique, comme certains ont choisi de le faire. Ces personnes ont dit se ranger du côté des approches dites manualisées parce qu'elles manquaient d'« outils » pour répondre aux demandes de leur milieu de pratique (milieux dont les exigences peuvent différer d'une clinique à l'autre et à l'intérieur d'un même établissement). Il s'agit essentiellement de la pression de fournir en peu de temps des résultats probants, en termes par exemple d'atténuation des symptômes ou de plans d'intervention à fournir aux intervenants.

Force est de constater que dans les milieux psychiatriques, il se fait de moins en moins de psychothérapies au profit de l'évaluation et dans certains cas, d'interventions brèves. Le patient est dirigé dans un « corridor de services » aux « contours » que l'on souhaite bien définis pour qu'il puisse compléter un « épisode de soin ».

Cette dérive instrumentaliste est loin d'être sans conséquences pour la pratique psychanalytique et se trouve probablement en grande partie à l'origine de son déclin. On reproche à la psychanalyse d'être incapable de s'inscrire dans cette rationalisation du soin en cherchant à créer des changements profonds chez l'individu, alors que le but visé est de parvenir à une stabilisation de l'état du patient qui devrait revenir à un niveau de fonctionnement antérieur. Paradoxalement, c'est comme si l'on voulait traiter sans soigner, guérir sans changer. De plus, il semble souvent y avoir urgence de fermer les dossiers rapidement, comme si on voulait éviter d'être confronté à la résistance du patient qui ne peut se départir si facilement de son symptôme. Pourtant, cette réalité clinique, c'est-à-dire celle de patients qui ne répondent pas de manière attendue au protocole de soins, s'impose dans tous les milieux. Et peut-être que les seuls intervenants à ne pas être complètement démunis, voire paniqués, par ce défaut d'appareillage, sont les cliniciens d'approche psychanalytique.

En effet, face à cette chose qui résiste et qui trouble le soignant tout autant que le patient, on peut décider d'ajouter plus de contrôle, plus d'outillage, de savoir et d'expertise et espérer faire taire — le plus rapidement possible — cet assourdissant étranger à l'intérieur de nous ; de la sorte, notre angoisse d'intervenant serait calmée. Mais, on peut aussi choisir d'accueillir, d'entendre

cette voix discordante qui nous confronte sans cesse à une certaine impuissance et à des éprouvés de souffrance partagés avec le patient. Ce faisant, il faudra bien accepter la répétition et la reprise de la conflictualité dans les nœuds du transfert. Un transfert qui sera difficilement analysable dans le cadre de relations thérapeutiques à durée déterminée, ou réalisées à une fréquence ne permettant pas l'établissement d'un transfert positif « suffisamment bon » pour que les interprétations puissent se dire. Toutefois, là où les choses ne peuvent se dire parce que le cadre est mis à mal et parce que la souffrance des patients qui nous sont référés se situe souvent dans l'irreprésentable, l'agir prend régulièrement le relais et menace de signer l'échec du traitement. Alors le temps manque. Pourtant, c'est bien le temps, la durée déterminée par la répétition, qui peut permettre que ce transfert soit pensé et que quelque chose d'un processus de transformation puisse se produire. C'est au travers du passage maintes fois répété dans les sillons profondément tracés par les échecs de l'histoire individuelle que quelque chose, favorisé par la présence non directive de l'analyste, permettra qu'un changement soit possible. Celui-ci ne sera pas toujours perceptible au plan des symptômes et des comportements, mais peut-être dans la position subjective du patient qui pourra, dans le meilleur des cas, s'approprier sa conflictualité et parvenir à penser seul ses difficultés. Je me réfère ici à un état de disponibilité et de réceptivité du clinicien, qui permette d'entendre quelque chose de la réalité psychique du patient lorsqu'elle se manifeste. Cette position d'écoute sans à priori est très bien résumée par Gori et Del Volgo dans leur description d'un cas clinique : « Nous écoutons pour notre part ce récit sans reproches ou approbations quelconques » (Gori et Del Volgo, 2009, 255).

J'insiste sur la question de la temporalité parce qu'il m'a semblé qu'au fil des années, dans mon travail de psychologue en pédopsychiatrie, c'est avec les jeunes qui ont eu la possibilité de rester plus longtemps (deux, trois ans ou plus) et qui sont venus régulièrement à leurs séances que j'ai observé l'évolution la plus favorable. Je pense à une jeune fille, que je nommerai Myriam, dont j'aimerais brièvement citer le cas. Il m'a été donné de faire avec elle une psychothérapie qui s'est inscrite dans une durée relativement longue et avec elle, la question de la temporalité s'est posée en termes de rythmicité dans le dosage des interprétations ainsi que dans le respect de sa tolérance à la présence de l'autre, ce qui lui a permis de s'approprier progressivement son temps de séance.

Je rencontre pour la première fois Myriam dans le contexte d'une évaluation multidisciplinaire à la clinique de pédopsychiatrie où je travaille. Elle

a alors presque 11 ans. Myriam est allée de crise en crise depuis sa tendre enfance et elle se trouve presque en rupture de fonctionnement au moment de la consultation. Elle est incapable de fonctionner, même dans une école où on lui donne du « soutien affectif ». Elle ne tolère pas la frustration, elle frappe et crie, mais pleure aussi beaucoup. Elle fait crise sur crise à la maison et ses désorganisations finissent presque toujours par un corps à corps avec sa mère où les deux tombent ensuite épuisées dans les bras l'une de l'autre. Je ne veux pas trop développer l'histoire personnelle de cette enfant, mais simplement nommer que son histoire familiale est marquée par la violence et l'impulsivité des hommes (grand-père maternel, père, frère aîné) et que Myriam est une jumelle dont la sœur est décrite par elle (et par sa mère) comme étant « parfaite », ne faisant pas de crise et excellent à l'école. Myriam pour sa part, doit, en plus de ses autres difficultés, accepter un diagnostic de trouble du langage (dysphasie) affectant ses apprentissages.

Je propose une psychothérapie à Myriam. Le pédopsychiatre soutient cette recommandation. Une aide en service social est également offerte à la mère. Ce qui frappe chez Myriam lorsque je la vois pour sa première séance de thérapie, c'est à quel point elle est tendue, rigide et active. Elle semble pressée d'en finir, ne peut rester assise mais est aussi incapable de dire. Et surtout, elle ne peut se souvenir. Elle veut exprimer quelque chose qui sort comme « j'ai encore fait une crise, je ne sais pas quoi dire, je ne me rappelle plus rien ». Pourtant, elle refuse de jouer et dit qu'elle préfère parler. Elle sent bien qu'il y a là un espace pour elle et elle lance quelques mots, puis plus rien et ensuite : « je peux m'en aller ? ». Attendant peut-être une permission, elle ne quitte pas tout de suite et c'est à partir de là que la relation thérapeutique a commencé à se tisser.

Ce serait trop long et trop intime de raconter tout le chemin parcouru au cours de cette cure, mais c'est par un travail patient de sa part et de la mienne que Myriam s'est peu à peu approprié une pensée et une parole lui permettant d'exister comme sujet, et de sortir de la projection maternelle de mauvais objet persécuteur tout comme d'une identification morbide à la violence paternelle. Myriam est restée de plus en plus longtemps à ses séances. Elle a trouvé une voie d'expression par l'écriture, d'abord sous forme de pictogrammes, puis de phrases courtes qu'elle lisait avec un débit haché et que nous reprenions l'une après l'autre pour les élaborer. Myriam s'est prêtée à ce jeu même si cela lui était très difficile.

Aujourd'hui, Myriam a presque 14 ans et elle vient toujours me voir. Elle parle d'elle-même durant ses séances, bien qu'elle commence chaque

rencontre par sa phrase rituelle « j'sais pas quoi dire », suivie d'un sourire par lequel elle semble vouloir que je la regarde penser, avant de dire « ah oui ! ». Elle commence alors à parler, souvent sans s'arrêter. Elle reste la plupart du temps jusqu'à la fin de la séance, mais elle demande encore parfois si elle peut partir plus tôt.

Myriam est maintenant placée par un centre jeunesse¹ et fait encore, à l'occasion, des crises au cours desquelles on doit l'arrêter physiquement. Pourtant, je pense qu'elle a profondément changé. Son parcours a été et demeure difficile, marqué par plusieurs hospitalisations impliquant salle d'isolement, civière et contentions. Mais aujourd'hui, malgré son placement, elle est relativement sereine et me dit qu'elle y a trouvé un espace de parole avec certains intervenants ou d'autres jeunes.

L'écoute de la réalité psychique

L'histoire de cette patiente fait ressortir non seulement la demande officielle, soit les crises et les symptômes de « dysrégulation de l'humeur », mais également la demande de l'enfant : se souvenir et prendre parole pour elle-même. Du point de vue du système de soins, ce traitement peut être vu comme un semi échec (durée importante, hospitalisations, etc.) et il a fréquemment fallu défendre la poursuite de cette prise en charge. Le désir de la patiente de continuer sa psychothérapie a quand même été entendu par le médecin psychiatre et par sa mère qui est venue régulièrement avec elle chaque semaine. Pourtant, de mon point de vue, il y a eu plusieurs obstacles avec lesquels il m'a fallu composer. Je pense au fait que cette enfant ne « se répareit » jamais assez vite et que les réunions cliniques, servant non pas à penser le cas mais à en faire un compte rendu, ont été très pénibles (et le sont encore) de ma position de psychothérapeute où je me trouve confrontée à dire sans dire, à parler de mes patients sans trahir la confidentialité des séances. En effet, « parler de » et « entendre parler de » risque d'infléchir le cours du processus thérapeutique en introduisant un bruit qui recouvre et confond parfois l'écoute analytique.

Michaël Parsons (2009, 97) nous rappelle à quel point il est en soi difficile de rester à l'écoute du champ de la réalité psychique plutôt qu'à celui de la « réalité ordinaire », et qu'il faut surmonter des résistances, celles-ci se situant autant à l'intérieur de la psyché de l'analyste que dans le discours parfois défensif du patient. Il ajoute (2013, 1) que l'élaboration du processus psychanalytique demande du temps et que l'écoute de l'analyste est bidimensionnelle, à la fois centrée sur le dehors (le dire du patient) et sur le

dedans (la résonance de ce dire à l'intérieur de l'analyste). La préservation de cette écoute dans les meilleures conditions possibles devrait être au cœur de notre préoccupation de clinicien. Malheureusement, je trouve que l'obligation de rendre compte régulièrement de l'évolution de mes patients au psychiatre traitant et à l'équipe clinique, puis d'entendre à leur sujet des informations souvent nouvelles ou rapportées autrement que la représentation qu'en a le patient, rend très difficile ce travail de pensée auquel nous convie la démarche analytique.

Ce que j'évoque ici est différent d'une véritable réflexion clinique partagée entre collègues à partir d'un cadre de pensée commun, où la demande du clinicien de réfléchir sur sa relation thérapeutique peut être reçue et élaborée dans toutes ses dimensions (démarches d'intervision ou de supervision). Par contre, c'est peut-être paradoxalement au hasard de ces mêmes réunions d'équipe que la parole du clinicien-analyste peut parfois, lorsqu'elle s'exprime, surprendre et amener ailleurs la réflexion de collègues sur leurs propres cas cliniques, notamment sur le terrain de la réalité psychique. En effet, une écoute du compte rendu des autres, une écoute décentrée de l'axe progrès-échec, peut ouvrir la discussion sur une plus grande prise en compte de la subjectivité du patient. Je constate que cette forme de prise de parole est souvent attendue et accueillie par les collègues d'autres approches, implicitement demandée. Là encore toutefois, il s'agit d'une position plutôt subversive, d'une invitation à travailler dans l'ombre et, il faut le dire, sans reconnaissance officielle.

La langue psychanalytique menacée

Par ailleurs, au sein de la polyphonie des langues entre les soignants, ma langue psychanalytique étant devenue étrangère, j'ai le sentiment de parler de mes patients à des collègues qui ne comprennent pas mes référents et parlent un autre langage. Ils ne se situent pas au même endroit que moi dans leur rapport au patient, s'offrent à lui comme « un autre pareil ». Ils partagent en un sens le même plan, leur intervention porte sur ce qu'on appellerait le niveau de la réalité concrète. En même temps, leur expertise présumée les place en surplomb d'un patient qu'ils perçoivent avant tout comme démuné. À l'inverse, le clinicien d'approche psychanalytique est plus près d'une position de témoin qui accepte de ne pas savoir d'emblée et de se laisser pénétrer par ce qui se présente à lui dans son rapport au patient. Son écoute se situe sur un autre plan, essentiellement celui de la réalité psychique et des manifestations de l'Inconscient. Je ressens un isolement certain à évoluer avec des

collègues qui interviennent à leur manière avec les mêmes patients que moi ou leurs parents, mais parfois à contrario de ce que j'essaie de faire. Dans ce contexte, une pratique clinique dans laquelle le travail avec les parents pourrait se faire en résonance avec le travail fait avec l'enfant est presque illusoire. Cette polyphonie ne nuit pas toujours au patient dans l'absolu, mais elle s'oppose souvent au processus thérapeutique. Que faire de ce que j'apprends inopinément sur le patient et ses parents, comment penser mon contre-transfert à partir de là ? Il faut apprendre à développer une pratique dans ou malgré l'interférence.

Il devient évident que le système de soins actuel ne tient pas compte de la relation comme valeur essentielle à préserver. Dans ce contexte, ma résistance prend la forme de la défense de mes suivis thérapeutiques dans leurs modalités spécifiques. Cependant, même dans le cas de Myriam, je n'ai pu m'objecter à ce qu'un travail en parallèle à partir d'une approche manualisée (*Thérapie comportementale dialectique*, TCD) lui soit proposé ainsi qu'à sa mère. Il a bien fallu, ayant une voix nettement minoritaire au sein de cette équipe, accepter un tel système hybride. Je dois aussi admettre qu'une partie de moi était séduite par cette offre, vivant moi aussi avec Myriam du découragement face à la répétition de ses agirs. Myriam a continué de multiplier les crises durant la période de ce suivi spécifique, au nombre de semaines déterminé. Elle m'exprimait au début qu'elle ne comprenait pas les principes qu'on lui demandait d'apprendre (comme elle n'assimilait pas la matière scolaire), puis, qu'elle savait quels étaient les moyens qu'elle devait prendre mais qu'elle était incapable de les utiliser dans l'intensité de l'émotion. Elle nommait à quel point elle redevenait incapable de penser et ne se souvenait plus de rien. Sa mère, pour sa part, a semblé s'accrocher au travail de psychoéducation fait avec elle et l'apprécier. Pour Myriam, il me semble que c'est un défaut d'accordage entre l'offre de soin (TCD) et sa rythmicité personnelle qui ne lui permettait pas d'assimiler cette connaissance à acquérir.

En repensant à cette période, il me semble que le travail de psychothérapie psychanalytique a été sérieusement mis à mal par la diffusion du transfert et par les loyautés mises en jeu pour la patiente, conséquences de cette prise en charge dite « multi modale ». Pourrait-on faire autrement dans un service public ? Probablement, mais cela impliquerait pour les décideurs (médecins psychiatres responsables des équipes traitantes) et le tiers payeur (gouvernement) d'investir dans un travail thérapeutique à long terme. Ces instances devraient alors accepter que l'amélioration symptomatique soit peut-être la dernière chose que l'on constate, mais qu'elle puisse devenir

moins essentielle si un plus grand bien-être est atteint par le patient dans son rapport à son intériorité. Utopie. Par contre, peut-être que nous, les cliniciens d'approche psychanalytique, devons accepter certaines frustrations qui seront compensées par le fait qu'au terme de notre travail, nous aurons le sentiment d'avoir pu favoriser ce changement de position intérieure chez nos patients malgré l'échec apparent de nos interventions.

L'investissement du clinicien

Nous venons d'énoncer quelques principes importants : la pratique psychanalytique est un processus qui demande du temps pour se déployer. Elle s'appuie sur une éthique de travail particulière qui place le respect de la subjectivité du patient au cœur de ses préoccupations. Elle demande aussi la présence de conditions minimales permettant que s'exerce l'écoute de la réalité psychique et des manifestations de l'Inconscient. Elle demande la prise en compte de la multi dimensionnalité du lien thérapeutique (le dire du patient et sa résonance dans la psyché de l'analyste). Elle implique le recours à la métapsychologie comme toile de fond permettant de donner secondairement un sens à ce qui aura été entendu. C'est dans l'accomplissement de ce travail que se situe l'investissement de l'analyste, mais celui-ci perd de la valeur s'il faut l'adapter à des impératifs de productivité. Il est en effet aussi difficile pour le clinicien-analyste d'investir un nouveau patient par semaine, par exemple en réponse à des demandes d'évaluation diagnostique — même si une psychothérapie pourrait être l'aboutissement de cette démarche —, qu'il lui est difficile de mettre fin à ses suivis thérapeutiques après une durée déterminée. Ceci, parce que l'« outil » de travail du clinicien n'est pas une technique ou un manuel bien rédigé, mais d'abord et avant tout sa personne propre. Le clinicien-analyste se propose au patient comme interprète de sa réalité psychique mais ce faisant, il s'expose aux aléas du transfert et du contre-transfert dans l'élaboration desquels il engage toute sa personne. Ma perception est qu'il dispose d'une quantité d'énergie limitée pour mener à bien un tel travail. Nous ne vivons pas dans un monde idéal et il est, bien entendu, difficile de refuser de répondre aux demandes qui nous sont faites ; je crois néanmoins que la prise de conscience de cette difficulté peut aider à comprendre en partie l'épuisement ou la lassitude dont témoignent à l'occasion les cliniciens d'approche psychanalytique.

D'un autre point de vue, cet investissement doit être nourri par un travail de théorisation constant sur la dynamique du patient et sur l'état de la relation patient-thérapeute. Plus spécifiquement pour le thérapeute, il s'agit

de théoriser sur ce qui se passe à l'intérieur de lui. C'est là que prennent leur importance la question de la formation des psychothérapeutes ainsi que celle de leur analyse personnelle.

Résistance ou survivance ?

Je ne veux pas perdre l'idée de la survivance de la psychanalyse dans ma réponse à la question posée par *Filigrane*. Je trouve ce mot beau, voire lumineux, mais aussi profondément déprimant, puisqu'il porte en lui la notion de disparition. C'est l'ambiguïté de ce concept qu'évoque Didi-Huberman dans son ouvrage *Survivance des lucioles*. À l'origine, dans le poème de Dante, *La divine comédie*, la lumière éblouissante était portée par la révélation de la vérité divine et les lucioles, faibles lumières scintillant dans la nuit, reflétaient la « misérable gloire des damnés... la petite lueur douloureuse des fautes qui se traînent sous une accusation et un châtement sans fin » (Didi-Huberman, 2009, 10).

En 1941, le jeune Pasolini réinterprétait ce concept et donnait aux lucioles la fonction d'éclaireurs, de résistants dans l'ombre créée par l'aveuglante lumière de la certitude des pouvoirs totalitaires. C'est l'enfer qui était désormais au grand jour. En 1975, peu de temps avant sa mort, Pasolini qui ressentait un profond pessimisme et un désarroi en rapport avec le triomphe de ce qu'il a appelé le « véritable facisme », évoqua la mort des lucioles. Pasolini parlait alors d'un « génocide culturel » (à comprendre comme une assimilation totale au mode et à la qualité de vie de la bourgeoisie) et il avait fini par voir son environnement contemporain comme une nuit qui aurait fait disparaître l'humain au cœur de la société. Je me plais à transposer cette pensée du politique au champ de la thérapeutique en pensant qu'aujourd'hui, les cliniciens d'approche psychanalytique sont porteurs de cette résistance (au sens que lui donnait Pasolini en 1941), bien qu'il s'agisse d'une faible luminosité face à l'aveuglante lumière produite par les détenteurs de vérité du monde des données probantes.

D'un autre côté, je me dis que si je suis une survivante c'est qu'il y a eu mort autour de moi, pourrait-on dire, suite à un génocide, non pas culturel mais idéologique, dans le monde professionnel. Ceci se révèle lorsque je considère la lente mais indéniable disparition des psychothérapeutes d'approche psychanalytique dans mon milieu de travail. Je pense que cette disparition a en effet été orchestrée par des impératifs de gestion qui ont malheureusement, bien que subtilement, marqué les processus d'embauche. J'ai aussi éprouvé des sentiments qui ont éveillé mes angoisses paranoïdes

profondes et qui m'ont fait craindre l'aliénation de toute ma spécificité professionnelle. Malgré tout, je ne peux me révolter qu'en continuant à croire en ce que je fais, en admettant et en exprimant la difficulté que cela représente. Il est malheureusement impossible de faire longtemps semblant que tout va bien en restant sain. C'est d'autant plus difficile que ce qui s'est passé lentement mais sûrement dans l'établissement où je travaille fait aujourd'hui en quelque sorte l'objet d'un déni. La petite histoire de cet hôpital a effacé les traces de ce traumatisme et aujourd'hui, plus personne ne se souvient de ce qui s'est passé parce qu'il ne reste que quelques cliniciens d'approche psychanalytique, valeureux gardiens de cette mémoire. Nous sommes donc conviés naïvement et en toute bonne foi par la plupart des nouveaux gestionnaires en poste à participer avec enthousiasme au projet clinique déposé sur l'autel de l'Excellence : celui des approches se réclamant des données probantes. Pourtant, je refuse d'aller jusqu'à dire ce que m'inspire Winnicott dans son texte sur *La crainte de l'effondrement*, c'est-à-dire que la catastrophe appréhendée, soit la disparition de la pratique psychanalytique dans les établissements de soins publics, a déjà eu lieu.

Le thème proposé par *Filigrane*, qui me semble emprunté au poème ancien « Pauvre Rutebeuf » revisité par Léo Ferré, m'amène une autre idée.

Que sont mes amis devenus
 Que j'avais de si près tenus et tant aimés
 Ils ont été trop clairsemés
 Je crois le vent les a ôtés
 L'amour est morte
 [...]
 Tout ce qui m'était à venir
 M'est avenu.

Ces quelques mots contenus dans le poème n'évoquent pas un devenir en transformation, mais bien la perte d'un monde de relations à jamais disparu, emporté par la vie et le passage du temps. C'est un peu ce que je ressens lorsque je pense à la psychanalyse, à tous ces collègues que j'ai vus partir autour de moi, sans être remplacés. Donc, je dois bien accepter d'être une survivante nostalgique et un tant soit peu masochiste. Mais je me suis toujours perçue comme une résistante, au sens du patriote qui résiste à l'occupation de son pays, de celui qui continue de résister à la tyrannie d'un pouvoir abusif malgré les avancées de l'ennemi sur son territoire. J'ai l'impression de

continuer sans relâche à travailler pour ma « cause ». Eh oui, je dois admettre que là où j'exerce, j'ai gagné de petites victoires — appelons ça reconnaissance ou expérience —, mais je suis parfois fatiguée de devoir toujours revendiquer ma place pour exister dans cet univers. Est-ce là où en est la subversion psychanalytique ? Dans de si petits gestes qu'ils risquent de devenir imperceptibles ?

Résister c'est souffrir, supporter, durer, débattre, défendre, tenir, lutter, se révolter... Je m'identifie bien à souffrir, supporter, durer, tenir et se révolter (intérieurement), mais dans ce milieu hostile, je me demande si ces luttes ne sont pas devenues vaines. Débattre et défendre (j'ose dire sur la place publique) pourrait être très difficile pour des psychanalystes, d'une part du fait de leur position privilégiée d'écoute et de réceptivité, et d'autre part, parce que le poids du nombre n'est pas de leur côté. En effet, nous nous sentons parfois comme les derniers des Mohicans.

Une collègue qui est confrontée à la même réalité que moi me disait l'autre jour que « notre place est ailleurs » (entendre dans nos cabinets privés ou au sein d'associations qui nous reconnaissent), et je pense qu'elle le disait de guerre lasse. En effet, c'est un triste constat que cette envie de fuir là où au fond on se sent aimé, attendu et utile. Mais, en même temps, notre place est aussi ici, à nos postes de travail où, malgré tout, nous pouvons peut-être faire une différence. Auprès de nos patients qui reviennent semaine après semaine déposer leur souffrance dans nos bureaux et travailler avec nous sans nécessairement se préoccuper de notre appartenance idéologique à une approche particulière. Ces patients, qui peut-être autrement n'auraient pas accès, faute de moyens, au développement qu'offre le travail de psychothérapie. Car il faut le reconnaître, les psychanalystes, et j'en suis, n'aiment pas se voir dans la chaise de l'expert — ce qui est d'ailleurs un contre-emploi et crée une partie du malaise ressenti dans des milieux cliniques où la demande est justement celle de l'expertise —, mais ils sont probablement et de loin de vrais experts de la psychothérapie conçue comme un processus relationnel en mouvance (dynamique), qui demande à être analysé, réfléchi (pensé et repensé), ressenti, vécu et qui prend toujours en compte la subjectivité du patient.

Transformer le pessimisme

Le pessimisme concernant l'avenir de la psychanalyse, plus particulièrement encore dans les milieux institutionnels, gagne du terrain et l'envie d'abdiquer devient parfois importante. Faut-il céder à ce pessimisme et déclarer

comme Pasolini l'a fait peu avant son assassinat la mort des lucioles-psychanalystes? Didi-Huberman (2009, 111) nous amène à réfléchir le problème différemment, en introduisant la pensée de Walter Benjamin qui propose d'« organiser le pessimisme » en ne considérant pas la faible lueur des lucioles comme annonciatrice de leur disparition, mais en voyant leur survie dans l'intermittence de leur apparition. L'espoir se trouverait donc du côté du regard porté sur la fugacité de l'apparition comme témoignage de vie.

Nous ne pouvons pas grand-chose contre le déploiement de la puissante lumière et le pouvoir d'attraction des approches dites TCC et leurs vagues. Mais si nous persistons dans nos convictions, nous pouvons peut-être penser les choses autrement. Dans tous les milieux institutionnels, on peut constater que la psychanalyse se manifeste de manière intermittente, elle semble disparaître à un endroit puis réapparaît parfois là, parfois ailleurs. De cette présence, il existe un nombre important de *témoignages*, et non de *vestiges*; j'insiste, cette présence est vivante. Que l'on pense aux demandes implicites de « comprendre » le fonctionnement psychique des patients par des intervenants souvent limités dans leur capacité d'aider. Demandes de discussions, de supervisions ponctuelles par des thérapeutes d'autres approches qui sentent que des dimensions de la compréhension de leur patient leur échappent et vont bien au-delà des techniques qu'ils utilisent. Demandes de formations et de présentations qui se faufilent dans un calendrier bien garni de thèmes issus du courant de pensée dominant et qui peuvent rejoindre un public auquel elles n'étaient pas d'emblée destinées. Que l'on pense aux jeunes psys qui ont encore le courage de se former dans l'approche analytique et qui apportent dans leurs milieux d'internats leur désir d'apprendre et de travailler de cette manière. Ils viennent chercher auprès des plus anciens un savoir qui se perd, certes, mais qui peut encore s'enseigner dans les milieux de pratique.

On peut espérer exercer la psychothérapie psychanalytique et quelques-uns y parviennent encore, dans certains milieux institutionnels, sans trop d'aménagements particuliers en ce qui concerne la fréquence des séances ou la durée du traitement. Pour ma part, quand je rencontre un jeune qui éprouve un réel intérêt pour son monde interne et que l'occasion se présente d'avoir une fréquence plus grande de séances ou de travailler à plus long terme, je la saisis. Au-delà des dimensions techniques de fréquence et de durée qui sont recherchées et souhaitables, il me semble que l'écoute analytique de la réalité psychique peut faire une différence importante. La possibilité pour le patient que son histoire soit entendue dans une démarche en marge de

l'entretien psychiatrique formel et par laquelle il peut la raconter telle qu'elle se présente (ou se représente) à lui peut être une expérience qu'il n'a jamais eu la chance de vivre. S'il ne m'est pas possible de mettre en place les dimensions techniques de la psychothérapie psychanalytique avec chacun de mes patients, je les aborde toujours en leur offrant mon regard et mon oreille analytiques. Et dans certains cas, quelque chose d'une mutation significative se passe en eux ou dans la relation avec moi.

L'essentiel pour le clinicien d'approche analytique reste donc de ne pas perdre de vue la disponibilité à la réalité psychique. Cette pratique ne va pas de soi, elle se découvre à travers l'expérience de l'analyse personnelle et est soutenue par un constant recours à la théorisation de l'expérience clinique. Comme le dit René Roussillon, l'aire de jeu du clinicien réside dans le travail de pensée. C'est cette capacité de jouer qui pourra nous permettre de garder la psychanalyse vivante à l'intérieur de nous, en acceptant qu'elle ne se manifeste parfois que de manière fugace ou intermittente à l'extérieur, sur la place publique. Il me paraît important de ne jamais abandonner la réflexion et les échanges cliniques, de continuer à prendre la parole malgré l'adversité, de bien posséder son objet d'étude, et d'assurer la transmission de ce savoir et de cette expérience humaine qui s'incarne dans la relation. Peut-être qu'avec tout cela nous sortirons du pessimisme, et qu'en nous exerçant à voir dans la noirceur, la lueur intermittente émise par les lucioles-psychanalystes nous apparaîtra de plus en plus fréquemment.

Terry Zaloum
terryzaloum@gmail.com

Note

1. Il s'agit d'un établissement offrant des services psychosociaux et de réadaptation à des enfants et des adolescents qui vivent des difficultés trop importantes pour demeurer dans leur famille.

Références

- Didi-Huberman, G., 2009, *Survivance des lucioles*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- Gori, R., et Del Volgo, M.-J., 2005, *La santé totalitaire*, Flammarion, 2009.
- Parsons, M., 2009, Réalité psychique, négation et dispositif analytique, in Kohon, G. éd., *Essais sur la mère morte et l'œuvre d'André Green*, Paris, Les Éditions d'Ithaque.
- Parsons, M., 2013, *Listening In, Listening Out, Looking Out, Looking In*, Conférence inédite, Congrès de la Société canadienne de psychanalyse, Vancouver, 8 juin 2013.