Document généré le 4 sept. 2024 13:31

Filigrane
Écoutes psychothérapiques

La Clinique psychanalytique de Montréal : cinq ans d'existence. Un projet d'engagement social de la psychanalyse et un dispositif d'écoute original

Isabelle Lasvergnas

Volume 21, numéro 2, automne 2012

Psychanalyse et engagement II

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1015198ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1015198ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

1192-1412 (imprimé)
1911-4656 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Lasvergnas, I. (2012). La Clinique psychanalytique de Montréal : cinq ans d'existence. Un projet d'engagement social de la psychanalyse et un dispositif d'écoute original. *Filigrane*, *21*(2), 55–70. https://doi.org/10.7202/1015198ar

Résumé de l'article

Ce texte présente un « état des lieux », après plus de 5 années d'existence, de la Clinique psychanalytique de Montréal (CPM/Centre de consultation de la Société psychanalytique de Montréal). Il vise à rendre compte de la philosophie clinique et théorique qui a sous-tendu le projet dès son origine, faisant de celui-ci non seulement un projet « social », mais au plein sens du terme, un projet de recherche clinique. Corollaire des nouvelles problématiques psychiques rencontrées dans la cure aujourd'hui, en particulier chez les jeunes générations, se pose pour la psychanalyse contemporaine la question d'une nouvelle conjonction entre inconscient et culture, dont une clinique comme la CPM constitue un observatoire privilégié. À titre d'illustration des interrogations de recherche en cours à la Clinique, le texte propose une première réflexion théorique sur le dispositif des entrevues préliminaires mis en place. Il aborde également, les résistances particulières que peut susciter une pratique clinique dans une « institution », en lien avec des points aveugles de la filiation psychanalytique, ses idéologies groupales et une idéalisation de la transmission psychanalytique dans laquelle s'est inscrite, dès les premières années de la découverte, une résistance à la tercéisation.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2013

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

La Clinique psychanalytique de Montréal : cinq ans d'existence. Un projet d'engagement social de la psychanalyse et un dispositif d'écoute original [1]

Isabelle Lasvergnas

Ce texte présente un « état des lieux », après plus de 5 années d'existence, de la Clinique psychanalytique de Montréal (CPM/Centre de consultation de la Société psychanalytique de Montréal). Il vise à rendre compte de la philosophie clinique et théorique qui a sous-tendu le projet dès son origine, faisant de celui-ci non seulement un projet « social », mais au plein sens du terme, un projet de recherche clinique. Corollaire des nouvelles problématiques psychiques rencontrées dans la cure aujourd'hui, en particulier chez les jeunes générations, se pose pour la psychanalyse contemporaine la question d'une nouvelle conjonction entre inconscient et culture, dont une clinique comme la CPM constitue un observatoire privilégié. À titre d'illustration des interrogations de recherche en cours à la Clinique, le texte propose une première réflexion théorique sur le dispositif des entrevues préliminaires mis en place. Il aborde également, les résistances particulières que peut susciter une pratique clinique dans une « institution », en lien avec des points aveugles de la filiation psychanalytique, ses idéologies groupales et une idéalisation de la transmission psychanalytique dans laquelle s'est inscrite, dès les premières années de la découverte, une résistance à la tercéisation.

La Clinique psychanalytique de Montréal fondée par la Société psychanalytique de Montréal [2] a ouvert ses portes à l'automne 2007. Cinq ans plus tard, fin 2012, près de 350 patients se sont adressés à ses services, et plusieurs cures durent depuis plus de trois ans.

Filigrane, vol. 21, nº 2, automne 2012, p. 55-70.

Le projet d'une clinique psychanalytique dédiée à des personnes dont la situation économique de pauvreté ou de relative pauvreté ne leur permet pas d'avoir recours à des services de psychothérapeutes en bureau privé avait fait l'objet d'une longue préparation et d'un débat interne intense à la SPM. Un comité préparatoire avait travaillé pendant près de dix ans [3], se penchant sur plusieurs exemples de cliniques psychanalytiques à vocation sociale qui avaient vu le jour depuis 1920 en Europe et aux États-Unis : en premier lieu la très fameuse Policlinique de Berlin, mais aussi d'autres centres de traitement mondialement réputés, la Menninger Clinic (Houston), la Tavistock Clinic (Londres), et à Paris, les deux Centres de traitements psychanalytiques, soit le Centre Jean Favreau et le Centre Jean et Evelyne Kestemberg.

Si la Clinique psychanalytique de Montréal [4] s'est donné comme premier objectif de permettre une plus grande accessibilité de l'analyse en offrant des traitements subventionnés à des patients aux ressources financières très restreintes [5], là n'est pas son seul but.

Dès la conception de ce projet, et partie prenante de celui-ci, nous savions que la plupart des configurations psychopathologiques que nous rencontrerions nous associeraient aux réflexions les plus actuelles sur les indications de cadres de traitement et la nécessité de certains remaniements techniques. De même, nous savions qu'un des grands mérites de la pratique clinique dans un centre comme celui-ci serait d'être une fenêtre privilégiée sur les expressions prédominantes d'une souffrance du temps présent.

Très tôt, cela est peut-être insuffisamment connu, les pionniers de la psychanalyse se sont préoccupés de la potentialité d'une origine sociale de la souffrance psychique. Chez Freud, c'est un truisme de dire que son élaboration théorique sur les névroses de guerre (1919) fut directement issue du constat des effets d'effraction de l'appareil psychique par la violence de la guerre. On peut penser qu'une préoccupation du même ordre s'est poursuivie dans les échanges avec Karl Abraham quant à la nécessité de créer des cliniques psychanalytiques accessibles aux couches sociales économiquement démunies. Lorsque Freud écrit en 1918 que la pauvreté est potentiellement source de névrose grave, on comprend qu'il prend au pied de la lettre la dimension de réalité traumatique de la pauvreté pour qui la subit.

Un questionnement identique est actif dans la psychanalyse contemporaine. Jean-Luc Donnet estime qu'on pourrait parler de nos jours de « névroses de guerre économique » dans le cas de nombreux patients incertains dans leur sentiment de continuité d'être, et oscillant entre des états dépressifs et des projections de nature paranoïde reliées à la précarité de leurs

conditions matérielles d'existence. René Kaës, pour sa part, soutient que les transformations en cours depuis quelques décennies dans les sociétés occidentales produisent dans l'humanité de l'homme *une nouvelle conjonction entre inconscient et culture*. Le bouleversement qui s'empare « des esprits et des corps, des liens intersubjectifs et des structures sociales [est selon lui…] d'une autre échelle et d'une autre consistance que les crises qui ont déjà ponctué l'histoire de l'humanité » (Kaës, 2012). Affirmation radicale selon laquelle pour penser adéquatement le malaise dans la culture actuelle, il nous faut nous dégager de la compréhension freudienne du malaise qui prenait appui sur le modèle référentiel de la névrose. La mutation dans le travail de civilisation (*kulturarbeit*) et le *malêtre* dans les processus de subjectivation qu'elle engendre, ne relèvent pas de la conflictualité et de la dynamique névrotique, mais sollicitent davantage la partie psychotique de la personnalité ainsi que d'autres composantes associées aux états-limites : soit recours au clivage plutôt que refoulement, actings, solutions addictives, attaques contre la pensée.

Les deux niveaux de préalables théoriques, une visée sociale dans l'offre des traitements, et le désir d'une réflexion clinique indissociable d'une réflexion sur les mutations induites par le social contemporain, ont présidé à la mise en place de la Clinique psychanalytique de Montréal. À cette première arrière-scène théorique s'est ajouté, cependant, un troisième niveau d'interrogation. Il concerne le cadre de travail de la CPM, soit le dispositif mis en place pour les rencontres préliminaires avec les patients, et de façon plus globale la question de la pratique clinique dans un cadre « institutionnel » par opposition au cadre plus intime de la rencontre du patient par un thérapeute œuvrant dans son bureau privé. Mais, et ce texte en soulèvera la question, jusqu'à quel point est-il juste de continuer de prétendre que ce cadre de rencontre de la pratique psychanalytique est véritablement plus intime, et plus à même d'agir spontanément pour le patient comme une enveloppe psychique protectrice ?

Exemples d'impasses psychiques, symptômes du temps présent

Sauf exception, les patients qui s'adressent à nos services savent très peu de choses de la psychanalyse. En outre, moins d'un quart d'entre eux correspondent à des indications de cures classiques, la plupart requérant d'emblée un dispositif modifié. Il est clair dans nos évaluations préliminaires que souvent le traitement qui sera entrepris, sera un traitement à l'essai dont l'enjeu premier sera la capacité ou non pour le patient de se relier à la personne du

thérapeute et d'établir un lien suffisamment stable avec lui, avant même qu'il ne soit en mesure d'investir progressivement le cadre de travail offert.

Autrefois, le plus souvent, les patients venaient à l'analyse du lieu d'une intériorité dont le chemin introspectif avait été frayé en eux par l'enseignement de l'histoire, de la philosophie, la fréquentation de la littérature, ou encore la pratique des religions, la confession, sans oublier, c'est essentiel, la pratique de la lecture. À ces pratiques autoréflexives s'alliaient des structures sociales de proximité et des liens interpersonnels suffisamment stables : l'institution familiale en premier lieu, et divers mini-groupes d'appartenance. Aujourd'hui, la grande majorité des patients que nous rencontrons ont pour expérience infantile précoce celle d'un couple parental et d'une famille éclatés, ils ont souvent vécu le déracinement de l'immigration, voire la perte de leur langue maternelle, et plus généralement un déficit dans la mise en place de repères symboligènes, tels que ceux qui étaient autrefois offerts par les grands garants méta-sociaux de l'institution familiale, de la fonction paternelle, ou des religions. Ils ont désinvesti leur monde intérieur, désinvesti le temps long de la mémoire et du récit de soi. Conditionnés dans leurs manières de faire par l'univers de l'image, soumis aux codes pulsionnels de communication de Facebook ou Twitter, ils sont « extéro-centrés [6] » et livrés à l'immédiateté de l'instant, à sa violence. Ils oscillent entre deux pôles perceptifs qu'ils ne distinguent pas toujours l'un de l'autre : l'impact d'une réalité extérieure et celui de l'affect, soit l'effet en eux, hors représentation psychique, d'une charge pulsionnelle sous-jacente. Réfugiés dans des locutions langagières du discours commun, dans des rationalisations en prêt à penser ou des comportements qui sont des sortes d'automatismes de l'échange communicationnel d'aujourd'hui, on pourrait parler à leur propos d'une évacuation de la pensée et d'une « expulsion de ce qui fait le temps psychique et la subjectivité » (G. Lévy, 2010).

Je pense ici à une jeune femme représentative de nombreux patients de la clinique contemporaine, dont une des difficultés psychiques récurrentes est de ne pas parvenir à faire la distinction entre une charge émotionnelle invasive et des sensations corporelles organiques.

Cette jeune femme s'était adressée à la CPM à la suite d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie dont elle était sortie fortement médicamentée avec un diagnostic d'état-limite et de troubles de la personnalité. Elle avait été hospitalisée dans des conditions houleuses, après une intervention brutale de la police qui l'avait traitée comme si elle était potentiellement dangereuse. Elle aurait été reçue comme telle à l'hôpital. Lorsqu'elle était aux

prises avec une sensation de débordement interne, cette patiente se tailladait les bras avec un couteau, et il faut dire qu'elle était couverte de sang au moment de l'intervention de la police appelée en urgence par une voisine affolée.

Une des premières phrases qu'elle prononça, pratiquement sur le pas de la porte du bureau de consultation fut exemplaire : « Je vous préviens, j'ai eu une commotion cérébrale il y a deux jours, et il est possible que je dise n'importe quoi ! Je suis allée à l'urgence à l'hôpital, on n'a rien trouvé, on m'a dit de me reposer ». Soutenant la patiente pour qu'elle raconte plus en détail ce qui s'était passé et avait provoqué son étourdissement doublé d'une impression de nausée, nous découvrirons que le choc qu'elle avait subi en se cognant contre une étagère, n'était pas tant la cause de la commotion, qu'une sorte de contre coup externalisé d'une attaque verbale dont elle avait été l'objet quelques heures plus tôt de la part d'un amant : un contre-coup physique qui était intervenu en lieu et place d'*un après-coup psychique*.

Les termes, semble-t-il dégradants, utilisés par cet homme à l'endroit des femmes avaient profondément atteint la patiente sans qu'elle en ait eu véritablement conscience. Clivée par rapport à la détresse d'avoir eu un rapprochement intime avec un homme aux propos aussi odieux, elle cherchait à amoindrir la blessure éprouvée en se réfugiant dans des phrases désaffectées, « il était en colère, ou bien il est comme ça », tout en ayant perdu la notion de l'espace-temps et du lieu où elle se trouvait.

En fin de rencontre, un souvenir-écran surgira relaté sur un ton de relative indifférence : l'image d'un proche de la famille qui aurait claqué la portière d'une voiture sur la main de la petite fille qui avait alors 5-6 ans. Celle-ci avait eu deux doigts fracturés. La patiente dira qu'elle voit encore l'éclat du regard de cet homme à l'instant où il allait claquer la portière sur sa main, délibérément, pensait-elle. L'enfant avait été pétrifiée, mais de ce qui s'était passé ensuite, rien, sinon l'image de sa main bandée et immobilisée pendant quelque temps. D'un point de vue mnésique, une commotion physique s'était substituée à un éprouvé psychique.

Dans l'épisode confié par cette patiente lors d'une rencontre de consultation, il est probable qu'incapable de *penser* la haine dont elle s'était sentie la cible, elle l'avait ab-réagi en se tapant la tête contre un mur : n'ayant pour seul recours pour se sentir encore existante *et* individuée, que son corps, conférant à la blessure auto-infligée la fonction de cran d'arrêt d'une désorganisation interne. Mais de quel corps s'agit-il lorsque l'appareil psychique est à ce point submergé ?

On pouvait postuler que la brutalité des propos de l'amant avait réactivé chez la jeune femme l'empreinte de traces profondes induisant une régression au stade d'un moi corporel pour lequel un espace d'inscription différenciée entre l'éprouvé physico-organique et un ressenti de pensée n'est pas encore constitué.

« À quelles conditions de support maternel la psyché naissante de l'infans parvient-elle à se construire comme l'espace d'une intériorité *ressentie et pensable* ? » est une question au cœur de la théorisation psychanalytique la plus actuelle. Elle est particulièrement cruciale chez les patients états-limites. Dans leur cas, l'empreinte d'un maternel archaïque traverse le temps, empreinte figée de la dyade mère/nourrisson dans un éprouvé physique antérieur au processus de psychisation. Un éprouvé dans lequel l'objet maternel est souvent vécu comme un objet inconstant et instable dont le caractère d'imprévisibilité, voire de dangerosité, imposera au thérapeute dans le *hic et nunc* de certaines séances un remaniement de sa technique.

Jacques André rappelle que du point de vue intrapsychique, défauts de soins, carence de l'environnement maternel ou violence effectivement subie par l'enfant s'équivalent. Dans les deux cas de figures, la psyché est aux prises avec un débordement pulsionnel qui met à mal le pare-excitation.

Or penser, note à juste titre Ghyslain Lévy, c'est du pare-excitation. Les patients états-limites donnent à voir une dynamique où la liaison entre l'éprouvé sensitivo-organique, les traces mnésiques et le fantasme ne s'opère pas : le sujet ne semblant pouvoir ressentir qu'un état de détresse qui fait obstacle à la fonction de liaison du système préconscient. Un *désaide* dirait Jean Laplanche, dont le néologisme forgé donne à entendre l'absence d'un objet secourable, ou sa défaillance dans la capacité d'établissement chez la psyché de l'enfant d'une distinction entre le dehors et le dedans, l'interne et l'externe, un soi primaire et l'autre. Chez ces patients, les relations sont souvent placées sous le signe de la collusion avec l'autre qui est vécue de façon concomitante, et dans une indifférenciation physique et émotionnelle, à la fois comme un objet vital, et un agresseur. Une teneur traumatique de l'attachement qui se répètera d'emblée dans la relation transférentielle.

Le dispositif d'accueil

La Clinique psychanalytique a mis en place un dispositif d'accueil des patients qui fut en quelque sorte une trouvaille collective. A première vue ce modus operandi fut un arrangement pragmatique largement surdéterminé par le simple fait que, faute de moyens financiers suffisants, la CPM n'avait

pas les moyens de louer un local permanent. Sans domicile fixe en quelque sorte, il nous fallait trouver/créer un cadre de travail permettant d'inscrire psychiquement chez les patients la réalité d'une offre de traitements provenant d'une institution [7]. Il nous fallait également construire en tant qu'équipe de thérapeutes un mode de travail partagé, souder entre nous un sentiment d'appartenance, et mettre en place un processus de réflexion théorico-clinique continu.

Autre caractéristique du dispositif de la CPM découlant d'une longue réflexion sur la distinction à établir entre les entrevues préliminaires et la mise en place du traitement proprement dit, il avait été décidé que le clinicien évaluateur et le clinicien en charge du traitement *ne seraient pas nécessairement* les mêmes personnes.

Le principe d'une différenciation entre le temps de l'évaluation des modalités du fonctionnement intrapsychique de la personne et l'indication du cadre du traitement, et l'amorce du traitement proprement dit, ainsi que la distinction entre la fonction préliminaire du « consultant-évaluateur » et la fonction analytique du clinicien qui s'engagera dans le traitement avec le patient a été théorisée avec profit par Jean-Luc Donnet, pour qui l'analyste doit garder présent à l'esprit que ces deux temps et ces deux fonctions doivent être maintenues distinctes. Les premières rencontres avec un patient, quel que soit le lieu de la pratique, clinique institutionnelle ou bureau privé, sont un temps de « consultation interne » souligne Donnet dans lequel demeure ouverte chez le thérapeute la potentialité de ne pas s'engager *personnellement* avec ce patient-là : potentialité ouverte de « refusement » de s'engager d'un point de vue contre-transférentiel, mais également et tout autant, du point de vue de l'adéquation entre la méthode analytique, le cadre de la cure, et le tableau clinique présenté.

Dans la mise en place de notre cadre de consultation, nous nous sommes fortement inspirés de la pensée de Donnet sans reproduire à l'identique cependant, le protocole strict qui a été mis en place au CCTP Jean Favreau [8] où l'analyste-consultant et l'analyste responsable de la cure sont obligatoirement deux personnes distinctes. Mais nous avons conservé l'essentiel de l'esprit de cette distinction des temps et des fonctions.

À l'expérience, notre mode de fonctionnement nous paraît d'une grande fécondité. Nous y mettons en scène, c'est là l'originalité du fonctionnement de la CPM, un corps groupal matérialisé, un corps donné à voir qui dans sa matérialité-même vise à symboliser le fait que l'offre de traitement provient d'une institution, c'est-à-dire d'une entité groupale. Ici, trois femmes assises

en demi-cercle dans un coin d'une salle très profonde, anonyme et nue. Là, un homme, deux femmes, dans un bureau hospitalier à peine plus cossu.

Cette posture physique d'accueil qui se marque par-delà nous-mêmes a une fertilité incontestable. Il est frappant de constater la potentialité de réactivation de fantasmes archaïques que suscite ce cadre d'accueil, ainsi que la manière dont spontanément les patients investissent le corps groupal que nous leur offrons : comme un corps indifférencié, ou au contraire comme un corps hétérogène sexué constitué par des personnalités et des sensibilités psychiques différentes.

« Trois femmes ! Trois femmes mûres ! » s'exclamera tel patient en entrant dans la salle. Trois femmes, trois mères, l'angoisse d'engouffrement du sexe féminin était palpable dans ce cas. Un autre jeune homme nous dira lors d'une deuxième rencontre : «Je me sens comme Orphée poursuivi par les furies ! » Tandis que chez d'autres, ce cadre physique d'accueil produira d'emblée le sentiment d'une nidation apaisante. Dans un rêve faisant suite à une première entrevue, une patiente se verra dans une pièce avec nous, entourée, soutenue, accueillie en la présence de figures significatives de son passé.

Ou encore ce jeune homme, qui nous avait dit ne jamais rêver, dont les rêves, supposait-il, étaient effacés par sa consommation régulière de marijuana. Pourtant, à la suite du premier rendez-vous à la clinique il sera surpris par un rêve dans lequel il faisait l'amour de manière très culpabilisée à une femme inconnue aux lèvres rouges, tandis qu'une autre femme se tenait à son côté, et observait la scène. Les associations qui feront suite au récit du rêve semblaient une expérience de pensée neuve pour ce jeune homme de 25 ans qui s'acharne à faire disparaître de son esprit les images de carnage et de crudité sanglante qui l'envahissent souvent dans un sentiment mêlé de jouissance et d'angoisse. Les associations amèneront aussi bien à un souvenir écran d'une scène primitive de son enfance, digne de celle de l'Homme aux loups, à des aveux pudiques de fantasmes sexuels avec sa jeune compagne, qu'à son rapport difficultueux, tant avec sa mère et le conjoint de celle-ci, qu'avec son père qui avait abandonné l'enfant et la mère lorsqu'il avait 3 ans.

J'ajouterai que j'ai pu personnellement observer avec plusieurs patients à quel point la trace du corps groupal que nous présentons dans les entrevues préliminaires se maintient vive au fil des mois dans la cure, et combien elle peut être un levier fertile d'élaboration transférentielle.

En fait, au fur et à mesure que notre expérience s'élargit, et que s'approfondit notre réflexion sur les indications de cadre, nous constatons que nous avons tendance à augmenter le nombre des rencontres d'évaluation et à le

faire passer de plus en plus souvent de deux à trois rencontres, sinon davantage dans certains cas. Ces rencontres préliminaires sont suivies d'un séminaire de cas avec l'ensemble de l'équipe des cliniciens [9]. Ce séminaire, objet d'un travail de co-pensée entre les membres de l'équipe, correspond à un incontestable investissement groupal du patient, mais aussi du projet de la CPM, en tant que celle-ci est en bonne et due forme un projet de recherche clinique.

Je prendrai pour exemple de notre mode de fonctionnement, le cas d'un jeune homme rencontré à 3 reprises par une équipe de trois analystes dans laquelle j'avais agi à titre de principale responsable des entrevues. Ces trois premières rencontres ont été étirées à dessein sur une période de deux mois.

L'ambigüité de la première phrase prononcée par le patient, « Je veux faire une thérapie pour retrouver ma mère », avait instantanément fait résonner en moi l'aura lointaine d'une mère inaccessible. Part inconnue ou part évanouie de la mère qui voilait à peine la rancœur dont celle-ci était la cible.

Le jeune homme se dépeint comme s'étant, depuis aussi longtemps qu'il se rappelle, senti en décalage par rapport à son milieu d'origine, aussi bien son entourage familial que la région rurale du Québec dans laquelle il avait grandi. Adolescent, il n'aurait ressenti que répugnance et dédain pour les intérêts des autres garçons du coin.

Dans un premier temps ce qui nous frappera mes collègues et moi-même, est l'aspect stéréotypé des formules langagières utilisées par le patient pour revendiquer « sa différence ». Les poncifs idéologiques envahissent l'espace discursif, le registre de l'expression émotionnelle est contraint par les clichés de la militance gaie. On a l'impression d'être face à une revendication d'un état de droit, plutôt que l'expression d'un état d'être. Un tableau de façade est établi sans que nous ayons le sentiment d'une démarche véritablement intériorisée.

Plusieurs éléments manifestes retiennent cependant notre attention : son attachement à un de ses professeurs favoris, une femme qui l'encourage à entreprendre une analyse, ainsi que la présence à ses côtés de plusieurs figures féminines investies.

Il est également question d'un spectacle amateur dans lequel le patient s'est laissé convaincre de jouer le rôle d'un personnage féminin. Le jeune homme semble vouloir présenter ce rôle théâtral comme un défi, mais nous sentons qu'il y a pour lui dans ce geste un risque exhibitionniste qui n'est pas sans rapport avec ce qui s'est joué dans ce qu'il nomme son coming out. Les considérations techniques du choix du costume, perruque, maquillage,

masquent mal l'angoisse sous-jacente, même si celle-ci est en apparence jugulée par l'enthousiasme d'une de ses camarades face au projet.

Il y avait eu également un rêve où l'inclination homosexuelle était tempérée par la présence d'une petite amie du temps de l'adolescence. Dans le contenu manifeste du rêve, cette jeune fille interposait en quelque sorte son corps et son sourire avenant entre celui du patient, et le corps du garçon objet apparent du désir érotique.

Perplexes quant au degré d'intériorisation de la demande adressée à la CPM, nous avons volontairement espacé les trois premières rencontres préliminaires avec ce patient, cherchant à voir si le convenu du discours s'amoindrirait d'un rendez-vous à l'autre, et s'il y aurait des effets psychiques d'après-coup des rencontres précédentes.

À la troisième rencontre, une scène prendra du relief : l'aversion de l'adolescent pour la chasse où il devait accompagner parfois son père et un de ses frères, et sa peur de se perdre dans les bois. J'entends pour ma part son trouble et son envie devant le plaisir pris par le couple père/frère dans une complicité dont il se sentait exclu. Tandis que surgissent en moi des réminiscences du magnifique film de Pierre Perrault, La bête lumineuse (1982), et que défilent dans mon souvenir des scènes de truculence paillarde dans lesquelles les chasseurs traquent sans merci l'orignal, puis le dépècent, plongeant mains et avant-bras dans les entrailles sanglantes, buvant, mangeant, rotant dans une affirmation phallique sans pudeur – alors qu'un compagnon plus craintif est rapidement mis à part du groupe et traité de fifille dans des assauts de dérision sadique. Je pense également à la fascination d'Almodovar pour les figures du travesti et du transsexuel et leur quête identificatoire à la femme et au féminin.

Contre-transférentiellement parlant, je commence à entrevoir plus clairement la confusion d'un petit garçon aux prises avec une configuration familiale complexe et une défaillance particulière du *holding parental*. Un désarroi plus ou moins à bas bruits chez un enfant écartelé entre deux familles reconstituées, après que ses deux parents très rapidement divorcés après sa naissance, se soient remariés chacun de leur côté. Élevé en garde partagé, il passait d'une famille à l'autre, tiraillé entre deux mères et deux pères, avec le sentiment qu'il n'était véritablement proche de personne, incertain narcissiquement parlant de l'investissement dont il était l'objet de la part de chacun des membres du double couple parental.

Dans le fantasme, chacune des deux mères, sa mère naturelle et la nouvelle épouse de son père, aurait voulu le garder pour elle seule. En même

temps, il était psychiquement sur-sollicité par deux corps de mères gravides qui donnaient naissance à des demi-frères et sœurs : événements à répétition qui brouillaient d'autant plus la représentation de la place qui était la sienne dans les deux fratries.

On peut soutenir que la demande de cure de ce patient a pu commencer à prendre psychiquement forme pour lui de par notre réserve à ne pas lui offrir d'entrée de jeu un traitement d'avance préformé. Notre accueil fut loin d'être un empressement, à l'encontre de celui de l'assistante sociale consultée alors qu'il avait 15 ans et qu'il lui avait confié son peu d'intérêt pour les filles ou pour les motoneiges. Cette assistante sociale lui avait suggéré qu'il était sans doute homosexuel et lui avait donné l'adresse d'un groupe de solidarité gaie. Ainsi en avait-il été de son *coming out*, il ne s'en était fallu que de quelques semaines pour que le jeune homme revendique au su de tous une identité homosexuelle.

Après trois rencontres avec ce patient, nos hypothèses touchent à un envahissement de la pensée préconsciente par une multiplicité de fantasmes de scènes primitives où l'enfant cherche fébrilement sa place sexuée dans un état d'excitation fait d'attirance et de répulsion.

Dans les failles des introjects du processus d'identification, ce patient nous semble osciller entre les artifices du mimétisme et de l'exhibitionnisme. Quelque chose de l'ordre d'un faux self se profile chez un très jeune homme encore proche de l'adolescence tentant de définir en miroir de l'autre, dans une sorte d'avalement des apparences, ce qu'il en serait non seulement de son orientation sexuelle, mais plus profondément de son identité sexuée.

Une imago maternelle clivée lui renvoie les deux versants d'une identité sexuée encore indécise. D'une part, l'imago d'une mère autoritaire et froide, fusionnée dans le fantasme à un conjoint « machiste », semble lui imposer sur un mode rigide une injonction à être un homme comme les autres hommes de la famille. D'autre part, l'imago d'une mère permissive, paraît accueillir ses choix sexuels sans l'ombre d'un désaveu, tout en restant sourde toutefois, aux angoisses qui l'assaillent.

On pourrait entrevoir dans l'épisode théâtral un reflet de la conflictualité de ces deux versants du surmoi maternel. Dans cette mise en scène s'avouait un désir du féminin, aveu ostentatoire, exorbité, impensé. Mais en même temps, dans ce *montré féminin* proche de la figuration du travail du rêve, le jeune homme était saisi d'un vacillement de son identité sexuelle accompagné de la sensation corporelle angoissante d'être une chair livrée et prostituée.

Réflexions théoriques en cours

Le dispositif d'accueil des patients mis en place à la CPM appelle à une théorisation. J'en dégagerai deux épissures principales.

La première a trait à *la-question-de-l'institution* et du tiers institutionnel.

Le risque d'interférence de règlements institutionnels dans l'intimité de la cure s'est imposé comme un des enjeux les plus sensibles dans les interrogations que le projet de la Clinique avait suscitées dans le groupe de la SPM : plusieurs collègues émettant à l'endroit du projet des réserves, de leur point de vue irréductibles, à cause de ce risque précis.

Le comité préparatoire à la mise en place de la CPM s'était longuement penché sur la question. Les discussions de l'équipe clinique ont poursuivi la réflexion sur les effets d'intrusion que peuvent produire des règlements administratifs dans la dynamique transféro/contre-transférentielle. Formellement parlant, nous avons été vigilants à réduire à leur expression minimale les règles gestionnaires qui ont été définies collectivement, tout en les spécifiant cependant, de manière précise. Mais – mouvements contre-transférentiels ponctuels, vigilance ombrageuse de la part des thérapeutes à préserver la dimension duelle de la relation patient-clinicien, ou poursuite de l'élaboration amorcée – il est fréquent que l'un ou l'autre membre de l'équipe clinique demande à ce que la discussion reprenne sur ces divers points.

Aussi capitale que soit cette préoccupation, je soutiendrai cependant qu'il est illusoire d'opposer d'une façon aussi tranchée qu'on le fait souvent, la pratique clinique en bureau privé et la pratique clinique dans une institution : le *tiers institutionnel* dans la cure ne se résumant ni à l'interférence de règlements bureaucratiques qui interviendraient pour le thérapeute comme un surmoi archaïque en surplomb, ni à leurs effets de contrainte hétérogène aux réalités psychiques internes du patient. Aborder en ces termes la question du tiers institutionnel, c'est rester en surface des choses et négliger une part essentielle de la teneur inconsciente d'un héritage transmis et introjecté par l'analyste. Evelyne Kestemberg, Jean-Luc Donnet ou René Kaës, ont montré tour à tour que contrairement à une idée courante, un tiers institutionnel est toujours présent chez l'analyste en tant qu'objet de transfert dans sa relation avec le patient, en premier lieu la théorie de la cure héritée par l'analyste de son expérience du divan, et telle que renforcée/déformée par les multiples critères et aléas de sa formation dans l'institut psychanalytique où il aura étudié. Dans la notion de *site analytique* qu'il propose, Jean-Luc Donnet englobe le cadre de la cure, la méthode, et *l'analyste-et-sa-théorie-de-référence*, comme autant d'éléments de « l'instrumentation analytique » vecteurs éventuels

d'une représentation idéologisée de la psychanalyse. Ce qu'en d'autres termes Cornélius Castoriadis nommait pour sa part *l'institué*, désignant par ce terme le caractère de pouvoir/savoir établi d'une doctrine scientifique quelconque lorsqu'elle se confond avec ses porte-parole, et devient l'objet d'un transfert de masse idéalisant.

À un tel transfert qui rejoint les prémisses freudiennes sur le ciment des « foules artificielles », les groupes psychanalytiques ne sauraient complètement échapper. L'homme est par nature grégaire, rappelle Florence Guignard (1991), et la motion de grégarité qui le soude à ses divers groupes d'appartenance est de l'ordre de la non-pensée.

René Kaës illustrera dans plusieurs exemples cliniques le risque d'écueil de la pratique analytique lorsque *de la théorie héritée* se maintient comme l'opérateur d'une répétition transmise inter-générationnellement dans la communauté analytique et corollairement comme le point aveugle de pactes narcissiques patient-thérapeute : *la Psychanalyse* transmise ni plus ni moins comme une idéologie, affirmera-t-il à son tour.

La seconde épissure théorique est aussi, sinon plus complexe encore que la première. Elle découle du dispositif de la CPM dans lequel la posture de recherche clinique est partie prenante.

Qui dit recherche clinique, dit volonté d'approfondissement de la réflexion partagée. Mais aussi doute, et part d'incertitude *nécessaire* dans les hypothèses et dans les indications de cadre de traitement issues des premiers entretiens. L'extension du nombre des entrevues préliminaires que nous mettons en place avec certains patients reflète cette posture de recherche. Elle montre l'attention que nous accordons aux conditions de « construction de l'espace analytique » (Viderman) avec des patients relevant du large spectre des problématiques limites, et chez qui la mise en place d'une cure exige du thérapeute davantage encore qu'à l'habitude, une évaluation très attentive du cadre thérapeutique qui sera réalisable et potentiellement fécond.

De par la clientèle de patients qui s'adressent à elle, la CPM s'inscrit dans la réflexion théorico-clinique des 25 dernières années sur les phénomènes borderline en tant que *nouveau paradigme de la psychanalyse* (J. André, 1991) ayant imposé une remise sur le métier à la fois des modèles psychopathologiques, des concepts et de la théorie de la cure. Pour André Green dont ce fut un des propos métapsychologique central, les états-limites aident à reprendre la question négligée par Freud des limites du moi avec l'objet, et forcent à repenser dans la seconde topique les limites entre ça, moi, et surmoi, ainsi que les zones d'élaboration psychique que ces limites constituent.

Du point de vue plus spécifique de la méthode, la modification la plus notable concerne le décentrement de l'écoute de l'analyste vers sa composante contre-transférentielle.

A la convergence de ce que j'ai nommé épissures clinico-théoriques, plusieurs questions surgissent.

Elles conjuguent les fragments d'un *institué-inconscient-dans-la-cure*, le « corps groupal » des analystes dans le dispositif des entrevues préliminaires, et leur écoute contre-transférentielle.

Quel statut attribuer à cette scène primitive de l'écoute d'un patient dans laquelle polyphonie de l'écoute des thérapeutes et « corps groupal singulier-pluriel » se conjuguent ? Quelle « mentalité de groupe » des thérapeutes (Bion) et quelles formes d'alliances défensives ce dispositif pourrait-il potentiellement produire ?

L'ensemble de ces interrogations sont présentes au quotidien de notre fonctionnement. Elles s'inscrivent dans le sillage large de la réflexion des vingt dernières années sur la fonction du cadre psychanalytique et ses remaniements. Plusieurs modèles de cadres remaniés sont des expériences relativement récentes dans l'histoire de la cure et leur théorisation est encore liminaire (je pense spécifiquement au psychodrame psychanalytique). Mais ils comptent parmi les formes de travail intéressantes de la pratique thérapeutique actuelle.

Le jeu dans les thérapies d'enfants, le psychodrame, la psychanalyse de groupe (couple, famille, groupe de patients, groupe de thérapeutes) substituent au premier modèle de la méthode association libre/divan, et à son analogie avec la pensée du rêve, d'autres configurations des frayages psychiques, et l'investissement du sujet par un appareil à penser et un appareil fantasmatique plus large. C'est en ce sens que notre dispositif d'accueil des patients peut revendiquer sa part d'apport créatif dans une interrogation très largement partagée. Reste à en approfondir sa dimension originale de méthode, sa fertilité du point de vue des indications du cadre clinique qui en découlent, et sa capacité d'amorce d'un travail psychique chez le patient. C'est là parmi les principaux objectifs de recherche que l'équipe clinique de la CPM s'est donnés.

Isabelle Lasvergnas
lasvergnas.isabelle@uqam.ca

Notes

1. Ce texte est la version française remaniée d'une conférence présentée le 17 février 2011 à la section Quebec-English de la Société canadienne de psychanalyse/Canadian Psychoanalytical Association. Cette invitation m'a permis de dresser un premier « état des lieux » de l'aventure que nous partageons mes collègues et moi. Je remercie vivement tous les membres de l'équipe clinique pour leur contribution essentielle et leurs apports inspirants. Le présent texte en porte sans aucun doute la trace. Celui-ci toutefois, n'est que le reflet de ma compréhension personnelle des principaux acquis de la phase de démarrage de la Clinique et leurs enjeux clinico-théoriques.
2. SPM dans le reste du texte (section française de la Société canadienne de psychanalyse)
3. Je ne traiterai pas dans ce propos des diverses étapes qui ont permis la création de la Clinique, en particulier l'obtention du statut juridique d'organisme dit de bienfaisance, ni de l'extrême difficulté du financement de cet organisme dans le contexte contemporain de désengagement de l'État par rapport à de nombreuses causes sociales. Cette dimension de réalité pèse cependant d'un poids très lourd dans le développement du projet. Le passage affirmé au néolibéralisme qui a profondément changé la donne au Québec et au Canada au cours des vingt dernières années, a rendu plus difficiles que jamais les possibilités de création de nouveaux services sociaux, en particulier dans le domaine de la santé mentale qui est depuis toujours un des secteurs les plus négligés de l'investissement collectif aussi bien gouvernemental que philanthropique. Nous remercions vivement l'Association internationale de psychanalyse de son support significatif (Programme DPPT, 2005-2009) dans le démarrage du projet.
4. CPM dans le reste du texte.
5. En termes démographiques, le spectre d'âge de notre clientèle s'étend de la très jeune vingtaine à la soixantaine. Toutefois, plus de deux tiers des patients ont entre dix-huit et trente ans. Parmi eux, on compte des étudiants, de jeunes artistes, ainsi que beaucoup de jeunes appartenant à la seconde génération de familles immigrantes, écartelés entre deux cultures, entre plusieurs langues, et porteurs des blessures multiples qui ont pu accompagner pour leurs parents le choc psychique de l'immigration. Ajoutons que dans cette tranche d'âge beaucoup sont des « décrocheurs » de type divers souvent accoutumés à des drogues diverses ; certains ont vécu quelque temps dans la rue. Chez les patients plus âgés, nous sommes confrontés à des situations de chômage chronique, et de façon plus générale à des vies marquées par des échecs relationnels répétés, voire par un retrait social installé de longue date.
6. On se souvient du néologisme de David Riesman
7. Les patients sont reçus pour la durée des entrevues préliminaires par des équipes de deux ou trois analystes (plus rarement quatre) dans des locaux loués à l'heure. Ils seront ensuite reçus pour leur traitement dans les bureaux privés des analystes. Le règlement des rencontres est fait à la CPM. Concernant les conditions de prise en charge des cures, il a été établi, à la manière de la philosophie qui prévaut à la Tavistock Clinic, que les patients ne bénéficieraient pas d'une complète gratuité de leur traitement, mais qu'ils contribueraient à une fraction du coût de celui-ci. Le montant demandé au patient est déterminé à partir d'une série de critères, parmi lesquels la situation économique de la personne est prépondérante : la contribution moyenne pour une séance est de 25 $, le tarif minimal requis étant de 10 $.
8. Le Centre de consultation et de traitements psychanalytiques Jean Favreau dépend de la Société psychanalytique de Paris.
9. Actuellement nos offres de cadres de traitements varient entre des traitements à 2 fois par semaine sur le divan, et des traitements en face à face, une ou deux fois par semaine. Plusieurs patients sont en liste d'attente pour une troisième séance hebdomadaire.

Références

ANDRÉ, J., (dir.), 1999, *Les états-limites, nouveau paradigme pour la psychanalyse*, Paris, PUF, Petite bibliothèque de psychanalyse.

ANDRÉ, J., Lasvergnas, I., (dir.), 2006, *La psychanalyse à l'épreuve du malentendu*, Paris, PUF, Petite bibliothèque de psychanalyse.

BION, W., R., 1961, *Recherches sur les petits groupes*, trad. française de E. L. Herbert, Paris, PUF, 1965.

DONNET, J-L., 2005, La situation analysante, Paris PUF.

FURLONG, A., 2010, *Une clinique psychanalytique : What difference does it make ? (Qu'ajoute-t-elle à la pratique ?)*, inédit, texte présenté au congrès annuel de la Société canadienne de psychanalyse, Toronto, 2010.

GREEN, A., 1990, *La folie privée*, Paris, Gallimard.

GREEN, A., (dir.), 2006, *Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique*, Paris, PUF.

GUIGNARD, F., 1991, Identification projective et identité de groupe, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 10, Paris Centurion.

KAËS, R., 2007, *Un singulier pluriel*, Paris, Dunod.

KAËS, R., 2010, *La parole et le lien, Associativité et travail psychique dans les groupes*, Paris, Dunod.

KAËS, R., 2012, *Le malêtre*, Paris, Dunod.

LASVERGNAS, I., 2009, « La clinique psychanalytique peut-elle avoir des préoccupations sociales ? », in *Ondes de psychanalyse*, Marilou Brousseau (dir.), Montréal, Liber.

LASVERGNAS, I., 2012, « La Clinique psychanalytique de Montréal : une écoute particulière du socius », *Cliopsy*, 7.

LÉVY, G., 2010, *L'ivresse du pire*, Paris, Campagne Première.

ROUSSILLON, R., 1995, *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, Paris, PUF.