

ACTES DU COLLOQUE

ENTRE OMBRE ET LUMIÈRE : LES ADDICTIONS,
ALIÉNATION OU STRUCTURE DE RÉSILIENCE ?
**RELATION DE DÉPENDANCE,
RELATION THÉRAPEUTIQUE ?**
DROGUES, MONDES VIRTUELS, RELIGIONS

CÉDRIC LEVAQUE

QUAND LES EFFETS DU TRANSFERT S'INVITENT
ENTRE LE MÉDECIN ET SON PATIENT

NOVEMBRE 2014

Ce texte a été retranscrit sur base d'une présentation orale, intervention lors du colloque *Entre ombre et lumière : les addictions, aliénation ou structure de résilience ? Relation de dépendance, relation thérapeutique ? Drogues, mondes virtuels, religions*, le 22 novembre 2013

Auteur : Christopher Collin

Retranscrit par : Bérénice Goffin

Révisé et mis en page par : Lydie De Backer

Sous la direction de : Claire Remy & Olivier Servais

2017

ACTES DU COLLOQUE

ENTRE OMBRE ET LUMIÈRE : LES ADDICTIONS,
ALIÉNATION OU STRUCTURE DE RÉSILIENCE ?
**RELATION DE DÉPENDANCE,
RELATION THÉRAPEUTIQUE ?**
DROGUES, MONDES VIRTUELS, RELIGIONS

NOVEMBRE 2014

CÉDRIC LEVAQUE,

PSYCHANALYSTE

**QUAND LES EFFETS DU TRANSFERT S'INVITENT
ENTRE LE MÉDECIN ET SON PATIENT**

R.A.T.



laap

laboratoire
d'anthropologie
prospective

LE COLLOQUE

Dans le contexte toujours normatif dans lequel baigne la conception que notre culture a des addictions, il nous semble opportun de poser et de déployer une réflexion critique sur ces conceptions, de les historiciser, de les relativiser, voire de les positiver dans certains des cas que nous rencontrons. Pour cette quatrième édition de notre colloque, nous voulons orienter notre regard sur la relation de dépendance qui lie « l'addict » à son objet, que celui-ci soit objet d'addiction ou personne qui s'engage avec lui dans une relation, quelles qu'en soient les visées. Nous voudrions ouvrir et décrypter ce nœud qui lie autonomie et dépendance, en passant par l'autarcie ou l'exclusion, et dont les conduites dites addictives sont le paradigme par essence.

LA CONFÉRENCE

À partir de ces deux concepts fondamentaux que sont la demande et le transfert, voici quelques questions en lien avec les cliniques des assuétudes auxquelles nous tenterons d'apporter des réponses. S'il est un fait que dans leurs rapports à la parole, les toxicomanes et les alcooliques tendent un premier leurre aux cliniciens qu'ils rencontrent, quels effets cela a-t-il sur la demande et le transfert dans ces prises en charge cliniques ? Quelles sont les conséquences directes sur le cadre de travail et sur ce qui s'y déroule ? Comment entendre et quels sens donner aux agirs répétitifs de ces patients en souffrance ? Comment créer un espace de travail qui favorise la mise en place d'un transfert et donc une ouverture aux formations de l'inconscient chez ces patients ?

LE CONFÉRENCIER

Cédric Levaque est psychologue et psychanalyste. Il préside actuellement Espace analytique de Belgique dont il est co-fondateur. Il est également responsable de l'unité Assuétudes au Service de Santé Mentale du centre Chapelle-aux-Champs, Université Catholique de Louvain à Bruxelles, Belgique.

I. INTRODUCTION

Tout d'abord, je tiens à remercier Claire Remy et les membres de l'équipe psychosociale du R.A.T. pour l'invitation qu'ils m'ont donnée à prendre la parole devant vous aujourd'hui, et ce, à partir d'une expérience qui fait rarement l'objet de communications publiquement dans le milieu psychanalytique, à savoir celle des groupes d'intervision.

Vous le savez certainement, le R.A.T. a notamment mis en place pour ses membres divers groupes d'intervision à Bruxelles. Durant neuf années, j'ai eu l'opportunité d'animer plusieurs de ces groupes en qualité de superviseur. Il est un fait qu'il n'y a pas une façon unique d'envisager l'animation d'un groupe d'intervision. Ce dernier dépend non seulement du but recherché par les participants, du cadre, mais également de la formation et de l'obéissance du superviseur. Pour ma part, il m'a toujours paru important de concevoir ces moments de travail clinique en groupe comme relevant avant tout d'une expérience de formation continuée pour les divers participants qui, faut-il le rappeler, restent avant tout les vrais acteurs de leur pratique clinique, médicale, sociale. En effet, « si le partage des écoutes et donc leur confrontation favorise l'élargissement de l'écoute de chacun, le partage des interventions cliniques permet quant à lui un questionnement des habitudes, des éventuelles théories sous-jacentes ainsi qu'un élargissement de l'éventail des futures interventions »¹. Dans le meilleur des cas, l'écoute de soi par les autres accroît les capacités d'autocritiques et de réflexions sur son écoute et ses interventions.

Toutefois, force est de reconnaître également qu'oser travailler en groupe à partir de la pratique clinique de chacun est une chose qui n'est guère aisée. Il est un fait que les groupes d'intervision s'apparentent à un

1 DE NEUTER, P., *Une expérience de supervision*, texte inédit.

moment, à un temps et à un lieu, réceptacle en creux, qui finalement se trouve devoir recueillir et prendre en compte toute une série d'éléments. Si basiquement cela implique une présence récurrente des participants afin qu'une dynamique de groupe puisse se constituer, encore faut-il que chacun puisse être assuré d'une bienveillance et d'une confiance auprès des différents participants ; encore faut-il tenir compte également de l'activité psychique et des défenses mises en place par les divers participants qui, même s'ils sont demandeurs, ne s'opposent pas moins, par moment, aux élaborations des collègues. Aussi, vous entendez combien dans mes propos introductifs, explorer librement en groupe, dans un cadre sécurisant, les raisons associées aux impressions d'impasses d'une pratique clinique n'est pas toujours un exercice aisé.

J'ajouterais, pour me diriger vers ce qui va être le cœur de mon propos, que cet exercice se complexifie lorsqu'il s'agit en plus de favoriser une prise de conscience des enjeux et des effets de transfert propre aux situations cliniques présentées. Dois-je le rappeler, la clinique dont il est question ici est celle des assuétudes. Cette donne clinique n'est pas non plus sans conséquence, car les contenus, les activités de pensées, les affects ou encore les représentations sont toujours fortement teintés par la clinique que nous développons ; par le type de problématiques que nous accueillons dans nos lieux de consultations.

Aujourd'hui, si vous me le permettez, je me contenterai d'aborder avec vous deux points ; deux points complexes qui sont néanmoins toujours présents de manières implicites ou explicites dans les séances de groupe d'intervisions cliniques.

Rien de neuf à l'horizon si j'avance devant vous que, dans leurs rapports à la parole, les personnes dépendantes, les toxicomanes ou encore les alcooliques n'hésitent pas à tendre un premier leurre aux cliniciens qu'ils rencontrent, qu'ils soient médecins, assistants sociaux ou encore psychanalystes. La littérature freudienne, lacanienne ou médicale s'accorde généralement pour relever que ces patients sont effectivement affectés dans leurs rapports au langage. Il est fréquent de relever une absence de questionnement au moment où ces personnes en souffrance s'adressent à nous ; de constater qu'ils expriment peu d'éléments de leur histoire les concernant et, *a fortiori*, concernant la relation thérapeutique. En somme, dans leur propos, le registre de l'imaginaire est appauvri : peu de fantasmes y sont énoncés et à première écoute, il y a peu de ratage de l'inconscient et dès lors, peu d'étonnement dans leur chef. D'une certaine manière, les contraintes

addictives dans lesquelles ces sujets dépendants sont accaparés remplacent et suppléent le défaut d'articulation du langage : sorte de protection de la vie par le biais d'agirs contraints et répétitifs. Que nous demandent donc ces patients lorsqu'ils s'adressent à nous ? Ne serait-il pas erroné de s'arrêter d'emblée à la première demande ; demande qui serait par exemple un traitement de substitution ? Faut-il penser que ces patients viennent et reviennent encore et encore chez vous et uniquement chez vous avec pour seul but de recevoir une prescription ?

Comme l'avance Lacan, « Parler est toujours parler à d'autres »². Cette phrase au premier abord naïve a pour mérite néanmoins de souligner que c'est toujours dans l'adresse à un autre – Autre – que la parole permet de modifier le rapport au savoir inconscient. Vous le savez tous, depuis Freud, la parole du patient dissimule un savoir et une valeur thérapeutique. De plus, ce savoir se spécifie par le fait d'être méconnu du patient. Ce savoir insu, S. Freud le nomme l'inconscient. Donc, comme je le disais, c'est dans l'adresse à l'autre que la parole permet de modifier le savoir inconscient. J'ajouterais que la parole serait peu de choses sans le foisonnement pulsionnel dont découlent le fantasme et les affects. Registres, une fois de plus, dans lesquels nous entendons fréquemment nombre de déficiences chez les personnes dépendantes. Or partons, si vous le voulez bien, de l'idée que ces patients qui viennent et reviennent à votre consultation ne demandent pas qu'un acte médical ou social mais s'adressent à vous. Ils vous parlent, vous désarçonnent même par moment, vous inquiètent, vous fatiguent, voire à d'autres moments vous irritent. Bref, il ne cesse de se passer des choses lors de ces rencontres.

Un concept « résumé » à lui seul ces différents registres que sont la parole, l'affect, la pulsion et le fantasme. Ce concept psychanalytique c'est le transfert. Le transfert, c'est ce quelque chose qui se structure par la parole, par la demande actualisée dans la rencontre avec le soignant, qu'il soit médecin, assistant social ou psy. Tout dépend de la position éthique que prend le « soignant » lorsqu'il rencontre le patient. Véritable moteur de toute cure, je vais toutefois aujourd'hui avec vous, moins exposer la dimension du transfert qu'en indiquer les spécificités concernant les cliniques de l'assuétude telles qu'elles se révèlent et se dégagent de ce que j'ai pu entendre dans ma pratique de superviseur au sein des différentes équipes du R.A.T. mais aussi dans ma pratique d'analyste.

2 LACAN J., Le Séminaire, Livre III, *Les psychoses (1955-1956)*, Paris, Seuil, 1981, pp. 46-47.

Si, comme je l'ai dit à l'instant, le transfert se structure par la demande adressée par exemple au médecin, alors, nous sommes en droit de nous poser une première question, à savoir « qu'en est-il de cette articulation entre la demande et le transfert concernant ces cliniques des assuétudes ? » Si l'espace d'un instant, vous acceptez de reconnaître que lorsqu'un patient s'adresse à vous, il s'adresse non pas la personne que vous êtes, mais bien à la fonction (médecin, assistante sociale, psychanalyste...) que vous occupez à un moment précis, dans un lieu précis ; si vous reconnaissez que cette fonction est habitée par un savoir que vous suppose le patient (il suppose que vous détenez les clés, les solutions à sa demande) alors, se pose à nous une deuxième question : « retrouvons-nous à l'œuvre, ce que j'appellerais ici avec vous, ce sujet-supposé-savoir dans ces pratiques avec les toxicomanes, les alcooliques ? ». Enfin, dernière question que je vous soumetts pour cette fin de matinée, est-ce que les contraintes addictives, dans lesquelles sont enfermées ces personnes, autorisent l'accès à la demande ou favorisent-elles une résistance face à celle-ci ? Pour le dire plus simplement, ces patients en souffrance peuvent-ils demander autrement que par l'expression un agir, fût-il prescriptif ?



II. LA DEMANDE

Commençons par cette question de la demande puisque j'ai associé cette notion de transfert à la demande. Cette notion, convenons-en, est sensiblement mise à l'épreuve par les personnes qui souffrent de dépendances. Aussi, pour mieux cerner la difficulté chez ces patients concernant la demande et ainsi comprendre ce que je vais soutenir à propos de certains aspects du transfert dans ces cliniques, je vous propose une brève genèse de la demande, autrement dit, d'articuler ce que nous entendons par cette notion de demande, et ce, avant de développer la demande en lien avec les problématiques addictives.

1. LA GENÈSE DE LA DEMANDE

Je vous invite à penser la notion de demande en la dialectisant à celle du besoin, afin de mieux l'articuler à celle du désir. Voilà une phrase que je trouve très belle, mais d'un abord quelque peu compliqué à cerner : « penser la notion de demande en la dialectisant à celle du besoin, afin de mieux l'articuler à celle du désir ». Alors, explicitons-la si vous voulez bien. Pensez au bébé. En effet, dans son être, le tout-petit est d'emblée astreint au registre du besoin dont il ne peut satisfaire seul les déséquilibres de l'organisme (la faim par exemple). Aussi est-il amené à interagir avec son environnement, afin d'exprimer ses tensions : pensons notamment aux cris. C'est donc le premier autre secourable, le parent qui, percevant cet état de besoin du tout petit, donnera un sens à ces manifestations organiques (sa faim) et pourvoira l'objet du besoin. À ce niveau, de la part du tout-petit, il n'y a donc aucune marque d'adresse ou d'intentionnalité. Par contre, l'intervention du parent, autrement dit sa réponse et la signification, les mots qu'il viendra apposer sur cette manifestation organique, viendront d'emblée inscrire le tout petit dans le registre du message, de l'adresse. Autrement dit, en supposant une demande de la part du tout-petit, le parent ou, pour être plus précis, le désir du parent opère une première étape pour inscrire son enfant dans l'adresse. Le parent fait donc accéder ce cri au statut de parole. Les psychanalystes appellent cela le registre symbolique. À l'apaisement corporel du tout-petit, le parent aura donc répondu donc par des mots, des gestes ou l'absence de ces derniers. C'est uniquement au terme de cette expérience de satisfaction ou d'insatisfaction que le tout petit pourra dorénavant désirer par le truchement de la demande adressée au parent : dialectiser la demande au besoin afin

de mieux l'articuler au désir. Il importe également d'ajouter ici, et c'est très important, que le bébé se retrouve, à ce moment, aliéné à l'univers des mots du parent secourable (ce que les psychanalystes lacaniens appellent les signifiants de l'Autre). En effet, le cri du besoin de l'enfant, étant traduit par les mots du parent, accède à l'état de demande mais, dès lors, il aliène cette demande à n'être que demande du parent car exprimée par les mots de celui-ci.

2. QU'EST-CE QUE LA DEMANDE OU QUAND LA DEMANDE EN CACHE UNE AUTRE !

Nous venons donc de voir, certes rapidement, que la demande véhicule le désir³ et dès lors, dans un premier temps, le désir parental. Mais au-delà de la demande de satisfaction du besoin, toute demande est également à entendre comme étant une demande d'amour⁴. En effet, dès « la seconde expérience de satisfaction », le fait que le tout petit doive passer par le registre de la demande le confronte désormais à la perte et au manque. Pourquoi ? Tout simplement parce que ce n'est effectivement pas la même chose que d'être apaisé sans l'avoir « demandé » que de l'être par l'entremise de la demande. « La médiation par la nomination introduit une inadéquation entre ce qui est désiré fondamentalement et ce qui s'en fait entendre dans la demande »⁵. Si dorénavant le tout petit, grâce aux mots qu'il aura reçus du parent, interprète ses propres tensions en termes de manque (« le tiraillement dans mon ventre c'est parce que j'ai faim, je manque de nourriture »), force est de constater que l'objet premier de satisfaction sera néanmoins définitivement perdu, même s'il sera inlassablement recherché, mais en vain. Ainsi, la toute première satisfaction a pour conséquence, pour tout être humain, la révélation d'une insatisfaction fondamentale. Le manque et la perte sont bien ce qui, de structure, marque tous humains. Mais rassurez-vous, afin de parer à ce manque, à cette perte, une réponse va être attendue à un autre niveau : au niveau de l'amour, de la reconnaissance. Il vous suffit ici de penser à vos enfants et à leurs demandes perpétuelles d'objets. Ces dernières ont pour visée d'obtenir un simple signe d'amour et de reconnaissance à travers le don et non les objets en tant que tels dont il se lasse en fait très vite.

3 Axe symbolique de la demande, du transfert.

4 Axe imaginaire de la demande, du transfert.

5 Dor, J., *Introduction à la lecture de Lacan. I. L'inconscient structuré comme un langage*, Paris, Denoël, 1985, p. 188.

3. LA DEMANDE DE L'ALCOOLIQUE

Dans la vie, l'humain s'efforce de trouver des solutions, des parades, certes nombreuses, pour effacer ce rapport au désir et au manque qui le cause. Pour chaque être de parole, vous et moi y compris, la névrose, la psychose ou la perversion sont, avant tout, des manières d'être, des modes structuraux face à la « douleur » d'exister. Cependant pour certains sujets l'issue névrotique, psychotique ou perverse s'est parfois révélée être insuffisante pour supporter cette condition humaine. Des traumatismes subis de manière très précoce ont complexifié plus que de coutume le conflit et l'issue de ces bouleversements qui façonnent le psychisme humain. Pour tenir face à ces épisodes, les personnes ont développé des contraintes addictives, agies dans la réalité. La consommation d'un objet de la réalité est venue pour eux atténuer cette insuffisance, et ce, en fonction de la structure sous-jacente.

Posons ici l'hypothèse que l'issue de la satisfaction première telle que je viens de la développer concernant la demande n'a pas eu suffisamment, pour le tout-petit – futur être dépendant –, une valeur représentante. En effet, si le tout-petit a expérimenté cette opération de perte, et donc de manque consécutif à la demande, il n'a atteint toutefois ce statut d'être manquant que pour mieux y buter. C'est un peu comme s'il y avait eu dans les premiers temps de la vie un non-investissement partiel envers le tout-petit au niveau de son Être. Autrement dit, les traces de cette première relation de satisfaction ont été inscrites mais de manière précaire. Ce non-investissement partiel a entraîné *de facto* une régression et une fixation⁶ à ces premiers temps de la vie pour colmater le manque d'Être. Aussi, le tout-petit n'a-t-il pu faire face aux traumatismes précoces que par l'entremise de défenses archaïques que sont notamment le clivage, le retournement ; mécanismes de défense archaïques que nous retrouvons dans ces cliniques de l'addiction. À leurs façons, les personnes souffrant de dépendances ne cessent ainsi de nous révéler ce dont ils étaient faits avant leur prise dans la parole dans ces premiers moments de la vie.

Tout ce que je viens d'avancer devant vous est très important, car il n'est pas exceptionnel d'entendre des cliniciens avancer l'idée que si un patient vient les consulter, c'est uniquement parce qu'il doit avoir sa prescription de méthadone, mettre en ordre ses papiers... Certes, cette idée n'est en partie pas fautive, mais pourquoi revient-elle donc toujours chez ce même

6 Raison pour laquelle nous rencontrons, dans ces cliniques de l'addiction, des mécanismes de défense archaïques.

médecin ? Pourquoi ne va-t-elle pas chez une autre ? Certains vous diront alors que c'est parce que c'est plus facile pour ce patient, que c'est une habitude. Pour ma part, je pense que répondre à cette question de cette manière permet en fait au clinicien de faire l'économie d'une réflexion sur ce qu'induit sa présence, sa fonction vis-à-vis de ces patients. « Il est en effet inconcevable de penser qu'un patient puisse demander, parler sans s'adresser à quelqu'un. Le fait de demander, de parler est complètement pris dans les aléas d'une adresse à quelqu'un à qui, d'office, le patient suppose un certain nombre d'attentes. Pas moyen pour un patient de vous parler sans qu'il soit automatiquement pris dans ces réseaux de suppositions qui vont gouverner les moindres propos qu'il vous articulera, ainsi que la manière dont on les amènera, les énoncera. C'est ça le transfert »⁷.

Toutefois, comme je viens de vous l'indiquer, dans les cliniques des assuétudes, « si le récit est possible, il échoue à faire représentation. Ce qui est dit est le plus souvent de l'ordre du ressenti : "Je suis angoissé, je ne sais plus ou j'en suis, je le ressens dans mon corps, je ne sais pas comment vous dire". Une fois l'angoisse dite, les mots apparaissent comme complètement inadéquats à l'exprimer, à la faire partager à l'autre. »⁸ Dans les pathologies addictives, il est vrai que le rapport au langage nous désarçonne bien souvent. Force est de constater que pour nombre de ces patients souffrant de dépendance, penser et se penser, engendre l'effroi.

Il importe donc de garder cela à l'esprit afin de ne pas tomber dans ce premier piège que nous tendent ces patients : « Moi, je ne demande rien d'autre qu'une prescription ». Repensez à ce que je vous ai dit tout à l'heure à propos du tout petit. En réponse à la demande, le parent, la mère ne donne pas à l'enfant que ce qu'elle a, du lait, mais elle donne aussi ce qu'elle n'a pas, de l'amour (qui n'est pas un objet tangible, vous en convenez). Pour le dire autrement, la mère donne le sein, mais le sein est bien autre chose que la mamelle. Cette première forme de don est pour l'enfant une preuve d'amour. C'est pourquoi toute demande devient inévitablement une demande d'amour ; une demande qui ne sera jamais comblée par un objet de satisfaction. C'est là que se situe la perte dont je parlais tout à l'heure.

L'entrée dans le cycle de la demande, pour tout être humain et donc, pour les patients dépendants, est corrélative de l'identification première, autrement dit des premières réponses parentales qui sont constituantes ou

7 LÉGAUT, J., *Les lois de la parole*, Erès, Paris, 2003, p. 68

8 DELBREIL-GINESTET, S., *La terreur de penser*, Diabase, Plancoët, 1997, pp. 64-65.

non d'un sujet allant-devenant. Et si, comme le l'avance Lacan la pente de tout sujet est de toujours viser à « retrouver les marques de réponses qui furent puissantes à faire de son cri un appel »⁹, vous entendez combien cela se complexifie pour les personnes dépendantes chez qui ce moment précoc de constitution subjective fut déficient. Dès lors, dans ces cliniques des assuétudes, les demandes ne peuvent être exprimées, par ces patients, que par le truchement d'une parole-acte voire, d'un acte médical ou social par exemple. Notre éthique nous amène dès lors à devoir accepter d'entendre l'au-delà de la demande.

Tout ce qui vient d'être dit nous permet maintenant d'aborder pleinement la question qui nous occupe concernant le transfert. Car, comme je l'ai dit tout à l'heure, le transfert est ce quelque chose qui se structure par la parole, par la demande actualisée dans la rencontre avec le soignant.

III. LE TRANSFERT ET LE SUJET-SUPPOSÉ-SAVOIR

Mais, ce transfert dans ces cliniques des assuétudes, opère-t-il différemment de celui que nous rencontrons dans la clinique des névroses, des perversions ou encore des psychoses ? Je répondrais à cette question par la positive en affirmant que dans les cliniques des assuétudes, nous sommes dans un en deçà des dynamiques « classiques » du transfert. Ce qui s'en rapproche le plus est le transfert auquel le clinicien est confronté quand il est face à la clinique de l'infantile. C'est-à-dire dans ce temps de la vie où l'on cherche notamment à construire des représentations, à border un corps, etc. Bref, tout ce qui se joue dans cet en deçà du langage où c'est le parent qui se fait notamment support de l'énigme. Les cliniques des assuétudes renvoient aux cliniques de l'infantile et, faut-il le rappeler, l'infantile ne se réduit pas à l'enfance, mais va bien au-delà tant il ne se rapporte à aucune temporalité, si ce n'est celle de l'inconscient.



9 LACAN, J., *Écrits*, Seuil, Paris, 1966, p. 803.

De plus, si nous discernons chez ces personnes en souffrance des défenses archaïques (le clivage, le déni, le retournement, etc.), alors il est légitime de repenser le transfert en fonction de cette dynamique-là. Aussi, contrairement à la névrose de transfert où le mécanisme de déplacement est opérant pour établir le transfert, je dirais que chez les personnes dépendantes¹⁰, le transfert opère par retournement.

Dès 1915, Freud suggère dans sa *Métapsychologie*¹¹ que les processus de retournement précèdent les mécanismes de refoulement. Aussi, situe-t-il ces derniers entre les mécanismes de clivage et de refoulement. Dans ce type d'organisations transférentielles que je vous décris, les patients font subir activement au soignant ce qu'ils ont dû éprouver passivement dans une détresse guère élaborée tout petit. D'où la nécessité pour le clinicien de tolérer suffisamment une passivité dans la rencontre avec ces patients, car c'est au « prix » de cette première phase du transfert où se déploieront ces expériences archaïques et infantiles peu élaborées que, dans un second temps, l'amorce transférentielle sera investie. Ce premier temps, où le médecin, l'assistant social, l'analyste a à demeurer indemne aux attaques répétées, s'avère être couramment long, mais nécessaire. En effet, si les toxicomanes, les alcooliques ne cessent d'attaquer et détruire cette amorce transférentielle, c'est essentiellement afin de se protéger de l'investissement de cette dernière, au risque de la perdre. S'attacher à quelqu'un, provoque de la crainte tant cela peut être destructeur, violent.

Je vous propose donc de penser les cliniques des assuétudes non pas du point de vue du névrosé, du psychotique ou du pervers, mais plus du point de vue de l'infantile en devenir d'une articulation névrotique, psychotique ou perverse. Selon moi, l'alcoolisme, la toxicomanie ne sont pas des structures en tant que telle, mais bien des problématiques qui viennent s'insérer, qui viennent solutionner l'insuffisance, le dysfonctionnement d'une structuration névrotique, psychotique ou perverse.

Aussi, dans les cliniques de l'alcoolisme, cette présence du sujet-supposé-savoir qui se loge entre le clinicien et son patient, cette espace symbolique reste à créer. Attention, cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de savoir en jeu dans ces prises en charge cliniques ? Non, je ne dirais pas cela. Par contre, j'affirmerais que nous ne sommes pas de manière « classique » en

¹⁰ Pour les personnes ayant une structure psychotique sous-jacente, les choses sont toutefois différentes.

¹¹ S. FREUD, « Métapsychologie », Œuvres complètes, vol. XIII, 1914-1915, Paris, Presses Universitaires de France, 2005, p. 192.

présence d'un savoir supposé au sujet par l'énigme comme nous le rencontrons dans la névrose ; ni en présence d'un savoir supporté par la certitude du sujet comme nous le rencontrons dans la psychose ; et encore moins d'un savoir su mais désavoué, comme nous le rencontrons dans la perversion. Concernant ce rapport au savoir chez l'alcoolique, S. Ginestet-Delbreil avance l'idée d'un savoir « non pas supposé mais attribué à l'analyste [...]. Je suis là en position de sujet sachant »¹², écrit-elle.

Dès lors, à nous à entendre toutes ces paroles-actes, tous ces agirs, tous ces ressentis, ces éprouvés que ces patients n'arrivent pas à *perlaborer* dans leurs histoires et qu'ils nous font vivre pleinement en consultation – retournement sur la personne du clinicien – ; à nous donc à entendre toutes ces manifestations comme autant d'amorces de transfert, comme autant d'amorces d'une mise en place possible de ce sujet supposé savoir.

Je vous invite donc à entendre ces amorces de transfert comme étant en attente d'une nomination de la part du clinicien. L'aventure transférentielle ne peut en effet se déployer qu'à partir d'un processus de parole au détriment de l'acte. Aussi est-ce à l'analyste, au médecin, à l'assistante sociale d'occuper un rôle actif cette fois-ci dans la construction de cet espace transférentielle. De fait, dans les cliniques des assuétudes, le clinicien doit plus que jamais supposer un savoir à ses patients, il doit supposer du sujet là où il n'y a eu que trop de ratages. Dans la rencontre avec ces personnes en souffrance, nous avons à permettre une plasticité dans l'espace du travail médical, social, analytique. Cette plasticité ne concerne pas notre cadre de travail sur lequel nous devons rester certes rigoureux, mais bien ce qui s'y déroule. Car quand « l'agir tient lieu de langage, l'impératif du clinicien, qui veut rester à l'écoute, est d'organiser un contenant pour que cette agir devienne analysable, *entendable*. C'est-à-dire qu'il faut permettre au dispositif clinique de transformer l'agir non analysable en un passage à l'acte analysable, voire mieux encore en un acting out adressé dans le champ du transfert au clinicien. Gardons à l'esprit également que si l'agir des toxicomanes, des alcooliques prend à contre-pied le cadre du clinicien, il fait toutefois de ce cadre, l'espace où ils pourront rejouer leur quête identitaire »¹³. Il importe donc de supposer du sujet en face de nous. La fonction de nomination dans une telle approche clinique a pour unique visée de créer un espace où

12 GINESTET-DELBREIL, S., *Narcissisme et transfert*, Paris, Campagne Première, 2004, p. 110-111.

13 GEBEROVICH, F., *No satisfaction*, Albin Michel, Paris, 2003, pp. 149-151.

se situe le sujet-supposé-savoir, dans l'entre-deux entre le patient et le praticien, ni à l'un ni à l'autre, et à l'un et à l'autre.

Cette nomination, au sens fort du terme, relève d'une inscription de l'être dans un espace, dans le temps, dans une histoire avec un passé, un présent et un futur. C'est à partir de cette fonction de nomination soutenue par le praticien que, dans ces cliniques, s'origine selon moi le transfert. Et si, comme je l'ai avancé le transfert se structure par la parole, eh bien je dirais que, dans ces cliniques, cette parole doit d'abord en passer par la personne réelle du clinicien. C'est également dans ce sens que j'avance l'idée que le transfert, dans ces cliniques, opère par retournement. L'agir des personnes dépendantes est en quête de sens, de représentations et c'est au clinicien que revient la tâche, dans le meilleur des cas, de permettre le rétablissement de la chaîne associative et du processus de subjectivation.



IV. LA NOMINATION DANS LE TRAVAIL

Cette notion de nomination, qui passe par la personne réelle du clinicien, relève d'une nomination primordiale, tel que nous la repérons dans la triade mère-enfant-langage. Cette nomination primordiale est ce qui donne corps au sujet¹⁴. Or, dans ces cliniques des assuétudes, le rapport au corps est très souvent marqué par un défaut de représentations. Aussi avons-nous à concevoir le transfert comme étant un espace d'élaboration du corps. Il s'agit de permettre aux patients de se supporter autrement de la perte que par la contrainte addictive. Cette opération nécessite dès lors la construction d'une articulation imaginaire, réelle et symbolique de cette perte. C'est pourquoi il est nécessaire que, dans l'espace du transfert, ça réponde dans l'Autre (chez le clinicien), car nombre de ces agirs sont à entendre comme des appels.

Gardons néanmoins à l'esprit que la réponse du clinicien n'est aucunement à entendre comme une réponse au besoin ou à la demande imaginaire du patient. Il s'agit plutôt de permettre à ces derniers de vivre l'expérience d'une réponse où, dans l'intervalle entre l'appel acté à être de du patient et la nomination du clinicien, le manque à être existe et est bordé. C'est donc au clinicien que revient cette opération de border l'agir, le ressenti, l'éprouvé, la parole-acte par la nomination. « Non pas qu'il ait à dire ce qu'il ressent, encore que ce soit quelques fois nécessaire, mais qu'il puisse se montrer comme ressentant, interprétant, fantasmant, ce qui implique qu'il ne considère pas ce qu'il dit comme vérité révélée qui serait alors imposée au sujet. Ses hésitations, ses interrogations, ses erreurs ont à être parlées »¹⁵. Cette nomination vise ainsi l'ouverture de l'inconscient en inscrivant notamment de la filiation avec un passé et un futur dans le discours, de la séparation entre la réalité historique et le fantasme, mais également une articulation entre ce qui n'a pas encore été éprouvé et ce qui ne cesse d'être acté.

Concernant cette fonction de nomination et de présence supportée par le clinicien, certains pointeront l'écueil que le patient a à en passer par les mots, de ce premier, tel le tout petit avec son parent. Certes, c'est vrai. Par

14 Notons que si, pour Freud, la pulsion donne vie au corps et forme à ses orifices, pour Lacan, elle indique combien la sensibilité du corps humain au verbe et au dire est un fait : « *les pulsions, c'est l'écho dans le corps du fait qu'il y a un dire. Mais ce dire, pour qu'il résonne... il faut que le corps y soit sensible. Et qu'il l'est, c'est un fait.* », Lacan, J., Le Séminaire, Livre XIII, *Le sinthôme* (1975-1976), Paris, Association freudienne internationale, 2001, p. 6.

15 Ginestet-Delbreil, S. *Narcissisme et transfert, op. cit.*, p. 106.

ailleurs, nombre de praticiens qui travaillent avec des personnes dépendantes auront constaté combien ces dernières s'accrochent à certaines paroles reçues. En fait, ces paroles les tiennent, les arriment, les font consister. Aussi est-il utile de préciser que le fait d'en passer par les mots du clinicien n'implique pas que les patients doivent adhérer à ses énoncés, mais simplement qu'ils doivent en passer par le lieu de l'énonciation du clinicien. Il revient ainsi à la qualité de la présence du clinicien de ne pas donner à ses paroles le ton de la vérité absolue, de la fermeture de l'interprétation univoque, mais de permettre un ancrage dans le discours en s'avancant avec son désir avéré de clinicien. Naviguer par les mots du clinicien revient à dire que c'est pour autant que le clinicien ouvrira cet espace de ses propres mots que le patient pourra y retrouver ou y créer les siens.



V. CONCLUSIONS

Il importe de garder à l'esprit que, dans cette dimension du transfert et dans le champ de l'expérience clinique, notre rapport au savoir est constamment remanié par les effets de l'inconscient. Aussi est-ce au praticien de se réinventer inlassablement à partir de cet intenable propre à sa fonction. Ma clinique et mes réflexions avec mes collègues m'ont amené à entendre les contraintes addictives, les agirs des patients dépendants, non pas comme une subversion du cadre de travail, mais plutôt comme un appel à la nomination, à une autorisation à penser, à se penser. En effet, ces agirs, dans le champ du travail clinique, ne révèlent que trop les déficiences du recours à la parole. Ainsi, cette approche des cliniques des assuétudes implique-t-elle d'entendre ces agirs comme une amorce du transfert. Amorce du transfert qui implique le respect d'une temporalité particulière pour l'établissement du transfert et la création du symptôme, car ce n'est que dans cette nouvelle création que le patient s'appropriera un symptôme et adressera une demande jusque-là insoupçonnée au praticien

Je reconnais également que les cliniques des assuétudes imposent aux praticiens une vigilance et un perpétuel réajustement de leur présence, tant elles le mettent, lui et son désir de travail, à rude épreuve. Face aux agirs d'un patient, il est effectivement tentant de se mettre dans la position de celui qui « sait ce qui est bien pour lui », comme arrêter de consommer, de boire. Plus l'agir du patient sera impressionnant, plus la tentation sera grande pour le clinicien de passer à l'acte et de ne plus favoriser la création de l'espace transférentielle. À charge donc du clinicien de conserver une présence qui prend acte des effets de l'inconscient et, *de facto*, de l'ouverture d'un espace transférentiel. C'est dans cette ouverture, qu'est le transfert, que ces patients s'ouvriront aux formations de leur inconscient. La fonction de nomination que je vous ai proposée est laborieuse, parfois douloureuse mais indispensable car, comme le souligne Lacan, « L'inconscient, d'abord, se manifeste à nous comme quelque chose qui se tient en attente dans l'air, dirais-je du non-né. [...]. Ce n'est jamais sans danger qu'on fait remuer quelque chose qui se tient dans cette zone des larves, et peut-être est-il de la position de l'analyste – s'il y est vraiment – de devoir être assiégé, – je veux dire réellement – par ceux chez qui il a évoqué ce monde des larves sans avoir pu toujours les mener jusqu'au jour. »¹⁶

16 Lacan, J., *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, op. cit., pp. 25-26.

À partir de ces deux concepts fondamentaux que sont la demande et le transfert, voici quelques questions en lien avec les cliniques des assuétudes auxquelles **Cédric Levaque** tentera d'apporter des réponses. S'il est un fait que dans leurs rapports à la parole, les toxicomanes et les alcooliques tendent un premier leurre aux cliniciens qu'ils rencontrent, quels effets cela a-t-il sur la demande et le transfert dans ces prises en charge cliniques ? Quelles sont les conséquences directes sur le cadre de travail et sur ce qui s'y déroule ? Comment entendre et quels sens donner aux agirs répétitifs de ces patients en souffrance ? Comment créer un espace de travail qui favorise la mise en place d'un transfert et donc une ouverture aux formations de l'inconscient chez ces patients ?



laap
laboratoire
d'anthropologie
prospective

UCL
Université
catholique
de Louvain



fnrs
LA LIBERTÉ DE CHERCHER