

Danielle ROULOT

Greffe de transfert, bouture de fantasme

MARSEILLE

Le 26/11/1988

Je voudrais vous parler d'une certaine espèce botanique qu'on appelle communément "fantasme" ; cette espèce a été jusqu'ici surtout étudiée sur les terrains dits "névrotiques", où elle est particulièrement luxuriante (certains disent même "luxurieuse") quoique se développant de façon essentiellement souterraine. Cependant, il arrive que sur certains de ces terrains (à forte composante hystérique), elle prolifère jusqu'à envahir tout l'espace, et, comme l'on dit alors, "elle prédomine sur le champ de la conscience". Par contre, le problème reste controversé de la croissance du fantasme sur les terrains dits "psychotiques". Certains contestent même qu'il puisse pousser sur ces terrains. D'autres (mais, à mon avis, c'est un manque de rigueur) tendent à le confondre avec une autre espèce, qui par contre y prolifère, appelée "délire", ce qui revient à considérer le délire comme une variété inhabituelle de fantasme, simplement trop exubérante et inadéquate en ce qu'elle s'étale au grand jour. On parle aussi d'un mode d'enracinement particulier de cette variété, dit "enracinement dans la conviction délirante".

Cette "métaphore" vous a déjà indiqué que je voudrais parler de la problématique du fantasme dans la psychose. C'est une problématique centrale, aussi bien au niveau de ce qu'on aimerait bien pouvoir qualifier de "prise en charge analytique" qu'au niveau de ce qu'on appelle "vie institutionnelle", ou "tissu institutionnel".

Pour définir le fantasme, je vais essayer d'aller vite... Il faut d'abord que j'annonce un petit peu ma promenade au jardin des espèces. Donc, je voudrais essayer de redéfinir rapidement le fantasme, essentiellement en me référant à Freud. Ensuite, je poserai le problème du fantasme dans la psychose ? Dans un troisième temps, je voudrais aborder le problème des fantasmes originaux, en particulier de celui qui me préoccupe le plus en ce moment, qui est le fantasme de la scène primitive. Et j'enchaînerai sur deux cas cliniques.

Pour définir le fantasme, je vais me référer à un botaniste que vous connaissez tous, Sigmund Freud, particulièrement connu pour sa passion pour les artichauts. Freud parle de "deux principes de l'activité psychique" : principe de plaisir- déplaisir, principe de réalité. Et il signale qu'au moment de l'instauration du principe de réalité " une certaine espèce de pensée" est séparée du reste : *"Elle perd sa liberté à l'égard de l'épreuve de la réalité en restant soumise au seul principe du plaisir"*. C'est ainsi qu'il définit l'activité fantasmatique... Il semble que Freud, lui aussi, aime bien les "métaphores" : il compare ce "royaume de la fantaisie" à l'instauration des réserves naturelles. Je ne peux pas m'empêcher de le citer : *"La réserve naturelle perpétue cet état primitif qu'on a été obligé, souvent à regret, de sacrifier partout ailleurs à la nécessité. Dans ces réserves, tout doit pousser et s'épanouir sans contrainte, même ce qui est inutile ou nuisible"*. Mais, en fait, cette première définition va se complexifier : *"Les fantasmes sont d'une part hautement organisés, non contradictoires. Ils ont mis à profit tous les avantages du système conscient et notre jugement les distinguerait avec peine des formations de ce système. Mais, d'autre part, ils sont inconscients et c'est cette origine qui est décisive pour leur destin."*

On trouve, dans certaines traductions françaises de Freud, les termes de fantasme et de fantaisie employés indifféremment. Mais le "fantasme", précisément, n'a rien de "fantaisiste". Et le fantasme est si peu fantaisiste - au sens d'inconsistant - que Freud lui attribue "une réalité psychique", certes "opposée à la réalité matérielle". Il précise même : *"Il ne nous a pas été encore donné de constater une différence quant aux effets selon que les événements de la vie infantile sont les produits de la fantaisie ou de la réalité"*.

J'ai pris deux minutes pour parler du fantasme tel que le définit Freud. Je voudrais maintenant aborder le problème du fantasme dans la psychose, et d'abord bien distinguer fantasme et délire. Freud dit que dans la névrose comme dans la psychose, on peut parler d'une "perte de la réalité". Le problème est de savoir en quoi consiste cette perte de la réalité dans chacun de ces deux cas. J'ai ici une longue citation à laquelle je tiens beaucoup : *"Le fait que le paraphrène se détourne du monde extérieur doit être caractérisé avec plus de précision. L'hystérique ou l'obsessionnel a lui aussi abandonné, dans les limites de sa maladie, la relation à la réalité, mais l'analyse montre qu'il n'a nullement supprimé sa relation érotique aux personnes et aux choses. Il la maintient encore dans le fantasme. C'est-à-dire, que, d'une part, il a remplacé des objets réels par les objets imaginaires de son souvenir, d'autre part, il a renoncé à entreprendre les actions motrices pour atteindre les buts concernant ces objets. Il en va autrement pour le paraphrène. Il semble que ce malade ait réellement retiré sa libido des personnes et des choses du monde extérieur sans leur substituer d'autres objets dans ses fantasmes"*. Freud précise ailleurs que dans la névrose, la fuite de la réalité se manifeste par un simple retrait de l'investissement Pcs-Cs (c'est-à-dire qu'il y a refoulement), alors que dans la psychose, *"la représentation de choses (Ics) de l'objet est abandonnée par la libido"*.

En fait, il y a dans la névrose une tentative de fuite de la réalité qui va consister à *"remplacer la réalité indésirable par une réalité plus conforme au désir. La possibilité en est donnée par l'existence d'un monde fantasmatique"*. Or, *" ce monde fantasmatique joue le même rôle dans la psychose : il représente le magasin où sont pris la matière et les modèles pour la construction de la nouvelle réalité. Mais le nouveau monde extérieur fantasmatique de la psychose veut se mettre à la place de la réalité extérieure"*. C'est-à-dire que dans la névrose, on peut dire simplement que le sujet se détourne de la réalité, *"il n'en veut rien savoir"*, dit Freud. Mais la réalité extérieure, même quand elle est submergée par la réalité psychique, ce qui arrive dans des états oniroïdes, crépusculaires, etc..., n'est pas pour autant détruite. Dans la psychose, au contraire, la réalité extérieure est détruite, et, c'est la réalité psychique qui vient se mettre "à la place" de la réalité extérieure. Je dirais plutôt, en ce qui me concerne, qu'il y a indistinction entre "réalité psychique" et "réalité extérieure" ; c'est ce qui se passe, par exemple, dans les phénomènes d'interprétation délirante ; si l'on étudie d'un peu plus près ce qui est en question à ce moment là, on s'aperçoit que le contenu de l'interprétation délirante est en fait un contenu de pensée du sujet, mais nié en tant que tel. Simplement, le contenu de pensée se trouve là, flottant, au niveau des objets de la "réalité extérieure".

En ce qui concerne la psychose, Freud distingue deux temps. Le premier temps est donc celui de la perte de la réalité -perte proprement dite de la réalité, puisqu'il y a abandon des investissements d'objets, au sens d'investissement Ics- Le second temps est en fait *"une tentative de guérison"*, bien qu'on le prenne pour la maladie. Cette tentative de guérison vise à reconstruire des investissements d'objets mais elle ne peut que créer une autre réalité, et, non recréer la réalité extérieure.

Je dirais que ce qui fait le délire, c'est qu'il y a, à ce moment là, identité des places topiques de la réalité psychique et de la réalité extérieure. Cette remarque pose d'une part le problème de ce qui peut tenir à distance ces deux réalités, et d'autre part, elle pose le problème de savoir si on peut encore appeler "fantasme" ce qui est en fait considéré par le sujet comme élément constitutif à part entière d'une réalité extérieure, "objective".

Je laisse provisoirement ces deux questions, qui me paraissent essentielles, en suspens. Je vais essayer de prendre le problème par un autre bout, par "son origine", si je puis dire, puisque je voudrais parler de la problématique du fantasme originaire. Laplanche et Pontalis, dans leur petit livre qui porte un titre énorme : "Fantasme originaire, fantasme des origines, et origine du fantasme", résumant bien je crois, la pensée de Freud en disant que " l'origine du fantasme est intégrée dans la structure même du fantasme originaire". Comment Freud définit-il le fantasme originaire ? Il considère qu'il constitue une forte de schéma intérieur au sujet, que celui-ci doit nécessairement rencontrer... A tel point que Freud va jusqu'à le considérer comme un *"patrimoine philogénétique"*. Il dit : *"Nous avons souvent l'occasion d'observer que le schéma triomphe de l'expérience individuelle. Ce sont justement ces cas là qui sont propres à montrer l'indépendante existence du schéma"*.

Je me bornerai à parler des trois grands fantasmes originaires classiques et plus particulièrement de l'un d'eux. Ces trois grands fantasmes originaires, Laplanche et Pontalis les reprennent un à un en démontrant que chacun constitue effectivement une sorte de "mythe d'une origine". Le fantasme de la séduction, c'est le mythe de l'origine de la sexualité, le fantasme de la castration, c'est le mythe de l'origine de la différence des sexes. Le fantasme de la scène primitive, c'est le mythe de l'origine de l'individu. J'écarte tout de suite le fantasme de castration au sens où, en ce qui concerne ce dont je veux parler, il ne présente pas de difficultés : Freud l'étudie particulièrement dans son texte sur "L'homme aux loups", où il est clair que le fantasme de castration est véritablement un fantasme c'est-à-dire un élément de la seule réalité psychique. Par contre, il y a quelque chose de commun entre les deux autres fantasmes originaires : Freud croit d'abord dur comme fer à la réalité objective de la scène traumatique de séduction, mais il va être amené à remettre en question cette réalité objective, et c'est là qu'il introduit la notion de "réalité psychique" dont on parlait tout à l'heure ; il va même jusqu'à dire que *"dans le monde des névroses, c'est la réalité psychique qui joue le rôle dominant"*. Avec le fantasme originaire de la scène primitive, on va assister à une évolution analogue. Dans le texte de Freud sur "L'homme aux loups", on voit peu à peu apparaître, à travers une entrée très progressive dans l'analyse du célèbre rêve des loups perchés dans l'arbre, ce questionnement : l'observation du coït parental est-elle une observation réelle ou s'agit-il d'un scénario purement fantasmatique ?

Je n'ai pas du tout l'intention de me prononcer sur cette question. Je voulais simplement amener ce questionnement à propos de la scène primitive pour entrer dans le vif de mon sujet. Dans la scène primitive, je distinguerai deux éléments. Il y a d'une part un élément purement imaginaire qui se manifeste par toutes les fantasmagories qu'on peut avoir dans la tête autour de cette agitation de deux corps, avec tous les fantasmes érotiques qui en découlent. L'autre élément, - et c'est sur celui-ci que je voudrais insister - je le définirai comme élément purement formel ; je pourrais l'énoncer ainsi : "Je suis exclu d'une scène que je ne peux qu'imaginer". Mais dans cette phrase-là, il y a déjà de la redondance. En fait, c'est parce que je suis exclu de ce lieu que ce lieu va pouvoir se constituer comme "scène" encore vide de tout scénario. On peut alors entendre au sens propre la formulation de Freud : "Urszene" : scène originaire, scène primitive, toute première scène. Ce que je veux dire, c'est que c'est cette dimension purement formelle de la scène primitive qui va constituer la matrice

de toute "scène", c'est-à-dire que c'est, littéralement, sur cette base purement formelle - mise en place d'une scène comme "cadre" - que va se développer le fantasme comme scénario qui s'y déroule ; cette base formelle va donc délimiter l'espace de ce que Freud, après Fechner, appelle "l'Autre scène".

En termes mathématiques, on pourrait aller jusqu'à dire que cet élément formel de la scène primitive -en tant qu'il est d'abord délimitation d'un lieu- va permettre une articulation du sujet (qui n'est pas encore sujet de l'inconscient) avec l'ensemble vide en tant qu'ensemble, c'est-à-dire avec la pure délimitation. Et en tant que je le définis comme constituant un "là-où-je-ne-suis-pas", on pourrait dire que c'est ce qui va permettre que se définisse un "ici" : on pourrait dire que c'est seulement à partir de ce lieu "non-moi" qu'il va pouvoir y avoir délimitation du corps, et aussi déclenchement d'un processus de pensée, au sens où je ne peux qu'imaginer ce qui se passe dans ce lieu. On peut entendre en ce sens la petite phrase de Jacques Lacan : *"Je pense là où je ne suis pas"*.

La réalité psychique dont parle Freud va donc se jouer "sur" cette scène. Et je dirais que c'est l'ek-sistance de cette scène qui garantit la place topique de la réalité psychique. La réalité psychique, parce qu'elle a "lieu" (au sens propre : elle a un lieu) sur cette scène, va pouvoir rester distincte de la réalité extérieure. Autrement dit, c'est cette scène qui garantit la non-confusion de la réalité psychique et de la réalité extérieure.

J'emprunterai là une petite précision à Masud Khan, autre botaniste célèbre pour l'importance qu'il accorde à la jachère_. Dans un de ces articles ("du vide plein la tête")_, il parle, d'une façon qui peut a priori surprendre du "caractère pathologique" d'un rêve. Il s'agit ici d'un rêve répétitif d'une de ses patientes : *"Le caractère pathologique du rêve tient au fait que, en tant que personne d'une part, en tant que "rêve-objet" d'autre part, elle occupe un seul et même espace, rêveur et rêve ne font qu'un"*_. Je dirais plutôt : "Rêveur et scène du rêve ne font qu'un".

Je reprends la formulation que j'avais tout-à-l'heure : "Je suis exclu de ce qui, du fait même de mon exclusion, devient scène", me déterminant par là comme sujet.

Je voudrais apporter ici une anecdote clinique. Dolorès est une jeune femme, d'origine espagnole, qui souffre d'une hystérie grave ; très déprimée, elle a été hospitalisée à La Borde. Emigrée depuis peu, elle ne parle pas encore très bien français ; elle a une plainte un petit peu stéréotypée, elle répète : "Je pense que je suis ridicule, que les gens, ils sont hypocrites avec moi, que personne, il ne veut savoir de moi"... Cette phrase : "personne il ne veut savoir de moi", m'a interpellée parce que j'y ai vu l'inverse de l'expression du syndrome paranoïde, dans lequel, au contraire, tout le monde veut tout savoir du sujet, à tel point qu'on l'épie, qu'on le traque, qu'on veut pénétrer sa pensée...

Si je reprends ma formulation, je dirais que "se sentir exclu de", c'est justement ce que ne peut pas faire le schizophrène paranoïde ; c'est-à-dire qu'il ne peut s'exclure de ce qui l'entoure. C'est pour cela qu'il y a des allusions à lui partout dans la réalité qui l'entoure (ce qui s'exprime, en particulier, dans l'interprétation délirante). Mais, de façon corrélative, il ne peut pas non plus exclure un élément de la réalité qui l'entoure de son champ d'intérêt : je pense, là, à ce que Von Gebattel et Zutt appellent "absence d'auto-limitation renonçante". L'auto-limitation renonçante, c'est ce phénomène " naturel" et banal qui fait que, quand on croise quelqu'un dans la rue, on n'y fait pas particulièrement attention. C'est-à-dire qu'on auto-limite

son champ de "concernement". Par contre, quand on est paranoïde, on a beaucoup de mal à renoncer à se sentir concerné par tout ce qui se passe.

Je dirais donc que dans la psychose, il y a exclusion du vécu d'exclusion. Et que c'est justement parce que le schizophrène ne peut pas se sentir exclu qu'il se sent "en trop". On pourrait dire aussi que dans la schizophrénie, il y a une sorte de "forclusion" du fantasme de la scène primitive. Et pourtant, si on se réfère à la définition que donne Freud du fantasme originaire, le schéma est toujours là, et tout sujet a à le rencontrer. C'est-à-dire : il y a de la scène primitive qui, puisque je n'en suis pas exclu, ne peut se constituer comme "scène", lieu qui délimite l'espace du fantasme. On a donc affaire à une espèce de "scène primitive" sauvage, non délimitée, et qui donc va s'infiltrer partout dans la réalité : l'élément formel de "scène" comme lieu délimité étant absent, les éléments érotiques et auto-érotiques ne peuvent être "mis en scène" comme fantasme, et restent alors d'ordre pulsionnel envahissant réalité extérieure et réalité psychique de ce fait confondues.

Je voudrais en venir maintenant à des aspects plus concrets de ce problème. Cette scène, délimitée comme scène support du fantasme, évoque la problématique du passage à l'acte et de l'acting-out tels que les différencie Lacan : l'acting-out a même structure que le fantasme, c'est-à-dire que l'acting-out se passe sur la scène. Et même, il se joue forcément sur la scène puisqu'il est fait pour appeler l'interprétation. Le passage à l'acte au contraire, dit-il est une précipitation "hors scène". Je crois même qu'il précise "une précipitation dans le trou du souffleur".

Par contre, si nous maintenons notre hypothèse d'absence de "scène" délimitée - absence d'une "autre scène" - dans la psychose, il devient illogique de parler dans ce cas de "passage à l'acte", au sens habituel du terme ; il est difficile aussi de parler de "fantasme agi", ou de "mise en acte du fantasme". Alors, je me suis inventé un mot : j'appelle ça, en un seul mot, "fantasmagie", ce qui présente plusieurs avantages : il y a le "fantasme", et il y a "l'agi", et il y a aussi la magie qui apparaît là.

A partir de ce problème de "scène" exclue on peut comprendre mieux ce que veut dire Oury quand il donne pour tâche (une des tâches) à la psychothérapie institutionnelle, de "transformer les passages à l'acte en acting-out", (ce qui a de quoi faire bondir un lacanien...) : Pouvoir "transformer les passages à l'acte en acting-out", il me semble que cela implique la mise en place de "tenant- lieux" de scène, ce que Oury appelle "construire des praticables", où il puisse faire des "greffes de fantasme".

Je voudrais apporter un autre élément concret à partir de ce qu'on appelle un des "axiomes de base" de la psychothérapie institutionnelle : la liberté de circulation. Je vais en dire quelques mots, et pour préciser, je passerai au premier cas clinique.

Il y a quelques années, parmi les générations de stagiaires qui viennent à La Borde étaient venus des élèves d'une école d'architecture. Ils avaient eu quelques idées originales - dont certaines étaient plus que contestables - mais il y en avait une qui nous avait paru tout à fait intéressante. Ils avaient demandé à un certain nombre de psychotiques de dessiner La Borde, et on avait donc eu une trentaine de "plans psychotiques" de La Borde... par exemple, sur un des plans, il y avait un bâtiment, et la salle de télé. Sur un autre, il y avait la chambre, un bureau de médecin et le poulailler, etc. .. Sur chacun de ces plans, on pouvait "lire" les zones d'investissement, les autres étaient purement et simplement inexistantes. Ce qui m'avait semblé intéressant dans cette expérience, c'est justement que les espaces non investis étaient

considérés comme inexistant, c'est-à-dire qu'ils étaient forclos. Il y avait là une sorte d'analogie avec ce que Gisela Pankow appelle des "failles" dans l'image du corps. Et cet "axiome" de la "liberté de circulation" correspond alors en acte à ce que Gisela Pankow appelle "un fantasme structurant", c'est-à-dire ce qui va permettre d'établir une dynamique entre des zones d'investissement isolées les unes des autres.

Je vais préciser mon idée avec un cas clinique : Julie est une jeune femme de 24 ans qui nous est adressée le 15 Juillet dernier par un service de la banlieue parisienne. Elle est célibataire et étudiante aux Beaux-Arts. Je vous lis un petit bout de la demande d'admission : *"je vous adresse Melle X que nous avons reçue dans le service, tout à fait dépersonnalisée, après avoir participé à la fête de la musique le 21 Juin dernier. Cette patiente présente des caractéristiques relevant essentiellement d'un état limite. Elle présente : des impulsions, des troubles de l'identité, des conflits intérieurs, un sentiment d'ennui et d'irréalisation et de dépersonnalisation ; perte d'objet d'amour, avoir été abandonnée par ses parents pendant six mois dans sa petite enfance ; plus des relations fusionnelles au niveau de la famille, rivalité avec le frère cadet de la fratrie, état dépressif"*. Et ça se termine : *"A ces caractéristiques s'ajoutent des traits de personnalité hystériques"*. Il y a eu trois hospitalisations précédentes : en mars , en avril et en juin de la même année. Et dans ses antécédents lointains, on note effectivement : *"A l'âge de 18 mois, suite à une maladie infantile, elle a été hospitalisée pendant 6 mois. Pendant cette période, elle n'a pas vu du tout ses parents"*. Voilà donc l'observation qui nous est envoyée à propos de cette jeune femme.

En fait, pour des raisons diverses, elle ne peut être admise à La Borde que le 5 août, toujours dans un état de dépersonnalisation intense qui dure donc depuis la fête de la musique, c'est-à-dire un mois et demi. C'est un autre médecin qui la reçoit. Je ne la connais donc pas directement, mais j'en entends parler : elle est gentille, elle parle facilement et décrit son état de dépersonnalisation avec précision et...poésie. Il faut dire que pendant son séjour (elle restera assez peu de temps puisqu'elle partira vers le 25 Août), elle sera vue par trois médecins dont moi. Et ce qui est curieux, c'est qu'il semble qu'elle parle tellement bien de ce qui lui arrive que ça fait un peu fascination : à trois médecins, on n'a pas réussi à prendre une seule note ! Il m'a donc fallu reconstituer ce qu'elle disait à ce moment-là ; on a été obligé de s'y mettre à plusieurs... Elle a quand même un discours un peu diffluent, mais on sent "qu'il y a de l'un", comme dit Lacan ; c'est-à-dire qu'elle est morcelée et non dissociée, si on se réfère à Gisela Pankow.

Elle parle de problèmes d'espace. Par exemple, quand elle est dans un lieu, elle n'est pas sûre que d'autres lieux existent. Elle demande "comment est-il possible de passer d'un lieu à l'autre ? Comment faites vous, vous médecins, pour passer d'un lieu à l'autre ? Comment le docteur Oury peut-il être en même temps (pour elle, ça veut dire être la même personne) dans son bureau et à la réunion du comité d'accueil ?"

Elle parle aussi d'un problème de temps, où il y a à la fois stase et accélération. Par exemple, elle revit perpétuellement la création du monde à un rythme accéléré : ça se déroule devant elle, mais en dehors d'elle ; c'est-à-dire qu'elle n'est pas dedans.

Etant donné son degré de dépersonnalisation et d'angoisse, le médecin qui la reçoit lui trace une sorte d'itinéraire d'un rendez-vous à l'autre. Et comme il y a des trous dans l'emploi du temps du médecin (même à La Borde, il leur arrive d'avoir un jour de congé !), je me trouve dans l'itinéraire ; en fait, je la verrai trois fois en tout.

La première fois que je la reçois, elle a rendez-vous à dix heures. Elle est là à l'heure précise. Dès que j'ouvre la porte de mon bureau, elle me dit : "Ah vous êtes là, ce n'est pas la peine que je vous dérange, je voulais juste vérifier que ce rendez-vous existait effectivement".

A ce moment-là, je me rappelle cette phrase de Freud à propos du jugement d'existence : il s'agit, dit-il, de vérifier que l'objet existe encore..." Entre autres choses, elle me parle ce jour-là de la catastrophe que représente pour elle le fait qu'une porte d'atelier soit fermée quand l'atelier est annoncé : c'est comme si, à ce moment-là, l'élément de réalité prévu, annoncé, n'était pas au rendez-vous.

Je la revois une deuxième fois un dimanche matin. Je me souviens que c'est le 14 Août. Elle continue à me parler un petit peu de tout ça, toujours aussi fascinante. Et comme elle a déjà eu quelques expériences de psychothérapie, elle met ses difficultés sur le compte d'une angoisse d'abandon, liée à ce fait que quand elle avait 18 mois, elle a été hospitalisée sans voir ses parents du tout pendant six mois. Je devais avoir un peu de temps ce jour-là, on bavarde, et je lui dis que ce qu'elle décrit me semble moins relever de Spitz (L'hospitalisme) que du Freud de "Inhibition, Symptôme, Angoisse" ; c'est-à-dire que ça me semble moins être une problématique d'abandon qu'un trouble d'une symbolisation élémentaire, trouble que Freud désigne comme "confusion de l'absence temporaire et de la perte durable".

Freud dit en effet que chez le petit enfant, il n'y a pas possibilité de distinguer les deux, et qu'il faut "l'expérience de la réapparition habituelle de la mère" pour arriver à cette distinction. Cette "expérience de la réapparition habituelle de la mère" a la même fonction, sur le plan logique, que l'expérience active du "Fort-Da", en tant que moyen qui va permettre que s'établisse une symbolisation. Distinguer l'absence temporaire de la perte durable, c'est déjà un degré important de symbolisation.

On parle donc de ça, entre autres choses et là-dessus, elle sort du bureau. Je continue mes consultations... et une demi-heure plus tard (c'était donc le 14 août, il faisait beau, la fenêtre était ouverte) passe devant la fenêtre un individu qui, de façon tout à fait incorrecte, m'interpelle par la fenêtre en me demandant : "Où est-ce que je pourrais trouver Melle Julie X ? " . Je suis un peu interloquée, et la personne qui était avec moi encore plus ; je sors du bureau, je vais à sa rencontre. Je ne lui dis pas que c'est un malapris mais je le pense, et je lui dis seulement : "elle doit être par là-bas, allez donc voir !".

Fin de la deuxième séquence. L'après-midi, il est prévu qu'il y ait une exposition de peinture. Je vais à l'exposition de peinture et qui vois-je là, parmi d'autres ? Julie, complètement transformée, apparemment complètement "guérie".

Je la revois le lendemain matin et, effectivement, elle me dit qu'elle est complètement guérie.

Là, il y a plusieurs versions. Il semble, dit-elle, que ce qui l'a guérie, c'est ce surgissement de l'oncle qui, pour ainsi dire, sort du néant. Elle parle de cette survenue de l'oncle, qu'on pourrait dans un autre contexte appeler "intrusion" (en tous cas, pour moi, c'était une intrusion... vu de ma fenêtre), elle dit : "l'arrivée de mon oncle, c'était le comble du hasard. Et c'est ce comble du hasard qui est la preuve de la réalité". Ca, c'est ce qu'elle expliquera surtout les jours suivants, à son médecin habituel.

Moi, ce qui me frappe surtout ce lundi, c'est qu'elle me raconte qu'en sortant du bureau elle est allée dans la pièce où devait avoir lieu l'exposition l'après-midi, mais que la porte en était fermée. Or, ce qui s'est passé, c'est que contrairement à l'habitude, où tout espace qui lui est fermé équivaut en sorte à un élément de réalité "en moins", cet espace se met à exister, bien que clôt. Alors elle bondit sur "la scène" (dont je parlais tout à l'heure) : elle passe par la fenêtre pour aller afficher son dessin au milieu des autres dessins. Donc, ce lieu qui, du fait d'être fermé, aurait été jusque-là inexistant pour elle, se met à exister, et même elle y pénètre et de surcroît par effraction. C'est ce que j'appelle "bondir sur la scène". Et la réalité se remet en place. Or, ce qui est tout à fait étonnant, c'est que depuis, ça tient. Et ce qui c'est passé là amène une transformation suffisamment importante puisque dans les jours qui suivent, ses règles (absentes depuis plus d'un an), reviennent... Par ailleurs, je vous ai amené deux lettres de Julie. Celle-ci, c'est la lettre qu'elle écrit à l'appui de sa demande d'entrée : Cette autre, c'est une lettre qu'elle a écrit le 15 novembre. Sans parler du contenu, je crois que la différence de graphie est assez éloquente.

Ma deuxième illustration clinique n'est pas vraiment "un cas clinique". C'est un phénomène institutionnel un petit peu bizarre qu'on appelle "la Feuille de Jour". C'est une feuille qui paraît tous les jours et qui contient la liste des activités quotidiennes, avec plus ou moins de "sauce" autour. La feuille de jour est élaborée tous les jours dans un lieu précis, le secrétariat du Club, de 14 h. à 17 h. - Quand elle est faite on appelle le "photocopieur du jour", et on laisse les 33 exemplaires sur la table. Ensuite il y a là un peu de mystère en même temps qu'un bon exemple de "relations complémentaires" : quelqu'un -le soir ou le matin- vient chercher les exemplaires et entreprend alors une vaste tournée de la clinique. Et la feuille se retrouve affichée tous les matins, dans trente trois lieux différents. De plus cette feuille est commentée à une réunion, qui a lieu chaque matin, dite "réunion orange-accueil", à cause du jus d'orange qu'on est censé y boire. La feuille y est lue, discutée, commentée, rectifiée, etc...

Quand je parle de la feuille de jour et que j'explique son circuit, on me demande en général à ce moment précis : "Mais qui la fait ?" Et justement, c'est là tout l'intérêt de la "feuille". Je ne pense jamais à préciser qui la fait, parce que, en réalité, "elle" se fait. C'est-à-dire que, tous les jours, il y a des gens (qu'il y ait ou non un moniteur présent) qui viennent et qui préparent la feuille de jour du lendemain.

Le problème que je me pose c'est le statut de cette feuille. Elle est donc réalisée tous les jours et non seulement elle se fait, mais avec une espèce de hâte : je veux dire que si on n'est pas vigilant, elle se fait trop vite, il y a de la hâte, une certaine anxiété... et tout l'après-midi des gens défilent pour vérifier qu'elle est bien en train de se faire et savoir où "elle" en est.

Or, il semble que l'important, ça ne soit pas vraiment son contenu ; même si, bien sûr, elle a un contenu. En particulier, critiquer l'exactitude des informations qu'elle contient, ça, c'est surtout l'affaire des "râleurs", et ça ne vient que dans un second temps. Au moment de son élaboration, ce n'est pas le souci d'exactitude qui prime ; c'est qu'elle soit là... Parfois, je dis : "le Club a inventé le mouvement perpétuel..." La Feuille est commentée le matin à cette réunion de 9 h. ; l'après-midi, dès 14 h. on recommence celle du lendemain. Et ça fait quatre ans que ça dure.

Pour moi elle constitue quelque chose de l'ordre de cette "scène" comme telle, au sens où ce qui compte c'est qu'elle existe, qu'elle soit là, qu'on la trouve au point d'affichage

habituel. Et quand on parle avec les malades du rôle de cette feuille, elle apparaît comme une garantie qu'il y a de l'après, et même qu'il y aura demain. Elle a cette fonction de rassembler ce qui se passe dans l'espace et dans le temps. Elle a aussi un rôle tout à fait essentiel "d'anti-intrusion". Par exemple, quand on reçoit des visiteurs, c'est important que ce soit marqué sur la Feuille de Jour, non seulement pour que les visiteurs soient bien accueillis, mais aussi pour que nul n'ignore qu'il y a des visiteurs ce jour-là.

Je pense à une scène qui s'est passée il y a quelques années, où une rencontre sportive qu'on avait organisée avec d'autres services hospitaliers avait déclenché un état de fureur extraordinaire chez un schizophrène. Je crois que maintenant, avec la feuille de jour, ça ne se produirait plus, au sens où, même si on ne l'a pas lue soi-même, on sait que "ça" y est : l'intrusion, du fait de la feuille, est en quelque sorte d'emblée "intégrée".

C'est en ce sens que je me représente un peu la Feuille de Jour comme une espèce d'analogue de cette "scène". On pourrait dire, pour reprendre l'expression d'Oury, qu'elle constitue un "praticable" : quelque chose de ce qu'on a à faire, de ce qu'on va faire, de ce qu'on va être dans la journée est là, rassemblé, recueilli, relié en un tout... La Feuille dit qu'il "y a de l'un", et en même temps, elle va rendre la réalité extérieure (et les intrusions qu'elle peut présenter) plus "praticables".

Mais dans un autre registre, la Feuille est aussi une sorte de métaphore de "l'avec". Dans les consultations, on parle de la Feuille... "Je peux regarder la Feuille ?" ; "Elle est belle aujourd'hui !". Mais c'est en fait une sorte de "mot de passe", pur signifiant qui permet simplement de manifester qu'il y a un lien entre nous. "On" est, ensemble, concerné par la Feuille... Ensemble, et avec d'autres.