



Donner à la mort une place. Les groupes institués et la présence déliante de la pulsion de mort

Georges Gaillard

DANS **CAHIERS DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE 2010/1 n° 34**, PAGES 135 À 154
ÉDITIONS **DE BOECK SUPÉRIEUR**

ISSN 1370-074X

ISBN 9782804161019

DOI 10.3917/cpc.034.0135

Date de mise en ligne : 29/03/2010

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2010-1-page-135?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

DONNER À LA MORT UNE PLACE. LES GROUPES INSTITUÉS ET LA PRÉSENCE DÉLIANTE DE LA PULSION DE MORT

Georges GAILLARD *

GIVING DEATH A PLACE. ESTABLISHED GROUPS AND THE RELEASING PRESENCE OF THE DEATH WISH

ABSTRACT The caring potential of a team is closely correlated to its ability to approach mortiferous areas of confusion, to welcome and bring out into the open the most archaic affects in which the ‘user’ (patient or resident) is lost; to join him where part of his ‘humanity’ has been destroyed.

Care and support work, etc. carries out its transformative effects in proportion to the ability of the team to provide a place for death.

An ‘obstructed’ life has some hope of rediscovering its course to the extent to which the most archaic affects (murderous and mortiferous affects) are regularly brought out into the open in the group psyche. The indispensable work of re-linking affects

* Georges GAILLARD,
maître de conférences,
Centre de Recherche
en Psychologie et
Psychopathologie
Clinique CRPPC,
Université Lumière
Lyon 2 ; Psychanalyste.
Courriel : georges.
gaillard@orange.fr

(split, denied, foreclosed, etc.) the taking account of the releasing presence of the death wish, empowers the transformation of the ‘users’ and their families.

This dynamic will be presented based on the clinical observation of the handicap and of the treatment of a child within the framework of a special educational needs service and home care.

KEY WORDS affect, transference, death wish, archaic, handicap, established groups.

RÉSUMÉ La potentialité soignante d’une équipe est corrélée à sa capacité de s’approcher des zones de confusions mortifères, à accueillir et à présentifier en son sein les affects les plus archaïques dans lesquels l’« usager » (patient, résident,...) est perdu ; à le rejoindre là où a été détruite une part de son « humanité ».

Le travail de soin, d’accompagnement, etc., *opère ses effets mutatifs à proportion de la capacité d’une équipe, de donner à la mort une place.*

C’est dans la mesure où les affects les plus archaïques (les affects meurtriers et mortifères) sont cycliquement présentifiés dans la psyché groupale que la vie “empêchée” a quelque chance de retrouver son cours. Cet indispensable travail de nouage des affects (clivés, déniés, forclos), cette prise en compte de la présence déliante de la pulsion de mort, potentialise la transformation des “usagers” et de leur famille.

Cette dynamique sera élaborée à partir de la clinique du handicap, et de la prise en charge d’un enfant dans le cadre d’un Service d’éducation spéciale et de soins à domicile.

MOTS-CLÉS affect, transfert, pulsion de mort, archaïque, handicap, groupe institué.

“La mort et son envers, le maintien en vie, sont des tâches aussi problématiques pour la psyché que le sexe.”

(N. Zaltzman 1998 ¹).

Dans le champ du soin, du travail social, occuper une place de professionnel, et prétendre à des effets de transformation ou d’accompagnement des “usagers”, suppose de *se prêter au transfert*. Or, dans ce lien aux “usagers”, le professionnel se trouve immanquablement aux prises avec les avatars de la pulsion de mort.

La potentialité soignante d’une équipe est corrélée à sa capacité de s’approcher des zones de confusions mortifères, et à présentifier en son sein les affects les plus archaïques où l’“usager” (patient, résident,...) s’est perdu ; à le rejoindre là où a été détruite une part de son “humanité”. Le travail de soin, d’accompagnement etc., *opère ses effets mutatifs à proportion de la capacité d’une équipe, de donner à la mort une place*.

Lorsqu’un sujet a été confronté à des situations où il a éprouvé des affects de honte et/ou d’indignité, des vécus de déréliction, il se transforme en monstre, à ses propres yeux. De telles expériences devenant innombrables éjectent le sujet hors de la communauté humaine et l’instaurent dans une position d’exception. Marquées du sceau du monstrueux, ces expériences confusionnantes ont dès lors toutes les chances d’être proscrites de la représentation. De même lorsque précocement le sujet a été pris dans des désirs meurtriers de la part de ceux qui devaient l’inscrire parmi les vivants, il n’est plus à même de différencier le mort du vivant, et éprouve sa vie comme honteuse, soumise au “tout pouvoir de l’autre ²”.

Ces affects peuvent être *humanisés*, pour autant qu’ils sont reconnus par d’autres comme constitutifs de l’humaine condition, et dans ce mouvement même, légitimés. Dans le soin et le travail social, ce processus opère via la psyché du groupe professionnel. C’est en devenant reconnaissables, et partageables entre professionnels, dans l’après-coup, à partir d’espaces de reprise (réunion clinique, groupes d’analyse de la pratique,...) que le statut de ces affects mute. Ils sont alors tirés hors de la position qui maintenait intact leur potentiel de morbidité : cette configuration où ils demeureraient inavouables

1 “La mort et son envers, le maintien en vie, sont des tâches aussi problématiques pour la psyché que le sexe. La mort, la séparation appartiennent au registre libidinal et aussi d’une façon totalement distincte au registre de l’agressivité, de l’auto - et hétéro destruction. Peu importent en ce point les termes choisis pour désigner l’activité de représentation qui n’est pas celle du désir, mais celle de “l’instinct de mort”, à condition qu’ils marquent la différence entre l’élaboration de la sexualité, et l’élaboration de la mort, malgré toute l’énigme qui s’attache à la mise en forme de l’histoire mentale de la mort dans et pour une activité psychique en vie et qui n’en veut rien savoir. Car la mort comme concept inconscient non figurable circule dans une instance – l’inconscient – qui s’intuitionne comme immortelle ; et son activité pulsionnelle trace les limites d’une énergie – la libido – qui s’intuitionne elle même comme illimitée.”
Nathalie Zaltzman (1998), *De la guérison psychanalytique* - Paris, Puf, p. 159.

2 L’expression est de Piera Aulagnier 1975.

et partant irréprésentables pour le sujet, autrement que comme des éprouvés aliénants et/ou catastrophiques.

Prendre en compte la présence déliante de la pulsion de mort dans ses effets sur la psyché des professionnels participe alors du *Kulturarbeit*, du travail de la culture. Dès lors que la haine et/ou les expériences honteuses, sont reconnues comme des expériences humaines partageables, elles deviennent appropriable, et perdent (pour une large part) leur potentiel mortifère.

La clinique du handicap vaut ici comme paradigme et va nous permettre d'éclairer ces mouvements. Dans cette clinique, ces affects archaïques sont omniprésents. Ils participent d'un arrière-fond qui colore le lien entre l'enfant et ses parents, et teintent très fortement le lien entre les professionnels, l'enfant et la famille.

Au fil de ces lignes, nous allons nous rendre attentif aux différentes émergences de l'affect dans le transfert et à leur traitement dans l'espace professionnel groupal. En nous référant à la clinique du handicap nous observerons la manière dont le désir de mort s'y actualise ; la manière dont ce désir façonne la construction psychique de l'enfant, entache son devenir, et transite dans la psyché des professionnels. Une situation clinique nous permettra de voir comment les équipes qui travaillent auprès de ces sujets et de leur famille se trouvent dès lors dans la nécessité d'accueillir ces confusions mortifères, ces éprouvés (insu) afin de leur permettre de se frayer un chemin, jusqu'à leur mise en représentation, en vue de leur possible pacification.

Violence de l'affect et mise en péril du lien

Les manifestations de la pulsion de mort se déclinent sous le mode du collage, du rejet, du morcellement, du clivage. Leur violence menace sans cesse de détruire la professionnalité des professionnels du soin et du travail social, et de défaire dans le même temps l'indispensable lien entre le professionnel et son groupe d'appartenance ; à moins que ce ne soit le lien entre le professionnel et l'utilisateur qui ne soit mis en péril, et l'utilisateur qui ne se trouve expulsé du lien.

Une situation, somme toute, “banale” :

Un service de psychiatrie extrahospitalier, où une équipe se retrouve à devoir prendre en charge une jeune femme victime d’inceste. Cette patiente sera adressée par le médecin d’une autre unité hospitalière qui prendra la précaution de signaler auprès de son confrère qu’il s’agit là “*d’un cas d’inceste particulièrement, lourd et difficile*”. L’équipe soignante répondra d’une seule voix, à partir d’une posture héroïque “*Pas de problème nous les incestes, on connaît*” – par où s’entend l’évidente banalisation défensive : “*Nous avec ces angoisses-là, on sait faire !*”. Mais peut-on jamais “connaître”, “savoir faire avec” de telles confusions déstructurantes, (même si, bien entendu, l’expérience ne compte pas pour rien) –. Cette jeune femme importera donc sa confusion mortifère dans le service.

Clarifions l’implicite qui sous-tend la “posture” soignante³ et conditionne la “position psychique” où se nourrit et se régénère l’identification professionnelle. Il s’agit de cette position à partir de laquelle le professionnel (soignant, travailleur social) se propose d’entendre tout mouvement psychique, tout agir d’un patient (dans le cadre d’une prise en charge), comme un appel à l’autre, comme une tentative de sortie de ses points d’enfermements mortifères, une demande en acte adressée à l’environnement soignant avec lequel le patient, l’usager se met en lien. Dans le soin et le travail social, l’illusion “normale” et nécessaire consiste en effet à méconnaître (mais aussi bien souvent à dénier) la part de jouissance mortifère que simultanément le patient reconduit, et à se centrer sur la potentialité de transformation. La position soignante considère que le patient accomplit sa part du soin, qu’il réalise son travail de patient, du seul fait d’être en lien avec une structure censée prodiguer du soin. Saurait-il en être autrement ?

La patiente évoquée ci-dessus fera vivre au groupe soignant, et notamment au médecin qui deviendra son médecin référent, une violence telle, que ce professionnel aura comme “réflexe” premier de *se protéger* de l’abjection présente dans cette situation, de *tenir* cette jeune femme à distance, de ne pas l’inclure dans les groupes de thérapie où lui-même intervient,...

3 La différenciation des deux aspects du soin, proposée par nos voisins d’outre-manche, “to care” et “to cure”, permet d’entendre comment la question du “prendre soin” (“to care”), concerne l’ensemble des professions du soin et du travail social.

4 Façonné par Alain-Noël HENRI (2004, 2009), ce concept permet de rendre compte du travail d'unification, et de restauration d'un ordre symbolique, en perpétuel devenir. Les pratiques de la mésinscription désignent donc l'ensemble de ces pratiques qui concourent à ce travail de remaillage (le soin, le travail social, etc).

5 Celui qui accepte de "se perdre" n'est jamais assuré que celui/ceux qui sont censés nous "tirer" hors de la confusion, ne vont pas eux-mêmes être séduits ou sidérés avant le terme du périple, comme Orphée cheminant hors des enfers avec Eurydice à sa suite. La confiance, et les contrats qu'elle suppose, vont donc devoir se renouveler au fil de l'histoire des relations entre professionnels au sein des équipes.

6 Cette menace de destruction est en effet potentialisée du fait qu'elle entre en résonance avec les points de confusions constitutifs de la psyché du professionnel lui-même, en lien avec les avatars de son histoire. Tout professionnel joue (peu ou prou) un étayage de ses propres failles psychiques dans le champ professionnel ; il convient de ne pas l'oublier.

La *tentation* du médecin, et celle du groupe soignant avec lui, fut ainsi d'exclure, de ne pas donner à cette femme l'opportunité de rejouer le chaos confusionnant qui l'habitait, en faisant le pari qu'elle pourrait alors s'approprier un bout de cette histoire et s'extraire (partiellement) de la dépossession radicale qui la caractérise. Lorsque se présente la tentation de "*noyer son chien*", comme l'énonce le dicton populaire, les motifs ne manquent pas ; dont ici le prétexte d'une décompensation plus grave, si d'aventure la patiente prenait la mesure des effractions avec lesquelles elle a eu à composer et des processus qu'elle a développés aux fins d'y "survivre".

À considérer les différentes rencontres qui ont lieu dans ce champ de la "mésinscription"⁴ nous voyons se décliner les figures de la déshumanisation ; celles que chaque professionnel, ne manque pas de rencontrer au quotidien, et auxquelles chacun choisit de "se prêter", sous le couvert de sa position professionnelle. Se prêter au lien, se mettre à l'écoute d'un patient suppose d'accepter la confrontation avec des affects mortifères, avec des jouissances morbides insoupçonnées, où se déclinent les "figures de l'horreur".

Ce travail suppose que chaque professionnel soit assuré que, s'il accepte de "se perdre" (pour une part) avec un patient dans ces confins de l'être, il va être tiré⁵ hors de cette confusion par ses pairs, qu'un travail de dégagement sera bien mis en œuvre. Ce faisant il faut aussi que le groupe professionnel se représente que le patient ayant rencontré quelqu'un en ces confins de sa solitude et de sa désespérance, sera à même de lâcher (partiellement) ces parts de jouissance mortifère, de s'extraire de ces clivages où il n'en finit pas de se déposséder. Le leurre nécessaire à la préservation de la position professionnelle requiert que la confusion soit arrimée au groupe, arrimée à l'idée que le groupe est à même de démêler cette confusion, sous peine de destruction de la professionnalité⁶. Les théories qui justifient le soin et/ou l'accompagnement jouent alors comme soutiens nécessaires et fictions opérantes (P. Fustier 1987).

Dans la situation évoquée ci-dessus, la mise en péril de la professionnalité du médecin, tenait au mouvement de rejet

dans lequel il s'est retrouvé pris, et son évitement au mouvement de relance de la pensée dans l'acceptation que le groupe se fasse le témoin (non complice) de cette dynamique, dans une bienveillance retrouvée.

C'est le travail de l'*après-coup* qui permet de remettre en jeu (de mettre du jeu), et de reconnaître ce qui est en train de s'actualiser dans le lien entre professionnels et "usagers" de la structure. Sur ces territoires de l'archaïque, la violence des affects (des éprouvés) est telle qu'elle nécessite d'être tempérée (refroidie ou sortie de la glaciation) afin d'avoir quelque chance d'être hissée/nouée jusque dans une parole chevillée au corps, d'être symbolisée. Ce travail de "tempérament" suppose la mise en place d'un espace de "sécurité suffisante", dans lequel les mouvements les plus violents qui affectent les professionnels (dépossession, prédation, dévoration, engoulement, aliénation), vont trouver un mode de figurabilité⁷ à même de les dégager de leur charge de violence meurtrière (déshumanisante).

La visée consiste à faire tenir ensemble ce qui se présente initialement en creux sous la forme du clivage, ou du morcellement, et sur le mode de la sidération et de la jouissance mortifère qui permet de l'inférer.

La modalité qui entraîne la restauration de la capacité professionnelle (à soigner, accompagner,...), consiste à faire advenir dans la psyché groupale les éprouvés et les affects, dans lesquels le professionnel s'est retrouvé pris, et de tendre à leur reconnaissance et à leur transformation ; ceci, pour autant qu'à son tour le groupe *se prête au transfert du transfert*, et que l'intervenant soit investi dans une attente analogue. Il y faut l'assurance qu'existe un trajet pour se déprendre des nouages confusionnants.

Un affect peut toujours en cacher un autre

Si l'expérience aidant, l'affect est parfois reconnaissable et "figurable" (directement ou par le biais d'une scénarisation du vécu à l'intérieur du groupe), il se situe bien souvent dans un en-deçà du représentable, se trouvant pris dans les rets de la pulsion de mort. Celle-ci revêt alors les traits d'une emprise

7 Bernard Duez (1996), Psychopathologie de l'originaire et traitement de la figurabilité - in R. Kaës, et alii, *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod, p. 161-203.

mortifère, caractérisée par l'absence d'affect, la glaciation, ou par l'envahissement d'affects disproportionnés, sources de sidération.

C'est la caisse de résonance groupale qui permet de révéler les affects les plus archaïques et les plus masqués : ces parts morcelées, ces clivages, dont des éclats vont être entendus par certains (en lien avec la singularité de leur histoire et les retentissements fantasmatiques qui s'y déploient), de même que grâce aux échos qui s'établissent entre la situation présentée et les expériences vécues antérieurement par les différents professionnels.

Le groupe des professionnels se convie à entendre ce qui résonne dans le registre de Thanatos, corrélativement à la capacité de l'intervenant (en analyse de la pratique, etc.) d'aller lui-même à la rencontre de ces contrées, tout en veillant à préserver le groupe de la destruction. Un des premiers nouages relationnels qui se joue en effet entre l'intervenant et le groupe consiste pour les professionnels à vérifier qu'après avoir été mis en présence de la violence des situations rencontrées dans leur pratique auprès des "usagers", et de la violence du groupe lui-même, l'intervenant va s'abstenir d'un mouvement de représailles, qu'il va mettre en œuvre une abstinence⁸ "suffisante".

Ces moments d'analyse peuvent toutefois précipiter des agirs où, dans un pacte narcissique, le groupe s'accorde avec l'intervenant pour remplacer les éprouvés déshumanisants par la brillance des interventions théoriques. Le groupe prélève alors une prime de jouissance sur le "dos" des "usagers", à partir de ce que J.L. Donnet (1973) désigne fort à propos comme une "rétorsion théorique"⁹.

Quelques configurations clefs

"Tu n'es plus seul, tu te sais vulnérable"

(Pierre Dhainaut¹⁰)

Je vous propose de différencier trois principales configurations qui, procédant du lien à l'"usager" dans le transfert, se présentent dans l'espace de reprise groupale entre profes-

8 Georges Gaillard (2005), Appelés à investir, conviés à l'abstinence.

L'intervention en analyse de pratique et "l'arrière-fond" institutionnel – *Connexions* 82/2004-2 *Groupes de parole et crise institutionnelle*, Toulouse, Érès, p. 57-69.

9 L'éclat de la théorie ne transforme alors du corps du groupe que la tête dont le gonflement se corréle alors à celui des mollets.

Jean Luc Donnet et André Green (1973), *L'enfant de ça. Psychanalyse d'un entretien : la psychose blanche*, Paris, Minuit

10 Pierre Dhainaut (1999) *L'air dans nos traces* - *À travers les commencements*, Paroles d'Aube.

sionnels (analyse de la pratique, etc.). Ces différentes configurations se caractérisent à partir du degré de déliaison mortifère en jeu, et de la capacité du groupe intervenant - professionnels à *se prêter aux affects*, de leur capacité à se laisser régresser, à tolérer l'effraction et la déliaison, ces dynamiques qui, dans tout groupe témoignent du "travail du féminin"¹¹.

I / Autoréflexivité possible

Dans certaines situations (avec ou sans l'aide du groupe) il est parfois possible à un professionnel de reconnaître, de conscientiser et de nommer un premier affect (un premier niveau de l'affect). Lorsque le professionnel est à même de prendre conscience d'un certain nombre de ses éprouvés, on se trouve là dans le cas de figure le plus simple. Le travail consiste alors à tenter d'entendre un peu plus loin. La reconnaissance par le professionnel de ce point où il a été "touché", témoigne d'un point de "vulnérabilité", et donc de l'acceptation d'un étayage groupal.

Il importe toutefois que le groupe et l'intervenant demeurent attentifs aux effets en mise en sens *dans le corps du groupe*. C'est en effet la tonalité émotionnelle groupale (O. Avron 2006), la circulation des affects, une transformation des corps caractérisée par la fluidité (la transformation des respirations, un relâchement des tensions posturales, une aisance dans la chaîne associative groupale, une transformation de la "qualité" et d'une tolérance aux silences,...), qui permet de savoir si le mouvement opéré ne s'est pas joué uniquement dans la séduction, sur le registre du semblant.

II / Présentation du clivage dans le corps groupal

Il est aussi des situations où le/les professionnel(s) donne(nt) directement à vivre l'affect au groupe (ou plutôt donne[nt] à vivre au groupe *des* affects contradictoires), dans une scénarisation, une psycho-dramatisation de sa/leur propre rencontre avec "l'usager". Le(s) professionnel(s) "répète(nt)" (de façon analogique) dans le groupe, ce qui le/les encombre(nt) et qui n'est pas accessible à sa/leur conscience. Il(s) incarne(nt) alors le morcellement ou le clivage dont il(s) est/ sont porteur(s), à charge pour le groupe de se "débrouiller" pour rassembler et agencer ces différents morceaux, ou d'en être clivé et morcelé à son tour.

12 Gaillard G. (2009), *Se prêter à la déliaison. Narcissisme groupal et tolérance au féminin dans les institutions – Connexions 90 /2008 Masculin-Féminin*, Toulouse, Érès.

À cet endroit c'est un *accordage polyphonique* qui constitue l'indicateur du travail qui s'opère dans le groupe. Dans un premier temps, l'on a affaire à des oscillations qui s'essaient à qualifier une part des perceptions du groupe, aux dépens d'une autre. La discordance apparaît initialement comme inaudible, et pousse le groupe à tenter de la réduire à tout prix. Ce n'est que dans un temps second que les différentes voix sont écoutées comme possiblement constitutives d'un accord. À ce moment-là, les différentes perceptions, les différentes représentations de "l'usager" (dont les professionnels sont porteurs), sont perçues comme co-existantes ; la concomitance des discours est tolérée. Clivage ou morcellements sont alors reconnus, et peuvent être désignés comme tels. Le travail d'élaboration au sein des équipes leur permet de développer une écoute où l'oreille se familiarise avec les dissonances, où, l'expérience aidant, des accords complexes sont de mieux en mieux tolérés.

III / Incarnation des affects mortifères dans le corps du/des professionnel(s)

Il est aussi des situations où l'affect *s'incarne en creux* dans le groupe, à l'insu de tous. C'est alors la glaciation, la rigidification, qui constituent les indices témoignant de ce que le sujet est pris dans les rets du mortifère. Il ne parvient à manifester cette emprise qu'au travers de la sidération, et de la jouissance mortifère qui s'y dessine. Il faut alors accepter de se laisser approcher groupalement de ces points de désarroi, de se laisser habiter par ce trouble, pour que vienne au jour ce que le professionnel, et le groupe tenaient hors représentation.

Dans ces configurations, l'on a souvent affaire à des charges mortifères encryptées, portées par des professionnels qui ne sont pas ceux qui ont initialement attiré l'attention du groupe sur la prise en charge d'un "usager". Un professionnel qui ne semble initialement concerné que de façon périphérique, va se révéler porteur d'un vécu (source de sidération et de honte) en écho direct avec ce que vit le patient et/ou ce qui se vit dans la famille. C'est bien le corps du groupe dans une distribution scénarique des places, qui est affecté.

La reconnaissance des affects les plus archaïques

Afin de donner de la chair à ce travail psychique de mise à jour des mouvements dont le groupe professionnel va être dépositaire, à son insu, à cette reconnaissance des affects les plus archaïques, je vous propose de nous centrer sur la clinique d'un enfant handicapé et de sa famille. Nous pourrions voir opérer ce mouvement de présentification des affects mortifères, et leur re-liaison dans le "corps groupal" au travers notamment de la levée d'une crypte.

La clinique du handicap

La clinique du handicap témoigne ouvertement de confusions mortifères radicales, où vie et mort sont confusionnées – la confrontation au diagnostic anténatal, en constitue le moment charnière –. On y voit à l'œuvre la désappropriation subjective de l'enfant porteur de handicap, celle qu'il joue au travers de l'identification au *refus*, auquel il s'assimile. Cette clinique met régulièrement les professionnels en présence de ces points de confusion, constitutifs d'une dynamique d'*aliénation*, dans laquelle le sujet se débat.

Le travail d'accompagnement psychique de ces sujets peut alors viser la sortie de ces points d'aliénation, viser une certaine "délivrance". Il s'agit d'aider le sujet à se différencier du *refus* qu'il perçoit à l'endroit du handicap, et où dans la mise en abîme de son narcissisme, l'enfant entend la négation de sa propre existence.

Le travail avec un enfant handicapé et sa famille suppose une pluralité de prises en charge. En fonction des rééducations nécessaires, il implique l'intervention de différents professionnels. En ce sens cette clinique exemplifie la question de la groupalité professionnelle, de la distribution des rôles.

L'équipe pluridisciplinaire de ce Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) est composée d'une vingtaine de personnes (médecin spécialiste, orthophonistes, assistants sociaux, kinésithérapeutes, psychomotriciens, éducateurs, psychologues,...). Ces professionnels assurent une

pluralité de charge auprès d'enfants de 6 et 16 ans, porteurs de handicaps moteurs multiples. Ils ont conscience que les situations relationnelles qui font énigme sont nombreuses, et qu'elles mettent à mal l'idéal d'une prise en charge où, ce qui est espéré, c'est une "optimisation" du potentiel évolutif de l'enfant handicapé et des capacités d'adaptation de sa famille. Dans ces situations de handicap physique, l'idéal de réparation se trouve en effet mobilisé de façon directe et massive. Mettre en acte un tel idéal requiert de tenir compte d'une pluralité de composantes et de la complexité qui en découle (incidences des atteintes motrices des enfants, et de l'ensemble des troubles associés,...).

Cette équipe s'est proposée d'interroger (avec l'aide d'un intervenant extérieur) les impasses de la prise en charge, ou tout au moins les situations qui se répètent, sans déboucher, comme elle le souhaite, sur des aménagements, des appareillages (...), optimisant les capacités de l'enfant, et concourant à sa socialisation, à ses apprentissages et amplifiant son confort de vie et son autonomie. Les situations habituellement questionnées sont celles où les professionnels rencontrent des "refus", des oppositions qui ne vont pas dans le sens de ces visées : refus d'appareillages, refus de suivi des prescriptions,..., ceci, tant de la part de l'enfant que des parents.

Ce jour-là il sera question d'une enfant Anna et de sa famille. Cette dernière, sera présentée d'emblée comme "*une famille qui leur ressemble*". Au décours du travail, un lien amical sera d'ailleurs mentionné entre un proche parent de l'un des professionnels et la mère de l'enfant ; lien qui donnait consistance à ce point de "mêmeté" identificatoire. La prise en charge s'est donc construite à partir d'une imaginaire position de proximité. De ce fait, les professionnels du Sessad attendaient la famille à une place où manifestement elle n'était pas. Ils se sont donc trouvés confrontés au leurre qu'ils avaient eux-mêmes mis en place dans cette relation. Ils ont pensé la famille raisonnable, coopérante, participant à leur propre visée d'optimisation des potentialités de l'enfant, et se sont heurtés à des réticences, à des refus incompréhensibles pour eux.

L'enfant âgée de 11 ans et atteinte d'un syndrome de "spina-bifida"¹² est suivie par eux depuis l'âge de 6 ans¹³. Ce sera une échographie passée vers la fin de la gestation, entre

12 Le Spina Bifida (du latin signifiant « épine fendue en deux ») est une malformation congénitale liée à un défaut de fermeture du tube neural durant la vie embryonnaire. (...) Les conséquences de ce trouble du développement vertébro-médullaire sont une paraplégie (paralysie des membres inférieurs), une hydrocéphalie et une incontinence urinaire et anorectale. (Sources <http://universalis.bibliotheque.wikipedia.org>).

13 L'enfant et sa famille étaient auparavant pris en charge par le Centre d'action médico-sociale précoce (Camsp) qui assure le suivi des enfants de 0 à 6 ans.

le 7^o et le 8^o mois de grossesse de cette enfant, qui révélera le handicap. Les parents (la mère tout au moins) décideront de garder l'enfant.

Dans ces situations de dépistage tardif d'un handicap (fortement invalidant), les parents sont propulsés dans une position vertigineuse, littéralement "folle" : celle d'avoir à émettre une parole qui, soit autorise que la vie se poursuive, soit conduit à l'interrompre (via une interruption médicale de grossesse IMG). Lorsque l'humain est ainsi en place d'énoncer une sentence de vie ou de mort, il se retrouve dans une position qui potentialise (et souvent précipite) une confusion mortifère. Il est alors en place de se prendre pour le maître de la vie et de la mort, de se trouver face à l'abîme d'un pouvoir absolu et souverain, sur un autre. Lors de ces annonces de diagnostics de handicaps anténataux au pronostic sévère, c'est cela même que les parents doivent affronter à l'égard de l'enfant à naître : être dans l'obligation de se confronter à leur désir de mort au travers de cette possibilité d'agir un meurtre réel, avec le concours, et sous le couvert du corps médical. C'est du reste l'encadrement hospitalier, les commissions éthiques notamment, qui font pièce "a minima" à une flambée d'omnipotence psychotisante, au moment où la violence meurtrière habituellement tramée au désir de vie de l'enfant, se trouve démutisée, et où la question d'un avortement tardif se pose. Mais, quels que soient les dispositifs d'encadrements de ces interruptions thérapeutiques de grossesse, de tels passages sont source d'effraction traumatique, de mise en pièce de la pensée.

Une telle clinique permet de mettre en lumière ce point de confusion extrême entre la vie et la mort. Dans ces situations, cette confusion majeure va colorer la vie de l'enfant, et potentialiser une position d'aliénation (P. Aulagnier 1979). C'est avec elle que l'enfant va devoir composer, à partir d'elle qu'il va devoir se construire et cheminer. Le désir de mort porté par la mère (ou par les deux parents lorsque ceux-ci ont tous deux été concernés, sans être à mêmes de différencier leurs émotions et leurs pensées, sous peine de dislocation du couple), est la plupart du temps objet d'un déni. Pour autant, chaque mouvement de rejet (ces petits rejets qui tissent le lien au quotidien : épuisement lié à la prise en charge et à lourdeur des soins, etc.) vient faire écho dans le fantasme maternel et/

ou parental à la potentialité qui lui a été donnée de s'accomplir. Ce désir de meurtre ne peut donc être véritablement pacifié qu'au terme d'un long cheminement, et c'est son devenir qui détermine (très largement) le lien entre l'enfant et ses parents.

“Suis-je autorisé à vivre ?”

Dans ces situations de handicap, le *rejet* des parents porte sur l'atteinte narcissique qui les affecte au travers du corps de leur enfant, sur l'insupportable castration que présente la situation. Or, il convient de le souligner, l'enfant arrime son sentiment d'existence, sa position identitaire, à ce refus. Il aliène sa vie au *rejet* dans le double registre du refus dont il est l'objet de la part de l'autre maternel, mais aussi dans le rejet de la *souffrance* dont son corps a été précocement le lieu. Pour l'infans, la rencontre avec la souffrance est confondue avec son être, dans le même temps où l'autre est assimilé (partiellement ou plus radicalement) à celui qui est la source d'une souffrance in formulable. Une telle souffrance ne peut alors qu'induire rejet de soi, visée d'anéantissement.

“La souffrance et la haine se rejoignent en un déterminisme circulaire où la souffrance devient cause de la haine et la haine cause de souffrance. Ce même type de causalité se retrouve dans le jeu qu'entretiennent entre elles les angoisses de mort et les pulsions de mort. Nous savons que toute angoisse de mort, portée à son acmé, met en mouvement de par la détresse corporelle et psychique qu'elle éveille une force destructrice visant à anéantir tout (y compris soi-même) ce qui suscite déplaisir, souffrance, déréliction. Cette force brise les liens et les identifications, morcelle l'image du corps propre, tue la vie psychique.” (Micheline Enriquez 1984¹⁴).

L'assimilation de l'infans au “rejet-refus¹⁵” de la souffrance “qu'il est”, rejoint alors la dynamique du meurtre, et le refus de la vie comme don. “*La vie est une donation, elle ne peut qu'être reçue et éventuellement appropriée*¹⁶” (C. Dejours 2001).

14 Micheline Enriquez (1984-2001), *La souffrance et la haine* – Paris, Dunod, p. 12.

15 Selon l'expression de Denis Vasse (2001), *La vie et les vivants* – Paris, Seuil, 233p.

16 Christophe Dejours (2001), *Le corps d'abord* – Paris, Petite biblio Payot, 2003, p. 147.

Le sujet tente d'expulser la douleur dans un mouvement de haine (en un pictogramme de rejet¹⁷). Le désir de mort (de meurtre) porte alors sur "la mère environnement", et potentialise une visée d'auto-anéantissement. Avoir pu éprouver (hors pensée) un désir de cessation de toute douleur, équivaut à un déchaînement des pulsions de mort, qui ne sont plus tramées aux forces de vies. Les pulsions de meurtre visent alors la source de la souffrance, assimilée à cet autre (maternel), et au corps du sujet lui-même en tant que lieu d'une souffrance néantisante. Le désinvestissement prime.

Nombre de mères (sans faire fi de la complicité des pères, de leur absence, ou de leur emprise) ont tendance à *se prendre pour "celle qui donne la vie"*. La clinique témoigne au quotidien de la difficulté d'appropriation qui découle pour l'enfant de ce point d'omnipotence confusionnant.

En situation de handicap, la question de l'appropriation du corps se rencontre de façon récurrente (S. Korff Sausse 1996, R. Scelles 2004, Ciccone 2007). En outre, de par les multiples effractions chirurgicales dont il a été l'objet, le sujet se retrouve dans un rapport à un corps sur le mode de la dépossession. Dans la situation d'Anna, son corps est l'objet d'incessantes manipulations de la part des professionnels médicaux. L'enfant a ainsi subi des opérations extrêmement précoces. Elle avait 3 jours lors de la première hospitalisation, et les opérations se sont répétées quasiment tous les ans, au fil de sa croissance (quand elles n'étaient pas plus fréquentes). L'enfant développera une véritable terreur du bloc opératoire. La dépossession se conjugue notamment au quotidien de 4 sondages urinaires journaliers. Il est à noter qu'Anna refuse de faire ses sondages elle-même, même si à un moment elle a pu en être capable ; manière de signifier ouvertement cette dépendance dans laquelle elle se configure à l'égard de l'autre maternel. L'intrusion consentie est partie constitutive du lien entre la mère et la fille.

Dans ces situations de handicap fortement invalidant où, lors du diagnostic anténatal, la possibilité d'un meurtre a été active, les figures du *retournement* sont des plus fréquentes. Un investissement en collage de l'un des parents (voire des deux) peut servir à masquer à leurs propres yeux les gouffres de haine qu'ils ont pu éprouver et/ou entrevoir, et qui vont dès

17 Piera Aulagnier (1975, *La violence de l'interprétation* - Paris, Puf.

lors se configurer dans le registre du déni. Nombreux sont alors les parents qui trouvent dans des implications associatives massives (voire dans des positions militantes) à se rassurer sur leur place à l'égard de l'enfant, et à l'égard du socius. Il s'agit pour eux de construire des positions où la question du meurtre, celles de la honte et de la haine sont tenues hors représentation, quel qu'en soit le coût.

Pour revenir à la situation évoquée, lors d'une grossesse ultérieure de la mère, Anna aura cette question directe : "*Si le bébé a la même maladie que moi, qu'est ce que vous allez en faire ? est ce que vous allez le garder ?*" Façon frontale de questionner la (sa) vie, d'énoncer, et de dénoncer sa captation dans le désir de l'autre ; vie captive en son fondement même, au-delà de la captation identifiante "obligée" dont le *contrat narcissique* (P. Aulagnier 1975) désigne, en creux, les emplacements subjectifs.

Ce bébé sera du reste nommé dans une extrême proximité avec son propre prénom, par où se signifie une tentative de *substitution*, l'affleurement d'une annulation de l'histoire précédente. Une enfant pourrait ainsi être attendue en lieu et place d'un autre, signifiant ce point de rejet qui le caractérise au travers du handicap et de son refus.

L'enjeu central dans ces configurations psychiques consiste à délivrer la vie captive, d'aider l'enfant à s'extraire de ce point de refus, où il s'assimile. Dans ces configurations, le sujet ne peut que (s'efforcer de) se tenir au plus près de l'autre attendant une incessante confirmation de son existence, et redoutant dans le même temps d'entendre le vertige de l'effacement qui s'est déjà produit au moment où la possibilité du meurtre du fœtus s'est actualisée.

Donner à la mort une place : du corps à la psyché

Pour donner à entendre comment le groupe des professionnels s'est trouvé saisi par la déliaison mortifère, à son insu, il faut ici revenir à la manière dont la parole a circulé autour du lien à cet enfant et à sa famille. Différents soins étant requis, plusieurs professionnels interviennent, ou sont intervenus dans cette prise en charge au fil des années. Nous avons déjà souli-

gné comment ces professionnels se trouveront confrontés à une importante déception dans leurs attentes à l'égard de la famille et de l'enfant lui-même – il n'est que de penser au refus de l'enfant de se sonder elle-même, lors même que les professionnels ne comprennent pas ce refus.

Le travail de transformation supposera que le groupe accepte de faire face à un mouvement dépressif, qu'ils prennent la mesure du refus des parents. C'est l'émergence d'un sentiment d'impuissance dans le groupe qui permettra aux professionnels d'abdiquer leurs désirs de transformer la famille et l'enfant par leur seule volonté, dans cette dynamique que Freud (1915) épinglera comme "furor sanandi".

"On abîme un enfant"

C'est donc progressivement que le groupe accèdera à la prise en compte d'un registre plus archaïque, à partir de ce qui se présentifiera de la violence déniée du lien soignant, à partir d'un témoignage d'un éprouvé hallucinatoire de l'un des professionnels.

Une kinésithérapeute témoignera en effet d'un bruit de cassure qu'elle ne cesse d'entendre : celui d'une fracture dont cette enfant avait été victime au cours d'un soin de rééducation. Sortant d'une position où, véritable crypte, elle gardait par-devers elle ce lien morbide privilégié et la honte corrélée, elle pourra révéler, et partager avec le groupe à ce moment-là cette honte d'avoir participé à "abîmer" (littéralement "casser") cette enfant.

Certains autres professionnels pourront alors, à leur tour, faire part d'une hantise analogue, certaines entendant le bruit que font les jambes de cette enfant lorsqu'elle se propulse à vive allure pour monter des escaliers, laissant ses jambes (privées de sensation) heurter rythmiquement le bois des marches.

Cette clinique convoque la question de l'appartenance et de la dépossession du sujet à partir des liens de dépendance qui se retournent bien souvent en lien d'aliénation. Les questions de la honte et la haine sont donc omniprésentes : honte rétrospective des parents, d'avoir osé penser la mise à mort de celui qui est là vivant, haine de la vie qui se présente

comme souffrante là où elle était attendue du côté d'une promesse de réparation et de joie, ... De tels affects ne manquent pas de s'encrypter dans le groupe professionnel, ou, serait-il plus juste de dire, dans le corps groupal.

Humaniser : transformer l'éprouvé en un objet du groupe

« (...) *La mort marque une limite radicale au désir. Sur la scène psychique, elle existe, elle a une histoire indépendamment de toute réalité "vécue" comme la castration existe indépendamment de toute menace "réelle".* »

(N. Zaltzman 1998¹⁸).

Dans le champ de la mésinscription (soin, travail social, etc.), traumatisme et sidération sont au centre. Pour une large part ces affects sont ignorés par professionnel qui les a éprouvés dans une rencontre singulière (auprès d'un patient, d'une famille, d'un groupe d'"usagers",...). Ils ont quelque chance d'être scénarisés, et mis en partage lorsque existent des espaces de reprise seconde (dont l'"analyse de la pratique" constitue l'archétype). Il s'agit alors de *transformer l'éprouvé en un objet du groupe*. Ce n'est qu'à cette condition que le potentiel de déliaison mortifère qu'ils recèlent a quelque chance de ne pas demeurer insu. À défaut, il s'immisce dans l'ensemble des relations. Se déploient alors de multiples clivages entre les différents professionnels et entre les professionnels et les usagers, détruisant la groupalité des équipes, et la professionnalité elle-même.

Dans le travail du soin et de l'accompagnement, il s'agit de *donner à la mort une place*. Sans cela, Thanatos entrave tout processus d'appropriation subjective.

Dans les situations de handicap, il s'agit bien de faire venir à la représentation dans la psyché groupale des professionnels, les mouvements de haine, de honte, de "rejet-refus", et de travailler à autoriser l'enfant à s'approprier sa vie. Ce mouvement d'appropriation est lui-même corrélé à la possibilité pour l'enfant de donner une place à la mort, dans sa psyché.

Cet indispensable travail de nouage des affects (clivés, déniés, forclos), cette confrontation à la présence déliante de

18 Nathalie Zaltzman (1998), *De la guérison psychanalytique* - Paris, Puf, p.160.

la pulsion de mort, potentialise le travail d'appropriation subjective des "usagers" et de leur famille. C'est dans la mesure où la mort, et les affects meurtriers et mortifères (configurés dans la psyché d'un sujet, dans le morcellement ou le clivage) sont cycliquement présentifiés dans la psyché groupale que la vie "empêchée" a quelque chance de retrouver son cours.

- ALTOUNIAN J. (2004), Un patrimoine traumatique ne devient refoulable que dé-porté dans la langue de l'autre - *Aux frontières de la différence culturelle*, n°217 *Le Journal des psychologues*, mai 2004, p 28-33.
- ANDRÉ J. (2000), Le masochisme immanent, Introduction - in J. André [sous la direct° de] *L'énigme du masochisme*, Paris, Puf, p. 1-18.
- ASSOUN P.L. (2005), Précarité du sujet, objet de la demande. Préjudice et précarité à l'épreuve de la psychanalyse – *Clinique méditerranéennes 2005-2 n°72*, Toulouse, Érès, p. 7-16.
- AULAGNIER P. (1979), *Les destins du plaisir* - Paris, Puf, 268p.
- AULAGNIER P. (1986), *Un interprète en quête de sens* - Paris, Ramsay, 425p.
- AVRON O. (2006), L'émotionnalité groupale et le scénarisation - *Revue de Psychothérapie psychanalytique de groupe* n° 45, Toulouse, Érès, p. 61-68.
- CASTORIADIS C. (1982 - 2002), Psychanalyse et société - in A. Le Guen, G. Pragier, I. Riess-Schimmel [sous la direct° de], *Freud, Le sujet social, Monographie de psychanalyse*, Paris, Puf, p. 11-23
- CICCONE A. (2007), La transmission psychique à l'épreuve du handicap - in A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonnier, R. Scelles [sous la direct° de] *Cliniques du sujet handicapé*, Toulouse, Érès, p.75-92.
- DEJOURS C. (2001), *Le corps d'abord* - Paris, Petite biblio Payot, 2003
- DHAINAUT P. (1999) L'air dans nos traces" - *À travers les commencements, Paroles d'Aube*
- DONNET J.L., GREEN A. (1973), *L'enfant de ça. Psychanalyse d'un entretien : la psychose blanche* - Paris, Minuit, 350 p.
- DUEZ B. (1996), Psychopathologie de l'originnaire et traitement de la figurabilité - in R. Kaës, et alii, *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod, p. 161-203.
- ENRIQUEZ M. (1984-2001), *La souffrance et la haine* - Paris, Dunod
- FERRANT A. (2001), *Pulsion et liens d'emprise* - Paris Dunod, 205p.
- FREUD S. (1915), Pulsions et destin des pulsions - in *Métapsychologie*, Trad. franç., Éditions Gallimard, 1968, p. 11-44.
- FREUD S. (1926), *Inhibition symptôme et angoisse*, Trad. franç. Paris, Quadrige/Puf, 1993, 88p.
- FREUD S. (1933), Pourquoi la guerre ? - in *Résultats idées, problèmes II*, Trad. franç. Paris, Puf, 1985, p. 203-215.

Bibliographie

- FUSTIER P. (1987), L'infrastructure imaginaire des institutions. À propos de l'enfance inadaptée - in R. Kaës et alii, *L'institution, les institutions*, Paris, Dunod, p. 131-156.
- GAILLARD G. (2005), Appelés à investir, conviés à l'abstinence. L'intervention en analyse de pratique et "l'arrière-fond" institutionnel - *Connexions* 82/2004-2 *Groupes de parole et crise institutionnelle*, Toulouse, Érès, p. 57-69.
- GAILLARD G. (2008), Restaurer de la professionnalité. Analyse de la pratique et intersubjectivité - *Revue de Psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°50, Toulouse, Érès, p. 33-46.
- GAILLARD G. (2009), Se prêter à la déliaison. Narcissisme groupal et tolérance au féminin dans les institutions - *Connexions* 90 /2008 *Masculin-Féminin*, Toulouse, Érès, 11-25.
- HENRI A.N. (2004), Le secret de famille et l'enfant improbable - in P. Mercader & A.N. Henri, [sous la direct° de] *La formation en psychologie filiation bâtarde, transmission troublée*, Lyon PUL, p. 193-303.
- HENRI A.N. (2009), *Penser à partir de la pratique. Rencontre avec Alain-Noël Henri*, Toulouse, Érès, 223 p.
- HENRI-MÉNASSÉ C. (2009), *Analyse de la pratique en institution. Scène, jeux, enjeux* - Toulouse, Érès, 252 p.
- KAËS R. (2007), *Un singulier pluriel*, Paris, Dunod, 239p.
- KORFF-SAUSSE S. (1996), *Le miroir brisé* - Paris, Calmann Levy, 224 p.
- KORFF-SAUSSE S. (2007), Aspects spécifiques du contre-transfert dans la clinique du handicap - in A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonnier, R. Scelles [sous la direct° de] *Cliniques du sujet handicapé*, Toulouse, Érès, p. 39-58.
- PINEL J.P. (2007) La construction du dispositif d'intervention à l'épreuve des mutations institutionnelles contemporaines - in O. Nicolle, R. Kaës, et alii, *L'institution en héritage*, Paris, Dunod, p. 11-24.
- ROUSSILLON R. (2005), Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique - in J. Furtos et C. Laval [sous la direct°. de] *La Santé Mentale en actes, de la clinique au politique*, Toulouse, Érès, p. 221-238.
- ROUSSILLON R. (2007), [sous la direct° de] *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* - Paris, Masson.
- SCELLES R. (2004), Construction de limites entre soi et l'autre : cas de personnes atteinte d'un handicap - in R. Scelles et alii, *Limites liens et transformations*, Paris, Dunod, p. 125-152.
- VASSE D. (2001), *La vie et les vivants* - Paris, Seuil, 233 p.
- ZALTMAN N. (1998, 2° édition corrigée 1999), *De la guérison psychanalytique* - Paris, Puf, 206p.