

De l'ordinaire de la consolation à la consolation généralisée

Martine Girard

DANS **REVUE FRANÇAISE DE PSYCHANALYSE 2015/2 Vol. 79** , PAGES 394 À 406
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 0035-2942

ISBN 9782130651352

DOI 10.3917/rfp.792.0394

Date de mise en ligne : 05/06/2015

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2015-2-page-394?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 Presses Universitaires de France.

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.

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.

De l'ordinaire de la consolation à la consolation généralisée

Martine GIRARD*

« On sait qu'après une telle perte le deuil aigu s'atténuera, mais on reste toujours inconsolable, sans trouver de substitut. Tout ce qui prend cette place, même en l'occupant entièrement, reste cependant toujours autre. Et au fond c'est bien ainsi. C'est la seule façon de perpétuer cet amour qu'on ne veut abandonner à aucun prix. » Réponse de Freud à Binswanger, le 11 avril 1929, à l'annonce de la mort de son fils Robert, à l'âge de vingt ans.

S. Freud, L. Binswanger,
Correspondance 1908-1938.

De l'ordinaire de la consolation à la consolation généralisée qu'entendons-nous par consolation, comment en cerner la dimension plurielle et les ambiguïtés ? Et si elle jouit d'une « fortune nouvelle dans le socius » de quelle consolation parlons-nous et qu'aurait à y gagner la psychanalyse ? En effet, la consolation n'est pas une notion psychanalytique et porter sur elle un regard psychanalytique ne vaut pas validation de sa pertinence dans ce champ. De plus, si la consolation relève d'une « attitude humaine fondamentale », elle n'est peut-être pas pour autant synonyme de soins primaires et sa place dans le champ du soin et du prendre soin ou dans la relation à « nos patients les plus vulnérables » mériterait d'être individualisée, aussi bien que sa part « au fondement de la construction humaine ». Autant d'interrogations suscitées par la lecture de l'argument que je mettrai au travail tout particulièrement à travers Winnicott. Il y est en effet largement convoqué, notamment autour de la dépendance absolue et de l'effondrement, dont je questionnerai les liens avec la consolation.

* Psychanalyste (SPP), Psychiatre des hôpitaux, dirige l'Unité de soins ambulatoires du Service de psychiatrie, psychothérapies et art-thérapie du CHU de Toulouse.

LA CONSOLATION, UNE AFFAIRE DE NOURRICE EXCLUANT LE PRINCIPE PATERNEL ?

La consolation, une affaire de nourrice, de nurserie et de berceuse ? Une relation de dépendance hautement asymétrique entre un consolant actif et un consolé passif ? Ou une affaire d'hommes, exaltant le principe paternel, de père à fils et de fils à père ?

Le chant XXIV de l'*Illiade* termine le poème homérique par les funérailles d'Hector dont le cadavre a été rendu à son père Priam par Achille. Ainsi en ont décidé les dieux. Iris, la messagère de Zeus a enjoint le vieux roi « d'aller racheter le divin Hector et de porter à Achille des présents qui charment son cœur » (XXIV, 175-176).

Par deux fois le vieux Priam, débarrassé des insignes du pouvoir et de la fonction royale, père par excellence, démuné mais non châtré, supplie Achille en invoquant le souvenir de son père : « Souviens-toi de ton père, Achille pareil aux dieux. » (XXIV, 486). « Va, respecte les dieux, Achille, et, songeant à ton père, prends pitié de moi. Plus que lui encore, j'ai droit à la pitié ; j'ai osé, moi, ce que jamais encore n'a osé mortel ici-bas : j'ai porté à mes lèvres les mains de l'homme qui m'a tué mes enfants » (XXIV, 503-506). « L'épreuve inouïe qu'il s'inflige, à la mesure de l'amour qui le soutient, n'est souillée d'aucune bassesse », commente Rachel Bepaloff (2004, p. 55). Car s'il implore ainsi c'est pour prendre soin du cadavre de son fils, Hector. Au-delà de la mort, lui offrir des funérailles.

« Il dit, et chez Achille il fit naître un désir de pleurer sur son père. Il prend la main du vieux et doucement l'écarte. Tous les deux se souviennent : l'un pleure longuement sur Hector meurtrier, tapi aux pieds d'Achille ; Achille cependant pleure sur son père » (XXIV, 507-511). « Et je ne suis pas là, pour soigner sa vieillesse » (XXIV, 540-541). Prendre soin du cadavre de son fils, prendre soin de son vieux père – *to care*. Qui prend soin de nous, se demande Winnicott (1970, p. 124), aux âges extrêmes de la vie, quand nous sommes « immatures, malades ou vieux », c'est-à-dire dépendants, à merci¹ ? Du nouveau-né Œdipe exposé dans les gorges du Cithéron au cadavre d'Hector à merci des chiens, des vautours et de la colère d'Achille, il n'y a qu'un pas.

Même si c'est par l'entremise de sa mère qu'il cède à Zeus – sa mère qui le console tout autant qu'elle se console de sa mort annoncée – Achille, guerrier phallique par excellence, ne renonce pas, ne s'endort pas, ne s'amollit pas. Mais à la vue du vieux roi « Le Tueur redevient un homme chargé d'enfance et de mort. » (Bepaloff, 2004, p. 56). « Il relève le vieillard accablé, le reconforte,

1. Ainsi que René Ebtinger traduit *hilfflos* (1999, p. 75).

loue son courage, mais ne se repend pas le moins du monde du mal qu'il lui a fait et continuera de lui faire » (*ibid.*, p. 58).

Qui donc, d'Achille ou de Priam, console qui ? « Tous les hommes vivent dans le chagrin : l'égalité véritable n'a point d'autre fondement. Homère a voulu que ce fût précisément le vainqueur qui le rappelât au vaincu » (*ibid.*, p. 59) à travers « le plus beau des silences de l'*Illiade* » (*ibid.*, p. 56). La consolation, un partage d'égal à égal, par-delà les générations, les genres et les fonctions, une affaire d'adultes qui renouent avec leur dépendance infantile pour transcender leur destin individuel ? Mais est-ce vraiment cette version de la consolation qui prévaut dans le socius contemporain ?

LA CONSOLATION, UN ÉQUIVALENT DU *CARE* ?

Que les thèmes de la consolation et du prendre soin puissent se côtoyer étroitement et se répondre, ces passages de l'*Illiade* suffiraient à en témoigner. Est-ce pour autant que la consolation recouvrirait le *care* et se confondrait avec les soins primaires, dans une sorte d'interchangeabilité des notions ? Jusqu'où sont-elles « apparentées » ?

Peut-on, par exemple, considérer le besoin de nourriture, voie d'accès à l'expérience de satisfaction fondatrice de la logique pulsionnelle, ou le besoin de la simple présence d'un être vivant, comme équivalents d'un besoin élémentaire de consolation... du moins du côté du nourrisson ?

Certes on *soulage* la faim, on *apaise* la soif ; mais (se) *console-t-on* vraiment de la faim, de la soif ou du froid ? La consolation me semble plus sophistiquée. C'est l'affliction que l'on console. « Heureux les affligés, car ils seront consolés. » (Matthieu, 5, 4).

D'ailleurs, les évangiles et la tradition chrétienne ne s'y étaient pas trompés qui distinguaient les Œuvres de miséricorde dite « corporelle » (Matthieu, 25, 34-40) – « donner à manger à ceux qui ont faim, donner à boire à ceux qui ont soif, vêtir ceux qui sont nus, loger les pèlerins, visiter les malades, visiter les prisonniers, ensevelir les morts² » – des Œuvres de miséricorde spirituelle, énoncées plus tardivement – « conseiller ceux qui doutent, enseigner ceux qui sont ignorants, réprimander les pêcheurs, *consoler les affligés*, pardonner les offenses, supporter les importuns, prier Dieu pour les vivants et les morts » –, nous indiquant une certaine hiérarchie des besoins élémentaires.

2. Cette œuvre fut rajoutée ultérieurement.

Que les soins corporels élémentaires soient au fondement des soins psychiques dont ils demeurent indissociables à travers une présence vivante, Winnicott n'a cessé de le rappeler ; mais quelle est à ce niveau la part de la consolation ? Je tenterai de prendre la mesure de son usage, plutôt parcimonieux, du terme et de la notion.

« Sucrer son pouce, c'est aussi une consolation, pas seulement un plaisir »

En 1945, il évoque explicitement un lien entre succion du pouce et consolation : « [...] sucer son pouce, c'est aussi une consolation, pas seulement un plaisir ; le poing ou le doigt remplace le sein, ou la mère, ou quelqu'un d'autre » (Winnicott, [1945] 1989, p. 70-71). Dimension d'auto-consolation illustrée par le cas d'un nourrisson de quatre mois qui « a réagi à la perte de sa mère en ayant tendance à enfoncer son poing au fond de la gorge et il en serait mort si on ne l'avait pas physiquement empêché de le faire. » (*ibid.*, p. 71).

Mais cette hypothèse est ébauchée en toute fin de l'article sur « Le développement affectif primaire » – c'est-à-dire celui des six premiers mois de vie³, avant que le bébé (et la mère pour le bébé) ne devienne une personne totale – dans une brève « note sur la succion du pouce », sorte d'inventaire un peu confus des situations dans lesquelles sucer le pouce ne relèverait pas seulement de l'autoérotisme.

Quelques six ans plus tard, son article sur les phénomènes transitionnels est justement introduit par la succion du pouce, autour de la distinction entre autoérotisme et autre chose. Or, ni en 1951, ni dans la reprise de 1971, il ne s'orientera nommément vers la consolation, et pour cause : dans les exemples cliniques rapportés il s'attache très minutieusement à différencier le cas de X et de son lapin « comme un *consolateur* (*a comforter*) » contre la dépression « qui n'eut jamais la véritable qualité d'objet transitionnel », de celui de Y. L'objet transitionnel de ce dernier « n'était pas là un "consolateur", comme dans le cas de son frère aîné déprimé, mais un "calmant" (*a soother*). » Opposition entre « distorsion dans l'utilisation » et « utilisation typique d'un objet transitionnel » (Winnicott, 1971a, p. 15-16).

3. Dénonçant combien la fortune de l'empathie bénéficie d'une « lecture sommaire de Winnicott », Laurence Kahn (2014, p. 132) souligne que la notion d'« environnement précoce » est devenue la langue de bois pour parler de l'enfance. Il n'est pas inutile de rappeler combien celle-ci est plutôt précisément datée chez Winnicott, référée à une temporalité chronologique de maturation (le précoce) distincte de la temporalité psychique de l'après-coup (le profond) et étroitement articulée à ses hypothèses théoriques et thérapeutiques sur les psychoses.

Ainsi, l'auto-consolation par succion du pouce ou usage distordu d'un pseudo-objet transitionnel est corrélée à la perte et à une défense contre la dépression et s'inscrit à un premier niveau de la lignée des « substituts » indiqués par Freud. Mais son évocation reste plutôt allusive chez Winnicott. Par contre il n'associe pas explicitement la transitionnalité à la consolation et la fonction de l'objet, si objet il y a, y reste secondaire au regard des phénomènes en jeu : tempérer le procès de la perception à travers ce repos spécifique à l'aire transitionnelle durant lequel le bébé n'est pas sommé de se prononcer entre objectif et subjectif, entre réalité ou fantasme. Mais qu'en est-il de la consolation dans son rapport à l'autre secourable ?

« Personne ne lui fournit le réconfort dont il a désespérément besoin »

En 1936, dans un article exclu de la traduction française de *De la pédiatrie à la psychanalyse*, il propose une première version de ce qui deviendra « L'observation des jeunes enfants dans une situation établie ». Il observe donc comment les jeunes patients de sa consultation externe à l'hôpital se saisissent de l'abaisse-langue, la spatule, qu'il laisse sur son bureau et leur interaction avec lui face à l'assistance. Très attentif aux trois étapes du processus, à la manière dont l'enfant sollicite l'assistance et au type de réconfort qu'il en attend, Winnicott remarque qu'un « enfant malheureux et plus inhibé se crée un environnement anormal » en utilisant la spatule de telle sorte que, pour l'assistance « cela signifie quelque chose qui a à voir avec la masturbation ». Il poursuit son observation : les autres parents présents attirent ailleurs l'attention de leurs enfants, de sorte que « le petit garçon a beau se trouver en compagnie, personne ne lui fournit le réconfort (*reassurance*) dont il a désespérément besoin⁴ » (Winnicott, 1936, p. 47). Singulière introduction clinique de la consolation par son envers que celle de cet enfant dont le *repli* autoérotique susciterait, chez les consolants potentiels, détournement et évitement de toute attitude consolatrice.

La consolation comme retour en arrière, « régression au service du moi »

Dans un article de 1950 sur le maternage précoce – porter un nourrisson de quelques heures⁵ – Winnicott introduit la notion de double dépendance

4. J'emprunte ici la traduction de Michel Gribinski des passages de cet article repris par Adam Phillips (2008, p. 129).

5. Soulignons à nouveau combien cette notion temporelle est précisément datée.

spécifique de ces premiers temps et sur laquelle nous reviendrons : « Le bébé ne sait pas que l'espace autour de lui est maintenu par vous. Vous avez soin que le monde ne le heurte pas avant qu'il ne le découvre ! » (Winnicott, [1950] 1973, p. 103-104). Il en vient au cas des enfants plus grands et à une situation prototypique de consolation, même s'il n'emploie pas ce terme : il s'agit pour quelques minutes de revenir en arrière et retrouver le terrain de ces stades les plus précoces.

Mais c'est en 1963 qu'il développe pleinement cette hypothèse de « la régression au service du moi », à partir des exemples de la vie quotidienne familiale et de ces « phases de gâterie que les parents trouvent nécessaires d'assurer à leur enfant de temps en temps » (Winnicott, 1963a, p. 250). Il différencie bien ces gâteries (*spoiling*) régressives occasionnelles des gâteries infligées à l'enfant en raison des propres angoisses des parents ; différenciation essentielle entre disponibilité à consoler et besoin de consoler. Pendant quelques heures, quelques jours ou quelques semaines un enfant est donc soigné comme s'il était plus jeune qu'il ne l'est vraiment chronologiquement. Il prend l'exemple d'un enfant qui se cogne ou se coupe le doigt. « En une minute, de quatre ans il revient à l'âge de deux ans, il hurle et se console, la tête sur les genoux de sa mère. Puis, en un rien de temps, ou après avoir dormi, il est de nouveau grand et même au dessus de son âge » (*ibid.*, p. 250). Loin de s'amollir dans cette régression, il en ressort plus grand et plus aguerri.

Dans les trois occasions où Thétis accourt auprès d'Achille qui la réclame pour le consoler « c'est la tendresse et la douceur des gestes d'une mère pour un tout petit enfant » qu'il retrouve (Monsacré, 2010, p. 104). Et au-delà des mots échangés c'est surtout le corps qui parle à travers ces « moments de tendresse enveloppante » (Vidal-Naquet, 1984, p. 10) : elle « le flatte de la main » (I, 361) ; « de ses mains lui prend la tête » (XVIII, 71) ; « le caresse légèrement » (XXIV, 125-126). Ce n'est pas pour autant qu'il esquivera le combat à mort qui l'attend.

Pour en revenir à Winnicott, il poursuit par le cas d'un enfant de deux ans, repris à plusieurs reprises (1963b ; 1971b), celui de Cecil. En réponse à des expériences de déprivation est mise en jeu la capacité thérapeutique des parents à accepter une régression prolongée en prodiguant à l'enfant les soins habituellement dévolus à un enfant plus jeune. Cette dimension sera largement développée à propos de la tendance antisociale dont « le traitement [...] n'est pas la psychanalyse » mais « la stabilité nouvelle fournie par l'environnement » permettant à l'enfant de « redécouvrir des soins infantiles qu'il pourra mettre à l'épreuve » (Winnicott [1956] 1989, p. 302) ; il ne s'agit plus tout à fait de simple consolation et il n'utilise pas ce terme. Notons surtout qu'il s'emploie à différencier précisément cette régression comme thérapie en

psychiatrie infantile de la régression dans la situation analytique, auquel cas « une expérience correctrice ne suffit pas. Il est certain qu'aucun analyste *ne se dispose à fournir* une expérience correctrice dans le transfert, car il s'agit d'une contradiction dans les termes » ([1963a] 1974, p. 255).

Ainsi, dans les occasions où Winnicott emploie explicitement le terme, la consolation dans son rapport aux soins primaires et à l'autre secourable apparaît comme retour en arrière, et pourrait rejoindre la « régression au service du moi » : face aux offenses de la réalité, renouer avec une sécurité effective dont le bébé n'avait pas conscience qu'elle lui était apportée par son environnement, au temps où celui-ci prenait en charge certaines épreuves de réalité et avait « soin que le monde ne le heurte pas avant qu'il ne le découvre ». Régresser pour mieux affronter. Car finalement, pour Winnicott, comme pour Homère, l'essence de la consolation serait de transmettre à l'autre la force d'affronter seul son épreuve de réalité... et non pas de l'en épargner en le maintenant dans la dépendance. Que l'épreuve de réalité ultime et commune soit la mort, ou que certaines épreuves singulières prennent la forme de la maladie somatique ou mentale, n'est-ce pas aussi ce qui fait entrer l'ordinaire de la consolation dans le champ du soin au risque d'une confusion des notions ?

En tout cas, se dégagent des directions tout à fait opposées rendant compte de l'ambiguïté foncière de la notion. Du point de vue du consolé, écart entre la dimension trompeuse du lot de consolation, substitut de l'objet perdu qui viserait à apaiser la douleur en annulant la perte, et celle du soutien, substitut transitoire du moi (qui pour ainsi dire fait relâche) permettant de s'appuyer sur l'environnement secourable pour mieux affronter l'épreuve. Du point de vue du consolant, écart entre besoin de consoler et d'effacer l'épreuve et disponibilité à laisser traverser l'épreuve sans en faire l'économie. Du point de vue du couple consolé-consolant écart entre dépendance passive et partage

LA CONSOLATION, UN PARTAGE CRÉATIF AU FONDEMENT DE LA CONSTRUCTION HUMAINE ?

Peut-être convient-il de nous arrêter un peu plus sur la spécificité de la dépendance absolue, consubstantielle à l'unité nourrisson-soins : en effet, il me semble que nous touchons là certains aspects du *care* et des soins primaires en contradiction avec la notion même de consolation et qui pourraient rendre compte du fait que justement certains patients psychotiques ne relèvent pas en première intention d'une quelconque forme de consolation.

Avec la dépendance absolue c'est aussi le point de vue du nouveau-né que Winnicott essaie de saisir, lequel n'éprouve pas encore de sentiment de dépendance (Winnicott, [1948] 1989, p. 97) ; « et c'est pour cette raison que la dépendance est absolue » (Winnicott, [1958] 1989, p. 312) (Girard, 2013, p. 843-849). Ce n'est que progressivement que, parallèlement à l'objet total, apparaît le début d'un sentiment de dépendance ; de plus le nourrisson va graduellement percevoir la mère comme apte à le soutenir alors qu'il dépend d'elle et acquérir en retour une aptitude du même ordre (*ibid.*, Winnicott, p. 319). De la cruauté impitoyable il en vient à la capacité de sollicitude (*concern*), ouverture acquise à la capacité de consolation : être consolé/consoler.

Par « double dépendance », j'entends la relation du tout-petit avec des phénomènes environnementaux dont le bébé n'a pas les moyens d'être conscient, de telle sorte que, plus tard, devenu un patient, le bébé qui a atteint l'enfance ou l'âge adulte n'est pas capable de reproduire ces phénomènes comme une structure susceptible de se révéler dans le transfert analytique. Autrement dit, l'environnement auquel je fais référence dans le concept de double dépendance est de ceux qui, par essence, ne sont pas constitués par des projections (Winnicott, [1963c] 2012, p. 46).

Ainsi « le nourrisson ne sait pas que l'eau [du bain] aurait pu être trop chaude ou trop froide, mais en vient à prendre pour allant de soi la température du corps » (Winnicott, [1963d] 1974, p. 47). La bonne température de l'eau du bain participe de ces évidences naturelles préservant sa continuité d'existence, évidences dont il ignore qu'elles ne cessent de faire l'objet d'une adaptation minutieuse. Cette attention préventive lui est due, sans partage. Ces soins-là relèvent d'une nécessité anthropologique (un besoin vital) et d'une obligation d'anticipation signant les limites de la co-construction de la psyché, partagée entre le nourrisson et le *Nebenmensch* ; soins du moi, non réparables en tant que tels par l'*infans* et échappant ultérieurement au transfert. C'est à ce niveau que la collusion sémantique et conceptuelle entre l'*Hilflosigkeit* comme fait anthropologique, *état* objectif de dépendance, de désaide⁶ et détresse *vécue* par l'*infans* mérite d'être interrogée : décalage entre l'expérience de la détresse initiatrice d'un partage fondateur de l'échange pulsionnel et l'immensité de la détresse projetée sur le nouveau-né.

Ce sont donc les limites d'un partage précoce qui seraient à prendre en compte : la détresse dont l'expérience est épargnée car tenue à l'écart par les soins, autrement dit une non-expérience de la détresse (Girard, 2011, p. 1735), négativité fondatrice de l'accès aux évidences naturelles et du paradoxe narcissique de sa majesté le bébé. C'est quand les choses se passent mal qu'il

6. Nul besoin de néologisme suggère Paul Denis, désarroï convient tout à fait : « arroi » dérive du vieux saxon signifiant aide (Denis, 2011, p. 1436).

y a détresse, agonie. Certes, c'est la dépendance et ce dont le nourrisson est épargné qui restent méconnus et non pas les relations sensorielles qui se développent à travers les soins, leur implication pulsionnelle et la réponse de l'objet. Ainsi, si le nourrisson porté dans les bras ou dans un berceau « n'a pas conscience qu'on ne cesse de l'empêcher de tomber » (Winnicott, [1957] 1974, p. 79), et n'a pas à partager l'expérience de la chute, ce n'est pas pour autant qu'il ne se laissera pas apaiser par la berceuse consolante de la nourrice. Écart entre deux dimensions des *interactions précoces* dont l'une lui échappe et reste en deçà de toute représentation ou protoreprésentation, de tout partage créatif. « Relation effective » écrit Zeljko Loparic, « c'est-à-dire psychosomatique, et non représentative, mentale ou symbolique⁷ » (Loparic, 2007, p. 266). C'est dans cette relation de dépendance absolue que se constitue la capacité du bébé à s'intégrer dans le temps et dans l'espace, à se loger dans le corps. L'unité somato-psychique n'est pas donnée d'emblée à l'individu bébé ; elle est en partie assurée *dans* les soins : *unité précoce* qui « ne se fait ni avec une personne ni avec un objet » mais « avec l'environnement non projectif » (Winnicott, [1963c] 2012, p. 48). Ainsi « [...] ce n'est pas l'individu qui est la cellule, mais une structure (*set up*) constituée par l'environnement et l'individu. Le centre de gravité de l'être ne se constitue pas à partir de l'individu : il se trouve dans la structure environnement-individu » (Winnicott, [1952] 1989, p. 201). L'unité somato-psychique relève en quelque sorte d'un déplacement du centre de gravité depuis l'unité précoce bébé-soins jusqu'à l'individu bébé, résidence de la psyché dans ce corps-là à la faveur du détachement progressif des soins.

N'est-ce pas là le lieu par excellence d'un décalage encore plus radical entre soins primaires et consolation ? Et n'est-ce pas *le besoin de consoler* qui serait une attitude humaine fondamentale : se consoler de la conscience de notre précarité et de notre dépendance telles que nous en prenons la mesure dans notre identification à un nouveau-né *hilflos*, à merci, exposé, bien en deçà de toute passivité ? Se (le) consoler d'être au monde ?

CONSOLER NOS PATIENTS LES PLUS VULNÉRABLES ?

En tout cas, face aux échecs de cette résidence psychosomatique – ne pas avoir de contact avec son corps par exemple –, il ne me paraît pas non

7. Merci à Amélia Lemoalle, ancienne interne des hôpitaux de Toulouse, pour la traduction.

plus évident que l'orientation thérapeutique prise par Winnicott soit celle de la consolation. J'y vois le pari de réintégrer dans le transfert des phénomènes y ayant échappé car contemporains de la double dépendance : s'approprier l'effondrement (Girard, 2008, p. 1688-89), renouer non plus avec une sécurité primitive mais, au contraire, avec une expérience d'empiétement. « La crainte de l'effondrement » gagne à être articulée aux « Aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique », régression « organisée » à la double dépendance pour la cure de patients psychotiques. Winnicott y expose pas à pas sa technique, répétée « inlassablement » ([1954] 1989, p. 260), témoignant que ses aménagements ne relèvent pas d'une édulcoration d'autant que, comme nous l'avons vu, « une expérience corrective ne suffit pas » ([1963a] 1974, p. 255) : l'analyste doit accepter la haine et la colère contre les faillites de l'environnement, tout en se heurtant aux défenses organisées contre l'effondrement. Et s'il interroge la « rassurance » (*reassurance*) comme inhérente au cadre psychanalytique, Winnicott met en garde contre son caractère « nuisible » dans le contre-transfert ([1954] 1989, p. 265-266). Si la consolation concerne la psychanalyse n'est-ce pas en premier lieu pour traiter le besoin de consoler du thérapeute, entre l'analyse du contre-transfert et la tenue du cadre ? Et n'est ce pas aussi l'une des fonctions du cadre que d'absorber le besoin de consoler ? On peut ne pas le suivre au plan théorique et technique. On peut aussi « déclarer forfait. L'hôpital psychiatrique fera le reste » (*ibid*, p. 264).

Est-ce alors les patients psychotiques hospitalisés qui relèveraient de la consolation ? Leur « grande souffrance » nous apparaît peut-être d'autant plus grande que son expression en est particulièrement distordue et rarement exprimée à travers un appel à consolation. Face à la forteresse défensive de l'organisation psychotique ou au chaos de la désintégration, nous sommes loin de la posture de l'inconsolé ou des attentes de l'endeuillé, quelles que soient les ambiguïtés de la recherche de consolation relevées par Freud dans sa correspondance intime. Et si bon nombre ne sont pas en demande de soin, ils ne sont pas *a fortiori* en demande de consolation et requièrent peut-être en premier lieu des conditions leur permettant de s'approprier leur souffrance avant de pouvoir accéder à la consolation comme appel à l'autre. Le soin sous contrainte peut se concevoir au sens d'un prendre soin élémentaire malgré le sujet, mais quel sens aurait une consolation sans consentement ? Je souscris aux réserves de Vassilis Kapsambelis :

[...] dans les moments de crise psychique, qu'ils soient conjoncturels ou durables, traumatiques ou structurels, l'homme psychique cherche un autre homme psychique. Pour trouver auprès de lui empathie, soutien et consolation, peut-être ; mais l'empathie est une condition du soin psychique, pas le soin lui-même, et la consolation n'a de sens que devant les pertes et malheurs irréversibles – sinon, elle est mépris et désespoir (Kapsambelis, 2014, p. 450).

En tout cas, dans notre quotidien institutionnel, il me semble que la consolation ne s'est jamais vraiment imposée à nous comme une notion heuristique au regard du travail de construction du cadre thérapeutique, toujours sur un fil entre effacement attentif dans la co-présence et nécessité de tenir les conditions d'un vacillement subjectif (Girard, 2014). Et la non rencontre avec certains patients nous amène parfois à ouvrir la partie par une forme de renoncement plus radical que le renoncement à guérir ou à consoler, le renoncement aux soins élémentaires.

Suivie depuis l'âge de quatre ans en pédopsychiatrie, placée dans de multiples familles d'accueil, M. présente une dysharmonie d'évolution schizo-affective. Après de multiples ruptures de suivi, elle a vingt-neuf ans quand elle nous est adressée par son nouveau psychiatre. Pendant les deux premières années de son accrochage tumultueux en hôpital de jour elle est hostile, opposante, et sa présence chaotique, imprévisible et minimale. Mais quand elle est là tout son être est ravagé par l'envie : elle m'envie d'être « psy » et d'avoir fait des études, elle envie son infirmière référente d'être enceinte, elle dont la mère est schizophrène, le père invalide, le frère trisomique et qui aurait subi, enfant, des violences sexuelles. C'est un bloc compact de hargne, d'intrusivité dévorante sans limites, exprimée avec beaucoup de crudité et éprouvée quasi physiquement par sa référente. L'emprise par identification projective maintient toujours un de ses soignants en alerte ; mais la moindre préoccupation bienveillante est une effraction intolérable : elle revendique en ricanant le droit d'avoir froid quand elle arrive sous la neige en débardeur, bras nus, bleue de froid. C'est notre problème ; le non partage est sans appel. Et lorsqu'elle met les mains dans le four à l'atelier pâtisserie nous sommes contraints de nous soucier d'elle malgré elle. C'est nous qui ne le supportons pas. La balle est dans notre camp. *Qu'est-ce que vous me voulez à moi qui n'ai pas demandé à venir ?*

Non seulement s'agit-il de lui signifier que nous ne lui voulons rien, ni du mal, ni surtout du bien, mais encore, c'est la garantie d'une neutralité non entachée de bienveillance qui est *sans cesse* à remettre en scène. Pendant ces deux premières années, je n'ai eu de cesse, malgré son état justifiant pleinement cette hospitalisation de jour, de lui rappeler fermement les conditions minimales de présence pour garder sa place. Manière de lui signifier invariablement que nous concevons qu'elle puisse refuser nos soins et que nous supportons d'y renoncer ; manière de lui signifier *d'abord* la fiabilité de notre position de non-ingérence.

Cinq ans après, les symptômes et les défenses qui la tenaient se sont assouplis sans pour autant qu'elle ne s'effondre ; les relations se sont apaisées, nous soufflons un peu, et elle aussi, surtout. Étape particulièrement périlleuse

que celle d'une certaine lucidité pacifiée par rapport à la maladie. Le moment serait-il venu de lui porter consolation ? Rien n'est moins sûr. Sauf à considérer la consolation comme le fait de tenir bon dans le silence et la neutralité sans brûler les étapes pour permettre au patient d'accéder à l'affliction puis de traverser seul en présence du thérapeute cette épreuve de l'irréparable. C'est en ce sens que j'entends la position de Racamier qui d'ailleurs ne parle pas nommément de consolation.

Que gagnerait finalement la psychanalyse à recourir à cette notion, sauf à devoir à chaque usage en préciser le sens ? Ne risque-t-on pas immanquablement le contresens d'une consolation qui viserait à en rajouter, à annuler l'épreuve par des attitudes et des paroles reconfortantes, « *per via di porre* », « notre consolation habituelle » (Freud, [1905a] 2006, p. 49-50) alors qu'il s'agit du contraire ? La consolation, si consolation il y a, ne saurait constituer ni un but ni une technique spécifique, mais viendrait comme un gain latéral.

Martine Girard

Unité de soins ambulatoires

Service de psychiatrie, psychothérapies et art-thérapie
CHU Toulouse TSA 40031 – 31059 Toulouse Cedex 9
girard.m@chu-toulouse.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bespaloff R. (1943), *De L'Iliade*, Paris, Allia, 2004.
- Denis P., Le maternel déifié, *Revue française de psychanalyse*, t. LXXV, n° 5, 2011, p. 1436.
- Ebtinger R., *Ancolies*, Strasbourg, Arcanes, 1999, p. 75.
- Freud S. (1905a [1904]), De la psychothérapie, *OCF-P*, VI, 2006, p. 49-50.
- Girard M., Continuité ou hétérogénéité des constructions en psychanalyse ?, *Revue française de psychanalyse*, t. LXXII, n° 5, 2008, p. 1685-1691.
- Girard M., Le maternel, quel appui pour la séparation ?, *Revue française de psychanalyse*, t. LXXV, n° 5, 2011, p. 1731-1738.
- Girard M., Les fondements des concepts de base de la métapsychologie freudienne chez Winnicott ?, *Revue française de psychanalyse*, t. LXXVII, n° 3, 2013, p. 842-865.
- Girard M., Tenir les conditions d'un vacillement subjectif, *Empan*, 2014/4, n° 96, p. 47-53.
- Homère, *Iliade*, trad. Paul Mazon [1938], Paris, Les Belles Lettres, « Collection des Universités de France », 2002.
- Kahn L., *Le Psychanalyste apathique et le patient postmoderne*, Paris, Éd. de l'Olivier, 2014.
- Kapsambelis V., L'« homme psychique » de la psychanalyse est-il encore transmissible en psychiatrie ?, *Revue française de psychanalyse*, t. LVIII, n° 2, 2014, p. 439-452.

- Loparic Z., Origem em Heidegger e Winnicott, *Natureza Humana*, 9, p. 243-74, 2007.
- Monsacré H. (1984), *Les Larmes d'Achille*, Paris, Le Félin, 2010.
- Phillips A. (1988), *Winnicott ou le choix de la solitude*, Paris, Éd. de l'Olivier, 2008, p. 129.
- Vidal-Naquet P., Préface à Monsacré, *Les Larmes d'Achille*, *op. cit.*, 2010.
- Winnicott D. W. (1936), Appetite and Emotional Disorder, *Through Paediatrics to Psycho-Analysis, Collected Papers*, Londres, Karnac, 1992, p. 47.
- Winnicott D. W. (1945), Le développement affectif primaire, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 70-71.
- Winnicott D. W. (1948), Pédiatrie et psychiatrie, *De la pédiatrie à la psychanalyse, ibid.*, p. 97.
- Winnicott D.W. (1950), Ce qu'une mère sait et ce qu'elle apprend, *L'Enfant et sa famille*, Paris, Payot, 1973, p. 103-104.
- Winnicott D.W. (1952), L'angoisse associée à l'insécurité, *De la pédiatrie à la psychanalyse, op. cit.*, p. 201.
- Winnicott D.W. (1954), Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique, *De la pédiatrie à la psychanalyse, op. cit.*, p. 250-267.
- Winnicott D.W. (1956), La tendance antisociale, *De la pédiatrie à la psychanalyse, op. cit.*, p. 302.
- Winnicott D. W. (1957), Contribution de l'observation directe des enfants à la psychanalyse, *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*, Paris, Payot, 1974, p. 79.
- Winnicott D. W. (1958), La première année de la vie, *De la pédiatrie à la psychanalyse, op. cit.*, p. 310-324.
- Winnicott D. W. (1963a), L'état de dépendance dans le cadre des soins maternels et infantiles et dans la situation analytique, *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement, op. cit.*, p. 243-256
- Winnicott D.W. (1963b), De la régression considérée comme une thérapie, *De la pédiatrie à la psychanalyse, op. cit.*, p. 409-428.
- Winnicott D.W. (1963c), *Harold F. Searles, Lectures et Portraits*, Paris, Gallimard, 2012, p. 40-49.
- Winnicott D.W. (1963d), Le passage de la dépendance à l'indépendance dans le développement de l'individu, *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement, op. cit.*, p. 47.
- Winnicott D.W. (1970), *Cure, conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, p. 124.
- Winnicott D.W. (1971a), Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Une étude de la première possession non-moi, *Jeu et Réalité*, Paris, Gallimard, 2002, p. 15-16,
- Winnicott D.W. (1971b), Le cas XIV, Cecil, *La Consultation thérapeutique et l'enfant*, Paris, Gallimard, 1982, p. 247-278.