

# Faisons un rêve

Claude Allione  
Psychanalyste

La question que nous voulons poser ici se résume à ce point très simple : pourquoi, depuis plusieurs années, les institutions font-elles appel, bien plus que par le passé, à des psychanalystes (et quelques autres...) pour réaliser ce que l'on nomme usuellement *régulation*, *supervision*, ou encore *analyse des pratiques* ? Je voudrais poser ici que dans l'institution *la régulation c'est le rêve*, qu'une institution sans rêve, une institution qui ne rêve pas serait littéralement *idiot*, c'est-à-dire étymologiquement « simple », sans perspective, où les choses ne sont que ce qu'elles semblent être. J'emploie ici le mot « rêve » dans le sens que lui donnait Martin Luther King en Août 1963, au cours de la marche vers Washington pour les droits civiques : il prononçait cette phrase devenue fameuse : *I have a dream. J'ai un rêve*, et précisément : *j'ai un rêve pour vous*, je rêve que vous rêviez. Son rêve est celui de tous. S'il rêve, tous les autres peuvent rêver aussi. C'est quelque chose comme le *Faisons un rêve* que Sacha Guitry écrivit en 1916, période où les Français avaient besoin de rêver. Tous les deux rêvent pour l'autre. Ils rêvent l'autre collectif, afin que cet autre soit construit par son rêve, qu'il le fasse sien, qu'il s'en nourrisse. Autrement dit : de vous rêver, jaillira en vous la capacité de rêver (et d'accomplir) votre propre liberté, qui est *in fine* notre idéal de justice, ce qui fait de nous un groupe. L'autre groupal ne fonctionne que parce qu'il a été rêvé et continue de l'être. Ne peut-on dire la même chose de l'institution ? Le porte parole de la commission européenne, qui est aussi une institution, répondait il y a peu à un journaliste l'interrogeant sur ce qui manque le plus à l'Europe : « Un grand rêve ». Autrement dit, notre plus grande misère serait de piétiner dans une réalité sans perspective ni recours à la digestion psychique.

Cette question du rêve dans l'autre est également une des choses fondamentales que nous avons retenues de l'enseignement du psychanalyste anglais Wilfred Bion avec sa fonction- $\alpha$  : l'existence psychique du nourrisson dépend de la capacité de rêverie maternelle. Bion dit *rêverie* plutôt que rêve, et éclaire ainsi un état de conscience à mi-chemin de la pensée éveillée, « une activité psychique non soumise à l'attention » dit le Robert, activité dans laquelle le sujet se construit. Ce qu'il apporte ainsi, c'est que le rêve est une forme de pensée, ou comme le dit de façon très freudienne le philosophe Georges Steiner : « Penser c'est aussi rêver. »

Cette capacité de rêver, Bion l'a désignée en tant que fonction- $\alpha$ , c'est-à-dire de fonction capable de transformer les éléments bruts de la perception en objets de pensée, en objets d'amour, en éléments- $\alpha$ . Pour penser un

jour il faut avoir été rêvé. C'est le rêve de l'autre qui me fait exister psychiquement. C'est grâce à ce processus de la rêverie maternelle que les expériences émotionnelles ne dérivent pas en purs éléments- $\beta$  mais produisent de la pensée, de la détoxication, de la *digestion psychique* dont la fonction est de réduire au minimum ce que Bion suppose chez chacun, une composante psychotique de la personnalité : « la rêverie est un facteur de la fonction- $\alpha$  de la mère. »

Résumons : l'expérience émotionnelle archaïque rend nécessaire un tiers (le prochain secourable) dans l'état de détresse (*Hilflosigkeit*) du nourrisson pour prendre en soi cette expérience émotionnelle, la passer dans la "machine à rêver éveillé" maternelle (rêverie), puis de la restituer au nourrisson dans un double objectif :

- maintenir l'état de principe de plaisir en le débarrassant des éléments susceptibles de s'accumuler et/ou de se transformer en éléments- $\beta$ , créateurs d'un possible écran- $\beta$  caractéristique des états de la psychose (ou de la menace psychotique),
- transformer avec lui (prendre en soi, détoxiquer, restituer) cette expérience en éléments- $\alpha$  susceptibles de constituer la barrière de contact à même de distinguer l'inconscient du conscient.

C'est là un modèle pour une des possibles fonctions maternelles de l'institution soignante. Encore faut-il y distinguer ce qui s'adresse au sujet que l'on accompagne de ce qui s'adresse aux soignants, individuellement comme collectivement.

Revenons à cette question de l'inflation dans la demande de régulation. Les causes en paraissent multiples. Ce qu'on appelle improprement *les institutions* (il faudrait distinguer comme nous a appris à le faire François Tosquelles l'institution de l'établissement) est soumis actuellement à une double contrainte qui voit croître (parfois vertigineusement) la demande, et donc le nombre de personnes traitées, à moyens constants, c'est-à-dire en réalité avec de moins en moins de moyens. Moyens financiers qui conditionnent les moyens humains. Ainsi en va-t-il du nombre de psychiatres français : alors qu'ils ont été conçus en tant que clé de voûte du système de santé mentale, artisans de la lutte contre la dissolution de la pensée (de la fonction- $\alpha$ ), ce nombre est en constante diminution<sup>1</sup>, laissant souvent les équipes en déshérence ou en repli auto-protecteur.

De même, se pose la question de savoir qui l'on soigne (ou accompagne) ? de quoi ? dans quel projet ? Dans quelle perspective du sujet nous situe le travail psychothérapeutique ; et comment le politique, en donnant des moyens au soignant, attend implicitement de lui l'inscription de la personne soignée dans une logique donnée de la subjectivité ? C'est ainsi que de ce statut du sujet souffrant s'ouvre la question corollaire du sujet soignant : d'où me vient la parole que je tiens ? comment s'exerce-t-elle ? au service de quel modèle de société ? Je citerai ici Bernard Stiegler qui dégage un affaiblissement « programmé » de la subjectivité à partir des attaques portées par le dispositif marchand-mercantile aux instances du surmoi<sup>2</sup>, menant à des carences subjectales sans bord ni protection. C'est également, quoique sur un autre registre, l'approche que l'on retrouve chez Charles Melman et Jean-Pierre Lebrun d'une perversion généralisée dans le corpus social<sup>3</sup>. Ajoutons également que cette attaque du sujet pourrait s'envisager tout aussi bien dans le ciblage de la publicité sur l'enfant, passé en quelques années du statut d' « enfant-roi » à celui d' « enfant-proie »

Ainsi, la crainte est grande pour notre système de santé de ne plus savoir où vont les institutions et ce qui les guide. C'est peut-être là qu'est apparu un certain recours à la parole que peut-être nous avons mal su préserver dans les décennies passées. Ajoutons que ce recours s'est fait de manière très empirique, ce n'est que très récemment qu'a été élaborée la question des supports théoriques d'une telle pratique<sup>4</sup>. Disons que ce qui apparaît dans la situation

---

1. Pour donner un ordre de grandeur, la Fédération Française de Psychiatrie prévoit 1203 postes de psychiatres hospitaliers vacants en 2014 et 1893 en 2020 (sur un total de 3238 répertoriés en 1998, soit respectivement 37 % & 58%).

2. Bernard Stiegler, *Mécréance et Discrédit, L'esprit perdu du capitalisme*, Tome 3, Paris, Galilée, 2006.

3. Charles Melman, *L'homme sans gravité*, Paris, Denoël, 2002.

4. Voir Claude Allione, *La part du rêve dans l'institution*, La Versanne, Encre Marine, 2005.

actuelle des institutions est au fond un paradoxe. D'un côté une bien plus grande connaissance des mécanismes psychiques et sociaux, donc une véritable avancée des savoirs, de l'autre une grande misère des équipes. Misère au sens propre : la santé coûte trop cher ; misère dans l'engagement comme si aucune de ces avancées dans la connaissance ne devait faire sens collectivement ; misère relationnelle parce que l'orientation est donnée vers l'agir, vers les actes au détriment de la parole et de la réflexion mise en commun ; misère symbolique enfin d'un système morcelé dont la logique échappe au commun. Nous vivons une période d'incertitudes. Mais pendant ce temps, insidieusement, d'autres certitudes s'établissent. Il faut bien faire fonctionner la machine ! On rédige des bordereaux, contrôle la conformité, veille à la sécurité des usagers, et finalement les actes s'ajoutent aux actes pour maintenir cette impression de tranquille labeur que l'on pense pouvoir mesurer par « l'évaluation ». Il en résulte une série d'effets souvent néfastes, parce que s'opposant à la logique de l'écoute, et parmi ceux-ci une rupture dans la série des points d'appui indispensables au soignant. La responsabilité en incombe principalement à un système administratif aveuglé quant à sa mission d'organisation des soins par des impératifs tels que « l'hôpital est une entreprise », « gagner en productivité » ou organiser la file des patients « à flux tendu ». Maud Mannoni nous avait déjà alertés sur les risques que le système administratif incontrôlé fait courir au dispositif institutionnel. On ne peut que saluer sa clairvoyance. Pourtant, la perspective d'une guerre des blocs ne nous égare-t-elle pas un peu ? Il me semble au contraire que nous avons besoin d'une administration compétente et bienveillante, ne serait-ce qu'en jouant son rôle de référence tierce, de point d'appui triangulant, plutôt que de s'établir comme un système pervers voulant surtout dissimuler elliptiquement toute possibilité de castration sous un voile de paperasses à la manière du fétichiste, déniait ainsi toute occurrence du manque. En ce sens persiste une question d'échange, de formation des directeurs et autres personnels administratifs, formation initiale et continue, dont il faut bien reconnaître qu'actuellement ils la refusent. La question n'est-elle pas à considérer aussi du côté de l'évolution d'une politique follement consumériste, d'un capitalisme qui, pour reprendre l'expression de Bernard Stiegler, *a perdu l'esprit* ?

« L'élaboration de la stratégie d'un hôpital public ressemble à celle des autres entreprises »<sup>5</sup> écrit un ancien directeur de la santé. C'est ainsi que la logique de l'évaluation a pris place. Tout doit pouvoir s'évaluer. Soit. Mais qu'est-ce qui en résulte fondamentalement ? La capacité pseudo-scientifique de tout mettre en chiffres pour améliorer les prestations ? ou bien l'éthique que ce chiffrage implique ? C'est que, sur ce sujet, il ne faudrait pas que la promesse d'une économie vienne voiler toutes les modifications dans l'abord de la pathologie qu'elle implique.

Prenons un exemple : celui des diagnostics. On a voulu les rationaliser. Sont ainsi apparues les séries dites du D.S.M. L'écoute y a progressivement été remplacée par une observation où la parole du sujet ne compte plus en tant que telle. Pour quelles raisons ? Voici ce que dit le D.S.M. : « Une bonne partie de notre travail dépend de la mise en œuvre d'une collaboration basée sur la confiance entre le clinicien et le patient pour découvrir la nature et la cause des symptômes. Cependant, il arrive que les choses ne soient pas ce qu'elles semblent être. Certains patients peuvent chercher à tromper le clinicien en simulant les symptômes. D'autres peuvent élaborer des symptômes qui n'appartiennent pas à leur champ de conscience. » Mais comment dès lors considérer cette *volonté de tromper* ? Il en résulte une approche clinique qui n'est plus basée sur le dialogue mais sur l'observation du comportement, dont le but promet d'éliminer toute subjectivité, afin d'instaurer une scientificité enfin fiable, ce qui évidemment ne saurait être qu'une illusion. Mais faut-il en fin de compte éliminer *vraiment* cette subjectivité ? Il me semble qu'à vouloir tout rationaliser, on finit par induire une véritable *haine de la parole*, non pas seulement dans l'appareil diagnostic, mais par extension dans toute la relation soignante. Et le danger est que derrière cette haine de la parole vienne se nicher, en dépit des beaux discours et des intentions généreuses, une *haine du sujet souffrant* comme inapte à prendre place dans le monde de la consommation. En mesurons-nous bien toutes les conséquences ?

Ce que j'ai constaté en fréquentant les institutions de soin, qu'elles soient psychiatriques ou médico-sociales, c'est que la souffrance psychique produit des effets sur ceux qui s'en occupent. Et qu'à vouloir traiter ces effets de manière technicisée (organisation du travail, rotation des équipes, équivalence des individus au mépris du transfert, rationalisation du management), on accentue ce qu'il est convenu d'appeler *l'usure des soignants*. Ce terme a l'inconvénient de paraître seulement négatif. Sans développer ici longuement cette question qu'il faudrait rattacher à celle de l'entropie des systèmes vivants, il faut noter la nature double de l'usure. Si l'on s'use à accompagner l'autre, la négativité de l'usure réside dans le fait qu'elle ne serait compensée par rien. Je préfère alors parler de *détresse* des soignants, c'est-à-dire détresse des équipes, qu'on l'entende de façon étymologique (resserrement) ou comme ce qui empêche le fil (rouge) de rester tressé ; à partir de quoi il me semble indispensable d'instaurer des dispositifs d'équilibrage dans l'organisation comme dans le financement des soins.

C'est cet aspect qu'il faudrait tenter d'éclairer un peu quant à ces pratiques qui se développent comme une réponse à cette haine de la parole, et que l'on appelle *régulation d'équipe* ou *supervision clinique*. Je n'emploierai pas d'autre terme. Je ne parlerai pas d'analyse des pratiques qui me semble bien trop flou, car ce ne peut être seulement la pratique qu'il convient d'analyser. Je préfère dire les choses ainsi : travailler avec une équipe ce qu'elle vit en tant que groupe humain, je l'appelle « régulation d'équipe » ; alors que travailler avec une équipe ce qui se joue dans les transferts autour du patient, quand la logique de l'écoute se heurte à la logique comptable ou manageriale, je l'appelle « supervision clinique »<sup>6</sup>. Et ces deux pratiques m'ont appris que l'intervenant, le régulateur ou le superviseur, fait reposer sa position sur trois jambes qui sont : le holding du holding, la fonction- $\alpha^2$ , et la tiercéité.

1. Parce qu'en effet nul ne peut soutenir l'autre s'il n'est lui-même porté, si rien ne vient lutter avec lui contre ce que Winnicott appelle l'angoisse impensable de tomber indéfiniment (terreur de la chute sans fin), laquelle résulte de l'aphanisis néo-natale du portage utérin. Nul ne peut vivre s'il ne s'inscrit dans une chaîne des portages soutenant-contenant-maintenant qui fonctionne de façon gigogne<sup>7</sup>. Lorsqu'il n'existe aucune forme de *holding du holding*, le risque est grand que plus rien ne vous porte et que votre patient se sente livré aux forces de la chute et vous y entraîne.  *Holding*  par le corps, par le regard, par la voix, par la pensée : chaque étape marquant une séparation supplémentaire, en même temps qu'elle nécessite un nouveau point d'ancrage dans l'autre. C'est ce qu'a représenté Léonard de Vinci dans un tableau intitulé : *La Vierge à l'Enfant avec Sainte-Anne*.

C'est une peinture où l'on voit une de ces images mille fois peintes au moyen-âge et à la renaissance, représentant l'enfant Jésus dans les bras maternels. La particularité réside ici justement dans le *holding* parce que les mains de Marie semblent ne pas tenir, mais avoir lâché le petit Jésus. Il n'est pas comme dans nombre de ces peintures étroitement maintenu par les bras, les mains et le regard ; il n'est porté quasiment que par le regard. Regards réciproques de la mère et de l'enfant qui s'accrochent mutuellement, alors que les mains de Jésus sont occupées à autre chose : il tient un agneau qui le regarde, l'agneau du sacrifice déjà présent. Et le regard de la Vierge ne semble nullement inquiet ni fâché. Il émane d'elle une immense douceur qui évoque la résignation, faite à la fois de confiance et de détachement soutenant. Dans cette toile, ce ne sont pas les bras ni les mains qui portent, c'est purement le regard.

Derrière Marie, se tient Sainte-Anne, sa mère. Elle la dépasse de toute sa tête, elle regarde sa fille de haut : elle la supervise. Son regard n'est pas dirigé vers le bébé mais vers la mère. C'est un regard doux, souriant, bienveillant, contenant. Le regard de Sainte-Anne porte le regard de Marie qui porte le regard de Jésus. Vinci a ici peint le *holding du holding*.

---

5. Jean de Kervasdoué, *L'hôpital*, Paris, PUF, *Que sais-je ?*, 2004

6. Pour plus de détails, voir Claude Allione, *La part du rêve...*, opus cité

7. Rappelons que ce terme nous vient d'un personnage du théâtre de marionnettes et qu'il désigne une femme géante « des jupes de laquelle sortait une foule d'enfants » (Robert Historique).

Dans l'institution chaque intervenant a une fonction de *holding*. Il s'efforce de porter. Mais à porter il s'épuise et craint de mal porter. Par ailleurs, et quelle que soit sa valeur, il s'éprouve au contact du patient dans un reflet où des éléments indésirables s'invitent inopinément à sa table. C'est le cas aussi dans la plupart de ses rapports avec l'administration qui ne sait plus guère se montrer comme un mère bienveillante, mais plutôt tyrannique. Il se trouve alors, à son corps défendant, parfois à son insu, dans la position de porter en étant habité par l'envie de jeter dans le vide ce poids qui l'embarrasse, de se débarrasser de cet encombrant fardeau, non sans une certaine culpabilité. Dans cette ambiguïté apparente – qui ne saurait être entendue comme manque de professionnalité, mais au contraire comme reflet dans le miroir soignant du clivage interne du patient –, il analyse autant qu'il peut la situation, mais parfois il ne le peut pas du tout. Autrement dit, chaque soignant est assez souvent confronté à l'envie de renvoyer chaque patient à sa pathologie, ou plus exactement *craint de le faire*, comme une mère peut craindre de laisser tomber son enfant. Et ce phénomène que Winnicott envisageait il y a longtemps chez les mères, et qu'il disait se traduire par un *holding* imparfait (trop serré, crispé, trop lâche, trop *loosely* selon l'expression de Frances Tustin) embarque le soignant et le patient conjointement dans un mécanisme inopportun où le soignant a pour issue soit de lâcher le patient, soit de s'y cramponner comme à un havre de salut bien précaire.

C'est ici que la régulation d'équipe et la supervision clinique prennent place comme soutien du soignant et de l'équipe, comme *holding* du *holding*.

2. J'ai évoqué ci-dessus la question du rêve telle que décrite dans la fonction- $\alpha$  de Bion<sup>8</sup>. Si ce dernier définit ce qui transforme l'expérience émotionnelle, rien ne précise les conditions dans lesquelles s'exerce la rêverie maternelle ou fonction-*a* maternelle. Existe-t-elle à tout coup ? Peut-on la rapprocher des conditions posées par Winnicott de la *good enough mother* ? Ou au contraire assiste-t-on à des événements de nature à en empêcher le bon fonctionnement ? ou même à le détruire ? D'autre part, si soigner c'est en partie produire de la fonction-*a* d'où le soignant en tire-t-il la pratique ? et dans quelles conditions s'exerce-t-elle ?

Dans le développement de l'enfant qui n'est pas psychotique, il existe aux côtés de la dyade mère-enfant une tiercéité, la rêverie maternelle qui agit comme un contenant capable d'accueillir les projections et les besoins de l'enfant, et à les lui restituer sous une forme *détoxiquée*, à condition toutefois que la pensée maternelle ait été capable de les détoxiquer pour elle-même. Deux questions se posent alors : la mère est-elle capable d'établir de la tiercéité ? et quelle en sera la qualité ? On entend en effet qu'une restitution toxique ne serait pas en mesure de détoxiquer les proto-pensées du nourrisson.

Établir de la tiercéité, ou en d'autres termes, trianguler la relation nous renvoie à une des conditions requises par Winnicott pour la fonction maternelle (*object presenting*, nous ne sommes pas seuls au monde). C'est aussi la condition posée par Lacan dans le schéma R pour l'instauration d'un monde symbolique par la castration.

C'est-à-dire qu'à l'instar du nœud borroméen, il n'est de fonctionnement possible à deux que dans la perspective introduite par la tiercéité<sup>9</sup>. La chose s'entend très simplement lorsque la rêverie maternelle s'alimente d'une anticipation du discours qui sera tenu ultérieurement à un tiers (une amie, le père, etc.) *Comme ton père sera content de savoir que tu as fait ceci ou cela...* s'entend comme *Je suis heureuse à l'idée du contentement supposé de ton père entendant mon récit*. Il n'est là de récit que dans la transmission d'une réalité perçue du sujet, et par conséquent la fonction-*a* est d'une certaine manière anticipation du récit. Laquelle peut en venir à se bloquer, comme par exemple dans le cas de surproduction d'éléments- $\beta$ , il y a fabrication de ce que Bion appelle un écran- $\beta$  de nature à empêcher la fabrication de la barrière de contact, et donc la production des éléments-*a*. La fonction ne joue plus son rôle.

---

8. Wilfred Bion, *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979

Quel en est le mécanisme ? Il semble que deux cas de figure distincts puissent coexister. Tout d'abord lorsqu'en position de rêverie maternelle se trouve un sujet *empêché* dans sa rêverie ; ou bien lorsque la ou les personnes qui occupent la fonction maternelle se trouve dans une excessive solitude psychique, sans recours triangulant (ou d'un recours trop faible pour s'y appuyer) et prise dans le flot des productions émotionnelles de l'enfant. Si ce flot est trop puissant, leur capacité *naturelle* à produire des éléments- $\alpha$  s'éteint, épuisée devant le bombardement incessant d'éléments de nature désorganisatrice. Les situations transculturelles, de parachutage sans médiation d'une culture à une autre, favorisent cela. Pour que la fonction maternelle puisse s'exercer dans de bonnes conditions, il faut que la mise en récit de ce que vit l'enfant soit relayée par une double perspective de récit : d'une part récit de ce qui est vécu dans l'expérience de maternage, d'autre part récit de ce qui est vécu dans l'expérience de maternité. La mère ici et maintenant doit pouvoir se combiner avec la Mère, c'est-à-dire avec l'expérience humaine d'être mère, transmise de génération en génération, et pourtant constamment réinventée. Une mère ne saurait rêver son enfant sans être elle-même rêvée par d'autres. Il lui faut une rêverie de la rêverie, il faut que sa rêverie soit rêvée, c'est-à-dire une fonction- $a$  de la fonction- $a$  que je propose de noter  $f(a^2)$  ou fonction-alpha au carré.

Notons au passage que ce second niveau de contenant de pensée n'est pas une limite numérique aux emboîtements en question. On dira par exemple que si le prêtre qui baptise un enfant écoute le nom qui lui a été donné et conjure les forces du mal (éléments- $\beta$ ) qui l'attaquent, c'est qu'il est lui-même en position de  $f(a^2)$  par rapport à des parents occupant la  $f(a)$ . Il est porteur (représentant) de penser les pensées, il paraît être *penseur de pensées*. Mais il n'existe qu'en tant que représentant d'une religion donnée qui *pense* sa position de *penseur de pensées*. Religion représentée par un dogme et par une organisation, elle est alors une  $f(a^3)$ , et on pourrait continuer à décrire les niveaux ainsi. La fonction- $a$  qui est mise en jeu pour chaque enfant n'existe qu'en tant qu'elle est l'aboutissement d'une chaîne de pensers dont l'axe principal, le vecteur qui les porte est culturel. Pour chaque niveau de la fonction- $a^n$ , il doit exister un niveau supérieur  $f(a^{n+1})$  capable de penser la fonction de penser, de mettre en récit le récit, d'attendre et de *susciter* le récit. Il est probable que cette puissance ( $n$ ) de la fonction- $a$ , trouve son point extrême dans le mythe fondateur où s'alimentent toutes les pensées des pensées, le régulateur s'inscrivant discrètement dans cette chaîne.

---

9. Voir Charles S. Peirce, *Ecrits sur le signe*, Paris, Seuil, 1978.