

J'ai souhaité, dans le cadre de cette intervention, essayer de donner à entendre la spécificité d'une expérience puisque c'est au titre de notre pratique hospitalière que nous sommes ici avec vous aujourd'hui⁹.

La psychiatrie n'est pas uniforme, ni au plan international, ni dans ses divers modes d'exercices en France, et c'est plutôt le foisonnement d'orientations diverses qui la caractérise. On peut s'en réjouir, mais on peut craindre également que, au nom d'une certaine idéologie pragmatiste selon laquelle toutes les idées se valent et que seule importe « l'efficacité », la confrontation théorique et éthique s'en trouve vidée de toute substance. Or, la diversité n'est pas l'absence de pensée, contrairement à ce que pourrait laisser entendre par exemple la classification des troubles mentaux dite DSM, prétendument « athéorique ».

Les politiques publiques de santé mentale en France sont issues d'une expérience historique particulière qui s'est formalisée dans la politique dite « de secteur » qui forme le cadre juridique et réglementaire dans lequel nous exerçons. A l'intérieur de ce cadre restreint (il ne comprend ni la psychiatrie des CHU, ni l'exercice libéral) les orientations théoriques et pratiques sont variées. Je souhaite énoncer quelques propositions, à partir d'un point de vue particulier, dans cet ensemble, qui est celui du courant (sinon de l'école), dans lequel nous nous inscrivons.

Je crois que la manière la plus précise de le situer est de dire qu'il est au **croisement du mouvement désaliéniste et de la psychanalyse**. J'espère que dans les ateliers, nous saurons témoigner de cette expérience, à partir de la clinique. Parler de croisement indique que l'articulation de ces deux champs théoriques et pratiques est problématique, et ne peut faire l'objet d'une articulation simple. Je n'en dirai pas plus ici, et je vais m'arrêter simplement sur les deux termes de cette définition.

⁹ C'est, en effet, dans le cadre d'un Accord-programme de coopération entre l'Unité de Recherche du Service de Pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Sud-Francilien d'Evry et l'Université d'Alger (Pr. ZELLAL) que s'inscrit notre participation. C'est donc le début d'un travail commun, non sa conclusion. On peut lire, par ailleurs, le texte de présentation du service.

1- Désaliénisme est un concept inventé par Lucien Bonnafé, qui fut un des pères fondateurs de la critique de la psychiatrie de l'après-guerre à l'origine de la psychiatrie de secteur et qui inaugura en 1973 l'« expérience corbeilloise » dans laquelle nous exerçons. Dans le terme dés - aliénisme le préfixe souligne la critique, la déprise de l'aliénisme. C'est donc un terme qui ne définit pas une positivité, un objet, mais une position critique. En termes théoriques on pourrait le formuler ainsi : il n'est pas de réponse à la folie qui ne doive se prendre elle-même comme objet de critique.

Un mot pour expliciter rapidement ce qui nécessiterait un détour très argumenté. L'aliénisme du XIX^{ème} siècle fut la première orientation de travail des psychiatres alors nommés aliénistes, c'est-à-dire des médecins qui se définissaient, à partir d'un objet préalablement posé : l'aliéné (du latin *aliénus*, qui signifie **autre** ; le malade était donc posé au départ comme *autre* que le médecin). L'aliénisme a nourri en son projet le meilleur et le pire. Le meilleur fut un accueil de la folie comme l'indique le premier sens noble du mot « asile », et le pire fut un univers que les psychiatres n'hésitèrent pas en 1945, à comparer à l'univers concentrationnaire.

Car la monstrosité de l'asile dans sa dégénérescence fut précisément de prétendre unifier un lieu selon un savoir totalisant pour des sujets constitués comme objets de ce savoir. L'utopie asilaire consistait dans la fiction qu'une réponse globale pouvait être apportée, dans un lieu unique, à toutes les questions posées par la folie d'un sujet. Toute la vie des patients devint ainsi l'objet de savoirs et de prescriptions, qui définissaient, dans le détail, la trajectoire d'un individu, au nom de ce que la psychiatrie pensait bon pour sa guérison. Le cadre de vie, le rythme, les choix des objets, les rencontres quotidiennes, et, à fortiori, la sexualité, tout pouvait relever de la prescription médicale. Sortir du bâtiment, dormir, faire ceci ou cela, de proche en proche le moindre espace subjectif du patient était devenu propriété légitime du savoir psychiatrique. Même si la psychiatrie de l'enfant a eu une histoire particulière, car plus récente, c'est sur ce modèle qu'elle fonda ses services hospitaliers, et c'est selon cette doctrine, que les « institutions pour enfants handicapés » se développèrent.

La critique théorique de cette discipline, comme effet de discours, a été élaborée par Michel Foucault dans son *Histoire de la folie à l'âge classique*. La critique pratique (les alternatives à l'asile), n'a cessé depuis l'après-guerre de se diversifier, et l'officielle psychiatrie de secteur française en représente la forme normalisée.

Certains considèrent que les avatars de cette histoire ne nous concernent plus, que nous sommes, en quelque sorte, sortis de la préhistoire

de la psychiatrie, qui, aujourd'hui, sur le chemin de la scientificité, ne saurait plus avoir de telles zones d'ombre. La position désaliéniste considère qu'il n'en est rien, et que la réponse instituée à la folie ne peut, en aucun cas, être considérée comme acquise, comme fixée, qu'elle doit sans cesse être soumise à la critique. Car les institutions, sous quelques formes qu'on les invente, participent nécessairement du refoulement collectif de ce que la folie questionne. La démonstration des raisons structurales, qui fondent cette position, est évidemment impossible à faire ici, nous ne pouvons que l'énoncer. Il faudrait même aller plus loin dans notre propos, en son essence critique : non seulement la folie comme question est indissociable du scandale qu'elle déclenche, mais la psychiatrie, comme réponse, participe de la fiction qui vise à le faire cesser.

2- De la psychanalyse, on peut penser qu'il y a moins à dire ici, et que chacun peut avoir une idée de ce dont il s'agit ou se reporter à des écrits largement diffusés. Néanmoins, il faut souligner à cet endroit qu'il s'agit ici de soutenir la méthode et l'éthique analytiques *dans le champ de l'exercice psychiatrique*. Non pas réserver la pratique de la psychanalyse à la cure type du névrosé, mais bien tenter de soutenir l'hypothèse de l'inconscient dans le champ de la folie. Pour être peut-être plus explicite, il s'agit d'aborder outre le champ des pathologies névrotiques et des inhibitions diverses, celui de la psychose, de l'autisme et de la « débilité » la plus sévère. Construire une politique de service sur une telle orientation suppose, on peut s'en douter, un travail considérable car d'une manière centrale, il se heurte à la structure de l'institution et à sa logique. Ici encore, je ne peux qu'en évoquer l'orientation.

Pour aller à l'essentiel, il faut dire que la méthode psychanalytique - son éthique tout aussi bien - consiste à se mettre radicalement à l'écoute de la parole dans la singularité de son énonciation. Il s'agit d'écouter un sujet qui parle. Il ne s'agit pas de précéder cette parole en lui appliquant un savoir déjà constitué, selon la voie médicale habituelle, mais de la suivre au risque du transfert. Car le savoir qui est en souffrance dans le symptôme, c'est le savoir inconscient de l'analysant et nul n'en dispose avant qu'il ne l'ait mis en jeu dans la parole transférentielle. Or, pour que l'aventure puisse être tentée, il faut que quelqu'un se propose de soutenir cet enjeu, il faut qu'il se soumette au transfert du patient, qu'il accepte d'en être l'objet. L'expérience clinique montre que ce n'est jamais une chose qui puisse être considérée comme acquise. Le destin de la psychanalyse pourrait-on dire, se rejoue à chaque cure.

Il est un fait incontestable, et particulièrement dans le champ pédopsychiatrique, c'est que le discours de la psychanalyse a, de longue

date, investi les institutions psychiatriques. Mais, toute la question est de savoir de quelle manière, car l'histoire a montré que les modalités en ont été contrastées, voire antinomiques. Pour le dire d'un mot provoquant, on a vu des psychanalystes s'accommoder parfaitement du modèle asilaire, aveugles et sourds, dans l'abri de leur « bureau de psychanalyste ».

3- C'est ici qu'il s'agit de nouer l'un avec l'autre, désaliénisme et psychanalyse. L'explicitier est très difficile. Nous avons choisi, pour tenter de témoigner auprès de vous de notre expérience, de souligner le paradoxe spécifique qui découle cliniquement de cette position, en affirmant qu'il s'agit d'une *éthique du singulier-pluriel*.

- Dire *singulier*, c'est tirer la leçon première de la psychanalyse, c'est s'imposer non seulement de considérer chaque cas séparément, mais se mettre à l'écoute de chaque parole singulière, d'écouter chaque nouveau cas, comme s'il était le premier (position de Freud, tout au long de son œuvre). Ecouter, cela signifie se laisser surprendre par l'imprévisible énonciation de celui qui tente de dire son malaise. La surprise, c'est ce qui attend nécessairement analysant et analyste, ce n'est pas un avatar du discours, mais le point d'appui du travail qui s'engage. L'imprévu qui préside ainsi à toute rencontre clinique, vaut non seulement pour celui qui parle, mais aussi pour celui qui écoute, et c'est en ce sens que la psychanalyse récuse l'anticipation du savoir : la règle fondamentale qui convie l'analysant à dire « tout ce qui lui passe par la tête », s'impose aussi bien à l'analyste qui écoute. Se mettre à l'écoute de l'enfant, fut-il *infans* (en deçà de la parole) ou autiste, c'est ouvrir un espace transférentiel, où il vérifie qu'on se prête véritablement au risque de sa parole. Il est illusoire de penser que c'est là chose simple, et qu'il suffit de franchir la porte du cabinet du psychanalyste, pour que l'on soit dans le discours analytique. C'est à fortiori le cas dans « le champ de la demande psychiatrique », où la demande sociale est d'abord de faire taire le symptôme, d'exclure celui qui dérange, où tout conspire au silence. La création d'un tel lieu du transfert est bien souvent une construction difficile, exigeante, et menacée.

- Dire *pluriel*, c'est constater en premier lieu pour nous qui recevons des enfants, que nous devons écouter les parents qui conduisent leur enfant jusqu'à nous, et qu'à ce titre, nous sommes d'emblée dans le registre de la *pluralité* : il n'y a plus un enfant mais plusieurs ! En effet, chacun a d'expérience, vérifié à quel point l'enfant dont parlent les parents - que ce soit pour le soutenir, pour s'en plaindre, voire pour nier ses troubles - n'est pas le même que celui que nous écoutons. Il semble que l'on parle du même enfant, et pourtant rien n'est moins sûr. De même, c'est une banalité de constater que les parents dont l'enfant nous parle, qu'il manifeste dans ses jeux ou ses dessins sont

bien plus terribles ou merveilleux qu'il ne nous sont apparus. Nous sommes d'emblée aux prises avec un malentendu partagé, ce qui n'est pas pour nous surprendre ; la question est de savoir comment l'aborder. Mais cette pluralité triangulaire, qui est le lot de tout consultant qui reçoit un enfant, est loin d'être la seule, et l'enfant singulier que nous souhaitons écouter, est pris dans des discours qui parlent de lui, bien au-delà du cercle de famille.

Il faut, en effet, prendre acte du fait que la folie n'est jamais le fait d'un seul. Pour le dire trivialement et le faire entendre, on n'a jamais vu un fou qui dirait « je suis fou, délivrez-moi de mon mal » ; la folie, c'est toujours l'acte de parole d'un tiers qui dit « celui-là souffre gravement, mais il l'ignore et c'est bien en quoi il montre qu'il est fou »¹⁰. Car il n'est de folie que désignée, il a fallu que quelqu'un dise cet enfant est fou, anormal handicapé (ou tout autre mot qui le distingue) pour qu'il soit poussé jusqu'à nous. Habituellement, ce sera le médecin, ou l'enseignant qui souvent violemment (car ils sont angoissés par ce qu'ils vivent comme leur échec) prononceront les mots qui font coupure. Mais dans notre pays, où la diffusion de toutes sortes de formes de savoirs « psy » est massive, en particulier à la télévision, c'est souvent la télé pourrait-on dire, qui nous adresse l'enfant. Les parents ont reconnu leur progéniture dans cet autre qui a été montré et présentait les « mêmes » troubles.

De sorte que l'enfant qui arrive à nous, ne vient pas seul, il est transporté par les mots de l'Autre, il est précédé, escorté de ces énoncés qui le qualifient. Or, l'expérience montre qu'on ne saurait balayer cette donnée d'un revers de main, et qu'un travail essentiel est à faire sur ces « mots de passe ». Souvent il faudra commencer par là, souvent y revenir, et parfois conclure sur ces paroles initiales. L'exemple est bien connu des « verdicts » médicaux des premiers mois, des fameuses paroles que les parents ont reçues, souvent à juste titre du reste comme l'énoncé d'un destin, d'autant plus implacable qu'il se pare des pouvoirs de la médecine ou de la génétique. Mais ce n'est qu'un cas particulier, certes parfois spectaculaire de ce fait que tout enfant est parlé par l'Autre, avant sa naissance, puis à chaque pas de sa vie, comme tout un chacun. La médecine parle, mais la psychologie, la psychiatrie et la psychanalyse aussi, et ces mots ont leur efficacité, et doivent nécessairement être travaillés. Les mots ont leur histoire, leurs

¹⁰ Il s'agit là d'un argumentaire grossier, pour faire saisir le nerf de mon propos. La clinique montre, plus subtilement, que l'idée de la psychose comme enfermement narcissique, est fautive et méconnaît ...qu'il n'y a pire sourd qui ne veut entendre ! Le fou, c'est qu'au contraire, celui qui tente de clamer, à tous vents, ce que chacun se refuse d'entendre.

contraintes, et nous sommes pris dans leur réseau (le nom d'autiste par exemple).

Ainsi, se précise ce *singulier - pluriel* auquel nous avons à faire : si *je* est un autre comme dit le poète, il ne va pas sans un *tu* celui du discours tenu sur le *je*, un *tu* qui confine souvent au commandement. Tu es débile, fou, insupportable, etc... Qui recevons-nous lorsque l'enfant est admis dans notre centre d'accueil : l'enfant, sa mère meurtrie, l'enseignante transie de culpabilité, le médecin qui s'en démet? On pourrait dire que c'est une foule qui entre avec l'enfant dans le bureau de consultation. Mais ce serait encore simplifier la question et ne pas témoigner du fait que le style de l'adresse qui nous est faite, dépend de celui qui la reçoit. On ne s'adresse pas de la même façon au consultant, à celui qui reçoit pour une admission à l'hôpital de jour, au responsable de l'unité d'accueil familial etc. On pourrait dire, reprenant notre propos antérieur : autant de lieux, autant d'enfants. La moindre expérience institutionnelle témoigne de cela : lorsque plusieurs équipes se rencontrent à propos d'un enfant il est vite évident qu'elles ne parlent pas du même! C'est que la demande qui lui est faite varie, et que les enjeux sont symboliquement différents.

Certains déplorent cette multiplicité contradictoire et cherchent à reconstituer l'unité perdue, comme dans le mythe d'Aristophane, ils multiplient les « réunions de synthèse ». C'est courir après la totalité, et c'est une pente dangereuse, qui mène à la logique asilaire. Il ne s'agit pas, bien évidemment, de se satisfaire d'un morcellement qui aurait tôt fait d'entrer en résonance avec celui de la psychose, et des divers conflits institutionnels. C'est bien au contraire, en s'appuyant sur la confrontation des points de vue contradictoires, que notre expérience s'approfondit et se tient au plus près de la clinique. Que l'on songe à la vie qui est la notre, nous qui ne sommes pas enfermés dans des institutions totalitaires, et l'on se convaincra aisément qu'elle est, par essence, plurielle : nous ne sommes pas le même pour ceux avec qui nous vivons, avec qui nous travaillons, pour ceux que nous croisons par hasard. Il arrive parfois que l'imprévu redistribue les cartes de notre vie, comme il en va dans les rencontres amoureuses. Pour peu que l'on ne prétende pas réunifier à toute force « l'enfant » dont nous nous occupons, mais que chacun dans l'espace de sa rencontre se laisse guider par l'écoute d'une parole nécessairement singulière à chaque fois, alors on aura la surprise de l'invention qui plus souvent qu'à son tour libère des énergies que l'on croyait perdues. Cela nécessite à la fois plus d'inventivité et de rigueur, et cela suppose une confrontation parfois douloureuse entre différents interlocuteurs, à l'intérieur d'une équipe et entre diverses équipes.

La richesse et la diversité de la pluralité est en effet menacée de se changer en compacité, en unification des points de vue selon la logique de la « psychologie des masses » analysée par Freud, c'est à dire la conformation aux idéaux de l'institution. Le refoulement n'est pas une affaire seulement individuelle et sa mise en commun constitue l'ordinaire de la constitution des « foules ». La méfiance critique que nous enseigne le désaliénisme se conjugue avec la vision lucide de Freud lorsqu'il considère l'organisation sociale au même titre que l'instance du moi, rétive au jeu imprévisible du désir.

Pour terminer, je voudrais proposer quelques énoncés caractérisant la méthode que nous soutenons, dans des termes plus directement pratiques.

Dans les solutions institutionnelles que nous élaborons, le « temps partiel » de la rencontre est toujours privilégié, à l'opposé de la logique de continuité institutionnelle. Récusant le « temps plein » qui évoque la totalisation du projet asilaire, il s'agit de promouvoir la discontinuité des réponses, le souci de la scansion. Ainsi pour chaque enfant il s'agira de faire des propositions séquentielles d'accueil ou de soins (parmi lesquels se place la cure analytique), qui seront modulables et périssables, en lien ou pas les unes aux autres, selon un trajet et une topologie nécessairement singuliers.

La pluralité en découle, qui produit une multiplicité de points de vue articulés mais non ajustés, avec leurs logiques spécifiques. Ceci est au principe de l'articulation des institutions soignantes, mais se retrouve aussi dans le débat nécessairement contradictoire avec les autres partenaires de l'enfant (en particulier l'institution scolaire).

La confrontation des points de vue est le lieu de la mise en débat, qui doit s'élaborer pour chaque enfant et à chaque moment du parcours effectué avec lui. C'est pourquoi il n'est pas concevable de formaliser à l'avance les solutions sous forme de procédures ou de protocoles comme la logique administrative le souhaite le plus souvent.

Il faut pour conclure souligner que le fil rouge de l'ensemble de cette démarche est une éthique de la singularité, ou du sujet si l'on préfère. Cela signifie que les moments de confrontations, les solutions diverses et changeantes proposées seront décidées pas à pas, pour chaque enfant, et dans le souci de préserver la question du désir qui l'anime et non pour se conformer aux idéaux institutionnels quels qu'ils soient.

