



A R I S S E



**Journée d'étude associative  
de l'ARISSE**

**Samedi 19 novembre 2011  
9h – 17h**

Salle Jean Dame, 17 rue Léopold Bellan 75002 Paris

## Une journée d'étude et d'échanges

### L'origine :



"L'association se donne les moyens d'action appropriés à ses buts :

- la prise en charge de dysfonctionnements intellectuels et psychiques, grâce à la prévention, l'observation, l'éducation, les soins médico-psychologiques, la psychanalyse et ses applications théorico-cliniques, la vie institutionnelle thérapeutique et les actions de réinsertion. Ces moyens sont mis en œuvre par des équipes pluridisciplinaires.

- la création et la gestion d'organismes ou d'établissements nécessaires à ces activités variées. (...)"

Ces quelques lignes tirées du projet associatif de l'ARISSE réaffirment les orientations qui unissent les 32 établissements dont elle assure la gestion. C'est dans cet esprit que le Comité Technique a initié le projet d'une journée d'étude interne, avec l'objectif de promouvoir une réflexion collective sur les valeurs associatives. Le Comité Technique en a proposé le thème, « Ces mots qui s'imposent ». Le Comité Technique a confié l'organisation de la journée à un petit groupe (Comité de Pilotage) composé de Julie Brusq, Jean-Marie De Lépinay, Françoise Delbos et Isabelle Provost. Cette journée d'étude interne à l'ARISSE a été l'occasion de rencontrer les professionnels des 32 établissements gérés par l'Association : CAMSP, CMP, CMPP, HJ, IME, SESSAD.

Au moins cette journée aura-t-elle permis d'initier cette dynamique souhaitée par le Comité Technique : 157 personnes y ont participé, avec des retours plutôt positifs. Nous remercions ceux qui sont venus et ceux qui n'ont pas pu venir, de leur confiance et de leur intérêt. Cette aventure sera reprise par d'autres, nous l'espérons, dans deux ans !

### **Ces mots qui s'imposent...**

Les lois récentes relatives aux secteurs sanitaire et médico-social imposent un vocabulaire hétérogène à nos pratiques, qui participe non seulement d'un glissement sémantique mais aussi idéologique. Quelles en sont les incidences sur nos fonctionnements institutionnels, sur nos propositions éducatives et thérapeutiques ? Comment une élaboration collective concernant notre éthique peut-elle guider notre positionnement ?

Les récentes réformes : la certification (1996) pour le secteur sanitaire et l'évaluation (2002) pour le secteur médico-social, la réforme concernant le statut de psychothérapeute (2003), les rapports de l'INSERM sur la prévention de la délinquance mais aussi sur l'évaluation de l'efficacité des thérapies de type analytique, familiale et cognitivo-comportementaliste, la loi sur le handicap (2005), la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) (2009), ou les nouvelles classifications d'origine américaine (nouveau DSM prévu en 2013) publicisent une nouvelle représentation des pratiques professionnelles.

Le champ lexical relatif à la gestion gagne tous les pans de la société, y compris la sphère de l'intime et bouleverse ainsi les représentations publiques de nos professions. Combien d'entre nous n'ont pas entendu de la bouche des parents "je n'arrive plus à gérer mon enfant".

Les processus de certification et d'évaluation tendent à universaliser des conceptions pourtant très variées de la " qualité ", la " performance ", la " bienveillance ". Les établissements de l'ARISSE proposent chacun des types de thérapies différentes. Comment alors affirmer les singularités, la diversité et la pluriconfessionnalité comme des gages de qualité ?

Depuis la loi dite « Kouchner » (4 mars 2002) dans le secteur sanitaire et la loi n°2002-2 réformant l'action sociale et médico-sociale (2 janvier 2002), les patients acquièrent de nouveaux droits. Dans la loi 2002.2, le terme « usager » se substitue à celui de « patient ». Ce glissement sémantique induit une représentation nouvelle de la prise en charge.

En outre, le vocabulaire professionnel tend à médicaliser toutes les tendances " anormales " et non plus pathologiques. Ainsi, les " dys ", dyslexie et dysphasie se généralisent. L'autisme est aujourd'hui considéré comme un Trouble Envahissant du Développement (TED). Les classifications (CFTMEA, CIM-10, DSM 4) tendent à reconsidérer notamment la folie comme un handicap. Les financements du secteur médico-social, y compris des CMPP, dépendent du handicap. Qu'est-ce que ces nouvelles nosographies induisent chez le patient, sa famille et plus généralement son entourage ? Assistons-nous à une désubstantialisation des concepts psychologiques, banalisés ? Depuis la loi de Roselyne Bachelot reconsidérant les formations des psychothérapeutes et médecins, votée en 2008. La généralisation des évaluations de type échelles cliniques et tests projectifs.

Les communications de cette journée d'étude s'intéressent à ce vocabulaire, « ces mots qui imposent ». Tout le personnel était invité à intervenir (autant le personnel administratif que le personnel soignant : les psychiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs spécialisés). Les communications abordent des thèmes forts différents et des points de vue divergents se confrontent.

Le Comité de pilotage



## Table des matières

Introduction.....	6
Marcel Nordon	
Langue médico-sociale et novlangue psychanalytique (lalangue vs novlangue) .....	9
Yann Diener	
Ce qui compte pour un psychanalyste .....	19
Laurent Le Vaguerèse	
Jimmy.....	27
Elisabeth Lisack, Stéphane Homeyer, Yves Inserra	
La bataille des classifications .....	41
Antoine Besse	
« Qu'est qu'il a celui-là ?».....	46
Jean-Luc Milcent	
L'orthophoniste et l'enfant troublé dans son langage .....	52
Jean-Marie de Lépinay	
Conclusion .....	61
Guy Dréano	

## Introduction

*« 62 berges ! » se répétait-il. Il venait de les fêter en famille lorsque, débouchant un peu trop vite d'un traboules proche de la Saône, il bouscula Antoine qui, lui, portait allègrement ses 45 balais. Ce dernier en lâcha son mobile qui éclata sur le pavé « Ah, la vache ! s'exclama-t-il, un I-phone tout neuf ! Bon pour la poubelle ! » Mais il était bien responsable, distrait qu'il était tout en téléphonant, par la navette américaine qui, juste à ce moment, rayait l'azur lyonnais. Les deux amis se reconnurent « Allons mon pote, dit Antoine, je ne t'en veux pas. J'ai peu de temps, je viens d'être viré et je file au pôle emploi, mais je t'emmène tout de même prendre un pot dans ce bouchon, là-bas. »*

Imaginez l'ahurissement d'un étranger commençant à pratiquer le français, armé seulement d'un Larousse datant de quelques décennies et tombant sur ce premier chapitre d'un roman, à la vérité assez mauvais, que je n'ai pas encore écrit.

Je ne vais pas m'aventurer dans le domaine des mots médicaux, ce qui sera l'objet des présentations qui vous seront faites au long de cette journée, et où je ne suis qu'un Béotien (tiens ! pauvres habitants de la Béotie, pourquoi ont-ils conservé pendant plus de vingt siècles cette réputation de lourdauds !)

C'est pourquoi j'ai choisi ce morceau de future anthologie pour y débusquer une dizaine de termes curieux, insolites ou pittoresques qui causent surprise et angoisse à notre étudiant étranger.

Qu'y trouve-t-on ?

- L'argot, d'abord, ou plutôt les argots. La plus riche source de nouveautés dans le langage. On le trouve cinq fois dans ce court extrait ; avec même un argot d'argot : pote, diminutif de l'argot des forçats poteau. Et pourquoi, pense notre étudiant, la Saône a-t-elle autant de berges ? Pourquoi et comment Antoine transporte-t-il tous ces balais ?
- Puis les mots désignant un nouvel objet, ou un nouveau concept : mobile, adjectif substantivé, évoluant vers l'i-phone, marque commerciale devenue nom commun, comme frigidaire et klaxon. Et dans le même ordre d'idées, voici Poubelle, immortalisé par le succès de son invention.
- Les vocables empruntant l'image d'un ancien, mais très différent instrument : la navette ! est-ce parce qu'on est au pays des canuts ?...
- Les emprunts à des images rapidement identifiées : viré, comment, d'où ? Les modes de langage : le pôle. Antoine y verra-t-il des ours blancs, des pingouins ?
- Les emplois locaux : traboules, à l'étymologie toutefois claire. Bouchon, métonymie comme ce pot (le pote en est-il le féminin, se demande l'étudiant étranger ?) qu'on va ensemble lamper. Tiens, encore un : variante nasalisée de l'onomatopée laper, avec l'attraction de lampe, dans un sens ancien d'« estomac » (s'en mettre plein la lampe...). Ce qui soulève une autre métamorphose : aujourd'hui réservé à la physiologie et mal venu en littérature, on employait ce terme au XVII<sup>e</sup> siècle plutôt que celui jugé vulgaire de poitrine. Il faut croire que cet usage est pour nous frappant car il est volontiers rappelé, alors que, en réalité, il est rare ; il semble absent chez Racine et on le cite deux

fois seulement chez Corneille. Ainsi Rodrigue doit-il rencontrer don Sanche en combat singulier. Pour plaire à Chimène décidément très faiseuse d'histoires, il ne se défendra pas. Il lui annonce : « Je vais lui présenter mon estomac ouvert. » Pour nous relent de médecine légale, mais sommet du bon goût à Versailles.

- En ai-je fini avec mon début de roman ? Eh non, pas tout à fait : « La vache ! » Que fait ce paisible ruminant sur un trottoir du quartier Saint-Jean ? La mode ! Une mode qui a, en l'occurrence, une longue vie. Issue comme souvent de la langue des collèges, la mode passe à la langue courante.
- Mais il n'est pas besoin de mode pour qu'un mot évolue. Une directrice de l'un de nos établissements nous faisait récemment un exposé sur l'oralité des très jeunes enfants. On comprend tout de suite ce dont il s'agit. Pourtant jusque récemment encore, l'oralité n'avait qu'un sens : ce qui est présenté oralement. Un mot donc détourné par la nécessité.
- N'oublions pas les parlars de groupes. Ceux de la médecine, si brocardés par Molière, de la justice, de la politique. De la mathématique : qui parmi ceux qui l'emploient, saurait dire exactement comment évolue un phénomène qui grandit exponentiellement ? A l'inverse pourquoi dit-on d'une personne qui aime étaler sa valeur qu'elle ne se prend pas pour son logarithme ? C'est cependant bien innocemment que l'immortel savant Cosinus, se trouvant aux mains de la prévôté pour avoir causé quelque émoi dans les populations en chevauchant son anémélectroreculpédalicoupeventombrosoparacloucycle (quel beau mot !) répond à son interlocuteur qui lui demande ce qu'il faisait le 23 février à 4h32 du soir : « Que diriez-vous si je vous demandais le logarithme de 43 457 ? » C'est un moyen de verrouiller la porte de la caste. Utile, parfois, ce secret. Sans dramatiser, sans aller jusqu'aux bivouacs de la guerre de 70 ni jusqu'aux arcanes de la Résistance : en 1848, les Polytechniciens se sont portés sur les barricades. L'un d'eux, Vaneau, qui a sa rue à Paris, y a d'ailleurs laissé la vie. Plus d'un indicateur du pouvoir en place cherchait à s'infiltrer dans leur groupe. Pour démasquer un individu suspect, les élèves, auraient pu par exemple, en voyant son ardeur à faire semblant de combattre, lui demander « s'il y avait du zoubre au magnan ». Ils ont préféré uniformément lui demander la dérivée de cosinus x. Le niveau de cette promotion était quelconque... Néanmoins, mot de passe, jalousement préservé.

Les mots ne prennent leur puissance que lorsqu'ils se présentent ensemble. En légions, en cohortes, en troupes, en compagnies diraient Jules César et ses continuateurs, tant on aime les allusions militaires en nos parlars modernes. Mots qui sont alors des noms accompagnés de tous leurs auxiliaires, les petits, les obscurs, les sans grade, adverbes, prépositions et autres conjonctions. Ce sont alors des paroles. Avec elles on pénètre dans l'épaisseur du monde. « Honneur des hommes, saint langage », écrit Paul Valéry, confondant cependant langage et parole, laquelle n'est que l'un des langages par lequel, assemblant les symboles, un être communique avec les autres. Et communique avec soi-même, c'est-à-dire pense.

Mais le mot lui-même, libéré de tout voisinage ? Il y a 35 000 mots dans le dictionnaire de l'Académie, 75 000 dans le Grand Larousse. Mais Littré notait déjà que le champ des mots est pour ainsi dire sans limite, et précisait que la botanique et la zoologie comptaient chacune plus de 100 000 mots. Un dictionnaire de médecine, en 1974, en comporte plus de 150 000. Certains ont disparu depuis et d'autres, plus nombreux ont été créés. Changeant, capricieux, éclos un jour, disparu l'autre soir, évoluant au gré des besoins et des modes, c'est le mot qui est la clé du royaume. Une chose existe-t-

elle sans mots pour la dire ? La pensée d'un adulte, ses rêves, ont-ils corps sans les mots ? Les choses et les concepts y apparaissent et disparaissent pourtant si rapidement qu'aucune parole, souvent, ne peut s'y arrêter. L'être construit-il alors, inconsciemment, un langage pour les suivre ? Langage où les noms, les mots sont remplacés par l'image de la chose pensée, idéogrammes comme le monde moderne en use de plus en plus. Mais quels idéogrammes pour les abstractions, les concepts ? Essayez ! L'image redevient un nom.

La pensée sans les mots semble rester un espace flou peuplé de papillons véloce, changeants, insaisissables, éphémères. Tantôt l'un d'eux se pose au sommet d'une tige. Un mot est né. Mais la tige évolue, celle d'à côté était peut-être préférable. Ou bien elle se casse, disparaît. Un mot meurt.

Et l'enfant des premiers mois, l'enfant conforme à son étymologie, l'enfant à peine sorti de l'état, sans couleur, sans regard et sans voix, dans lequel se trouvait Victor Hugo lorsque le siècle avait deux ans, quelles sont ses pensées et ses rêves ? L'image de sa mère souriante et celle de sa mère grondeuse ont-elles ou non une expression commune informulée ? Entame-t-il un soliloque en un langage à jamais inconnu ?

Et quelle est l'individualité de la chose ou du concept ? Je pense « oiseau ». Est-ce un corbeau ou un pinson ? Un pinson des arbres ou un pinson des neiges ? Je n'en ai jamais vu ou plutôt identifié, quelle apparence a-t-il ? ocre, noir, gris clair, le désignerai-je par le même mot ? Comment est-il, l'oiseau de ma pensée ? Exemple de peu de conséquence, mais il en va bien autrement quand on pénètre dans le pays qui nous intéresse aujourd'hui, celui du psychisme, de ses désordres et des soins qu'ils appellent. Les orateurs, tout à l'heure, nous ouvriront certainement quelques portes. J'espère qu'ils n'abuseront pas de ces sigles et acronymes qui à notre époque se cristallisent partout en un autre véritable jargon !

Pour un, comme moi, qui n'est pas de la confrérie, ne serait-il pas plus sage de se taire, appliquant à soi-même ce que Madame de Staël disait de son second mari. Il s'appelait de Rocca. Où l'avait-elle déniché ? Elle ne devait pas le trouver très brillant. « La parole, disait-elle parlant de lui, la parole n'est pas son langage. »

Je trouverai tout de même les mots qu'il faut pour remercier nos deux vice-présidents Madame le docteur Basquin et Monsieur Dréano, et tous ceux qui les ont aidés à concevoir et organiser cette journée.

Je remercie également par avance les intervenants qui vont maintenant se succéder et à qui je passe quoi ? La parole.

**Monsieur Nordon**  
Président de l'ARISSE



# Langue médico-sociale et novlangue psychanalytique

## (lalangue vs novlangue)

En fait mon intervention de ce matin est un peu un commentaire de cette phrase de Freud : « On cède d'abord sur les mots, et puis peu à peu aussi sur la chose », il a écrit ça dans le texte « Psychologie des masses et analyse du Moi », en 1921.

Saturée de sigles et d'expressions figées, la langue médico-sociale modifie lentement mais sûrement nos manières de parler, et donc de travailler dans les établissements médico-sociaux. La difficulté pour nous est de ne pas seulement fustiger l'évaluation généralisée, de ne pas nous contenter d'en détailler les effets délétères dans le médico-social comme dans la psychanalyse ; il nous faut passer à une autre étape, il nous faut comprendre comment la langue médico-sociale et le vocabulaire psychanalytique se sont entremêlés jusqu'à former ce que j'ai appelé une *novlangue psychanalytique*, une novlangue toxique pour le discours analytique – et donc toxique pour les espaces médico-sociaux qui sont en partie fondés sur des principes psychanalytiques. Je vais donner des exemples de changements qui se produisent dans le vocabulaire de la psychanalyse. La psychanalyse a longtemps orienté le médico-social, aujourd'hui c'est le médico-social qui oriente la psychanalyse : les « notions issues de la psychanalyse », qui ont été tordues pour pénétrer le champ médico-social, reviennent aujourd'hui dans le vocabulaire psychanalytique plus tordues encore, formatées et normalisées par leur passage dans la langue médico-sociale (LMS).

Pour proposer des pistes, pour répondre par d'autres mots à ces mots qui s'imposent à nous et qui du coup imposent des gestes en contradiction avec l'éthique de la psychanalyse, je vais donc convoquer Freud, mais aussi Éric Hazan et Roland Barthes. Barthes disait que pour attaquer un langage réactionnaire, il faut le « mettre en morceaux ». Si nous ne voulons pas que ces mots qui s'imposent nous empêchent de parler, il faut démonter la logique de la langue médico-sociale, une langue à laquelle nous participons tout un chacun même si nous la critiquons.

La LQR (pour *Lingua Quintae Respublicae*, c'est à dire la Langue de la V<sup>e</sup> République) est la langue du néolibéralisme, créée et diffusée par les publicitaires et les économistes au cours des années 1960. C'est Éric Hazan, ancien chirurgien en cardiologie pédiatrique et aujourd'hui éditeur militant, c'est Éric Hazan qui a proposé cette formule, « LQR », dans son livre *LQR. La propagande du quotidien*, en 2006. Il a été un des premiers à dénoncer ces expressions qui édulcorent des réalités violentes ; par exemple dire « loi pour une immigration choisie » pour parler d'une loi pour la répression de l'immigration et le démantèlement du droit d'asile. Hazan a formé le sigle LQR en

hommage et en référence à Victor Klemperer, ce linguiste juif allemand qui avait formé le sigle *LTI - Lingua Tertii Imperii la langue du III<sup>e</sup> Reich*, pour décrire au jour le jour la formation de la langue nazie.

Hazan situe le début de la construction de la LQR aux années 1960, lors, je cite, « de cette brutale modernisation du capitalisme français traditionnel que fut le gaullio-pompidolisme. » Reprise d'abord par les hommes politiques et les journalistes, l'usage de la LQR est aujourd'hui largement répandu<sup>1</sup>. Truffée d'euphémismes et de glissements sémantiques, la LQR escamote le conflit en le rendant inaudible. La LQR est le produit d'une sorte de « darwinisme sémantique (je cite Hazan) : les formules les plus efficaces prolifèrent et prennent la place d'énoncés moins *performants*<sup>2</sup>. » La LQR est autre chose que la langue de bois, qui elle sert à ne pas dire quelque chose : la LQR est plus active, non seulement elle rend inaudible le conflit mais elle force à dire les choses d'une certaine manière. Roland Barthes considérerait que « la langue, comme performance de tout langage, n'est ni réactionnaire ni progressiste ; elle est tout simplement fasciste ; car le fascisme, ce n'est pas d'empêcher de dire, c'est d'obliger à dire. »<sup>3</sup>. La LQR édulcore et banalise la violence néolibérale, par exemple en parlant de « plan social » alors qu'il est question d'un plan de licenciements. La LQR s'est construite d'une succession de glissements sémantiques, d'euphémismes en tunnels et de « mots essorés ».

Aujourd'hui la LQR n'est plus seulement parlée dans le monde politique et médiatique, elle oriente les discours dans tous les secteurs, entre autre le médico-social<sup>4</sup>.

Ce qui se passe aujourd'hui dans le champ du médico-social est emblématique des effets de la *Lingua Quintae Respublicae* sur nos pratiques professionnelles et sur notre quotidien. L'extension démesurée du domaine du handicap n'est qu'une partie du remaniement en cours de tous les textes qui régissent le médico-social, entre autres « l'annexe 32 » qui concerne les CMPP. Le ministère vise à ce que, je cite, « plus rien ne dépasse ». C'est dans ces termes qu'a parlé la responsable du bureau « éducation » au ministère de la Santé. Les structures médico-sociales sont jugées trop « hétérogènes ». Pour que cette homogénéisation soit possible, le vocabulaire du médico-social doit donc être mis en ordre. Pour que « plus rien ne dépasse » sur ce plan là, la CNSA – la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – dont relèvent les structures médico-sociales, vient de diffuser un vocabulaire officiel. Les ESSMS (Établissements et services sociaux et médico-sociaux) doivent adopter ce vocabulaire pour s'adresser à leurs autorités de contrôle, pour rédiger leurs demandes de budgets et leurs rapports d'activité. La diffusion de ce vocabulaire est une étape, l'officialisation d'une langue médico-sociale qui se forge depuis les années 90 par un mélange des discours éducatifs et psychologiques avec des termes venus des techniques managériales propres à l'entreprise.

Je cite le site internet de la CNSA : « Le rapport de la CNSA (...) met en exergue un nouveau vocabulaire. Ces mots ou ces nouveaux acronymes que la CNSA a fait

---

<sup>1</sup> Éric Hazan, *LQR. La propagande du quotidien*, Éditions Raisons d'agir, 2006.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 13.

<sup>3</sup> Roland Barthes, in « Leçon inaugurale au Collège de France », 7 janvier 1977.

<sup>4</sup> Le magistrat Serge Portelli a montré comment l'attaque du vocabulaire a un effet sur les pratiques dans le champ judiciaire. Serge Portelli, *Traité de démagogie appliquée*, éditions Michalon, 2006.

émerger dans le champ de la protection sociale sont le reflet d'un « penser autrement » : tout part de la personne ».

Un autre aspect de cette langue médico-sociale : les catégories nosographiques (autisme, dysharmonie psychotique, trouble névrotique évolutif, dysharmonie évolutive, etc.) sont à mon avis des mots de la LMS. Ces catégories sont utilisées depuis longtemps pour les rapports d'activité que doivent fournir les établissements et pour les enquêtes statistiques. Les autorités de contrôle ont toujours invité les établissements à adopter un vocabulaire commun pour rendre les « études statistiques » homogènes et les rapports d'activité comparables ; aujourd'hui c'est devenu « obligatoire ». La nosographie psychiatrique est donc un dialecte de la LMS, un dialecte parlé par tous les professionnels du médico-social, avec plus ou moins d'adhésion, plus ou moins de critique quant au risque qu'un enfant soit réduit à une catégorie<sup>5</sup>. Les classifications et la tarification à la pathologie en fonction de ces catégories sont un bon exemple de changement des pratiques conséquence d'un changement dans la langue : on ne reçoit plus de la même manière si l'acte est tarifé en fonction de la pathologie. Mais je laisse ça de côté puisque cet après-midi le collègue Antoine Besse parlera plus précisément de ce problème des classifications.

Si, au départ, cette langue médico-sociale devait servir aux nécessaires échanges entre les établissements et les autorités de contrôle, elle devient aujourd'hui une langue interne aux établissements, y compris les CMPP. Par paresse nous parlons et nous écrivons trop facilement la LMS, et son vocabulaire se banalise : il est de plus en plus difficile de remarquer comment cette langue vient gêner la parole, celle des équipes comme celle des enfants et de leurs parents, lesquels sont qualifiés d'« usagers » dans les nouveaux textes.

Les rapport Couty (2009), Bockel, et autres sont de véritables bréviaires de langue médico-sociale ; avec des termes techno-scientistes qui donnent un vernis de sérieux et font passer la référence à la psychanalyse pour une pratique poussiéreuse. Et dans certains CMPP on entend maintenant parler d'« objectifs » là où on parlait il y a encore quelques années de « projets thérapeutiques ». « Objectif », c'est un des mots-clés de la LMS. Après le management, c'est le marketing qui oriente à présent les textes et donc les pratiques : par endroits il est carrément question de « cibles » – pour parler

---

<sup>5</sup> Il se trouve que la *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* est introduite par un texte de Serge Lebovici (1915-2000), membre éminent de la Société psychanalytique de Paris, reconnu comme *psychanalyste d'enfant*<sup>5</sup>. Dans cette introduction, Lebovici critique la classification nord-américaine, le DSM (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*<sup>5</sup>), mais il lui trouve aussi un avantage : « Cette classification est critérisée : c'est là un énorme avantage, il faut le reconnaître. Ainsi ne laisse-t-elle aucune place au jugement subjectif ou même à l'incertitude<sup>5</sup>. » Lebovici fait une démonstration de LMS lorsqu'il essaye de défendre l'originalité de la classification française : « La classification française a pour ambition de répondre aux nécessités de la comparabilité, donc aux exigences de la « critérisation » sans renoncer aux études évolutives et à l'approche psychopathologique, dans ses applications à l'enfant et à l'adolescent. » *Critérisé* : un des premiers mots de la LMS.

Cette réduction nominaliste est critiquée par René Lew dans « Nomenclatures », colloque des CMPP du Val-de-Marne, 19 janvier 2008 ; et par Henri Meschonnic, « Le langage comme éthique », in Tristan Garcia-Fons (dir.), *Inventer l'enfant en CMPP*, Toulouse, Érès / FDCMPP, 2010. Voir aussi Henri Meschonnic, *Le langage Heidegger*, Paris, PUF, 1990 ; *Dans le bois de la langue*, Paris, Éditions Laurence Teper, octobre 2008 ; et *Heidegger ou le national-essentialisme* (Éditions Laurence Teper, 2007), où Meschonnic montre qu'il faut penser le nominalisme comme une notion non plus logique mais éthique et politique. Plus généralement, le vocabulaire de la psychiatrie est un point de contact et donc un risque de mélange entre la LMS et la langue psychanalytique.

du nombre d'actes qu'un *intervenant* doit réaliser – une expression directement importée du vocabulaire des publicitaires<sup>6</sup>. Des organismes proposent des formations professionnelles autant dans notre secteur qu'en entreprise ; par exemple le CEGOS, qui introduit dans ses plaquettes la notion de client dans le médico-social : le glissement du terme « usager » au terme *client* a déjà eu lieu.

C'est approximativement dans les années 90 que les professionnels du médico-social ont constaté l'émergence de la LMS et qu'ils ont commencé à s'inquiéter de ses effets sur leurs pratiques. Le secteur médico-social s'est retrouvé pris dans une avalanche de décrets et de circulaires visant à le normaliser. En 2002 une étape a été franchie vers la fixation de cette langue : avec la loi dite « 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale » : la langue de sigles, ou LMS, a été officialisée, légalisée, promue au rang de langue officielle pour un large groupe de professionnels, ce groupe aux limites imprécises où s'articulent le social et la santé. Et de fait les torsions sémantiques contenues dans ce texte diffusent et se fixent dans l'usage puisque tous les professionnels sont *obligés* de les employer. On y trouve par exemple les termes d'évaluation, de bonnes pratiques ou de contrats de soins, des mots typiques de la LMS.

Alors certes, quelques ajustements contenus dans cette loi de rénovation 2002-2 étaient nécessaires pour que perdure un service public médico-social ; mais l'évaluation se retourne contre elle-même quand elle se généralise ; et ça, tout le monde en convient, à tous les niveaux de décision. Ce n'est pas les professionnels du secteur médico-social en eux-mêmes que je critique ici, mais la langue médico-sociale et les contraintes qu'elle installe de fait dans les dispositifs de parole qui relèvent de ce secteur. Il est évidemment souhaitable que les établissements médico-sociaux rendent des comptes à leurs autorités de contrôle. Ce qui est embêtant et dangereux, c'est la diffusion de ce vocabulaire gestionnaire dans le vocabulaire des pratiques médico-sociales et dans le vocabulaire de la psychanalyse.

Ce que je tenterai de montrer maintenant c'est comment les termes de l'évaluation ont diffusé dans le vocabulaire psychanalytique, par le biais du médico-social et par la réglementation étatique de la psychanalyse, laquelle a malheureusement été souhaitée par de nombreux psychanalystes : beaucoup d'analystes participent à cette langue administrative quand, pour obtenir une reconnaissance par l'État, ils transforment les mots de la psychanalyse en une novlangue psychanalytique. Vous savez que c'est Georges Orwell qui avait parlé de *novlangue*, dans son roman d'anticipation, *1984*<sup>7</sup>.

Nous sommes nombreux à penser que tout psychanalyste qui travaille en CMPP sous couvert d'un statut de psychologue ou de psychiatre (diplômes nécessaires pour pratiquer dans un établissement public de soins), doit faire très attention à sa participation à la torsion du discours analytique. Chaque analyste a une responsabilité dans la construction et la diffusion de la LMS et de la novlangue analytique. Chacun doit

---

<sup>6</sup> Cf. Didier Bertrand, « Travail social, option marketing », in *Actualités sociales hebdomadaires (ASH)*, n° 265, 23 avril 2010.

<sup>7</sup> Georges Orwell, « Les principes de Novlangue », en annexe à *1984*. Simplifications lexicales et inversions de sens visent à limiter l'expression de critiques contre l'État : en novlangue, on dit « Ministère de la paix » pour parler du Ministère de la guerre. Cf. Aleksandra Ścibich-Kopiec, « Les subventions de l'UE et la novlangue européenne : le cas de la Pologne », in « Les langues de bois », *Hermès*, n°58, CNRS Éditions, 2010.

prendre la mesure des risques inhérents à toute pratique dans un secteur médico-social de plus en plus normalisé et normalisant.

Cette *langue médico-sociale-psychanalytique* s'est consolidée lorsqu'il y a eu convergence de deux glissements sémantiques et pratiques : le glissement du signifiant « symptôme » sous le signifiant « handicap », et le glissement du signifiant « psychanalyse » sous le signifiant « psychothérapie ». Deux glissements qui ont convergé du fait de la loi 2002-2 et de la réglementation étatique de la psychanalyse.

Issues de la psychanalyse, des notions comme celles de « tiers » ou de « symbolique », par exemple, se sont tordues jusqu'à s'inverser en passant dans le vocabulaire médico-social. Leur sens a été essoré et retourné, normalisé. Vidées de leur sens, ces notions font maintenant partie du vocabulaire de la LMS : la notion de symbolique est utilisée à tort et à travers pour justifier des positions morales, par exemple sur les « questions de société » comme l'homoparentalité ou le transsexualisme.

Et aujourd'hui c'est en retour que les termes de la LMS, entre temps fixés et officialisés par la loi 2002-2, viennent changer la manière de parler des psychanalystes. Les termes d'évaluation, de formation, de garantie, sont souvent utilisés confusément par les psychanalystes ou les associations de psychanalyse qui veulent se conformer au récent décret « relatif à l'usage du titre de psychothérapeute »<sup>8</sup>, après avoir pour beaucoup participé à son écriture.

En 1994, dans son livre *Les "pratiques sociales"... en dette de la psychanalyse ?*, la psychanalyste Jeanne Lafont, s'était intéressée aux torsions subies par les notions psychanalytiques lors de leur passage dans le champ des « pratiques sociales »<sup>9</sup>. Aujourd'hui, prise dans la LMS, c'est la psychanalyse qui se retrouve en dette avec les pratiques sociales. En devenant une psychothérapie étatiquement réglementée, en laissant son vocabulaire se mélanger à celui de la LMS, la psychanalyse risque de devenir aussi floue et imprécise que « le social », et le discours analytique risque de laisser place à la novlangue psychanalytique<sup>10</sup>.

Il est maintenant courant de retrouver des termes de la LMS dans des textes consacrés à la pratique et à la formation du psychanalyste (ces textes ravalent la formation du psychanalyste à un cursus universitaire, alors que depuis Freud on sait que cela passe d'abord par une analyse, par un autre rapport au savoir, le savoir de l'inconscient, que Freud a dégagé justement en se décalant du savoir universitaire objectivant).

Rien d'étonnant à ce que l'État veuille faire des économies, en évaluant et en mesurant les coûts. En revanche, il est plus difficile de comprendre l'intérêt qu'ont certains psychanalystes à entrer dans cette ronde de l'efficacité et de la garantie, à accéder aux

---

<sup>8</sup> Décret « relatif à l'usage du titre de psychothérapeute », *Journal officiel de la République française*, 22 mai 2010.

<sup>9</sup> Jeanne Granon-Lafont, *Les "pratiques sociales"... en dette de la psychanalyse ?*, Paris, Point Hors Ligne, 1994.

<sup>10</sup> Le Petit Robert définit ainsi une novlangue : « Calque de l'anglais *newspeak*, terme créé par George Orwell en 1948 dans son roman *1984*. Langage stéréotypé dans lequel la réalité est édulcorée. »

demandes de la société, surtout si l'on considère que le symptôme est un grain de sable dans le système, qu'il « présentifie le refus d'être joui par l'Autre », l'Autre parental ou l'Autre sociétal. Il faudrait prendre un peu plus de temps pour saisir l'intérêt que ces associations de psychanalyse ont eu à pactiser avec l'État, toutes n'avaient pas les mêmes motivations. Et tous les cas, en cédant sur les mots, de nombreux psychanalystes ont cédé sur la chose, la chose freudienne. Pour beaucoup la soif de reconnaissance par l'Etat a été plus forte. (reconnaissance narcissique et/ou « commerciale »).

Le discours psychanalytique, ou discours analytique, c'est avant tout ce que disent les analysants. Tout ce qu'un psychanalyste dira et écrira prendra le risque de s'éloigner du discours analytique, d'alimenter la langue psychanalytique voire la novlangue psychanalytique. Quand un analyste est pris, plus ou moins à son insu, dans des discours qui vont à rebours du discours analytique, il participe à enrichir cette langue pseudo-psychanalytique. Chaque analyste est exposé à ce risque<sup>11</sup>.

On savait que la résistance à la psychanalyse est aussi du côté du psychanalyste, mais aujourd'hui il y a une différence : certains analystes (de nombreux analystes) ont demandé à l'État de les aider à résister à la psychanalyse. Cette résistance à la psychanalyse par les analystes eux-mêmes se retrouve officialisée, consolidée dans un texte de loi, le décret réglementant l'usage du titre de psychothérapeute, un texte qui réduit la psychanalyse à une psychothérapie.

La langue psychanalytique est de nos jours plus que jamais collée au discours ambiant, elle s'organise en une novlangue psychanalytique, alors que le discours analytique est l'inverse du discours courant. Dans une cure psychanalytique on est amené à dire les choses d'une manière très inhabituelle<sup>12</sup>. La novlangue psychanalytique, est une formation inverse du discours analytique.

On savait que la psychologie et toutes les sciences dites humaines avaient subi « un profond remaniement » du fait de leur croisement avec les « notions issues de la psychanalyse ». Lacan s'était inquiété dès le début des années 50 d'un mouvement inverse qui se produisait chez les psychanalystes : la psychanalyse était, en retour, remaniée par la psychologie, de plus en plus psychologisée<sup>13</sup>.

Aujourd'hui, après avoir été remanié par la psychanalyse, le médico-social remanie la psychanalyse : les « notions issues de la psychanalyse », qui ont été tordues pour pénétrer le champ médico-social, reviennent dans la langue psychanalytique plus tordues encore, formatées et normalisées par leur passage dans la LMS.

---

<sup>11</sup> Erik Porge : « Les contraintes d'un discours sont d'abord celles du vocabulaire propre à ce discours et il est destructeur pour la psychanalyse d'adopter celui de la maîtrise ou celui de la normalité. », in *Des fondements de la clinique psychanalytique, op. cit.*, p. 27.

<sup>12</sup> Les rêves, les lapsus, les actes manqués et les symptômes sont l'inverse du discours courant, ils sont organisés selon une géométrie « en caoutchouc », avec des distorsions du temps et de l'espace.

<sup>13</sup> Jacques Lacan, « Intervention sur le transfert » (1951), in *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 217. Lacan s'inquiétait du « psychologisme qui, chosifiant l'être humain, irait à des méfaits auprès desquels ceux du scientisme physicien ne seraient plus que bagatelles. »

La novlangue psychanalytique était depuis longtemps à l'œuvre, ne serait-ce que par les traductions de Freud en anglais et en français qui transforment la psychanalyse en une ego-psychology<sup>14</sup>, et certaines associations de psychanalyse avaient déjà souhaité une réglementation étatique de la psychanalyse ; la nouveauté c'est que ces dernières années, la majorité des associations de psychanalyse, ont cédé, croyant trouver un abri dans une réglementation étatique de leur pratique, troquant l'originalité de la psychanalyse contre un statut officiel. Résultat : ils ont un statut de psychanalyste officiel mais à certaines conditions, un statut soumis à des contraintes qui font qu'il n'y a plus que les enveloppes des mots de la psychanalyse.

### **L'essorage des mots de la psychanalyse**

De même que la LQR est autre chose que la simple langue de bois politique, la novlangue psychanalytique est autre chose que le jargon psychanalytique : c'est quelque chose d'encore plus pernicieux, c'est une langue qui s'imprègne des idéaux de l'État, qui s'organise selon les lois de la psychologie des masses, une *Massenpsychologie* – avec prédominance de l'identification verticale, qui renforce la hiérarchisation des cursus de formation – celle que Freud décrivait en donnant comme paradigme l'État, l'armée, et l'Église.

La novlangue psychanalytique se nourrit de la confusion entre psychanalyse et psychothérapie. Cette confusion a été amplifiée lorsque, pour pouvoir bénéficier de la réglementation naissante concernant les psychothérapies et de la reconnaissance d'État qui s'en suit, beaucoup d'analystes ont trouvé bon d'identifier la psychanalyse à une psychothérapie, oubliant un peu vite la différence radicale faite par Freud et par Lacan et confirmée dans la pratique : la psychothérapie a une visée plus adaptative que la psychanalyse, puisqu'elle vise à un retour à l'état d'avant la maladie ; la psychanalyse vise à un nouvel état, qui n'est pas défini d'avance.

Dans les CMPP, on ne se pose plus trop la question de ce que ce mot recouvre, on dit couramment qu'on fait des psychothérapies. Pourtant la Sécurité sociale ne rembourse pas des psychothérapies, mais des « traitements » : c'est le terme utilisé dans le formulaire de demande de prise en charge. Et dans le texte fondateur dont dépendent les CMPP il est question de psychanalyse et de psychothérapie, mais plus largement de « traitement »<sup>15</sup>. Alors pourquoi et comment le terme « psychothérapie » s'est-il imposé ? Pourquoi est-il si facilement utilisé par des psychanalystes ? Il est malheureusement utilisé par défaut, mais aussi par opposition au terme « psychanalyse ». Certes on ne fait pas une analyse en institution comme on en fait une « dans le privé », mais cela n'en fait pas pour autant une psychothérapie. Et la question de savoir ce qui s'engage alors mérite de rester ouverte plutôt que d'être bouchée par le secours du terme « psychothérapie », fourre-tout sémantique et pratique<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> Par exemple « attention flottante », une traduction qui caricature de l'invention de Freud.

<sup>15</sup> L'annexe 32, cité *infra* en note 3. C'est ce texte de 1956 complété en 1963 que le ministère veut aujourd'hui remplacer par un texte commun à différents types d'établissements médico-sociaux.

<sup>16</sup> Non seulement une psychanalyse peut commencer en institution, mais pour beaucoup elle n'aurait certainement pas pu commencer autrement. Parler de « psychothérapie » en l'occasion est insatisfaisant et périlleux, parce que source de confusion et de fermeture. Bien sûr, et cela est vrai

Le problème avec cette accélération du glissement de la psychanalyse aux psychothérapies, glissement auquel les analystes ont malheureusement allègrement, pour certains naïvement et parfois cyniquement participé, c'est qu'il rend de plus en plus difficile de parler d'une pratique de la psychanalyse en institution.

## Des propositions

Alors, que faire pour ne pas nous contenter de critiquer la LMS et la novlangue psy ? Nous pouvons engager un travail de vocabulaire, en particulier sur le mot « psychothérapie », parce qu'on ne sait plus trop de quoi on parle avec ce mot là, ni ce qu'il charrie comme idéologie adaptative, voire hygiéniste ou policier<sup>17</sup>.

Il nous faut démêler les mots LMS des mots de la psychanalyse, par exemple en explicitant la différence entre psychanalyse et psychothérapie. Roland Barthes considère que « Tout ce que nous lisons et entendons nous recouvre comme une nappe, nous entoure et nous enveloppe comme un milieu : c'est la logosphère. Cette logosphère nous est donnée par notre époque, notre classe, notre métier : c'est une "donnée" de notre sujet. Or, déplacer ce qui est donné ne peut être que le fait d'une secousse ; il nous faut ébranler la masse équilibrée des paroles, déchirer la nappe, déranger l'ordre lié des phrases, briser les structures du langage<sup>18</sup>. »

Alors comment ébranler la masse de la LMS ? Comment déchirer la nappe médico-sociale-psychanalytique ? Il faut procéder au retournement de la sphère LMS. Pour cela il nous faut inverser les glissements sémantiques qui ont fait la LMS et la novlangue analytique, en premier lieu le glissement du mot « psychanalyse » sous le mot « psychothérapie » et celui de « symptôme » sous « handicap ».

Les psychanalystes qui travaillent dans le médico-social, moi le premier, doivent prendre la mesure de leur participation à cette novlangue, qui ne peut que saper les lieux comme les CMPP ou d'autres espaces de parole. Je me répète : dans chacun de nos métiers et de nos fonctions, nous ne pouvons plus nous contenter de dire que c'est la faute à l'État ou aux associations gestionnaires, à une gestion comptable du symptôme ; si nous continuons nous contenter de dire que c'est la faute du grand Autre méchant, la faute du néolibéralisme, nous allons dans le mur. Le discours psychanalytique n'est pas indépendant des autres discours, y compris du discours capitaliste, donc mieux vaut en repérer les points de contact ; mon hypothèse étant

---

autant « dans le privé », il ne suffit pas de se poser en psychanalyste pour que s'engage une psychanalyse.

<sup>17</sup> Au moment où Lacan pose que « l'inconscient, c'est la politique », il parle justement de glissements : « Car c'est faute de cette articulation logique que ces glissements peuvent se produire, (...) » et Comme disait Canguilhem, on glisse facilement de la Faculté de psychologie à la Préfecture : « glissade de toboggan du Panthéon à la Préfecture de police. »

<sup>18</sup> Roland Barthes, « Brecht et le discours » (1975), in *Œuvres complètes*, IV, Paris, Seuil, 2002, p. 784. Plus loin Barthes parle de l'art critique qui « ouvre une crise », « qui déchire, qui craquelle le nappé, fissure la croûte des langages, délie et dilue l'empoisonnement de la logosphère ; c'est un art épique, qui discontinue les tissus de la parole, éloigne la représentation sans l'annuler. » C'est dans ce même texte qu'il soutient que pour attaquer un discours réactionnaire, il faut « le discontinuer », « le mettre en morceaux ».



que certains mots qui circulent entre la LMS et le vocabulaire de la psychanalyse, en particulier le mot « psychothérapie », sont un des points de contact ou de circulation entre le discours psychanalytique et le discours capitaliste<sup>19</sup>. Je pense que le mot « psychothérapie » est le mot pivot entre LMS et novlangue psy. C'est pourquoi il est essentiel que ceux qui reçoivent au nom de la psychanalyse, où que ce soit, ne se rangent pas sous le signifiant « psychothérapeute ».

En refusant de se cacher derrière un titre de psychothérapeute, en débattant de ces enjeux, en œuvrant au repérage et à l'inversion des glissements qui forgent cette nappe médico-sociale-psychanalytique, les psychanalystes pourront participer à son détricotage, son démontage, son retournement<sup>20</sup>.

Partant d'un bon sentiment (rationnaliser), la loi 2002-2 est orientée par ce mot d'ordre : mettre l'utilisateur au centre du dispositif ; au centre de la logosphère, la sphère de la LMS ; « usager » est un des mots-clés de la LMS ; quand on met l'utilisateur au centre, c'est le sujet qui se retrouve mis de côté (quand on passe plus de temps à faire des cotations, des grilles d'évaluation, que ça prend sur le temps qu'on devrait consacrer directement au sujet) d'ailleurs « usager » c'est un anagramme de *a-sujer* ; a privatif de sujet. En retournant cette sphère LMS on redonne la parole au sujet. (par exemple l'entretien du spécialiste du TDAH qui dit à l'enfant « on va parler de toi » et on ne parle que de ce qui est dit sur lui par les institutions ; et quand il essaye de prendre la parole, on lui demande d'attendre).

Déjà, quand l'*ego-psychology* s'employait à geler les mots de Freud, Lacan s'efforçait de les réanimer par des traductions-translittérations : il jouait avec les mots en leur faisant suivre des transformations topologiques comme il y en a dans les rêves, les lapsus et les mots d'esprit. Lacan disait lui-même qu'il n'était pas « poète-assez », qu'il n'était pas un poète mais un poème. Par ses jeux de mots et ses néologismes, il mettait à l'épreuve la langue de la psychanalyse qui vire très facilement au refrain ou au jargon enfermant<sup>21</sup>. Le poète, traducteur et linguiste Henri Meschonnic, que nous avons invité à parler aux dernières Journées d'études de la Fédération des CMPP, soutenait que, je cite, « l'enfant est poème<sup>22</sup> ». Il est poème quand il se trompe dans les mots ou inverse les lettres, ou quand il parle par exemple de *cmpipi* ou de *cm-pépé*. Là où la LMS ne cesse pas de créer des sigles qui obscurcissent la langue, on a intérêt à détourner ces sigles, en suivant la méthode des enfants, qui peut faire sourire souvent, faire réfléchir aussi : c'est la force de ce que Lacan appelait la *lalangue* : (un néologisme de Lacan formé à partir de langue et de « lallation », cette émission de sons plus ou moins articulés par l'enfant, avant l'acquisition du langage.

On appelle ça aussi les *Gazouillis* ; la *lallation* précède le *babillage* ; peut-être que pour ne pas être pris dans les sables mouvants de la *LQR* et de la *LMS*, il nous faudra

<sup>19</sup> Rotation des discours ; monnaie vivante et DC.

<sup>20</sup> Le retournement d'une sphère est une opération topologique complexe. Cf. Bernard Morin et Jean-Pierre Petit, « Le retournement de la sphère », in *Pour la Science*, n°15, 1979, pp. 34-41 ; [www.jp-petit.com](http://www.jp-petit.com) ; et Jacques Lacan, « L'Étourdit » (1972), in *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 483 ; Bertolt Brecht, *Me-ti. Le livre des retournements*, L'Arche, 1965.

<sup>21</sup> Erik Porge : « En n'ayant plus le souci de leur vocabulaire, les analystes se bâillonnent eux-mêmes. Où sont les voix de la poésie et de sa proche parente la mathématique ? », in *Lettres du s, op. cit.*, p. 8.

<sup>22</sup> À la Mutualité à Paris fin 2008. Henri Meschonnic, *Célébration de la poésie*, Verdier, 2001 ; et *Politique du rythme, politique du sujet*, Verdier, 1995.

repasser par la lallation, régresser aux gazouillis, ce qu'ont déjà tentés des poètes comme Artaud ou d'autres. Même si c'est pas évident de faire un jeu de mot avec MDPH ou ARS.

La *lalangue* ne fait pas des phrases mais pas non plus des sigles, elle se rapproche du langage mathématique (des petites lettres qui peuvent parfois être aussi incompréhensibles que du chinois) et de la topologie : faire passer quelque chose de très singulier qui ne passe pas par des mots et qui ne veut pas se faire étiqueter par des sigles (justement ça passe dans les rêves, par des symptômes ou des actes manqués, ou des mots d'esprit : les formations de l'inconscient : face à la langue des sigles, soyons plus que jamais freudiens). Le livre sur le mot d'esprit, *Der Witz* (mot intraduisible) a longtemps été méprisé par les études freudiennes, Lacan l'a remis au goût du jour, il est à lire d'urgence pour participer au travail de découpage de la langue des sigles qui n'est pas faite pour faire de l'esprit mais pour être efficace.

À l'heure où, comme dit le psychanalyste René Lew, « la globalisation (sphérique) de l'économie politique laisse de moins en moins de place à la particularité (locale et *asphérique*) de l'économie subjective<sup>23</sup> », nous devons faire avec la *lalangue* pour ne pas nous laisser enfermer dans la sphère de la LQR et de la langue médico-sociale. Pour que le sujet retrouve un peu de marge, pour qu'il puisse reconquérir les territoires de la parole, les territoires de l'être de parole (le *parlêtre*, mot-valise forgé par Lacan), des territoires presque annexés par la LMS ; pour ne pas laisser se refermer les espaces de parole dont nous avons la responsabilité, nous aurons de plus en plus à pousser des cris d'alarme, des cris peut-être infantiles, certainement plus proches de la *lalangue* pour parer à la *novlangue*.

Le poème et le mathème – les mathématiques, la topologie – font donc partie des ripostes possibles pour que la *novlangue* psychanalytique n'occupe pas tout le territoire de la parole<sup>24</sup>. Je vais finir par une citation de Roland Barthes : il préférerait l'idée de secousse à celle de subversion (dans « Brecht et le discours »). Il parlait de l'art critique, je cite, « qui déchire ou craquelle le nappé, fissure la croûte des langages, délie et dilue l'empoisonnement de la logosphère ; c'est un art épique, qui discontinue les tissus de la parole. »

**Yann Diener**

---

<sup>23</sup> René Lew, « Le capital inconscient », *Vendre l'inconscient à l'encan ?*, Colloque de l'Association nationale des CMPP territoriaux, Ivry-sur-Seine (94), février 2009, en ligne sur « commentcestquonment.org ».

<sup>24</sup> « Territoires de la parole », colloque organisé par le CMPP d'Ivry-sur-Seine, 27 septembre 2010. Certes la topologie lacanienne est difficile, mais la poésie ne l'est pas moins, de même qu'elle n'est pas moins indispensable, incontournable.

## Ce qui compte pour un psychanalyste

Nous voici donc à la fin de ce mois de Novembre, et déjà 2011 touche à sa fin, bouclée parce que l'on nomme les fêtes de fin d'année. Il fut un temps pas si lointain où les médias faisaient un détour parmi les diseuses de bonne aventure et autres astrologues afin de prédire l'avenir. C'était le défilé des « madame soleil » et autre bonimenteurs. Je pense que ce n'est plus guère utile, car ce que sera 2012, je crois que chacun ici en a une idée peut être un peu flou mais pas plus rassurante pour autant. Autrement dit, vous avez aimé 2011 et vous allez adorer 2012.

Il faut bien avouer que le crash test des banques, a shunté le forward looking des hedge fund ainsi que le shadow banking, insuffisant pourtant pour constituer une véritable blacklist. Si vous n'étiez pas encore convaincus que la langue de Shakespeare avait peu à peu laissé la place, comme le dit Roland Gori, à la langue de Wall Street, c'est que vous n'écoutez pas souvent ni la radio ni la télévision.

Est-ce que cela nous concerne ici même en tant que professionnels ? Dans un article du journal « Le monde » en date 13/14 novembre je lis la chose suivante : « le ministre grec de la santé, Andréas Loverdos – ça ne manque pas de sel car l'overdose je crois que les Grecs en ont un léger aperçu- a annoncé devant le parlement que le taux de suicide avait augmenté en Grèce de 40 % au premier semestre comparé aux six premiers mois de l'année 2010 ». Alors, ou bien la Grèce compte un nombre incalculable de banquiers et autre responsables politiques, conscients de leur rôle dans la crise qui frappe leurs concitoyens, où bien cela concerne la population grecque en général et demain la population française que nous recevons chaque jour, sans parler de nous-même. J'indiquerai pour en finir avec cette introduction que cette situation n'est pas pour demain mais qu'elle est déjà sensible aujourd'hui même tant la souffrance sur les lieux de travail trouve écho dans nos cabinets de consultation. J'ajoute, puisque l'actualité m'en fournit l'occasion, que l'air du temps illustre bien cette nouvelle conception des choses. Plutôt que de s'interroger sur la façon de rendre la vie au travail plus supportable, les dernières mesures du gouvernement sur les arrêts de travail, font fi de cette réalité et des problèmes sous-jacent pour au contraire stigmatiser et diviser, en oubliant que si les médecins sont amenés à prescrire certains arrêts de travail qui ne relèvent pas d'une affection organique ils n'en sont pas moins dans leur rôle si l'on s'en tient à la définition même de l'OMS.

### **La psychanalyse n'est pas une technique c'est une éthique**

Je ne vais pas vous raconter ma vie, mais enfin cet été je n'ai pas emporté avec moi en vacances que des livres de psychanalyse, qui comme chacun le sait, sont tous aussi passionnants les uns que les autres. Je suis donc tombé sur une phrase de l'excellent auteur de roman policier norvégien Gunnar Staalesen qui racontant la promenade mélancolique de son personnage principal dans un cimetière, le policier Varg Vum, lui fait dire, en lisant les inscriptions sur le marbre des tombes ces phrases que j'ai fait reproduire dans l'argument qui vous a été fourni :

« Un nom deux chiffres : une vie réduite à des faits. Tout et rien : une poignée de lettres et huit chiffres. Toutes les humiliations, et toutes les joies. Tout le chagrin et tout le rire. L'amour et les déceptions. La tendresse et la solitude. Ils n'y sont pas. »  
Gunnar Staalesen : « La nuit tous les loups sont gris » folio policier.

Et je me suis dit que c'était bien à cela que depuis toujours certains cherchent à nous réduire, quelques chiffres, quelques lettres rendant la vie dérisoire. Déjà étudiant en médecine, il y a 40 ans, je me battais pour que l'on ne dise pas le diabète de la chambre 10 ou le cancer de la 15, mais madame ou monsieur untel. Aujourd'hui je dis à une mère que j'ai envoyé à l'hôpital pour avis, de ne pas confondre son fils avec « un autiste », diagnostique qui lui a été asséné sans plus de précautions oratoires et que le terme de Trouble envahissant du développement n'a pas longtemps abusé.

Au moment où la souffrance psychique devient le handicap, où la morale remplace l'éthique, où le comportement prend la place de la structure, où le symptôme devient un mot clé pour recherche sur Google, où le secret médical devient tellement partagé qu'il circule jusque sur les genoux des administratifs, où la parole devient seulement le lieu d'un décryptage et d'un comptage pour remplir un questionnaire, la question se pose de savoir jusqu'où il est possible d'aller sans trahir ceux qui viennent se confier à nous et attendent précisément qu'on ne les réduise pas à une vie se résumant à des faits et des chiffres ?

Au-delà du choix fait par chacun selon sa propre expérience, peut-on avancer dans notre réflexion sur la question suivante : sur quoi un psychanalyste ne saurait céder sauf à y perdre son âme ? À quel moment, doit-on assurément dire non. Je n'ai pas la prétention de répondre à cette question, mais celle-ci fait partie à mon sens de notre vie d'homme et il ne manque pas d'écrivains, de cinéastes, de philosophes, de poètes, d'hommes politiques qui se sont penchés sur cette question dans des contextes multiples et variés. Chacun de nous doit, me semble-t-il dans sa pratique professionnelle, se poser la question : sur quoi je ne suis pas prêt à céder ?

Dans le dernier film de Nani Moretti « Abemus Papam » autrement dit « nous avons un pape », phrase qui est prononcée à chaque nouvelle élection par l'assemblée épiscopale, ce dernier incarne un psychanalyste appelé à la rescousse car le pape désigné ne se juge pas capable d'assumer cette tâche. Le problème pour lui c'est qu'il n'a pas le droit de faire parler ce pape sur ce qui le fait homme : sa vie, ses espoirs, ses fantasmes, sa famille, sa colère, sa peur, ses rêves, la sexualité bien sûr etc. Il en est réduit à faire de l'action sociale, culturelle et sportive organisant un tournoi de volley-ball au sein du Vatican. J'ai parfois le sentiment en écoutant le témoignage de certains collègues que nous sommes peu à peu conduits au sein des institutions à devoir renoncer à ce qui fait le cœur même de notre métier.

Peut-on exercer la psychanalyse partout, dans tous les pays du monde ? l'arrestation de la psychanalyste syrienne Rafah Nached qu'avec le Comité de soutien que j'ai réussi à constituer, dans lequel ont siégé des représentants de la quasi-totalité des associations psychanalytiques de la Société Psychanalytique de Paris à l'École de la Cause Freudienne, des Forums du Champ Lacanien au 4<sup>e</sup> groupe et auxquels se sont associés le syndicat National des Psychologues, l'ensemble des organisations syndicales de la psychiatrie- vous voyez, ça fait du monde et du monde qui ne se fréquente pas souvent- et les bientôt 10 000 signatures qui ont soutenu cet extraordinaire élan de

solidarité , nous avons très récemment réussi à faire libérer, nous démontre si cela était nécessaire que tel n'est pas le cas. C'est un mouvement assez formidable quand même qui s'est mis en place de solidarité avec des personnes dans le monde entier. Bien sûr, ce sont majoritairement des psychanalystes qui se sont mobilisés, mais pas uniquement. Je ne peux pas même brièvement vous citer tout ce qui a été fait pour sa libération. Je voudrais plutôt insister sur ce qui a fait qu'elle a été emprisonnée.

Contrairement à ce qui a circulé concernant la responsabilité d'un article d'un journaliste de l'AFP dans son arrestation, il semble maintenant plus probable que les services de renseignements syriens ont été alertés par deux actions qu'elle a entreprises. Elle a reçu des opposants qui avaient été torturés et elle a également pris contact avec des enfants qui ayant répétés des slogans hostiles au régime ont été arrêtés, torturés et violés ce qui avait entraîné en réponse de violentes manifestations des adultes, manifestations également très brutalement réprimées.

Oui, donner la parole librement à des gens, sans que cela ne débouche sur une action politique quelconque, dans certains pays, ça dérange suffisamment pour qu'on vous mette en prison pour cela. Dans une certaine mesure je pense que nous pouvons en être fiers. Etre psychanalyste ça se mérite et dans certains pays ça se mérite plus, bien plus qu'ailleurs. Je ne veux pas dire pour autant que la situation Syrienne peut-être transposée en France, ni que cela soit la même chose que les situations qui se sont produites par le passé dans toutes les dictatures de l'Allemagne hitlérienne à l'URSS stalinienne, aux dictatures d'Amérique latine. Sachons, en toute circonstance, raison garder.

Il y a maintenant quelques années, j'ai quitté un endroit consacré à l'accueil des étudiants dans lequel j'avais exercé pendant une trentaine d'années et dont j'ai assumé la direction médicale dans une période de crise qui a bien failli lui être fatale. Comme toujours, il y avait de nombreuses raisons à ce départ, mais la goutte qui a fait déborder le vase fut un épisode que je vous résume rapidement et qui peut-être, c'est du moins ce que je souhaite, vous en évoquera d'autres. Un jeune homme, un peu énervé était entré un jour dans l'établissement et avait fait peur aux secrétaires en les menaçant verbalement. La réponse de l'institution fut la mise en place d'une gâchette électrique et d'une caméra vidéo pour « identifier » les visiteurs. Qu'un lieu supposé composé de psychanalystes puisse répondre de cette manière à un incident de cette nature m'a semblé symptomatique d'une dérive dans laquelle cette institution s'était laissée entraîner et à laquelle je ne souhaitais plus m'associer. C'est, je pense, ce genre de minuscule événement qui subitement, sans même que nous l'ayons véritablement décidé, peut nous faire dire : ça suffit.

### **La question du langage à nouveau reposée**

Une question s'impose à moi aujourd'hui. Nous sommes-nous à ce point trompés dans notre vie, dans notre approche de l'autre dans sa souffrance, qu'il faille subitement tout mettre à bas ? je parle ici de la génération qui est la mienne et qui a grandi avec les voix de Sigmund Freud, Jacques Lacan, Michel Foucault, Georges Dumézil, Roland Barthes. Quelle cassure m'a séparée, brutalement ou pas mais de façon radicale, de tous ceux pour lesquels l'inconscient est un machin dépassé ?

Cette question, je ne peux éviter de me la poser tant les discours que j'entends me semblent à des années lumières de ce que j'ai appris tout au long de mon analyse, de

ma vie et de ma pratique de la psychanalyse. Coaching, développement personnel, gestion du stress, course au bonheur, la vie mode d'emploi en quelque sorte. Même une émission sur TFI à présent. J'ai failli en tomber de ma chaise ! Et si vous n'êtes pas heureux, si vous n'êtes pas bien dans votre peau, si vous n'avez pas réussi dans la vie, c'est de votre faute, si le monde va mal c'est aussi de votre faute, si vous êtes malade, pauvre c'est de votre faute. Si vous êtes touchés dans votre chair par la mort d'un proche et que vous êtes triste, que l'être cher vous manque, que vous le voyez partout quand vous sortez dans la rue, mais prenez donc des médicaments. Éprouver de la peine, avoir le sentiment soudain que la vie n'a pas de sens, c'est absurde. Vous n'allez quand même pas pleurer, prendre un temps d'arrêt dans votre travail pour réfléchir. Prenez des anti-dépresseurs, vous verrez à nouveau la vie en rose et bientôt vous pourrez commencer à être dans la résilience ! Le monde, notre monde est-il décidément devenu fou ?

La psychanalyse, ses fondements, son éthique, ses avancées, tout cela a-t-il été seulement une illusion ? Au contraire chacune de ces attitudes, de ces mots me heurtent comme des gifles.

Et si c'était à refaire, choisirai-je le même chemin ? Suis-je donc un vieux réactionnaire qui veut préserver sa vision du monde, ses acquis, ses privilèges ? sur quoi ne suis-je pas prêt à céder quoi qu'il puisse m'en coûter ?

Sans doute, puisque les organisateurs aujourd'hui ont choisi pour thème le langage, faut-il partir de là, et rappeler que tout cela est venu précisément des questions que chacun était en droit de se poser à propos de ce qui était opérant dans le langage, de ce qui de la parole et du langage était opérant sur le symptôme. Dois-je rappeler qu'il a fallu Sigmund Freud pour que l'on sorte enfin de ce que l'on appelait le traitement moral de la folie, et que, si l'épisode de l'hypnose a servi de tremplin à la psychanalyse, il fallait bien un jour où l'autre pouvoir en sortir et de quelle façon, c'est ce que je vais tenter d'esquisser. Parce que c'est précisément ce qu'il s'agit de préserver absolument.

Le langage, comme Obélix dans la potion magique, nous sommes tous tombés dedans quand nous étions petits. Ce bain de langage, c'est Lacan qui en a tiré les conséquences plus que quiconque. Je ne vais pas rentrer dans des considérations théoriques compliquées sur la jouissance dans la langue, mais simplement vous rappeler que sa formule « l'inconscient est structuré comme un langage » est venue tout bonnement indiquer qu'il y avait quelques similitudes entre ce que Freud avait posé très tôt qu'il y avait quelques similitudes entre la façon dont fonctionnait l'inconscient par déplacement et condensation, et que ça paraissait ressembler à ce que les linguistes étudiaient à l'époque et en particulier ce qui se désigne sous le vocable de métaphore et de métonymie.

Que l'on se mette à s'intéresser à la langue, et à ce que cela nous fait précisément d'être non seulement baignés dedans mais que, dès que ça manque ça fait problème comme dans le cas des autistes, vous paraît sans doute évident mais cela ne l'est pas tout à fait puisqu'au fond il aura fallu Jacques Lacan pour s'y intéresser vraiment d'un peu près, au moins lorsqu'il ne s'est pas agi des sphères cérébrales et de ce que l'on nomme les aires du langage qui déjà du temps de Freud ont été l'objet de nombreuses recherches y compris par Freud lui-même au temps où il était neurologue.

## Le sens des mots

Il faut se méfier des mots. Freud avait déjà souligné qu'ils pouvaient présenter une face double comme celle de Janus, dire une chose et son contraire. Mais c'est déjà une autre dimension que celle illustrée par la devise placée au fronton d'Auschwitz : « le travail libère l'homme ». Auschwitz ne libérait l'homme que de l'envoyer rejoindre un monde supposé meilleur. Auschwitz c'est un camp de concentration, il fallait pour y aller avoir encore la force de travailler et passer par la case travail pour finir « ad patres ». Son voisin Birkenau lui, vous faisait passer directement par la case chambre à gaz. C'était un camp d'extermination. Il ne faut pas céder sur les mots car on finit toujours par céder sur les choses disait Freud.

Aujourd'hui, les mots sans doute de se fonder sur cette « première » - une première qui n'en finit pas de fonder les siècles qui suivent – les mots ne sont plus seulement à double sens, ils ne jouent plus sur l'équivoque, ils s'affirment crânement comme contre vérité jusqu'au scandale. Péchiney défend l'environnement ! Monsanto développe l'agriculture biologique et défend l'écologie. Mais oui, ne soyez pas naïfs. C'est sous ces oripeaux-là les oripeaux que les mots sont devenus, que se dissimule le scandale du monde.

Il m'arrive rarement d'être seul. Je suis comme chacun de vous sans doute entouré par ma famille, femme enfants et petits enfants, de nombreux amis, connaissances, j'ai aussi mon travail, mes collègues, mes patients. Il m'arrive cependant comme à chacun d'entre vous de me trouver seul. C'est une expérience importante. Et si par ailleurs je ne suis alors soumis à aucune contrainte extérieure je dois décider à chaque instant de ce que je dois faire. C'est absolument épuisant. Dans la vie courante il n'en est rien. L'emploi du temps social décide à notre place. Dans ces circonstances, je constate que je **me** parle plus que d'habitude. Nous avons un besoin vital de parler et si nous ne parlons à personne, si personne ne nous parle il nous faut alors nous parler à nous-même.

Quand j'étais collégien, j'avais le sentiment que mes professeurs ne me parlaient pas. Ils parlaient, certes, mais ils ne s'adressaient pas à moi et leur discours, je l'avais compris assez tôt, était surtout là pour nous empêcher de penser. Alors je me parlais à l'oreille durant les heures de cours.

Ceux que l'on rencontre parfois et qui parlent tout haut et que l'on qualifie volontiers de malades, les vieux qui parlent à leurs morts ou à leur poste de télévision, nous indiquent que l'on ne peut pas vivre sans parole et que si cette parole fait défaut alors il faut être à soi-même son propre interlocuteur. Nous ne devons pas aujourd'hui laisser nos patients seuls face à eux-mêmes, faire semblant de les écouter car alors ils retourneront à leur soliloque. Il faut qu'ils puissent trouver à qui parler

La parole donc est le premier pilier de la psychanalyse. L'association libre le fondement de la cure. De la cure dont l'analyste a fait lui-même l'expérience et cela constitue le deuxième pilier sur lequel il n'est pas question de céder. J'ai de la peine à penser qu'il faille aujourd'hui enfoncer ce clou mais je suis prêt à encourir vos sarcasmes. Et ce, pour la simple raison, que je reçois aujourd'hui des mails, des courriels, me demandant si l'on peut se former à la psychanalyse par correspondance et combien cela coûte ? Cette expérience de la cure que tout analyste doit vivre nous fait toucher du doigt non seulement les effets du transfert mais aussi et en premier lieu la difficulté qu'il y a à parler. Il s'agit aussi, faut-il le souligner de faire basculer le savoir du côté de l'insu, et

qu'il n'est pas cet insu à chercher du côté de l'analyste même s'il peut justement y trouver un écho du fait de l'expérience qu'il a lui-même vécu mais bien du côté du patient lui-même. Enfin le troisième pilier c'est la sexualité infantile. La aussi, cela n'a l'air de rien, mais enfin l'une des révolutions freudiennes, celle qui a fait le plus scandale c'est bien l'existence d'une sexualité chez nos petits anges innocents. Et quand j'entends parler de Jung je bondis, car c'est un point qu'il n'a jamais admis.

### **La psychanalyse comptable**

Aujourd'hui, je ne vous apprends rien, la psychanalyse n'a pas bonne presse. Enfin, elle a encore pas mal de forces vives, mais elle ne règne pas autant qu'auparavant. Évidemment, c'est la faute des psychanalystes. Il faut dire qu'ils se sont fait mousser plus que de raison en se poussant du col. ça a permis un formidable retour de ce qu'on croyait disparu à jamais : des gens qui pensaient que le corps c'était une machine qui fonctionnait hors langage et ça, ce n'était pas une bonne nouvelle du tout.

Et puis, en particulier après la Dissolution de l'École Freudienne de Paris et la mort de Jacques Lacan, mais ça avait commencé bien avant, les psychanalystes ont dépensé tellement d'énergie à se battre entre eux et à se disputer sur des broutilles, qu'ils n'ont pas vu que le train de l'histoire était en train de leur passer sous le nez et qu'il ne suffisait pas de réciter du Lacan tous les soirs à vêpres et à matines pour que ça suffise à résoudre certains problèmes.

Il y a une question qui nous renvoie à la précédente à savoir sur quoi reposait essentiellement la psychanalyse, et c'est de déterminer qui est psychanalyste et qui ne l'est pas. Les psychanalystes se battent depuis toujours là-dessus. Il y a les tenants de la classique cooptation après un parcours balisé centré sur le trépied cure, séminaires, contrôle. Pour ma part, peut-être de façon paradoxale pour vous, j'en suis, car cela revient à faire confiance aux analystes eux-mêmes qu'ils soient en position d'analyste ou de contrôleur du postulant. La-dessus, Lacan a donné un coup de pied dans la fourmilière avec la passe et contrairement à ce que pense mon ami Yann Diener ici présent ça n'a rien arrangé du tout et même ça n'a fait qu'ajouter un peu plus de confusion à quelque chose de déjà passablement embrouillé.

Là-dessus l'État s'est mis en tête de résoudre ce problème à la place des psychanalystes eux-mêmes, puisque, les pauvres ils n'étaient pas capables de s'en sortir tout seuls, on allait les aider. On a vu ce que ça a donné.

Le paradoxe c'est que pour définir ce qu'était un psychanalyste on s'est dit que le mieux c'était que ça revenait à dire qu'était psychanalyste celui qui était membre d'une association de psychanalystes. Évidemment, on tourne en rond. Sauf que, depuis Lacan il y a des associations de psychanalyse qui ne sont pas des associations de psychanalystes puisque précisément s'y trouvent des gens qui ne sont pas psychanalystes et qui sont précisément là parce qu'ils ne sont pas psychanalystes mais autre chose et que la psychanalyse ça les intéresse à un autre titre. On en est là pour le moment il faudra un jour ou l'autre dire quelles sont les associations de psychanalyses que l'État reconnaît. Sur quels critères ? ah, là comme disait Napoléon ça se Corse. Je vous donne rendez-vous pour la suite dans les prochains mois.

Est-ce que tout cela, ça a permis d'éclairer le bon peuple ou bien est-ce que ça n'a fait qu'accentuer la confusion qui, je le concède n'était déjà pas mince. Pour ma part, je pencherai plutôt pour la deuxième proposition. Car enfin ça aboutit à donner une



caution à des gens qui n'ont aucune qualification, à créer un nouveau métier qui mélange tout le monde dans un même sac, à faire l'égalité par le bas pour les besoins d'une société qui visiblement a choisi de nous faire perdre nos repères plutôt que se confronter à ses problèmes pour chercher des solutions peut-être pas faciles, peut-être pas évidentes, mais qu'il nous faudra un jour affronter.

### **Alors, finalement, c'est quoi un psychanalyste ?**

Parce que dire qui est psychanalyste et qui ne l'est pas ce n'est pas si simple ; Définir ce qui fait de quelqu'un je ne dirai pas même qu'il est psychanalyste, ça n'a pas de sens, c'est là encore quelque chose qui renvoie à un discours mystique, ça renvoie tout simplement à ce que l'église catholique reconnaît comme la transfiguration, le moment où la nature divine du christ transparait au-delà et pourtant au travers de sa face humaine. Vous voyez ça d'ici, le psychanalyste tout à coup, sa face s'illumine et crac, vous voyez apparaître, comme on dit, du psychanalyste. Totalement ridicule !

### **La nomination**

Les sociétés de psychanalyse avant Lacan et pourquoi ne pas le dire, bien après lui mais sous d'autres formes, sans même qu'aucune administration ne vienne s'en mêler, ont défini la psychanalyse sous une forme comptable pas très éloignée de celle que nous contestons aujourd'hui dans tous les domaines où l'on nous invite à gérer l'humain comme certains pensent devoir gérer la production industrielle. Ainsi pour être psychanalyste il fallait garder ses patients une heure les voir 5 fois par semaines leur faire payer cher leur séance, faire payer les séances manquées, ne jamais répondre etc. Tous ces critères qui chacun pris un à un peuvent avoir leur justification, être tout à fait indispensables dans certaines circonstances fussent-elles fréquentes, ces aspects extérieurs de la cure ne sauraient définir la démarche analytique, ne définiront jamais un psychanalyste. Or, bien entendu, après Lacan ça a continué à fonctionner à l'envers, On trouve toujours quelque benêt qui, en vous déniait le fait de pratiquer la psychanalyse y trouve l'intérêt d'être auto nommé pour respecter lui, à la lettre si j'ose dire, ces critères. Lacan en a balayé quelques-uns pour malgré lui parfois en instituer quelques autres tout aussi néfastes. Bien entendu cela a fonctionné comme critères d'évaluation et continuent de l'être incidemment, honteusement parfois.

### **Alors comment sortir de là ?**

Je vais vous faire un aveu, je n'en sais absolument rien, mais alors rien de rien. ça ne m'a pas empêché de me poser la question: à quel moment je me sens « bien » dans ma place de psychanalyste et à quel moment je ne m'y sent pas du tout. Voilà je vous livre ça comme ça. Là où je peux penser que je suis à ma place de psychanalyste, c'est un moment fugace, légèrement angoissant, ce moment se situe précisément lors de la rencontre, de chaque rencontre de la première à la dernière et se situe juste avant que le patient ouvre la bouche, cet instant dont précisément de placer le savoir chez l'analyste le DSM me prive. Car il me fait échapper à ce vacillement que l'on ressent devant ce qui va venir et qu'on ne sait pas et ce au profit d'un savoir supposément assuré et qui évite cette sensation étrange qui résulte de cette position de non-savoir anticipatif. C'est un peu angoissant. On fait alors un pari. Il va nous dire quelque chose que je ne sais pas et qu'il ignore au moins autant que moi. Ce pari je le fais chaque jour, plusieurs fois par jour. Parfois rien ne vient. La rencontre n'a pas eu lieu. Je suis déçu. Lui ou elle aussi sans doute. Ça ne m'empêche pas de situer ce point où le

rejoindre devant, au-delà de mon propre savoir qui n'est pas annulé pour autant mais qui attend l'occasion pour servir. À ce moment je ne renoncerai à aucun prix.

**Laurent Le Vaguerèse**

## Jimmy

L'accouchement a été déclenché à 38 semaines d'aménorrhée pour retard de croissance intra utérin. Une césarienne a été décidée en urgence pour souffrance foetale.

A la naissance : Bon état général. Retard de croissance harmonieux de 3 percentiles. Jimmy est hospitalisé 10 jours en neonat. Conclusion à la sortie : « Retard de croissance intra utérin d'origine vasculaire. Evolution simple ».

1<sup>ère</sup> Consultation au Camsp : Jimmy a 22 mois en 2007

Adressé pour des troubles autistiques conjointement par la PMI et un CMPP où il a été vu plusieurs fois mais où il ne peut pas être pris en charge rapidement pour des raisons de liste d'attente.

Dès ce 1<sup>er</sup> contact au Camsp, l'absence de mots autour de Jimmy ainsi que la négation par son entourage familial des maux dont il souffre participent à notre difficulté de penser le suivi de cet enfant. Lors de ce 1<sup>er</sup> rendez-vous, la mère vient accompagnée de sa propre mère chez qui elle vit avec son fils, et qui se présente comme l'interlocutrice privilégiée, la mère restant très en retrait voire mutique. Elles banalisent toutes deux les troubles relationnels de Jimmy, motivant leur venue au Camsp par un problème de constipation grave : dès l'âge de 1 mois Jimmy a été hospitalisé pour des épisodes de constipation avec de volumineux fécalomes. Une maladie de Hirschsprung a été suspectée puis éliminée.

Conclusion des investigations : « sténose anale traitée par des dilatations anales et des conseils diététiques. »

Sur le plan clinique lors de ce 1<sup>er</sup> rendez-vous :

Petit garçon hypotrophique- Il a eu une croissance régulière à -2ds jusqu'à 12-15 mois. Depuis cassure et stagnation de la courbe de poids et de taille. A marché à 19 mois.

En errance dans le bureau : déambule, gratte le radiateur. Joue avec sa salive (il n'y a pas de vrai bavage, mais il fait des bulles). Tous les objets sont explorés par la bouche. Évitement du regard : on ne peut accrocher le regard de Jimmy qui semble regarder au-delà de l'interlocuteur.

Absence de communication verbale et non verbale : ne répond pas aux sollicitations verbales ; ne répond pas à son prénom ; n'émet aucun son.

La mère et la grand-mère ne s'expriment qu'avec parcimonie. La maman de Jimmy assise en retrait n'intervient que si elle est sollicitée directement et répond après s'être assurée du consentement de la grand-mère par un échange de regard fugace.

Nous n'avons pas de renseignement sur le père de Jimmy : il ne vit pas avec la mère qui dit ne pas avoir son adresse, mais il vient voir Jimmy régulièrement, « pour avoir des papiers » nous dit la grand-mère. Nous n'en sauront guère plus lors de ce rendez-vous.

## Evaluation

Une évaluation conjointe par une psychologue- psychothérapeute et la puéricultrice du Camsp est proposée. Les rendez-vous sont difficiles à concrétiser : la mère ne conduit pas, n'imagine pas venir en transport en commun : les rendez- vous sont donc fixés en fonction des disponibilités de la grand-mère. Seuls deux rendez-vous sur trois seront honorés. La mère et la grand-mère n'expriment pas de demande par rapport au développement de Jimmy : elles sont là car la PMI leur a demandé de venir. Leur souci était en lien avec la constipation de Jimmy ; or un traitement prescrit par un gastro-entérologue a permis de diversifier l'alimentation et actuellement « Jimmy marchant seul et mangeant de tout » elles n'ont plus d'inquiétude. Pendant cette évaluation la maman se montre toujours très en retrait ; Elle n'a pas plus d'expression spontanée que lors du 1<sup>er</sup> rendez-vous et sollicite toujours du regard l'approbation de sa propre mère pour répondre aux questions qui lui sont posées. Cette grand-mère trouve que son petit-fils va bien, en tout cas aussi bien que sa fille au même âge et à aucun moment il n'est possible de mettre des mots sur ce que Jimmy donne à voir. La grand-mère montre alors sa fille, déclarant que Jimmy est comme celle-ci était à cet âge-là, et conclue « et vous voyez comme elle est devenue »... ce qui a pour effet de mobiliser l'angoisse des soignants...et de les laisser sans voix ou plutôt sans mots.

## Projet thérapeutique

Suite à l'évaluation et après une réflexion en équipe il est proposé, à partir de septembre 2008, un suivi conjoint par la puéricultrice et une psychothérapeute au rythme de 1 fois par semaine. Mais compte tenu de l'absence de demande de la famille, la prise en charge de Jimmy ne sera régulière qu'en décembre 2008 et après la mise en place d'un transport en taxi. Les soignants s'inquiètent du peu de présence psychique de cette maman qui se « pose » dans l'accueil du Camsp laissant son fils dans une errance totale. La prise en charge de Jimmy est rapidement étoffée par un travail mère-enfant qui débute en décembre 2008, ainsi que par une prise en charge individuelle en psychomotricité à partir de février 2009. En avril 2009 des modifications dans l'équipe, font que la prise en charge conjointe psychothérapeute/ puéricultrice est interrompue ; une prise en charge individuelle 1 fois par semaine par Yves Inserra, psychothérapeute, débute.

En parallèle des réunions de synthèse sont organisées avec l'équipe de PMI qui nous a adressé Jimmy, la question de l'adéquation de la famille aux besoins de Jimmy étant au centre de notre inquiétude et de notre travail commun. A différents moments nous avons souhaité l'intervention d'une travailleuse familiale à domicile ainsi qu'une socialisation de Jimmy en halte-garderie. La famille s'est toujours opposée fermement à une intervention à domicile et a mis en échec toutes les tentatives d'intégration en structure « petite enfance ». Au Camsp nous recevons donc une maman figée et un petit garçon dans le mouvement quasi perpétuel, tous deux sans mots, alors qu'à la MDS cette famille est parlée pendant d'interminables synthèses qui se concluent par une immobilité parfaite de l'équipe de PMI quant à d'éventuelles mesures de suivi éducatif à mettre en place.

## Le suivi

Nous allons vous faire partager 3 espaces du suivi de Jimmy au Camsp : le travail mère-enfant qui a débuté en décembre 2008, le travail en psychomotricité depuis février 2009, et la prise en charge en psychothérapie à partir d'avril 2009.

Un transport en taxi est mis en place pour permettre une régularité dans le suivi de Jimmy et afin que cette maman s'autonomise de sa propre mère pour les soins de son enfant : Jimmy vient au Camsp 3 fois /semaine. Cependant les trajets vont très vite devenir un réel problème pour l'observance des soins : différents chauffeurs de taxi se succèdent et renoncent rapidement à assurer les accompagnements de Jimmy et sa maman du fait de l'absentéisme de la famille qui ne prévient que rarement, et surtout de problèmes d'hygiène. Malgré différents abords de ce deuxième problème avec la famille, nous finissons par épuiser nos possibilités de transport et nous nous trouvons contraints d'en passer par la disponibilité de la grand-mère qui travaille dans une structure médico-sociale, avec des horaires variables. De janvier 2010 à juin 2011 le suivi de Jimmy ne pourra se faire qu'une fois tous les 15 jours avec chaque professionnel, mais à partir de ce moment-là il y aura une bonne observance des soins et la grand-mère assurera les transports avec une grande régularité.

### Travail mère –enfant

Je reçois donc Jimmy et sa maman 1 fois par semaine, puis une fois toutes les 2 semaines, pendant  $\frac{3}{4}$  h. Jimmy est en errance dans le bureau, se déplaçant avec une grande aisance, grimant avec la même aisance aux meubles, y compris aux étagères et, pouvant se mettre en danger physiquement. Il peut venir se coller physiquement à l'adulte, aussi bien à sa maman qu'au soignant, supporte difficilement d'être tenu par sa mère qui l'attrape au grès de son bon vouloir à elle, sans pouvoir par ailleurs être à l'écoute des demandes que son fils peut exprimer dans une ébauche de communication physique. Si Jimmy vient se coller à sa mère celle-ci ne lui ouvre jamais les bras, mais il suffit qu'il s'éloigne pour qu'elle l'attrape sans mot dire et le maintienne sur ses genoux alors que Jimmy se tortille pour demander à descendre. Je mets donc des mots sur ce que je comprends de ce désir maternel d'avoir une emprise sur Jimmy et sur ce qui m'apparaît comme une tentative d'expression de la part de Jimmy vis-à-vis de sa maman. Madame J. (même initiale pour le nom de famille et le prénom, la répétition de cette lettre étant un mot avec une connotation de déchet) est très étonnée que l'on puisse attribuer des désirs et des pensées à son fils, et pendant de nombreuses semaines ses interventions verbales se limiteront à mettre en doute la capacité potentielle à communiquer de son fils : « il ne comprend pas »

La maman n'investit pas plus son propre corps que celui de son fils : Jimmy est habillé de vêtements trop petits ou trop grands, il perd sa couche qui est mal mise, il est souvent taché, et, de toute évidence la toilette n'est pas régulière. Il est à la recherche d'un contact corporel adhésif sur la totalité du corps et quand il ne déambule pas il s'allonge sur le sol, jamais sur le tapis, à la recherche d'un ressenti de limites corporelles. C'est dans ce contexte que Stéphane Homeyer, psychomotricien le reçoit, et quelques mois plus tard une psychothérapie avec Yves Inserra, psychologue-psychothérapeute débute

Intervention de Stéphane Homeyer

Dans le contexte qui vient d'être décrit par le Dr Lisack, où la dimension relationnelle des troubles prédomine, la symptomatologie présentée par Jimmy nous a amené à penser qu'un abord par le corps pouvait être un « moyen » de le « rencontrer ». Une grande partie du travail aura consisté plutôt qu'à intervenir, à lire, décrypter, entendre ou dire ce langage sans parole chez Jimmy. La prise en charge en psychomotricité se sera donc faite selon 2 axes principaux que nous prendrons dans leur double dimension : corporelle (au sens de l'éprouvé) et relationnelle. Ces axes, à savoir l'agitation motrice et la « demande » de portage, précédemment évoqués par le Dr Lisack s'entrecroisent, s'articulent et se repèrent dans cette fonction, dans ce support éminemment parlant pour Jimmy qu'est le regard.

#### L'agitation motrice ou ce que disent les mouvements intestinaux

Lorsque je reçois Jimmy il a un peu plus de 3 ans ; les troubles intestinaux sont toujours très présents chez lui, notamment la constipation. Son retard et ses troubles sont présentés comme nous venons de l'entendre avec une certaine banalisation. La constipation, à ce stade du suivi n'échappe pas à cette banalisation. Jimmy est constipé mais les prescriptions médicales semblent dans le discours maternel et grand maternel avoir si ce n'est endigué le problème, tout au moins pris celui-ci en charge et sa résolution ne semble pas faire de doute le temps aidant. Au niveau des acquisitions posturales et de la motricité générale il n'y a pas de problème particulier signalé, si ce n'est un léger retard dans l'acquisition de la marche (19mois).

Jimmy est un jeune garçon qui dès le premier entretien montrera deux types de comportements moteurs : soit l'immobilité sur les genoux ou dans les bras de sa mère soit l'agitation permanente. Il passe d'une attitude à l'autre sans cesse dans une demande d'attention qu'il ne reçoit pas ou de façon discordante.

Jimmy sans sa mère bouge il déambule, il erre dans la salle, il grimpe. Seul moment où il s'arrête dans ses « explorations », outre la chute éventuelle qui le surprend, c'est lorsqu'il est pris par des sensations internes. Jimmy alors se fige, son regard s'immobilise quelques fois sur moi, son visage se crispe et on sent qu'il souffre de ce qui se passe en lui tout autant que de l'incompréhension que cela semble générer. Le corps de Jimmy lui échappe alors, et il subit ses sensations. Il geint se tord un peu, quelque fois il se dirige vers la porte puis s'arrête. Lorsque des épisodes similaires se produisent en présence de la maman celle-ci peut dire le plus souvent d'une voix désaffectivée et sans geste de réconfort, que son fils est constipé. Cette remarque ne lui est surtout jamais adressée en propre, elle est dite à l'attention de l'autre interlocuteur (psychomotricien, pédopsychiatre ou puéricultrice). Une partie du travail sera donc de reprendre dans les échanges avec la maman, lorsqu'elle assiste aux séances, ce qu'il peut en être de la parole qu'on peut adresser à son fils quand ces manifestations apparaissent: mettre des mots sur la douleur qu'il geint.

Quand Jimmy pousse pour expulser ce qui lui fait mal, il ne se passe rien. Il est rare en effet que lors des premières séances qu'il puisse faire dans sa couche. Dans le début de ce travail Jimmy n'est pas touchable, en tout cas pas dans quelque chose d'une attention portée à son corps et notamment à son ventre (nous verrons qu'il est essentiellement dans cet autre type de rapport physique qu'est le collage). Je m'arrête alors dans ces moments avec lui et je parle un peu de ce que doivent être ses sensations. Je nomme son ventre qui est l'endroit qui lui fait mal je nomme ses fèces qui le font souffrir et qui, à certains moments, ne veulent pas sortir. Jimmy dans ces instants peut me fixer ou fixer un point dans la pièce. Ces épisodes généralement ne durent pas très longtemps une à deux minutes au maximum. Puis Jimmy se remet en mouvement.

Les troubles intestinaux de Jimmy ne se limitent pas à la constipation : pour y remédier il est censé suivre une alimentation particulière qui ne lui est généralement pas donnée (souvent nous retrouvons Jimmy au début de son suivi dans la salle d'attente avec un biberon de coca cola) et, par ailleurs, il lui a été prescrit du Forlax. S'alternent chez lui constipations et diarrhées. Lors de ces dernières, Jimmy qui est généralement vêtu de vêtements assez lâches et ceint de couches qui ne tiennent pas, glisse ses mains dans sa couche, se macule d'excréments. Mouvements que banalise la grand-mère qui souvent l'accompagne « il le fait aussi tout le temps à la maison ». Jimmy ne maîtrise pas son corps, il ne semble pas comprendre d'où provient cette matière. L'appartenance même à son corps lui semble étrangère. Le plus souvent Jimmy est emmené rapidement pour être nettoyé par sa mère sans un mot. Rien ne lui est dit de ses fèces molles, de cet écoulement, qu'il ne semble ressentir qu'une fois répandu dans sa couche.

Dans cette alternance entre constipations et diarrhées le corps échappe donc totalement. Il échappe même au langage puisque rien n'en est dit. Dans les deux cas une excitation motrice s'en suit. Son errance dans la salle est incessante, rien ne semble l'arrêter. Il « délimite » l'espace, touche les murs, vient vérifier les interstices comme les rainurages des radiateurs électriques. Sur tout cela je mets des mots. Je ne comprends généralement pas ce qui motive les déplacements de Jimmy pour lesquels je peux, au mieux, formuler des hypothèses. Cependant si ce mouvement et la fonction qu'il a pour lui m'échappent, l'augmentation de celui-ci lors de ces épisodes « fécaux » m'apparaît comme une tentative pour Jimmy de maîtriser son corps. Au moins semble-t-il interroger une possibilité pour lui de maîtrise. C'est en tout cas ainsi que je le lui rapporte en séance.

A ce mouvement incessant lors de certaines séances je propose à Jimmy mon immobilisme, je laisse libre court à sa mouvance, sauf lorsque celui-ci se met en danger. Au fur et à mesure du travail Jimmy va venir interroger mon immobilité qui, à certain égard, reprend celle de la mère, les mots en plus. En effet au début du suivi au CAMSP lors des entretiens ou des réunions extérieures madame ne réagit pas lorsque Jimmy déambule, elle ne le regarde pas elle n'intervient pas lorsque son fils grimpe et se met en danger. Cependant dans nos séances Jimmy va être semble-t-il intrigué par cet immobilisme qui lui parle, qui s'adresse à lui. Et pour cause.....

### Du collage au portage en passant par la carapace olfactive

Premiers entretiens : Jimmy et madame paraissent à certains moments collés l'un à l'autre. Madame prend Jimmy, elle le colle sur ses genoux. Il y a cet incessant mouvement qui consiste en un collage décollage perpétuel. Sur les genoux de sa mère Jimmy au bout d'un moment plus ou moins long (ça n'excède jamais quelques minutes sauf s'il est endormi) s'agite, bouge, quelque fois il la tape (ce qui génère peu de réactions ou de mots chez madame si ce n'est de relâcher sa pression). Jimmy se tortille donc et fini par échapper à la tenue de sa mère. Il glisse littéralement au sol, part quelques instants dans la salle, puis revient, semble vouloir la solliciter et se retrouve invariablement repris sur les genoux où il se colle contre son ventre, puis cela recommence. Etrange impression que celle qui saisi à certains moments, d'un arrachement difficile de ces deux corps, l'un au prise avec l'autre, sans regard, dans une violence de mouvements lents. Etonnant balais en définitive de deux corps qui se cherchent et se rejettent en permanence, sans jamais réellement trouver d'accordage. On pourrait y voir comme un dialogue de sourd-muet.

Nous avons mentionné auparavant que dans ses déambulations Jimmy se mettait en danger. La notion même lui est étrangère. Jimmy, très agile, monte n'importe où, les espaces semblant pour lui indifférenciés, sans perspective : sol, chaise, radiateur,

caisson métallique, bureau paraissent sur le même plan. Si le danger lui est étranger il génère par contre chez l'autre cette angoisse de la chute. Jimmy grimpe, court dans la salle sans semble-t-il prendre en compte les obstacles. La situation de déséquilibre, de bord, semble particulièrement lui plaire. Souvent il se met sur une poutre en mousse, debout, les pieds au bord. Il se laisse chuter plus qu'il ne saute ou, lorsqu'il le fait, ses pieds, ses jambes se dérobent et le corps entier se retrouve au sol petit pantin désarticulé. Cette position est d'ailleurs une de ces préférées il donne alors cette impression d'adhérer à la surface. Jimmy chute-t-il sur le tapis que son corps s'y allonge, Jimmy monte-t-il sur la table qu'il y colle son ventre.

Il interroge ce collage, ce rapport aux parois quel que soit leur orientation spatiale (horizontales ou verticales). Les affiches collées au mur sont systématiquement arrachées quand elles sont à sa portée : Jimmy regarde en dessous, semble questionner cet interstice entre l'affiche et le mur. Il vérifie cet espace, il vérifie son existence ainsi que la possibilité de l'arrachement. Surtout la possibilité de l'arrachement.

C'est bien dans l'adhésivité qu'est Jimmy : son rapport à l'autre ne peut être qu'ainsi au début de notre travail. Lorsqu'il s'approche de moi il arbore un rictus, simulacre de sourire, les coins de la bouche tirés. Il me regarde et ce regard fixe, le guide jusqu'à moi un peu comme un faisceau attractif ; dès qu'il est dans une certaine proximité il colle son corps au mien, comme il se colle à celui de sa mère. Les regards, (mais peut-on alors parler de regards ?) ne se croisent plus à cet instant et Jimmy est dans un accrochage physique très important. D'autant plus important d'ailleurs qu'on essaye d'y mettre de la distance. On ressent réellement la violence de l'attraction des corps évoquée tout à l'heure. Violence pour le soignant, mais également violence pour Jimmy qui en est pourtant l'initiateur.

Jimmy est dans le corps à corps et ce collage physique se double d'un envahissement olfactif. A sa peau colle une odeur. Chez l'ensemble de l'équipe le manque d'hygiène de Jimmy et de sa mère provoque une certaine répulsion. Odeur forte de crasse et de moisissure qui colle à ses vêtements, à lui. On a dit tout à l'heure la taille toujours inadaptée de ses vêtements mais il faut également évoquer leur saleté. Ils sont maculés de tâches et de trainées noirâtres. Le collage pour Jimmy c'est aussi partager une odeur ou bien la mettre à distance. Odeur confondue du corps de sa mère et de la sienne propre, dans une indifférenciation olfactive.

Il semble que ce soit cette indistinction qu'il met en jeu lorsqu'il vient se coller à moi. Dans les moments où j'accepte cela, je propose à Jimmy quelque chose qui est différent du collage habituel, ce n'est pas le même corps, ce n'est pas la même odeur, il y a dans ce collage un début de différenciation. Car même dans cette grande proximité physique il existe une certaine mise à distance. Une certaine différenciation des autres en comparaison du corps maternel. On peut d'ailleurs parler quant à cela de l'odeur mais aussi de la tenue physique des corps qui ne sont pas les mêmes et que Jimmy vient explorer. Jimmy s'en aperçoit, son regard va l'exprimer de mieux en mieux au fur et à mesure du suivi, et nous allons pouvoir passer d'une indifférenciation à une relative reconnaissance.

Le travail ici a été d'instaurer un espace entre nos deux corps, espace physique, mais aussi espace de la parole et pour se faire, nous avons travaillé avec une certaine forme d'acceptation du collage pour mieux se décoller. C'est aussi dans cette réciprocité du toucher que la relation, avec toutes les limites qu'elle a encore, a pu s'ébaucher avec Jimmy.

Autre travail en parallèle sur l'acceptation du contact physique : le danger évoqué initialement des possibles chutes de Jimmy a créé les conditions du porté. C'est donc aussi au travers de ces circonstances dangereuses que j'ai pu toucher Jimmy. Cette



intervention physique et protectrice qui n'existait pas initialement avec la maman m'a donc autorisé un contact. J'utilise le verbe « autoriser » parce qu'à ce moment-là il me semblait que Jimmy « adressait » quelque chose dans le transfert. La peur qu'il générerait au travers d'une potentialité de chute, réclamait l'intervention autant qu'elle venait signifier la dangerosité du contact physique. On pouvait tout à fait y lire que si l'adhésivité n'était plus là, la dangerosité de la situation la ramenait. Dans le même temps cette situation pointait la dangerosité intrusive que peut constituer pour lui l'irruption du contact physique forcé. Car de fait dès que Jimmy se met en situation dangereuse il vient solliciter l'intervention immédiate et rapide de l'adulte. On retrouve ce double positionnement, décrit plus haut, des premières rencontres avec Jimmy et sa mère. Dans le travail avec Jimmy, il a donc fallu pouvoir, à certains moments, laisser la possibilité de ces ascensions, sans autre intervention qu'une présence sécurisante. A d'autres moments par contre un portage de Jimmy accompagné de mots (interdit ou information sur un potentiel danger) lui aura permis parce que cela lui permettait d'anticiper, d'accepter le contact et de le vivre comme quelque chose qui n'est justement pas dangereux.

### Le travail en séance

En parallèle des mots posés sur les actes et les sensations de Jimmy et pour permettre ceux-ci (les mots pas les acte), auront été proposées différentes médiations. Pour illustrer voici une de ces activités qui nous semble avoir permis de créer un interstice relationnel en abordant la symptomatologie intestinale, signe pour nous des difficultés d'intégration du schéma corporel chez Jimmy.

Si pas un mot et peu de bruit n'émanent de Jimmy celui-ci est très sensible aux sons. Un travail de percussion lui est donc proposé lors de nos séances. Il se fait par le biais d'un tambourin contenant des graines. Premier point il s'agit d'offrir à Jimmy une exploration d'objet autrement qu'avec sa bouche. Mais l'objectif principal est de travailler via ce médiateur le rapport au toucher, un toucher dont l'effet est immédiat et perceptible. Je montre et propose à Jimmy différentes formes d'utilisation du tambourin : le frapper qui a sa préférence sans doute du fait de la brièveté, le gratter, ou le frotter. Les sensations produites sonores ou tactiles ne sont pas identiques et ne génèrent pas les mêmes réactions chez Jimmy. Ainsi le frapper est bref, vif et produit un son mat, il est très répétitif et frénétique au début chez lui, il relève réellement de la décharge motrice et nourrit une excitabilité déjà importante. Le gratter et le frotter sont plus succincts au début et préférentiellement investis du côté de l'écoute pour Jimmy, ils nécessitent dans un premier temps d'accompagner son geste.

Dans cette activité le toucher est donc multiple dans l'utilisation, et cette multiplicité est accrue par mon accompagnement du geste et des sensations chez Jimmy. C'est l'ébauche d'une première réciprocité avec lui puisqu'il est évident qu'on ne peut jamais être touché sans toucher soi-même de retour. Il touche donc autant l'instrument qu'il accepte d'être touché. Dernier point le tambourin objet fait de peau, triple ce toucher. Ce qui aura été proposé ici est que le toucher se dégage de l'excitation motrice qu'il génère chez Jimmy et qu'il puisse s'inscrire dans quelque chose de plus posé et surtout de plus spontanée. Pour ce faire lors de toutes les séances l'instrument sera laissé à disposition dans la salle à portée de Jimmy. Il en fera d'ailleurs bien d'autres utilisations, et ceci au-delà de ce que je pouvais y rechercher moi-même.

Autre qualité de cet instrument constitué d'un Arceau en bois que recouvre une peau et dans lequel des graines ont été insérées, il produit des sons, des sons différents bien évidemment selon la manière dont on s'en sert. Dans le frapper très investit par Jimmy

nous pouvons dire qu'il produit un son entre mat et clair mais surtout un son qui a une résonance. Ce dont il s'agit pour nous ici c'est bien de penser avec Jimmy que ce son produit une résonance entre deux peaux. Sentiment d'un contenant pour ce son, d'un espace entre deux peaux qui existe et qui en même temps tient quelque chose. Ce sentiment est d'ailleurs renforcé par les petites graines qui produisent un autre son lorsque l'on remue l'instrument et qui n'en sortent pas. Nous passons plusieurs moments avec Jimmy à regarder ce va et vient des graines en transparence, ce spectacle lui plaît et il peut le regarder quelque fois 2 à 3 minutes. J'évoque même quant à moi que le bruit des graines fait penser au bruit du ressac, le bruit de la mer. Ce contenant sonore, ce contenant physique, cet espace clos Jimmy va venir l'interroger de différentes manières questionnant lui-même à l'occasion une imperméabilité de peau pourrait-on dire.

Pour ce faire Jimmy va par exemple monter à pied joints sur le tambourin, il en éprouve la résistance. A d'autre moment il va se glisser dessus, à plat ventre, ressenti de la surface, du peau à peau, mais également perceptions des vibrations lorsque je frappe dessus. Il va également pouvoir jeter l'instrument dans la salle écoutant à la fois le son produit mais pouvant aussi vérifier que celui-ci n'est pas détruit et/ou que son contenu ne se répand pas à l'extérieur.

#### Quel résultat au travail effectué avec Jimmy ?

Pour conclure sur cette séquence de prise en charge j'aimerais évoquer la progression de Jimmy au travers d'une avancée essentielle chez lui à savoir l'évolution du regard. C'est le fils rouge que j'évoquais au début. Il me semble que l'évolution de celui-ci permet de saisir la progression de Jimmy dans la prise en compte de l'autre et dans l'intégration à minima d'une possible distance interpersonnelle. On sait par ailleurs la nécessité du vide ou de l'espace interpersonnel pour que la parole puisse émerger. A son arrivée au CAMSP Jimmy ne regardait pas, son regard ne se posait pas, l'autre n'y existait pas. J'ai décrit pour ma part que dès nos premières rencontres le regard de Jimmy pouvait se « poser » sur moi : il avait auparavant déjà bénéficié d'une première prise en charge dans laquelle était bien décrite cette absence de regard. Cependant lorsqu'il posait les yeux sur moi la dimension relationnelle inhérente au regard en était absente. Son regard était soit en périphérie suivant ses déambulations, soit dans l'adhésivité lors de rapprochements pour ne pas dire lors d'accrochements physiques. Petit à petit le corps se décalant de celui de l'autre, c'est à dire à la fois pouvant s'en rapprocher sans danger (cf. les déambulations) et s'en décoller (cf. le collage), nous avons vu la qualité du regard de Jimmy changer. Nous pourrions dire qu'il a pu s'ajuster en fonction de la distance à l'autre. Si nous pouvons rendre compte de cette progression nous pouvons dire d'abord que ce vide se mua progressivement en un regard plus incarné ; lorsqu'on lui parlait pendant les activités, s'il ne nous regardait pas, tout au moins son regard semblait nous montrer qu'il prenait cette parole pour lui. Par la suite ce fut un regard qui pouvait « s'adresser », notamment dans l'interrogation lorsqu'à certaines occasions Jimmy redemandant le collage à l'autre, une distance physique lui était imposée par le geste et la parole. Lors des dernières séances dans ces situations son regard s'animait et prenait davantage en compte le visage et le regard de la personne qui s'adressait à lui. Bien sûr, ces échanges restaient encore minces dans le temps comme dans la relation, et leur pérennité pour Jimmy était tributaire des fluctuations et de la fréquence (trop mince bien que régulière) des rendez-vous. Mais ces signes étaient alors présents et laissaient penser l'ébauche d'une relation possible à l'autre, à ce moment-là, et ceci en deçà de la parole pour cet enfant.

## Suite du travail mère-enfant

Parallèlement le travail mère-enfant se poursuit tentant de soutenir quelque chose d'une communication entre Madame J. et Jimmy. Peu à peu Jimmy commence à réagir à un objet qui lui est adressé : il peut ramasser la balle qui lui est envoyée, la porter à la bouche, quelquefois la faire repartir de façon non adressée, et même me lancer un regard furtif qui me traverse moins qu'auparavant.

Il réagit par la mimique aux réponses sonores que je lui adresse avec le balafon quand il fait des sons en grattant ou tapant le radiateur. Il est aussi moins dans le collage corporel et peut, parfois, positionner son corps pour exprimer ce qui semble être la demande que je répète une comptine.

La maman reste figée sur sa chaise, ne s'adressant pas plus à Jimmy qu'à moi-même, ne rentrant qu'exceptionnellement en interaction avec Jimmy et à condition d'être sollicitée directement. Ce n'est qu'après plus d'un an de travail que Madame J. réagit lorsque son fils se met en danger en grimpant, pour le redescendre au sol mais en général dans le silence, mettant Jimmy dans le non-sens si un tiers ne mets pas des mots sur ce qui se passe.

Comme l'a pointé Stéphane Homeyer, c'est aussi un enfant qui a pu être très plaintif par moment en se tenant le ventre, voire en sanglotant sans que sa mère ne réagisse. Cependant, lors d'une séance au printemps dernier, et alors que Jimmy était à nouveau très plaintif, sa mère a cherché pour la première fois à donner du sens à cette plainte en faisant du lien avec ce que Jimmy donnait à voir d'une douleur éventuelle.

Madame J. est restée longtemps dans une grande méfiance à l'égard du Camsp et laissait entendre qu'elle ne pouvait pas répondre à des questions même relativement banales, évoquant parfois une autorisation qu'il se serait agit d'avoir.

Il y aura au cours de ce travail des moments particuliers :

-Au printemps suivant les 3 ans de Jimmy, Mme l'inscrit à l'école, attribuant à l'école un pouvoir thérapeutique, dans une sorte de pensée magique : « quand il ira à l'école ça ira ». Jimmy fait sa rentrée à l'école, matin et après-midi, sans aucune préparation, Madame J. n'ayant évoqué ni les difficultés de Jimmy, ni le suivi au Camsp malgré nos recommandations...ce qui nous vaut un appel de l'école le jour de la rentrée. Il est finalement décidé en équipe éducative que Jimmy sera accueilli 3 jours par semaine pendant 1h1/2 en présence d'une EVS. En réalité Jimmy sera très peu scolarisé : après un absentéisme régulier et jamais excusé, Madame J. le déscolarisé dès le mois de novembre par crainte de la grippe A ; il retourne à l'école en janvier mais son EVS étant malade l'école demande un temps d'organisation que la maman vit comme un rejet et elle ne le scolarisera plus, sans qu'elle n'en dise rien à l'école.

Ce contact avec l'école va nous permettre d'aborder à nouveau l'orientation de Jimmy. Sa mère et sa grand-mère s'opposent fermement à une orientation vers le secteur psychiatrique considérant toujours qu'il n'a qu'un léger retard. A aucun moment nous n'arrivons à mettre avec elles des mots sur les maux de cet enfant. Elles finissent par accepter l'idée d'une orientation vers un IME lorsque j'évoque la notion de danger à maintenir Jimmy dans un isolement social complet, mais s'opposent à la constitution du dossier MDPH « réservé aux handicapés ». Elles souhaitent un autre avis, hors département, première parole et demande exprimée autour d'une ébauche de reconnaissance des troubles de Jimmy. Devant notre acceptation, et notre proposition de les aider à prendre un rendez-vous sur Paris, leur méfiance cède et la demande d'orientation peut se faire. Ce cheminement a pris tellement de temps que

l'établissement avec lequel nous étions en contact n'a plus de place pour la rentrée 2010. Mais le travail de différenciation entre Jimmy et sa mère, ainsi qu'entre la mère et la grand-mère de Jimmy s'est mis en place en même temps que des mots peuvent commencer à se dire au sein de cette famille, entre la mère et la grand-mère, entre ces deux femmes et Jimmy, ainsi qu'entre elles et l'équipe du Camp. La grand-mère peut solliciter sa fille et non seulement la laisser prendre la parole mais aussi la lui donner, en la nommant comme la mère de Jimmy. Madame J. accepte les démarches vis-à-vis de la MDPH et se différencie maintenant suffisamment de son fils pour pouvoir imaginer un internat séquentiel si Jimmy ne pouvait pas être admis en externat.

- Le père de Jimmy, grand absent du suivi va être parlé par la mère et la grand-mère après les 3 ans de Jimmy. Ce monsieur qui ne venait plus voir son fils réapparaît et demande un droit de garde, « pour avoir des papiers » nous disent-elles. La maman dit toujours ne pas avoir son adresse. Nous sommes contactés dans le cadre d'une enquête sociale et manifestons le désir de rencontrer le papa, sans effet. La représentation paternelle qui est proposée à Jimmy par les femmes qui l'entourent est essentiellement violente. Au fil des visites médiatisées qui ont lieu d'abord régulièrement, puis selon un rythme plus chaotique, pour finalement s'interrompre la maman peut laisser entendre que les rencontres entre Jimmy et son papa ne se passent pas mal. Elle pointe aussi la ressemblance physique entre Jimmy et son père. Les hommes de la famille viennent alors hanter l'histoire familiale... par leur absence : soit ils sont morts jeunes de maladie, soit ils sont inconnus, n'ayant pas transmis leur noms à leurs enfants confiés dès la naissance à l'ASE et ce depuis les arrières grands parents de Jimmy. En fait 3 générations de femmes vivent sous le même toit que Jimmy : sa mère, sa grand-mère et son arrière-grand-mère.

#### Intervention d'Yves Inserra

Pour ma part, inscrit avec mes collègues dans ce travail, je parlerai de Jimmy en faisant aussi référence à la théorie dite du transitivisme élaborée par G Balbo et J. Berges puisqu'aussi je suis analyste membre de la libre association Freudienne et que c'est en ce lieu que j'y élabore mon travail clinique.

Je commencerai donc par une phrase tirée du bouquin « Psychose, autisme et défaillance cognitive chez l'enfant » des auteurs précédemment cités pour illustrer mon propos qui suivra lors de ma première rencontre avec Jimmy et sa maman.

« C'est l'absence d'hypothèse par la mère (ou qui en tient lieu) d'une demande chez l'enfant qui est pour lui constitutive d'un traumatisme qui l'oblige à mettre en place des fonctions défensives que nous appelons psychotiques... ».

Tout d'abord, je viens comme troisième thérapeute dans la carrière institutionnelle de Jimmy, et il a été qualifié alors par l'une de mes précédentes collègues de ce signifiant « d'enfant sauvage » qui s'avère à la fois juste mais peut-être un peu fort, et bien qu'il soit laissé en absence de mots et d'hypothèses, il est plus près d'un « petit sauvageon » avec toute l'affectivité que recouvre ces termes mais qui déjà illustrent ce que disent Balbo et Berges.

Donc, lors du premier rendez-vous, je reçois Jimmy et sa maman, avec en tête tout de même ce signifiant « d'enfant sauvage » et je m'attends alors à quelqu'un en grande difficulté et surtout toujours en mouvement. Or ce qui me marque à ce moment premier, c'est l'absence de désir chez la maman, l'absence de mots, positifs ou négatifs, peu importe, pas même une interrogation sur le devenir de son enfant.

C'est manifestement un peu silencieux entre nous et Jimmy nous regarde allongé par terre, tour à tour. Madame reste impassible, imperturbable, rien lorsque je la questionne sur l'histoire familiale n'évoque quelque demande que ce soit ou quelque

élaboration. C'est frappant !!! Ça frappe, ça surprend, à ce point-là, cette absence de désir, cette absence d'hypothèse concernant son enfant. De fait, ce qui d'emblée se joue lors de ce premier entretien corrobore ce qui est évoqué par mes collègues de traits autistiques, de défenses psychotiques chez cet enfant et que je relie alors à cette phrase que je vous ai citée plus haut sur l'absence d'hypothèse par la mère.

Quand Jimmy se lève, toujours au cours du premier entretien, c'est pour en effet déambuler, essayer de monter sur les meubles avec en outre beaucoup d'aisance, beaucoup d'agilité, sans aucune notion de danger. Et puis, il semble que cela ne peut pas s'arrêter sauf quand même lorsque je lui parle. Là, il vient s'asseoir sur mes genoux atteint d'immobilisme... C'est donc un comportement sans nuance, je bouge ou je m'immobilise. Ça m'évoque alors quelque chose de la fonction et du fonctionnement, il y a chez Jimmy une jouissance qui ne s'arrête pas, qui n'est pas bordée, car rien dans les hypothèses de la mère n'est venu faire barrage à la jouissance, rien dans ces mots n'est venu nommer ce qui arrive et traverse Jimmy.

Il en est de même pour la constipation, Jimmy n'est pas vécu autrement que comme un enfant resté à l'état de besoins, sans mots, sans maux et pourtant que de douleurs seront évoquées plus tard lors d'autres séances ; et peut-être que sa seule manière de contester cet état de fait, quand on n'a pas les mots, c'est d'être constipé, d'afficher sa souffrance.

Ainsi là, 2 notions théoriques sont présentes, cette fonction, par exemple la marche, et son bon fonctionnement, pas seulement dans la déambulation, dans le fait simplement de marcher, et bien c'est avec Monsieur HOMEYER que cela peut commencer à exister, lorsqu'avec des mots, il vient border quelque chose qui nuance ce qui traverse Jimmy, lorsqu'il fait l'inventaire, la collection en nommant et constituant ainsi du corps pour lui. Pour autant, Jimmy ne sera pas enfermé par cette nomination car elle semble vouloir déchiffrer du signifiant plutôt qu'être du colporteur.

La deuxième notion, c'est lorsqu'une mère ne prête à l'enfant que la satisfaction de ses besoins, elle exclut alors toute demande autre que cette satisfaction. Ainsi, deuxième phrase de Balbo et Berges : « Le destinataire est à une place de laquelle le message ne peut donc être inversé, puisque cette fonction ne lui est pas prêtée ou anticipée ».

C'est donc pour l'enfant une demande de se taire. S'il se tait il satisfait un besoin et ça l'exclut du langage. Retour à la première phrase : « Le système défensif psychotique est donc caractérisé par le fait qu'il est exclu du langage » dit des mêmes auteurs.

Et bien c'est un peu comme ça chez Jimmy, il déambule plutôt que de marcher, il obtempère et le langage n'est pas... Certes, obtempérer c'est tirer un avantage qui consiste à se maintenir dans une relation privée de langage (silencieux) avec sa mère, et donc de rester dans un rapport incestueux qui existe entre eux.

Mais quand même, on peut penser qu'il y a un lieu où Jimmy conteste, ou existe sa demande dans l'espace thérapeutique, c'est la constipation et la plainte qu'il fait entendre lorsqu'il en souffre, à moins qu'encore une fois ce ne fut-ce que jouissance. Ce n'est cependant pas ce que j'entends, car la plainte qu'il finira par éprouver avec des pleurs, des larmes, ne demande qu'à devenir un mot sur ses maux de ventre et envisager qu'il y ait du soin autour de cette souffrance.

Comme vous avez pu le constater, j'ai glissé du premier entretien à la continuité de la cure, et mes questions alors à chaque fois que Jimmy vient en séance sont : va-t-il me proposer quelque chose ? Me voit-il vraiment ? Etc., enfin toutes ces interrogations que nous élaborons au fil de la rencontre.

Mais c'est lui qui mène la cure, c'est lui qui me guide selon l'état dans lequel arrive, propre ou sale, souriant ou fermé, courant ou collé contre sa mère. Au fil du temps, on le verra moins collé à sa maman mais essayant parfois de lui faire entendre une

demande de tendresse dont peut-être elle finira par se saisir, une fois ou deux peut-être...

Puis ce qui m'interpelle chez Jimmy ? C'est son regard, ce regard qui semble voir au-delà de son interlocuteur, qui regarde ailleurs, errant, tendant vers on ne sait quel objectif et qui nous rend transparent car il fixe, mais que fixe-t-il ? Est-il ce que disent Balbo et Berges : « L'agrippement du regard sur les yeux d'autrui appartiendrait, nous semble-t-il, à la fonction défensive de tenir, de fixer ; ce qui montre bien en quoi le regard est l'objet même, c'est-à-dire la mère pré spéculaire, le grand Autre d'où rien ne doit choir ».

En effet, c'est sûrement une défense chez cet enfant, une absence de cadre, de limite au miroir, et c'est pourtant vers cela qu'il va aller, vers la rencontre de son image car dans le bureau où je le reçois, qui est aussi le bureau d'Elisabeth LISACK, il y a un miroir, et c'est là que je vais le surprendre à plusieurs reprises lorsqu'il va s'arrêter sur sa propre image. Je suis d'abord interloqué par le fait qu'il se regarde et sourit à son image dans le miroir...

C'est alors que je viens derrière lui et je réponds à son sourire par un sourire en lui parlant de ce que nous sommes en train de faire. Puis, je fronce les sourcils, je le vois essayer, et je lui fais des grimaces. Ce jeu- là va durer environ entre 4 et 5 séances ou je nomme ce qui se joue du sourire, de l'éprouvé qui l'accompagne, des grimaces et du sentiment qu'il peut ressentir entre le « drôle » et la « peur », j'é mets alors à mon insu, comme la mère ou plutôt comme un grand Autre maternel, l'hypothèse que ce que je lui dis, il peut l'éprouver, le ressentir et comme le disent encore Balbo et Berges, s'identifier le discours et non s'identifier à ou seulement imiter, mais s'identifier le discours de ce que je représente pour lui dans cet espace thérapeutique.

Un petit détour par l'identification transitive qui est selon leurs auteurs « littéralement une identification qui s'identifie le discours de la mère de façon active dans un mouvement d'incorporation. Elle n'est pas une identification par laquelle le sujet s'identifie au discours de la mère comme discours. Je m'arrête là pour la citation mais si suffit de lire « jeu des places de la mère et de l'enfant. Essai sur le transitivity » pour avoir la suite.

Toujours est-il qu'à ce moment, c'est à cette identification que je pense car il y a, à l'instant où je parle à Jimmy, un éprouvé corporel auquel il est intéressé. En outre, lui dire que l'on sourit parce que l'on est heureux ne se soutient d'aucun référentiel en attestant la certitude et peut-être alors s'introduit du symbolisme.

Quoiqu'il en soit, c'est dans la continuité de l'échange, devant le miroir que des sons, des babillements, des bafouillages apparaissent de plus en plus au cours de nos séances. Il se met à jouer avec sa main devant sa bouche, modulant les sons qui en sortent. Puis, petit à petit, tandis que je l'ai nommé de son prénom et que je me suis nommé d'une position, je lui dis : « Vous n'avez plus besoin de moi pour vous voir » et peu à peu je disparaiss du miroir. Encore une fois j'applique à la lettre les conseils écrits ayant bien entendu que « c'est la négation qui est essentielle, et non le positif », c'est ce qui fait advenir du sujet, c'est ce qui caractérise l'ICS. Pour autant, j'en oublierai presque que Jimmy n'est pas seulement névrosé et que du coup, cela ne va pas forcément réussir.

Et puis, il reste la maman, la vraie, celle qui n'émet aucune hypothèse, celle qui n'est pas prête au coup de force pour faire de son enfant autre chose qu'un objet, un enfant du besoin et je soutiens encore une fois ce que je dis de cet énoncé : « Cette incapacité de la mère, par son transitivity, à faire l'hypothèse d'une demande chez son enfant, ou encore de permettre « le coup de force » par lequel elle lui demande de s'identifier son discours, a pour effet de laisser l'enfant dans le besoin, excès de besoin

impossible à élaborer dans le symbolique. Ce qui a pour conséquence le non accès à la parole, depuis le retard de langage, jusqu'au mutisme : soit le passage du besoin du côté du corps».

Du coup, s'il existe des sons chez Jimmy, des bafouillages, des onomatopées, le langage n'est toujours pas là, il n'advient toujours pas. Adviendra-t-il un jour ?

J'en reviens du coup vers le miroir et la notion de stade du miroir élaboré par Lacan que reprennent encore toujours nos deux mêmes auteurs en nous rappelant que lorsque l'enfant jubile et anticipe, il y a aussi un « deuil à se voir dans le miroir, c'est-à-dire à se distinguer de tout ce qui nous entoure ». Ainsi en est-il du détachement des objets qui regardaient l'enfant dont aussi la mère. Il doit accepter que Tout cela, ce n'est pas lui.

Mais, pour l'enfant psychotique, « le miroir sans limite, c'est le miroir sans signifiant ; le deuil dont il est question, c'est le deuil de la chose ». Or « le dispositif du psychotique contre ce deuil c'est le non-renoncement à ce morcellement ; il n'entend pas le signifiant, d'autant que celui-ci ne lui est pas fourni ni affirmé par la mère. Et la forclusion du Nom-du-père, c'est bien la carence de cette affirmation, à savoir qu'un signifiant est différent de lui-même de ne se définir que négativement ».

Cette citation un peu longue, en simplifiée, ça veut dire que tout sujet advient du renoncement à sa totalité, advient du fait qu'il est morcelé, ce que refuse l'enfant psychotique, refusant de faire le deuil qu'il n'est pas un avec sa mère. Si d'autant plus cette dernière n'utilise pas de signifiant pour affirmer cette différence et ce morcellement, l'enfant n'accepte pas la séparation et continue à faire un, puisqu'en plus du père il n'y en a pas.

Ce petit détour pourquoi ? d'abord pour nous rappeler que chez Jimmy, c'est comme cela que ça fonctionne et malgré tout ce qui eut lieu entre nous dans le miroir, devrais-je écrire nous N.O.U.E, comme un nouage, il n'en reste pas moins pris dans cette totalité avec sa maman et quoique j'ai alors pu élaborer, anticiper pour lui, cela n'a pas pu se soutenir dans le temps et ce malgré le travail effectué par Elisabeth Lisack qui réussira pourtant à amener la maman à entendre les souffrances de son enfant.

Il reste aussi de la difficulté du travail avec Jimmy, ce que rappelle Elisabeth de la place du père et qui illustre ma citation précédente. C'est après les 3 ans de Jimmy qu'il est enfin parlé, qu'il s'énonce d'être un signifiant qui ex-siste, et même si c'est en négatif, dans la négation on peut supposer qu'il existe. Mais, il est déjà trop tard lorsqu'il pointe son nez, le mal est fait, le mâle est fait et la malle est faite dans son plein sens du terme, entre la malle faite par le père et le mal dit par la mère et la grand-mère.

Rien des hommes ne peut-être retenu du non et du nom, du nom-du-père, sauf des descriptions imaginaires de violence ou de ressemblances, le reste : c'est briller de son absence. Absence des noms du père, absence de transmission, c'est caractéristique de l'Ab-sens, pas de sens pour Jimmy mais pas plus pour sa maman. Enfin, l'apparition dans la réalité de ce père a-t-elle une vraie incidence sur l'évolution de Jimmy et ce même si ça se passe bien, quand il s'agit d'un homme de papier. Il y a donc bien carence paternelle qu'aucune réalité d'un père ne peut a priori combler s'il n'est pas en tant soit peu soutenu du désir de la mère.

C'est ici que nous en étions au départ de Jimmy, en tout cas en ce qui me concerne, tenté d'élaborer une stratégie qui puisse réintroduire du père dans la cure qui autorise que quelque chose du travail pérennise, péré/nise. Je n'ai pas parlé de l'école qui fut la seule hypothèse de la mère, un enfant qui aille à l'école, mais finalement tellement « folle » qu'en fait elle n'a pu tenir et être tenue, autant d'un côté que de l'autre, que ce fut la mère ou l'institution scolaire, et ce à juste titre.

## Conclusion

Jimmy est sorti du Camsp en septembre dernier pour intégrer un IME en externat. Au cours des 6 derniers mois du suivi de Jimmy par le Camsp, des mots ont pu être posés par sa mère et sa grand-mère soit conjointement lors de rendez-vous les associant, soit par la mère de Jimmy lors des rendez-vous mère-enfant, sur les maux de cet enfant mais aussi de cette famille, permettant à cette mère de sortir du déni dans lequel elle était, d'imaginer un soin plus global pour son fils et d'accepter une orientation adaptée aux besoins de Jimmy.

Bien que Jimmy ne soit toujours pas un enfant dans la communication, c'est un petit garçon qui a maintenant un début de conscience de l'existence de l'autre.

La famille fonctionne toujours sur le mode particulier d'un clan de femmes dans lequel les hommes n'ont pas d'existence. Cependant un espace personnel est autorisé à Jimmy par sa mère qui accepte son orientation en IME, en externat « pour commencer » dit-elle. Cette évolution qui reste limitée mais qui est le début d'une ouverture pour Jimmy a pu se faire grâce à un travail conjoint entre des prises en charge individuelles et un travail mère-enfant l'ensemble permettant une apparition, modeste certes, des mots au sein de cette famille ainsi qu'entre la famille et l'équipe du Camsp, apparition qui permet à Madame J. de s'inscrire dans une ébauche de parentalité et à ces 2 femmes de se situer chacune dans sa génération en respectant la place de l'autre.

## Conclusion d'Yves Inserra

Pour autant, quelque chose a changé chez Jimmy dans sa relation à l'autre, en effet ce dernier existe et n'est plus un accroc dans le regard, un objet transparent duquel rien ne peut choir. Et puis peut-être qu'un peu du sujet apparut à certains moments dans la division des lieux, des espaces, la rencontre mère-enfant, les séances de psychomotricité, la thérapie, ont autorisé que l'espace personnel créé entre Jimmy et sa maman puisse exploser, l'autorisant peut être à désirer un peu, d'une place qui serait quelques peu devenu sienne, d'une division topologique.

## Bibliographie :

BALBO, Gabriel, BERGES, Jean, *Psychose autisme et défaillance cognitive chez l'enfant*, Editions Erés

BALBO, Gabriel, BERGES, Jean, *Le jeu des places de la mère et de l'enfant, essai sur le transitivity*, Editions Erés



# La bataille des classifications

## Le Contexte :

### Deux courants s'affrontent en psychiatrie en France et dans le monde :

D'un côté, une psychiatrie « technologique » domine (2 courants distincts : pharmacologique et thérapies cognitivo comportementales) et cela d'une façon hégémonique bien que minoritaire, pourquoi ?

-par un scientisme EBM, avec des experts (choisi par le fait du prince), fortement impliquée dans l'université (formation des médecins), Revues à impact factor, et soutenue par l'industrie pharmaceutique.

De l'autre côté, une psychiatrie « clinique » réunissant essentiellement la psychiatrie privée et la psychiatrie publique non universitaire. Elles ont en commun « une vision « intégrative » de la psychiatrie, c a d que tout en affirmant l'ancrage de la psychiatrie dans la médecine, elles portent une conception de la psychiatrie progressivement construite par l'articulation de différents apports : la tradition clinique héritée des aliénistes, la psychanalyse, les acquis de la psychothérapie institutionnelle, mais sans non plus réfuter les acquis de la psychopharmacologie ou des sociothérapies. Ainsi cette psychiatrie « clinique » n'est pas un synchrétisme confus. Elle revendique de pouvoir recourir à une diversité de modèles théoriques et d'outils thérapeutiques. Ces derniers ne se confondent pas et ils sont articulés dans la pratique au cas par cas ». Jean-Jacques Laboutière (Revue Psychiatries N° 146 septembre 2006, « Psychiatre ert citoyen »).

Pourquoi parle-t-on aujourd'hui de cette bataille des classifications ?

Quelles sont les stratégies de notre courant face à cet hégémonie que certains comparent à un rouleau compresseur... Mon propos va éclairer pour comprendre, prévoir et changer peut-être !

Pour rappel, deux classifications dominent actuellement et s'imposent à la communauté scientifique internationale :

L'américaine, avec le DSM4 (Manuel diagnostique et Statistique des troubles Mentaux), rédigée par la seule A.P.A., (Association Américaine de Psychiatrie) et la classification internationale de l'OMS, dont la dernière version, la CIM10, est presque calquée sur le modèle américain. Les états ayant signé la charte de l'ONU impose la CIM10 aux praticiens et chercheurs et aux institutions de soins.

- Prévues pour sortir en mai 2013, **La révision du DSM (V)**, réalisée par la puissante A.P.A. forte de ses nombreux adhérents et de la vente du DSM (rapport indispensable de millions de dollars). Les comités dévolus à chaque chapitre du DSM travaillent depuis la DSM3, sur une base a-théorique, en opposition avec la psychiatrie psychodynamique. Elle est devenue descriptive (symptômes observés mais pas ressentis) de « troubles » en nombre grandissants (60 pathologies au départ à 410 dans le DSM4), voulant élargir le champ du pathologique aux formes émergentes de pathologie (créant des faux positifs voir un « spectre autistique »). Ainsi, dans le prochain DSM5 arrive des syndromes de risque, prétendant non pas à la prévention mais à la prédictibilité, qui autoriserait à prescrire des neuroleptiques à des adolescents jugés atypiques. Deux éléments disparaissent : la « personnalité narcissique » et la psychose du post-partum. La superficialité de cette version faisant entrer des excentricités de conduite comme maladies sans contextualiser ni différencier au sein de structure syndrômique les « troubles ». Enfin, les conflits d'intérêts financiers entre les experts des comités du DSM4 et l'industrie pharmaceutique sont maintenant mis à jour par des publications internationales dont plusieurs traduites en

français.

Enfin, cette classification est américaine imprégnée par la **pensée pragmatique** qui veut qu'une vérité soit construite avec des chiffres (statistiques) éliminant toute causalité psychique du diagnostique. Comme Marc Hayat le dit très bien : *Ainsi ça n'est pas une vérité qui est déjà là, mais une vérité qui se fait expérimentalement. Le pragmatisme consiste à la suite d'une idée ou d'une hypothèse à définir une action. Ce qui a fondé la psychologie statistique américaine. Cette méthode a pour ambition de réduire la science de l'homme à une science exacte. Ces théories où la norme devient la loi, et dont découlent les pratiques d'évaluation se heurtent à la psychiatrie française (clinique à visée intégrative) pour laquelle le patient est d'abord un sujet (je proposerai plus loin le terme de la Personne), sujet de lui-même, donc de sa folie et par conséquent sujet de ses soins.* (in Revue de l'AFPEP **Psychiatries N°147 mars 2007, « penser l'évaluation Universel et singulier »**).

Le malheur est qu'elle est imposée aux psychiatres par beaucoup d'Etats.

Actuellement une controverse fait rage aux USA autour de la 5eme version (animée par des psychiatres ayant contribué au DSM3 et des associations de psychologues face aux experts du DSM5.

En France depuis un an un groupe s'est réuni « **Initiative pour une Clinique du Sujet** » ayant rédigé un **Manifeste** édité par ERES (à signer en ligne) <http://initiative-arago.org/fr/>).

Et le livre de **Maurice Corcos** édité par **Alnan Michel** « **l'homme selon le DSM** » (le nouvel ordre psychiatrique). **Roger MISES** en post face ébauche les principes d'une clinique intégrative.

Après le moratoire décrété par l'OMS sur **la révision de la CIM10** jusqu'à l'année dernière, les travaux de la révision ont repris, l'OMS a peu de moyens financiers (contrairement à l'APA pour la révision du DSM), et la CIM concernent toutes les branches de la médecine. L'OMS doit donc s'appuyer sur des praticiens bénévoles, des CCOMS (Centre collaborateur OMS) dans chaque pays, des associations scientifiques médicales, en psychiatrie la WPA, et des associations d'« usagers ».

L'AFPEP a accepté, en octobre 2009, sans être dupe (dans un soucis d'observer la réalité de cette révision aux enjeux nombreux et cruciaux pour notre discipline) de participer à la révision de la CIM10 à deux niveaux :

1/ En tant qu'association membre de la WPA, nous avons proposé à tous les adhérents de l'AFPEP dont nous avons l'adresse mail (624), de répondre au questionnaire OMS en français, anonyme mais clairement identifié par association. L'OMS a reçu 28 % de réponses au questionnaire envoyé à nos adhérents par mail. Cette première étape en français avait l'OMS comme interlocuteur.

La prochaine étape s'annonce plus délicate, car l'interlocuteur sera la WPA et les propositions que nous ferons doivent être en anglais et référencées selon une méthodologie très EBM. Nous avons peu de chance d'être entendu et il n'est pas exclus de nous retirer alors. (article de William Markson BIPP N°60.

2/ En tant que participant, au titre de représentant de la FFP, aux travaux du CCOMS français qui a choisi de cibler ses propositions sur la question de la psychose, la psychiatrie de l'enfant et l'adolescent et les troubles sexuels (« transe genre » en particulier en renvoyant à la lecture du livre de **Colette CHILAND**, paru en 2011 édité par Odile Jacob : « **Changer de sexe** » (illusion et réalité)), et de faire participer les associations d'« usagers », avec la préoccupation de classifier/déclassifier sans stigmatiser. J'y suis invité comme représentant la FFP.

Les enjeux complexes concernent :

- Le diagnostic qui ne doit pas être un but en soi. Dans la CIM10, il est réducteur lorsqu'il confond malade et maladie oubliant toute approche subjective. Les associations d'« usagers » demandent de ne plus être classifiés dans les catégories de la maladie mentale, trop stigmatisantes, alors que leurs soins sont indemnisés par les assurances maladie.
- La recherche, selon qu'on déclassifie ou pas certaines pathologies.
- L'assurance maladie, pour laquelle se trouve concernée entre autre via l'indemnisation par l'A.L.D. ou par le handicap.
- Le plan judiciaire enfin où la question diagnostique psychiatrique reste cruciale en matière d'expertise, de tutelle, de responsabilité criminelle, de capacité à être jugé.

Les praticiens de terrain d'exercice privé, peu contraints à classer dans leur exercice de cabinet, ou en CMPP sont moins mobilisés sur la question des classifications mais ceux d'exercice mixte savent l'obligation faite dans le secteur public ou le secteur médico-social d'utiliser cette CIM10.

## Les Classifications alternatives

Nous avons depuis les **Etats Généraux de la Psychiatrie à Montpellier en 2003** pris l'engagement avec l'ensemble des Sociétés Françaises de psychiatries et de presque toutes les Sociétés Psychanalytiques françaises qu'il était prioritaire de construire et de faire reconnaître internationalement une classification qui soit compatible avec une psychiatrie clinique prenant en compte la personne du patient, sa subjectivité, tout autant que celle du psychiatre. Juan Mezzich, président élu de la WPA, y assistait et avait depuis citer ce moment consensuel et ses arguments fondamentaux. Durant son mandat de 2005-2008, il a lancé un Programme Institutionnel de Psychiatrie centrée sur la Personne (IPPP), à partir des travaux de la section des classifications de la WPA auxquels les psychiatres français avons été invités à contribuer dès 2001 à la Conférence de Londres où Michel Botbol présentait la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent CFTMEA (Mises), puis à New York (mai 2003), puis en 2004, à New York décide d'élaborer un Diagnostic Psychiatrique Intégré (DIP) pour servir d'outil à ce retour de la psychiatrie de la personne.

Le travail commun de l'OMS et la WPA vers la CIM11 ne pouvait aller au-delà d'un toilettage de surface, inscrit dans la mouvance de la réforme en cours du DSM4.

Du fait des intérêts économiques, politiques et académiques qu'une réforme plus ambitieuse risquait de remettre en cause, il revenait à l'IPPP de poursuivre seul son chemin fort des engagements des praticiens et des associations dans cette démarche.

Nous avons publié l'an dernier un « **Manifeste de la Psychiatrie de la Personne** ».

(juin 2009, éditeur DOIN, sous la dir. S.D. Kipman) où nous présentons la Classification DIP (Diagnostic intégré centré sur la personne (Person-centered Integrative Diagnosis PID) : comment prendre en compte la subjectivité dans une classification « centrée sur la personne » (M. Botbol). En mars 2008, aux Francopsies de Dakar Juan Mezzich avait également présenté le DIP.

Voici un extrait de cette présentation : « **Un modèle intégré à plusieurs niveaux.**

*Inscrit dans un autre paradigme le PID propose, dans sa forme actuelle, une structure à plusieurs niveaux, afin d'évaluer le statut de santé de la personne dans ses doubles aspects, positifs et négatifs. Ainsi les deux grands domaines étudiés sont, d'un côté, la dimension pathologique ; de l'autre, les aspects positifs de santé. Dans chacun de ces grands domaines, le PID propose des niveaux susceptibles d'être évalués à partir de composantes standardisées ou à partir de données narratives idiographiques personnalisées. L'intégration de ces domaines dans leurs différentes*

composantes a pour objectif de constituer les bases informationnelles nécessaires pour indiquer et construire une intervention de soin, fournir des informations de base pour l'enseignement et la recherche, la planification en santé publique et les fonctions administratives et économiques impliquées dans les soins.

Dans l'état actuel de son développement, le modèle comprend dans chacun de ces grands domaines trois principaux niveaux.

✓ Dans le domaine de la pathologie :

- Le premier niveau est la pathologie elle-même et son poids. Ce niveau est lui-même divisé en deux sous-niveaux, le premier sous-niveau correspondant aux catégories cliniques à la fois dans le domaine mental et général. Le second sous-niveau correspond au handicap induit par ces entités cliniques, c'est-à-dire aux conséquences sociales de cette pathologie, dans les soins personnels, les fonctions occupationnelles, les fonctions familiales et les fonctions sociales.
- Le second niveau du grand domaine de la pathologie correspond au ressenti concernant l'expérience de la maladie. Dans ce niveau plus encore que dans les autres, ce sont les données narratives idiographiques personnalisées qui auront la place essentielle, mais il n'est pas exclu que ces aspects puissent être également évalués par le biais d'éléments plus standardisés [22]. Ce niveau comprend des thèmes tels que la souffrance, les expériences culturelles et les valeurs liées à la maladie et aux soins.
- Le troisième niveau de ce même domaine concerne les facteurs contribuant à la pathologie, c'est-à-dire les facteurs de risques. Doivent être considérés tant les facteurs de risques internes, (comme la vulnérabilité génétique, les organisations psychopathologiques, les fonctionnements cognitifs et instrumentaux, les mécanismes de défenses psychiques et les configurations dynamiques, économiques et topiques), que les facteurs de risques externes, (comme les stressors environnementaux ou les événements de vie). L'évaluation de ces facteurs doit, elle aussi, faire l'objet d'une évaluation biopsychosociale utilisant à la fois des instruments standardisés et des formulations narratives idiosyncrasiques personnalisées.

✓ Dans le grand domaine de la santé positive,

- Le bien-être est considéré comme le premier niveau qui se divise en deux sous-niveaux : le premier correspondant à la récupération, la rémission, tandis que le second sous-niveau correspond au niveau de fonctionnement.
- Le second niveau de santé positive correspond à l'expérience de la santé qui, elle aussi, doit être évalué essentiellement à partir des données narratives idiosyncrasiques personnalisées mais peut faire l'objet d'une évaluation standardisée. Cela inclut notamment des thèmes comme la qualité de vie, les formulations de valeurs et de culture concernant l'identité et le contexte.
- Le troisième niveau dans ce grand domaine de la santé positive inclut les facteurs positifs de protection qui comprennent à la fois des facteurs internes de protection (comme la résilience, les mécanismes de défense protecteur et les modes de fonctionnement psychologiques protecteurs qu'ils soient cognitifs ou psychodynamiques), et des facteurs externes de protection comme le support social. Tous ces facteurs doivent être évalués selon un schéma biopsychosocial utilisant à la fois des instruments standardisés et les données narratives idiosyncrasiques personnalisées.

Comme on le voit, le PID présente, du point de vue de sa méthodologie, deux nouveautés fondamentales :

✓ L'association d'éléments narratifs idiosyncrasiques aux repérages quantitatifs dimensionnels et catégoriels, ce qui permettra d'enrichir et d'approfondir les descriptions personnalisées des domaines et niveaux considérés.

✓ L'interactivité du processus diagnostic : dans le PID, le professionnel évaluateur est l'un des partenaires d'un dialogue impliquant également le patient et la famille dans une démarche où ils auront conjointement la charge de mener ce processus afin de planifier des interventions thérapeutiques.

Le PID relève donc le défi lancé par le Programme de Psychiatrie de la Personne. C'est un nouveau modèle de conceptualisation qui, sans être psychodynamique ou phénoménologique par nature, est à l'évidence beaucoup plus compatible avec des approches qui s'y réfèrent [23]. Il permet d'appliquer à la pratique clinique ordinaire les principes de la psychiatrie centrée sur la personne en donnant une traduction opérationnelle à l'ambition qui les détermine : mettre toute la personne dans son contexte au centre des soins cliniques et de la santé publique. Le PID développe ainsi une définition plus large et plus profonde du diagnostic, au-delà du concept restreint de diagnostic nosographique. Il implique une formulation à plusieurs niveaux, permettant de rendre compte du statut de santé dans ses aspects à la fois pathologiques et positifs qui sont toujours impliqués dans la définition d'un trouble chez une personne donnée. Processus évolutif, il s'appuie sur la participation interactive des cliniciens, des patients et des familles, chacun des partenaires étant engagé à égalité dans cette démarche qui les implique subjectivement ; il utilise tous les outils descriptifs disponibles (catégorisation, dimension) et introduit dans chacun de ces niveaux une dimension narrative idiosyncrasique personnalisée qui vient asseoir l'importance donnée à l'interaction avec le patient et à sa subjectivité dans ses aspects phénoménologiques et dynamiques ». **Le diagnostic en Psychiatrie de la Personne, J. Mezzich, M. Botbol, A. Besse, I. Salloum.**

Ces travaux sont actuellement réalisés au sein d'un réseau international INPCP (réseau international de psychiatrie centrée sur la personne) et se sont élargis aux disciplines cliniques médicales avec l'INPCM (réseau international pour la médecine centrée sur la personne), l'ensemble présidé par Juan Mezzich. Une Revue : **International journal of Person centered Medicine** chez University of Buckingham Press , (revue à impact factor). Avec Michel Botbol, j'ai été invité à entrer à son comité éditorial international.

Le samedi 9 octobre 2010, nous participions au nom de l'AFPEP à la réunion chez Patrick Landman « pour en finir avec le carcan du DSM4 », avec une approche des classifications alternatives comme la classification **PDM**(Manuel Diagnostique Psychodynamique), il m'invitait à présenter le **DIP** et la stratégie de l'AFPEP. La majorité des associations de psychanalystes y était représentée et un groupe a préparé un Manifeste en collaboration avec nous.

Le manifeste est proposé comme pétition en ligne.

Il est édité par ERES.

**Antoine BESSE**  
Président d'honneur  
AFPEP  
Responsable de l'international

## « Qu'est qu'il a celui-là ? »

*« Qu'est-ce qu'il fait, qu'est-ce qu'il a, qui c'est celui-là ?  
Il a un drôle d'accent ce gars-là  
L'as une drôle de voix  
On va pas se laicher faire les gars  
Qu'est-ce qu'il fait, qu'est-ce qu'il a  
Non mais cha va pas, mon p'tit gars  
On va l'mettre en prison ce type-là  
S'il continue comme ça. »*

*(Pierre Vassiliu)*

Pourquoi ce titre, en dehors de cette référence conjoncturelle au récent décès (au moment de l'écriture de ce document) de Pierre Vassiliu ?

Parce qu'il y a beaucoup de chances que la question que chacun de nous poserait en fin de rendez-vous à un professionnel que nous consulterions soit celle-là : « Alors, qu'est-ce que j'ai ? », ou, pour une autre personne (voire une chose...), « Qu'est-ce qu'elle a ? ».

Une problématique entre l'avoir (une maladie, un handicap), et l'être (malade, psychotique, « dys » quelque chose, etc.) est d'emblée perceptible :

- On est myope, asthmatique, cardiaque, malade...
- On a un cancer, la grippe, une gastro...

Il y a peut-être, sous cette simple question de vocabulaire, un enjeu psychique important, soutenu par des dimensions de nature philosophique, idéologique et politique.

D'un côté il s'agit d'une problématique identitaire, donc plus sollicitante sur le plan narcissique (« ce que je suis »), et de l'autre, et de par la distanciation que génère le mot « avoir » lui-même, d'une problématique non existentielle, partielle, provisoire (le fait d'avoir et de pouvoir ne plus avoir semble plus facile à assumer que le changement d'être, donc d'identité).

La tendance actuelle semble favoriser « l'être quelque chose » (dyslexique, dysgraphique, dyspraxique, etc.), sorte d'affirmation identitaire et explicative impliquant que l'on n'y pourrait rien (« je suis comme ça, ce n'est pas de ma faute »), et qui de ce fait impose le respect. Un certain communautarisme accompagne par ailleurs cette tendance (associations, réseaux, etc.).

Selon les problèmes rencontrés, quelques variantes sont à souligner : « être dyslexique » est plus noble « qu'avoir des problèmes d'apprentissage de la lecture », être dyspraxique est bien plus supportable qu'être maladroit ou qu'avoir des troubles du développement psychomoteur.

En effet, si nous avons « quelque chose », il nous suffira probablement de faire ce qu'il faut pour nous en débarrasser. Si je suis grippé, je suis « prisonnier », si j'ai la grippe, je peux m'en libérer. Si je n'y arrive pas, je ne peux m'en prendre qu'à moi-même ou au spécialiste. Ce n'est pas le cas si ce même spécialiste m'a dit « ce que j'étais ».

Les nouveaux « mots qui s'imposent » dont il s'agit de parler en référence au titre de cette journée d'étude, semblent référer à deux champs :

- Essentiellement à une dénomination des troubles ayant valeur de diagnostic : dysphasie, troubles spécifiques du langage (TSL), dyspraxie, TED, TDAH, autisme et son « spectre », syndrome d'Asperger, etc.
- Egalement à des dénominations de traitement ou de méthodes de prises en charge (TEACCH, ABA, Ritaline, etc.)

Chacune de ces formulations à caractère diagnostique est plus ou moins en lien avec une ou des représentations sous-jacentes : étiologiques (problématique de psychogénicité, de constitutionnalité, ou d'origines biologiques), idéologiques (recouvrant à la fois des aspects politiques, philosophiques ou religieux), voire économiques (il apparaît maintenant évident que des catégories ont été créées pour vendre des thérapeutiques spécifiques, notamment quand ces catégories sont suffisamment larges pour recouvrir une population quantitativement importante comme celle correspondant aux troubles de l'attention ou de la concentration).

Quelques précisions tout d'abord sur la notion de diagnostic :

- Étymologie : *dia*, ou *dis* : en divisant, en traversant. *Discernement* : séparer, distinguer. *Gignoskein* : reconnaître, discerner. *Gnose* : connaissance suprême des mystères de la religion. Le lien est à faire avec l'initiation, l'ésotérisme (on voit bien que le point de départ est dans la question d'un mystère à expliquer). La question de celui qui sait, avec les dimensions symbolique, imaginaire et réelle qui y sont associées est posée. Un lien est à faire avec l'étymologie de « crise », qui désignait le battage des graminées avec un fléau : trier, séparer le bon grain de la mauvaise tige : passer du « mélange » au « trié ». Il s'agit donc de garantir une dynamique permettant de ne pas rester ni dans la confusion (de ne pas confondre des pathologies les unes avec les autres), ni dans l'indifférenciation (pour faire des différences entre les tableaux symptomatiques). La problématique de la séparation, de la classification, est donc bien présente.

- Les positions idéologiques ont évolués : poser ou ne pas poser un diagnostic en fonction de considérations théorico-idéologiques, notamment issues de la psychanalyse, est une question qui a été et est toujours en débat (objectivation/subjectivation, accueil du sujet dans sa globalité, etc..).
- Le vocable fait référence au corpus théorique de la pensée médicale (examen clinique, diagnostic, traitement, et qualité technique propre de chacune des démarches). La problématique du choix du traitement est sur ce plan directement liée au diagnostic.

Ces quelques remarques préliminaires étant faites, abordons le cœur du sujet.

L'exposé présenté ci-dessous est le résultat de l'analyse du dossier médical d'un enfant, dossier qui a la particularité d'être composé des multiples bilans effectués par de nombreux professionnels d'obédiences très variées, à la demande d'une famille recherchant un diagnostic « scientifique » et « fiable ».

Cette famille se caractérise par la souffrance narcissique importante des deux parents , à laquelle chacun pourrait (et devrait pouvoir pour ce qui concerne les professionnels) s'identifier, l'obsessionnalité d'un père marquée par un désir de maîtrise de la situation et une agressivité plus ou moins bien contenue, et le rapport de ces parents très ambivalents aux diagnostics, qui sont demandés, puis déniés ou considérés comme peu importants.

Ce dossier comprend donc :

- De nombreux compte-rendus incluant des conclusions diagnostiques, issues de consultations, de bilans, de suivis plus ou moins longs, et d'évaluation menées lors d'une demande d'admission en structure de soin,
- Les diverses conclusions des psychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, et éducateurs sollicités,
- Des comptes rendus de WISC III et IV, NEMI, VINELAND, CARS, théorie de l'esprit, de bilans orthophoniques (N-EEL, Odedys) et en psychomotricité, et de groupes d'observation.

Ces démarches ont des caractéristiques particulières, liées au fonctionnement de la famille: ne pas informer les professionnels des démarches conduites en parallèle, faire faire 3 WISC à relativement peu de temps d'intervalle, donner le sentiment d'adhérer aux discours et aux projets tout en mettant en place des prises en charge en clivage, contradiction ou opposition les unes avec les autres.

Une comparaison peut être faite avec certains centres de référence, qui peuvent fonctionner de manière totalement clivée d'avec les professionnels déjà engagés dans des évaluations ou suivis, et donc prescrire sans tenir compte des positions et avis des confrères, consœurs ou collègues déjà impliqués.



La liste des formulations employées est donc la suivante, respectueuse de la réalité du contenu du dossier.

- Maladie psychiatrique
- Trouble de construction psychoaffective
- Troubles du langage et de la relation
- Troubles du comportement
- Troubles envahissants du développement
- Troubles envahissants du développement avec des traits autistiques
- Troubles attentionnels
- Troubles de la relation et de la communication
- Troubles du spectre autistique
- Trouble de la personnalité
- Trouble de la communication
- Troubles de la symbolisation
- Limite supérieure du spectre non autistique à limite inférieure du spectre légèrement à moyennement autistique ! (le point d'exclamation est de l'auteur de ce texte...)
- Dysharmonie
- Dysharmonie évolutive
- Dysharmonie évolutive à versant psychotique
- Dysharmonie évolutive de structure psychotique
- Profil dysharmonique
- Personnalité limite
- Déficience intellectuelle dysharmonique
- Pas de déficience intellectuelle
- Difficultés cognitives
- Difficultés linguistiques
- Difficultés de langage spécifique (dysphasie)
- Séquelles de retard de langage massif
- Problématique affective et relationnelle
- Retard hétérogène de développement
- Retard de développement
- Retard d'acquisition
- Instabilité comportementale

Cette liste à la Prévert, fidèle à la réalité, appelle quelques commentaires :

- Il y a 31 formulations différentes,
- Ces formulations peuvent être classables en sous catégories suivant les modalités suivantes :
  1. Dénomination générale (vocabulaire processuel) : trouble, difficulté, problématique, retard, instabilité, séquelle, profil, structure, envahissement, développement, construction.
  2. Atteintes de fonctions (vocabulaire psychologique) : Attention, comportement, affectivité, relation, cognition, intelligence, langage, communication, personnalité.

3. Pathologies (vocabulaire médical et psychiatrique) : maladie, TED, autisme, psychose, dysharmonie, déficience, état limite.

La première remarque concerne la polysémie de la terminologie employée, sa diversité, son hétérogénéité, et la grande absence de clarté qui s'en dégage.

La reprise de quelques commentaires linguistiques sur ces éléments de vocabulaire apporte quelques précisions (ou quelques imprécisions...) :

- Trouble : *qui n'est pas clair, que l'esprit ne peut appréhender avec netteté ou certitude.*
- Harmonie : *ajustement, juste proportion. D'où dysharmonie : défaut d'ajustement, disproportion.*
- Spectre : *imagination d'une substance sans corps qui se présente sensiblement aux hommes contre l'ordre de nature, et leur donne frayeur (définition à mettre en rapport avec le point d'exclamation dont il est question un peu plus haut)*
- Développement : *action de déplier ce qui était enroulé sur soi-même.*
- Envahir : *pénétrer dans, assaillir, attaquer.*
- Difficulté : *obstacle, embarras.*

L'empêchement et l'obstacle, la peur, le repli et l'impuissance, l'attaque et l'agressivité, sont ainsi les significations essentielles qui se dégagent de ce vocabulaire.

Cet enfant a en quelque sorte « tout ». Les parents ne peuvent pas y comprendre grand-chose, d'autant plus que les avis sont contradictoires sur des points essentiels : psychose et pas de psychose, déficience et pas de déficience.

Ce témoignage « concret » vient donc souligner l'ampleur du problème qui se trouve de fait révélé par l'émergence de ces « vocabulaires ».

Le trouble épistémologique, philosophique et social apparaît ainsi dans toute son intensité.

Pour conclure, et pour me resituer dans la fonction de responsable et de consultant en CMPP que j'occupais à l'époque, cet enfant présentait à l'évidence une dysharmonie d'évolution à versant psychotique, psychopathologie correspondant à la grande majorité des enfants pris en charge au CTJ de Jouy en Josas, dans le cadre de temps partiels avec intégration scolaire. Ces enfants, dans le cadre de ce type de prise en charge, ont une évolution plutôt satisfaisante, malgré la relative gravité de ce type de troubles (contrairement à ce qui en est dit dans les « médias »).

Il s'avère que ce positionnement diagnostic appartient maintenant à une certaine culture scientifique humaniste qui fait l'objet d'attaques préoccupantes.

Cette position correspond à un choix défendant la notion de structure psychique, choix conduisant à essayer de comprendre comment une structure se construit, pour accompagner une personne donnée dans le projet demandé, négocié ou imposé de sa modification.

La nécessité éthique de respecter la particularité d'une structure et la spécificité d'une histoire tout en étant clairement porteur d'un processus de changement fait de notre métier un art ne pouvant se réduire à une (ou des) technique (s).

**Dr Jean-Luc MILCENT**

Pédopsychiatre

# L'orthophoniste et l'enfant troublé dans son langage

*« Quelles que soient l'intensité et la qualité du trouble et du déficit, la rencontre doit être possible par des chemins qui sont dans la plupart des cas découverts par l'enfant. (...) Le rééducateur-agresseur ne devrait plus être : la communication doit être libérée, et les moyens sont multiples pour ce qui doit se passer soit une réalité et qu'il y ait de la vie dans les séances. Le mot n'est plus un objet d'étude, signifiant ; il doit avoir un pouvoir communicant et s'inscrire dans un échange vivant. »*

*Claude Chassagny, Pédagogie Relationnelle du Langage*

Une remarque pour commencer : Quand le Comité Technique a proposé le thème de cette journée, le titre en était : « Ces mots qu'on nous impose ». C'est quelques mois plus tard qu'il a été décidé de le modifier, pour aboutir à : « Ces mots qui s'imposent »... Il y aurait sûrement beaucoup à dire sur la disparition de ce pronom indéfini, qui donne ainsi aux mots la place, au moins grammaticale, d'un sujet.

Bien sûr, nous savons bien que les mots s'imposent à nous. Déjà, notre nom, notre prénom, qui marquent notre inscription dans la succession des générations, dans une histoire et un univers culturel. Ou les noms des couleurs par exemple : nous pourrions tomber d'accord sur le rouge ou le bleu, mais pourtant nous n'échapperons pas entre nous aux malentendus entre ce qui est rouge ou orange, entre ce qui est bleu ou vert. C'est que la réalité du spectre des couleurs est continue, alors que la langue nous impose un découpage « discret » (au sens mathématique). Ce découpage est différent pour chaque langue, pour chaque locuteur même. Un mouvement comparable est à l'œuvre quand le bébé organise, au cours de ses premiers mois, la perception et la réalisation des phonèmes de sa langue maternelle. Ne pourrait-on pas d'ailleurs faire un parallèle avec ce que nous ressentons, en tant que professionnels, quand il s'agit de choisir les mots pour nommer un trouble, pour poser un diagnostic ?

Les mots s'imposent, en effet, imposant au passage un certain renoncement à la richesse de nos perceptions : c'est la condition pour leur donner un sens, et pour le partager. Mais peut-on dire « qu'on nous les impose » ? Il serait plus juste de dire qu'on nous les transmet, qu'ils nous sont donnés, et que nous faisons le mouvement de nous en saisir, ou non.

Et pourtant, les orthophonistes peuvent témoigner qu'ils ont affaire, depuis de nombreuses années, à ce qui se présente comme une offensive pour imposer « une

théorie officielle du langage et une standardisation de nos pratiques<sup>25</sup> ». Tous les textes qui paraissent s'appuient essentiellement sur des références théoriques issues des neurosciences et du courant cognitiviste : des rapports officiels, des circulaires ministérielles, des plans d'action, des engagements conventionnels pour les praticiens libéraux, l'organisation de la chaîne repérage-dépistage-diagnostic-prise en charge, des recommandations de bonnes pratiques,...

En 2004, la Fédération des Orthophonistes de France a rendu public un « Manifeste pour une orthophonie de soins<sup>26</sup> », soutenu par de nombreuses associations et de nombreux professionnels. Les auteurs font remarquer qu'« avant et parallèlement au développement des neurosciences, la question du langage a été abordée sous différents points de vue », par les philosophes, les linguistes, les analystes et les pédagogues. Et le Manifeste pose la question : « Cette somme de réflexions, de recherches théoriques et pragmatiques, sont-elles officiellement invalidées par l'apport de nouveaux éclairages ? »

Sans développer cela davantage, je vais juste citer quelques lignes d'un rapport au Ministère de l'Education Nationale sur les Troubles Complexes du Langage, datant de janvier 2002 :

*« Certains intervenants, notamment certains psychologues scolaires, certains CMPP (...), dénie à priori l'existence d'un trouble structurel et préfèrent l'hypothèse sociologique et psychologique. Le trouble du langage est un trouble instrumental, et quoique les CMPP admettent qu'il constitue un bon tiers des motifs de consultation, pas une fois l'hypothèse d'un trouble neuro-linguistique n'est évoquée. En revanche, il est toujours fait état d'un défaut d'investissement des apprentissages.<sup>27</sup> »*

Ainsi, le reproche récurrent qui est fait à nos équipes est de nier l'existence des déficits des fonctions cognitives, en privilégiant une lecture par laquelle les symptômes seraient à éclairer d'un sens inconscient et relationnel.

Les avancées des neurosciences, grâce aux progrès de la génétique et de l'imagerie médicale, comme les recherches en psychologie cognitive, apportent des éléments incontournables pour décrire le rôle essentiel des fonctions « instrumentales » dans le développement du langage et des apprentissages. Les rejeter ressemble alors évidemment à l'aveu d'un dogmatisme, voire d'un archaïsme, dont se rendraient coupables les institutions et les professionnels de terrain. Cette opposition simpliste apparaît bien sûr comme une caricature, chacun étant alors renvoyé à son propre réductionnisme.

---

<sup>25</sup> Marianne Coudroy, présidente de la Fédération des Orthophonistes de France, intervention au Forum des Psys, Rennes, mars 2004 (publication *Confluents*, Bulletin régional de la coordination ACF-IDF, juin 2004)

<sup>26</sup> Manifeste pour une orthophonie de soins, Fédération des Orthophonistes de France, 2004

<sup>27</sup> Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage, rapport IGAS-IGEN au ministre de l'éducation nationale, janvier 2002.

Je commencerai donc par défendre les recherches en neuropsychologie : Il me semble qu'elles introduisent des avancées passionnantes, au même titre que les expériences et les recherches de Piaget et de ses successeurs. Pour autant, leurs applications à la clinique ne sont pas sans poser des problèmes, à la fois techniques, épistémologiques et éthiques.

Les neuropsychologues tentent par exemple de modéliser les processus cognitifs mis en œuvre pour la lecture, mettant en évidence l'importance de toutes les modalités perceptives, qu'elles soient auditives, visuelles, tactiles, posturales,... Ils montrent (et ils ne sont d'ailleurs pas toujours dans un consensus définitif) que les processus sont en relation les uns avec les autres, dans une grande complexité et une grande diversité. Pourtant, quand on regarde notamment les tests de langage, on ne peut qu'être frappé par la pauvreté des développements qu'ils ont permis : Les épreuves restent finalement à peu près les mêmes qu'il y a trente ans, même si elles ont été ré-étalonnées.

Par construction, les items tentent d'isoler -et simplifient- artificiellement des fonctions, qu'elles mesurent chacune au regard d'une norme ou d'une moyenne. Elles induisent ainsi une compréhension des difficultés comme conséquences de déficits isolés, bien éloignée de la complexité suggérée par les recherches. Les orthophonistes d'ailleurs le savent, qui dans leur grande majorité « picorent » dans les tests existants, à chaque fois différemment, choisissant une épreuve ou une autre en tant que lieu de manifestation du symptôme, au service de leur compréhension clinique<sup>28</sup>.

Le développement du langage ne se réduit pas à la construction successive de modules cognitifs nécessaires à son acquisition. Certes, pour qu'un enfant apprenne à parler, il est nécessaire qu'il dispose d'un équipement sensoriel et neurologique favorable. Mais il faut surtout qu'on lui parle.

Et comme le dit Bernard Golse, « *pour entrer dans l'ordre du langage (et du symbolique verbal), le bébé a besoin non pas de savoir mais d'éprouver et de ressentir profondément que le langage de l'autre (et singulièrement celui de sa mère) le touche et l'affecte, et que celle-ci est touchée et affectée en retour par ses premières émissions vocales.* <sup>29</sup> »

C'est bien dans ce registre de l'intersubjectivité que prend place non seulement le développement du langage, mais aussi celui des grandes fonctions cognitives et instrumentales que la construction du langage utilise. Si ces fonctions « instrumentales » s'appuient sur une base neurobiologique, leur développement a une histoire singulière et leur réalisation est marquée par l'investissement psychique, affectif et relationnel, avec ses vicissitudes, entre sentiment d'incompétence et plaisir du fonctionnement mental.

Enfin, parce que c'est par le langage et dans le langage que nous construisons notre individualité, notre identité et notre rapport au monde et aux autres, le trouble du langage, qu'il soit d'origine instrumentale ou psychoaffective, n'est pas seulement un

---

<sup>28</sup> Attie Duval-Gombert et Christine Le Gac : *Le Bilan, qu'est-ce qui s'y compte ?* in *Chiffrer – déchiffrer, enjeux du bilan, Actes des journées d'étude*, Fédération des Orthophonistes de France, 2006.

<sup>29</sup> Bernard Golse : *La violence développementale de l'accès au langage* in *Quand la langue défaille*, Erès, juin 2010

symptôme qui prend sens pour le patient et pour son entourage. Cliniquement, fait remarquer Danielle Flagey<sup>30</sup>, il se présente plutôt comme un « mode de communication », une façon d'être avec les autres, avec soi-même, avec le temps, l'espace, le savoir et les apprentissages.

En d'autres termes, selon la formule de Geneviève Dubois, « être thérapeute du langage, c'est être au lieu même où s'articulent symptôme du langage et langage du symptôme.<sup>31</sup> ».

Je vais essayer d'illustrer cela par 3 vignettes cliniques.

### **Marvin** :<sup>32</sup>

J'ai fait la connaissance de Marvin alors qu'il avait 9 ans et terminait un CE2 médiocre. Une orthophoniste en privé avait fait un bilan concluant à la nécessité d'une rééducation de dyslexie et de dysorthographe, en s'appuyant à la fois sur les symptômes (lecture pénible et maladroite, orthographe très perturbée) et l'importance des troubles instrumentaux : confusions de sons, difficultés d'orientation spatiale, difficultés d'évocation, faiblesse de la mémoire immédiate,...

La mère de Marvin, d'origine haïtienne, a d'abord émigré en Guadeloupe où elle a rencontré le père de Marvin. Quand celui-ci avait 2 ans, elle est partie seule vers la métropole, confiant son fils à sa propre mère. Elle a ensuite fait venir Marvin vers l'âge de 4 ans, pour l'entrée à l'école. C'est un garçon décrit par sa mère comme étant calme, serviable, s'occupant beaucoup de son petit frère qui va avoir un an. Il aime beaucoup le sport, a des camarades.

Marvin n'a pas grand-chose à dire, d'ailleurs il parle peu. Ce qu'il attend, c'est que je le fasse travailler pour avoir de meilleures notes, mais il n'apporte jamais de questions particulières et ne se rappelle pas de ce qu'il fait à l'école. Après quelque temps, Marvin commence à réclamer certaines activités que nous avons déjà faites ensemble, s'intéressant particulièrement aux jeux de lettres, qui occupent de plus en plus de temps dans les séances. Il a plaisir à rencontrer les mots qui surgissent dans l'agencement parfois hasardeux des lettres, et à ce qu'ils lui évoquent : son envie de jouer de la trompette, le dernier film qu'il a vu, ou une sortie scolaire déjà ancienne...

Je remarque alors que les phrases de Marvin sont ponctuées par l'expression : « comment dire... », ce qui pourrait ressembler à une sorte de « tic de langage » : Il donne le sentiment de s'appuyer sur nos échanges pour trouver les mots qui permettent de faire des liens entre ses souvenirs et ses expériences. A l'école, il se montre plus intéressé, reçoit des encouragements et les progrès ne tardent pas à

---

<sup>30</sup> Danielle Flagey, *Mal à penser, mal à être*, Erès, 2007

<sup>31</sup> Geneviève Dubois : *Le sujet, son symptôme et le thérapeute du langage*.

<sup>32</sup> *Les prénoms ont été changés.*

venir. Notre travail aura duré deux ans, et prendra fin à sa demande à son entrée au collège.

Frédéric François, qui a été le professeur de linguistique de beaucoup d'étudiants en orthophonie parisiens, disait que « *la langue ne devient utile qu'au moment où elle a une fonction d'irréalité, c'est-à-dire de rappeler les choses passées qui n'existent plus, ou de présenter ce qui n'existe pas encore* »<sup>33</sup>. En utilisant les séances pour chercher « comment dire », comment évoquer, associer, distinguer, exprimer par les mots, Marvin a su me semble-t-il réinvestir cette place essentielle du langage, au-delà d'une fonction utilitaire, mais pauvre, dont il s'acquittait finalement assez bien auparavant.

### **Thierry :**

Les difficultés de Thierry se présentent comme beaucoup plus graves et complexes. Quand je fais sa connaissance, Thierry est en CM2 et il a engagé depuis quelque temps, difficilement, un suivi en psychothérapie au CMPP, après plusieurs tentatives de prise en charge orthophonique en privé.

Le bilan orthophonique intervient dans le contexte d'un conflit violent entre la psychologue scolaire et le médecin scolaire, en désaccord profond sur le diagnostic. Pour le médecin, les troubles spécifiques sont au premier plan. Si elle admet la poursuite de la psychothérapie pour traiter la blessure narcissique qu'elle considère comme secondaire aux difficultés de Thierry, elle prescrit une prise en charge spécifique intensive. La psychologue scolaire, quant à elle, s'appuie sur les tests de niveau et projectifs pour mettre en avant les fonctionnements archaïques, les surgissements fantasmatiques violents et peu secondarisés. Elle fait l'hypothèse d'un trouble profond de la personnalité, d'une dysharmonie psychotique, ce qui est plus proche de l'impression de sa psychothérapeute.

Les parents de Thierry sont séparés et ont reconstruit chacun de leur côté une nouvelle famille. Thierry vit avec sa mère et son beau-père avec qui il s'entend bien, et un bébé naîtra peu de temps après nos premières rencontres. La mère a une situation professionnelle qui l'occupe beaucoup. Thierry voit son père un week-end sur deux, et les relations sont difficiles : souvent dévalorisant, le père considère que c'est à son ex-femme de s'occuper des problèmes de Thierry, puisque c'est elle qui a voulu la séparation...

Thierry vient en séances avec une grande méfiance, une grande ambivalence. Il refuse de lire et d'écrire, griffonne des tracés impulsifs avant de détruire la feuille. D'allure dégingandée, maladroit dans son corps, donnant l'impression souvent de « s'emmêler les pinces », Thierry se lève, circule dans la salle, et va quelquefois écrire ou dessiner rapidement sur le tableau blanc. En revanche, les jeux de cartes et les jeux de société l'intéressent, et il s'y engage avec vivacité. Petit à petit, il devient plus habile, plus performant, plus attentif dans ses stratégies, et prend davantage soin de ses

---

<sup>33</sup> Frédéric FRANÇOIS, *L'appropriation d'une langue chez l'enfant*, COMMUNAUTES EDUCATIVES, n°83, Revue trimestrielle de L'A.N.C.E., 1993.



productions. Il demande à lire, choisit des livres faciles qui s'adressent plutôt à des enfants plus jeunes ou des bandes dessinées que nous lisons ensemble à deux voix. Parfois il apporte un devoir difficile, une leçon à laquelle il ne comprend rien. Bien qu'à ce moment le langage écrit soit très peu spécifiquement abordé en séances, je constate que le découpage des mots apparaît, que les mots s'organisent. Cet été, il a découvert par un cousin une série de livres d'aventures, qu'il dévore avec passion.

Le travail avec Thierry n'est pas terminé, sa scolarité reste difficile mais il est fier de passer en quatrième. Malheureusement, il a souhaité suspendre sa psychothérapie qu'il ressentait douloureusement. Mais sur tous les plans, Thierry semble aller mieux. Peut-être, dans la relation établie avec Thierry, a pu se déployer pour lui une certaine restauration narcissique à travers ses expériences de maîtrise et de plaisir de fonctionnement, en même temps que les jeux lui fournissaient l'occasion d'utiliser l'espace, de manipuler les mots et les nombres, d'appriivoiser ses productions. C'est sans doute ce qui a permis son évolution positive. Toutefois, pour Thierry, les difficultés instrumentales sont avérées, objectivées et mesurées. Je pense à une phrase de Roger Misès : « *Ces troubles des grandes fonctions, loin d'être réductibles à un modèle neuropsychologique, doivent être resitués dans les interactions qu'ils entretiennent, de longue date, avec d'autres paramètres : les défaillances narcissiques, le défaut d'élaboration des angoisses dépressives et de séparation, l'hétérogénéité des modes de pensée et de raisonnement, l'incapacité de l'enfant à s'engager dans un projet et à soutenir le désir de connaître* <sup>34</sup> ».

### **Olivia :**

J'ai choisi de parler d'Olivia parce que pour elle le diagnostic de dyslexie-dysorthographe a pris une importance particulière. Elle a déjà un long parcours de suivi orthophonique, depuis la grande section de maternelle, dont elle dit que ça l'a aidée. Mais elle vient au CMPP alors qu'elle est très en échec en sixième. Elle travaille beaucoup, ses résultats restent faibles et elle dit que ses efforts ne sont pas reconnus par ses enseignants. Ceux-ci se divisent en deux camps (comme ses instituteurs dans son parcours) : ceux qu'elle déteste parce qu'elle en est mal vue, et ceux, plus rares, à qui elle se confie. Il en est de même des camarades, les pires étant bien sûr ceux qui l'ont trahie... Les conflits sont nombreux, avec les profs, les élèves, le voisinage, et Olivia se montre souvent hostile et insolente. Mais elle part aussi au combat contre toutes les injustices, défendant les plus faibles et les plus petits, ce qui lui attire de solides amitiés.

Olivia est l'aînée de quatre enfants, les trois suivants étant du nouveau compagnon de la mère. Elle est la seule à porter le nom d'un père qu'elle ne veut plus voir, et il lui arrive d'ailleurs quand elle téléphone au centre de se présenter par le nom de sa mère. Olivia ne pardonne pas les violences de son père contre sa mère, auxquelles elle a assisté. Elle rejette aussi les travailleurs sociaux et les psychologues, à qui elle semble reprocher des positionnements trop modérés dans un moment qui reste traumatique.

---

<sup>34</sup> Roger Misès: *Troubles de l'apprentissage scolaire et psychopathologie*, in *Que nous apprennent les enfants qui n'apprennent pas ?*, Erès 2006

Très volontaire, Olivia vient travailler, apporte ses devoirs, ses questions, mais elle vient aussi s'épancher : les profs injustes, les mauvaises notes... Elle passe par des périodes de grand découragement, dans ce qu'elle ressent comme une lutte vaine contre l'injustice et la fatalité de son « handicap », qu'elle a hérité de son père, lui-même dyslexique. Assez vite, Olivia demande à faire reconnaître sa dyslexie dans le cadre scolaire, pour bénéficier d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) et des aménagements de la scolarité auxquels elle a droit. Alors, brandissant son diagnostic et son PAI, Olivia inaugure avec ses enseignants et ses camarades de nouvelles relations : soutenant toujours ceux qui sont en difficulté, elle se sent elle-même reconnue, trouve une place d'où faire reconnaître ses efforts. Son professeur de français complimente l'originalité et l'expressivité de ses productions, même quand elles sont maladroitement. Son orthographe reste très déficiente, mais elle participe, elle avance, elle progresse lentement, régulièrement.

C'est un moment douloureux, malheureusement, qui amènera un nouveau remaniement. Le frère de son beau-père, qu'elle aimait beaucoup, se tue dans un accident de moto. Une page est ouverte sur Internet pour recueillir photos et témoignages de ses proches et de ses amis. Olivia est encore bouleversée par ce drame quand elle m'apporte un long poème qu'elle a écrit. Avant de le mettre en ligne, elle veut en faire la relecture, questionner les mots et les rimes, corriger l'orthographe.. Travail qui durera plusieurs semaines avant qu'elle me demande d'aller en voir l'aboutissement sur le site. Par la suite, elle se montrera toujours attentive à la forme, au choix des mots, qu'auparavant elle négligeait en rejetant les remarques : « c'est pareil », « on comprend ». Comme si cette adresse à un ami défunt lui avait permis de considérer l'importance de la justesse, du soin, de l'esthétique de ses écrits. Et par là de renoncer à une place fixe de dyslexique, qui pour elle servait aussi à obliger le lecteur à aller vers elle au-delà de la forme de son discours.

Pour Olivia, le fait de nommer sa difficulté, de revendiquer sa dyslexie, lui a permis de se construire une identité, une place d'où se faire reconnaître. Elle a pu ensuite s'en écarter un peu, cesser de s'y identifier, pour finalement s'en libérer sans se perdre....

Arrivé à ce point de mon intervention, j'ai le sentiment que les récits des parcours de ces trois enfants nous ont emmenés bien loin de notre sujet. Sans doute. Mais c'est peut-être que les mots qu'on nous impose sont ceux de chercheurs, qui construisent une modélisation de la réalité en proposant un vocabulaire qui tend à l'objectivité. Les mots « dysphasie », « dyslexie », « dysorthographe », « dyscalculie », mais aussi « dyspraxie » et d'autres mots en « dys- », d'abord descriptifs de tableaux des difficultés présentés par nos patients, sont devenus des syndromes constitués autour d'une étiologie monofactorielle, des « troubles spécifiques », enfin des « handicaps ». En insistant ainsi sur l'origine déficitaire du trouble, on oriente la prise en charge du côté de la réparation, du redressement, par le conditionnement et l'entraînement de la fonction entravée. La clinique s'en trouve finalement écartée.

Le clinicien, lui, de ces mots que le chercheur propose, peut en être éclairé ou encombré, ou les deux à la fois : Il observe, écoute, s'informe sans idée préconçue,

cherche des repères dans ses références théoriques et dans son expérience, pour recevoir, comprendre et soigner. Son langage est nécessairement subjectif.

Anne-Marie Fernez, au cours des journées d'études de la Fédération des Orthophonistes de France de 2006, sur le thème « Chiffrer, déchiffrer, enjeux du Bilan » a très bien résumé cela en quelques lignes :

*« Il s'agit de ne pas confondre l'enfant avec le diagnostic qui est posé sur lui. Un des effets du discours scientifique, c'est l'éviction du sujet chez le patient et chez l'orthophoniste. Il n'y a plus un patient sujet, mais un petit dyslexique ou un autiste et en face un orthophoniste expert, interchangeable... »<sup>35</sup>*

Nous n'avons pas affaire à des troubles du langage, mais à des enfants au langage troublé, des enfants troublés dans leur langage, avec leur langage, ou par le langage.

Cette attitude clinique, à la fois technique et éthique, est celle de l'orthophoniste dès les premières rencontres de bilan. Elle est ainsi affirmée par Claire de Firmas, qui a initié un travail passionnant sur ce qu'elle appelle « les Marqueurs Transversaux », qui sont des repères pour le bilan et la clinique orthophonique :

*« Il est primordial que les outils d'évaluation utilisés en orthophonie respectent la spécificité de la parole, c'est-à-dire sa subjectivité irréductible, qui s'exprime y compris dans ses dysfonctionnements. Il ne s'agit pas pour autant d'affirmer que tout trouble du langage est un symptôme, mais de considérer que les entraves à la parole sont elles-mêmes, nécessairement et doublement, prises dans le symbolique..<sup>36</sup> »*

C'est dire aussi, pour aller plus loin (et pour conclure !), que l'un des défis qui nous est adressé, c'est probablement d'avoir à penser la complexité, notamment la question de l'articulation du fonctionnement cognitif avec l'organisation psycho-affective<sup>37</sup>. Pour y répondre, la place des orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs, pédagogues et assistantes sociales dans les équipes apparaît essentielle.

J'ai la conviction que nos établissements –je pense d'abord aux CMPP, mais aussi aux CAMSP, IME, SESSAD,...- ont un grand rôle à jouer pour transmettre ce qu'il en est de l'expérience clinique, et des atouts pour ce faire : l'expérience du travail avec les familles, la pratique d'un partenariat ouvert et respectueux des champs respectifs des acteurs, et surtout la pluridisciplinarité.

---

<sup>35</sup> Anne-Marie Fernez, in *Chiffrer – déchiffrer, enjeux du bilan*, Actes des journées d'étude, Fédération des Orthophonistes de France, 2006.

<sup>36</sup> Claire de Firmas, *Les marqueurs transversaux, Repères pour la clinique orthophonique*, 2008.

<sup>37</sup> Fabien Joly, *Le corps en question : psychopathologie des troubles instrumentaux (ou plaidoyer pour une approche complexe des dyspraxies et des troubles psychomoteurs)*, Le Carnet Psy, 2009/7 n° 138.

J'ai en tout cas moi-même été profondément marqué, dans ma réflexion et ma pratique professionnelle, par la richesse des échanges avec les collègues que j'y ai rencontrés. J'en profite pour vous en remercier.

**Jean-Marie de Lépinay,**

Orthophoniste

CMPP de Gif-sur-Yvette et Brétigny

# Conclusion

Hors le fait qu'il est tard, que la journée a été dense et qu'il ne serait pas raisonnable de dépasser l'échéance ; je ne m'aventurerai pas dans une synthèse ou une conclusion et je laisse volontiers à chacun le soin bien délicat, d'avoir pour cette journée le dernier mot.

Pour ma part je me limiterai très brièvement à quelques commentaires.

Le premier, pour nous féliciter collectivement du succès de cette journée d'échanges ; la première depuis que ARIS et les CMPP Yvelines Essonne ont choisi d'unir leurs talents. Le défi n'était pas évident et je suis heureux au nom de tous de féliciter tout ceux qui ont eu en charge cette organisation et notamment le comité de pilotage avec Julie Brusq, Françoise Delbos, Isabelle Provost, Jean Marie de Lépinay et Michel Dumont qui entre autres choses nous a obtenu cette superbe salle, dont on doit remercier monsieur le maire du deuxième arrondissement. Sans oublier évidemment tous ceux qui sur l'estrade ou dans la salle ont prêté leur concours pour exposer leur point de vue.

Quelques mots également à propos du thème de la journée.

Si celui ci, s'est rapidement imposé, dans le cadre du comité technique recomposé de l'ARISSE, d'autant plus facilement qu'il était suffisamment polysémique pour se prêter à diverses compréhensions et intentions ; je dois cependant reconnaître que j'ai néanmoins utilisé ma position de président de ce comité pour faire évoluer la proposition initiale : « ces mots que l'on nous impose », dans un sens moins déterminé, plus ouvert, laissant différemment avec : « les mots qui s'imposent » une plus grande place au débat.

Des riches échanges de cette journée (notamment des interventions venant de la salle) il est bien apparu que la vie des mots repose sur des mouvements très divers où leur destin est complexe et le plus souvent à comprendre dans un jeu de relations de pouvoirs, selon les logiques des circonstances où leur sens et leur autorité évoluent ; mais où chacun, sans doute plus ou moins facilement, a pourtant toujours son mot à dire.

L'histoire en témoigne et notamment pour le secteur et les exercices qui nous concernent ; où chaque mot posé fluctue et selon : s'expose, s'oppose, s'interpose, s'impose, compose, se repose, se transpose, s'entrepouse, se décompose, se recompose ... ; tous mots en s'en tenant à cette racine, qui ayant eux-mêmes plusieurs sens nous invitent à supposer ou proposer le sens qui semble juste ; ou bien encore, chercher d'autres mots car on n'en dispose jamais assez pour dire les choses

En ce sens je garde toujours à l'esprit ces deux réflexions d'Albert Camus.

« *La nuance est le luxe de l'intelligence* »

Et cette autre

« *Mal nommer les choses contribue au malheur du monde.* »

Je pense que personne, aucune équipe n'avait attendu cette journée pour questionner le sens des mots qu'on emploie et qui nous emploient, mais je ne peux qu'apposer mon plein accord aux souhaits de madame Basquin, qui préside avec moi ce comité,

pour que se renouvelle comme aujourd'hui les conditions d'une mise en commun plus élargie, si l'on souhaite cultiver, exercer et promouvoir des valeurs communes.

**Guy Dréano**  
Vice-Président de l'ARISSE