

Séminaire sur l'autisme

Pierre Delion

DU MÊME AUTEUR CHEZ ÉRÈS :

- Les professionnels de la périnatalité* - 1001 BB n° 101
Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile
La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick
Handicap et périnatalité - 1001 BB n° 95
Bébés agressifs, bébés agressés - 1001 BB n° 56
Les bébés à risque autistique - 1001 BB n° 12
*La pratique du packing avec les enfants autistes
et psychotiques en pédopsychiatrie*
Autisme : état des lieux et horizons
Le packing avec les enfants autistes et psychotiques
Corps, psychose et institution (épuisé)
Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle
L'observation du bébé selon Esther Bick - 1001 BB n° 66
Salomon Resnik. Culture, fantasme et folie
La chronicité en psychiatrie aujourd'hui
Le bébé et ses institutions - 1001 BB n° 44
L'autisme et la psychose à travers les âges de la vie (épuisé)

DU MÊME AUTEUR CHEZ D'AUTRES ÉDITEURS :

- Langage, voix et parole dans l'autisme,*
PUF, coll. « Le fil rouge »
Soigner la personne psychotique,
Dunod, coll. « Psychothérapies », 2005
L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique,
PUF, coll. « Le fil rouge », 2005
La souffrance psychique du bébé,
ESF, coll. « La vie de l'enfant », 2002
L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique,
PUF, coll. « Le fil rouge », 2001
La musique de l'enfance, Éditions du Champ social, 2000
Actualité de la psychothérapie institutionnelle,
Éditions Matrice, 1994
Prendre un enfant psychotique par la main,
Éditions Matrice, 1991
Psychose toujours, Éditions du Scarabée, 1984

Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile

 érès

Table des matières

INTRODUCTION À LA NOUVELLE ÉDITION de Pierre Delion..	9
AVANT-PROPOS	23
L'ENSEIGNEMENT DE TOSQUELLES	29
Pour Tosquelles	29
Psychiatrie générale.....	32
Psychothérapie institutionnelle et psychiatrie de secteur.....	34
Établissement et institution	35
Contre-transfert institutionnel.....	36
Psychiatrie et politique.....	38
Freud, Marx et les autres.....	40
« Il faut que ça continue »	41
Respect de l'historicité et neutralité bienveillante....	41
L'observation des bébés selon Esther Bick	45
Ethnopsychiatrie : les cercles observants.....	46
ANGOISSE ET PSYCHOSE.....	49
Angoisses psychotiques et ruptures de la relation	49
Rupture et séparation.....	50
Angoisse et grand Autre	51
Objets partiels et objet	53
Objet et attachement	54
Angoisse et rupture des liens d'attachement	55
Szondi avec Schotte : le contact	56

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Édition originale 1997
dans la collection « Des travaux et des jours »
ME - 25

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-2339-1
Première édition © Éditions érès 2009
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC),
20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris,
tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Papillon contact et circuit pulsionnel	59	Hiérarchie statutaire et hiérarchie subjectale.....	98
Autisme et dépression	60	Dolto et les castrations	100
Tonus et objets autistiques	61	Aliénation/séparation	101
Les trois angoisses.....	62	Le psychanalyste sans divan	102
Démantèlement et démembrement :		Les castes défensives.....	106
Schilder, le retour.....	63	Éthique, colonne vertébrale psychique	
Liens psychiques et image du corps.....	64	et peau groupale	107
Identification projective et		Tous les discours.....	108
retournement de la pulsion	67	Boîtes et sacs	109
Esther Bick et la seconde peau musculaire	68		
Image du corps et cervelet.....	69	FORCLUSION ET SUITE MÉTONYMIQUE INSTITUTIONNELLES.....	113
Donner une forme au rythme/		<i>Homo major et homo minor</i>	113
un rythme à la forme.....	70	Forclusion.....	115
Sadisme et métaphore.....	73	Deux négations : discordancielle et forclusive.....	119
Expériences singulières et pare-excitations collectifs	74	Objet et traces mnésiques	120
Du tonus au cri.....	76	Objet de la pulsion et objet du Moi.....	122
Désorganiser puis réorganiser.....	77	Le premier objet manquant	123
Historicité et historial	78	Le temps des hirondelles.....	125
Processus d'humanisation.....	79	Signifiants primordiaux et forclusion	127
Responsabilité pour autrui	80	Forclusion et tablature institutionnelles	128
		Suite métonymique institutionnelle.....	129
CONSTELLATIONS TRANSFÉRENTIELLES	83	Suite métonymique institutionnelle	
Un-père et fonction contenante.....	85	et fonction paternelle.....	133
En deçà du langage parolier	87		
Une mémoire sans failles.....	88	L'EFFET DE SENS	137
Qu'est-ce que le refoulement ?	89	Forclusion institutionnelle... encore.....	137
Les phénomènes identificatoires	90	Enchaînements métonymiques et	
Un gouffre narcissique	92	ficelle de la bobine	138
Variabilité et image du corps singulière	93	Greffe de symbolique ?	141
Passage à l'acte et acting-out	95	« L'œil était dans la tombe... ».....	142
L'invention du concept.....	97	Rabelais et les représentations de mots gelés	143
Espaces du « faire-signe »	98	Fragilité du « lien-entre ».....	145

Ruptures et fantasmes originaires	147
Zéro, négatif et liberté de circulation	148
Un club thérapeutique d'enfants, mais...	150
Réunions d'enfants	152
La fonction sémaphorique	154
Feuille d'assertion sémaphorique	156
Hospitalisme et forclusion institutionnelle	157
Identifications intracorporelles et signifiants primordiaux.....	159
La ligne médiane.....	159
 OBJETS D'ARRIÈRE-PLAN ET INTERPÉNÉTRATION DES REGARDS.....	 162
Actualité de la psychothérapie institutionnelle.....	162
Maxime et les pédiatres	165
Plaisir et réalité	169
Objet d'arrière-plan/Principe de réalité Interpénétration des regards/Principe de plaisir	171
Le regard et le langage	172
La double voie d'identification.....	173
Hypothèse des deux forclusions de l'interpénétration des regards et de l'objet d'arrière-plan	175
Identifications intracorporelles	179
Le théâtre de la main comme premier homonculus .	180
Le Nom-du-Père et les deux hémicorps.....	181
 POSTFACE de Michel Balat.....	 186

À la mémoire de Basile Kirkor

À Daniel Denis

Introduction à la nouvelle édition

Depuis la sortie de cet ouvrage en 1997, douze années ont passé et les choses en matière d'autisme et de psychose infantiles ont passablement évolué. Ne serait-ce que les mots! Peut-on encore raisonnablement introduire le mot *psychose* dans le titre d'un livre aujourd'hui? En effet, si *autisme* reste d'actualité, *psychose* en revanche est devenu plus rare en matière de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, parfois même il est carrément diabolisé! Nous verrons que cela est principalement en rapport avec le fait que certains groupes de pression veulent obtenir que l'autisme n'ait plus rien à voir avec les psychiatres, contrairement à la psychose qui, elle, comme son étymologie l'indique, doit rester de leur ressort. Sans le savoir, ces groupes de pression s'engagent dans une logique ¹ identique à celle qui a conduit les malades mentaux, enfants et adultes, à être victimes de ségrégation et de relégation lors de moments historiquement datés de nos sociétés contemporaines, et aboutissant à leur persécution objective. On ne peut pas penser aujourd'hui que les enfants autistes devraient être « sauvés » des mains (voire des griffes) des psychiatres et de leurs équipes, tandis que les personnes psychotiques, dommage pour elles, devraient y rester!

Il est très important, au contraire que nous mettions tout en œuvre *ensemble* pour concourir, chacun avec ses spécificités, à une prise en charge « bien tempérée »

des enfants présentant de telles difficultés, jusques et y compris les plus graves, en prenant en compte leur singularité. C'est dans cet état d'esprit qu'un accord est intervenu récemment entre la plupart des praticiens français autour de la question diagnostique de façon à la fois plus ouverte et plus rassemblée.

Plus ouverte en raison de la prise en compte de multiples paramètres dans l'accueil d'un enfant porteur de ce type de pathologie et de sa famille, mais aussi dans l'évaluation du niveau d'atteinte, des facteurs de difficulté et de potentialité dans son cas particulier, tous ces éléments s'intégrant à une démarche diagnostique approfondie, à partir de bilans différenciés et complémentaires (pédopsychiatrique, psychologique, neuropédiatrique, génétique...).

Et plus rassemblée parce qu'il est maintenant reconnu qu'un praticien se doit de regrouper les résultats de l'enfant concerné pour en proposer à ses parents une synthèse dans l'état actuel des connaissances afin d'envisager ensemble une prise en charge optimale. Mais si cette étape a été très importante dans l'évolution récente, elle a été renforcée par la circulaire Douste Blazy créant ² les Centres ressource autisme dans toutes les régions françaises. Ces dispositifs régionaux, à condition de rendre leurs services en synergie avec les « forces en présence », notamment les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, peuvent aider à fédérer les efforts faits pour faciliter l'accès des enfants et de leurs parents le plus précocement possible à des solutions de prises en charge, et par là même, à mettre en évidence les manques et les carences graves actuellement trop peu connus de façon à y remédier. Par ailleurs, des travaux sont actuellement menés par des commissions ministérielles pour aboutir à une convergence des conseils à donner, voire des recommandations à suivre, en ce qui concerne les prises en charge. Mais si, pour la question du diagnostic et du bilan de départ, les possibilités de se mettre d'accord entre les différentes parties en présence ont été relativement faciles, par

contre pour les prises en charge éducatives et thérapeutiques, il en va tout autrement. Je ressens, au moment où j'écris ces lignes, deux mouvements très contradictoires se dessiner et mettre en tension des points de vue qui gagneraient largement à se compléter plutôt qu'à s'opposer. D'une part, un vaste mouvement de convergence et de rassemblement des différents praticiens et chercheurs autour d'une possibilité d'intégration des données actuellement disponibles aussi bien en matière de neurosciences et de cognitions que de psychopathologie d'inspiration développementale et psychanalytique, s'opère et vient marquer d'un jour nouveau les ambiances de plusieurs grands congrès scientifiques et de publications à visée épistémologique. Chacun de ces acteurs arrive à agrandir la maison de ses positions antérieures en ouvrant ses espaces conceptuels à ceux des autres; et cette nouvelle démarche est assortie d'une vive curiosité intellectuelle et d'un enthousiasme créatif que je ressens dans nombre d'équipes de chercheurs, de cliniciens, soutenus en cela par des parents intéressés par cette évolution allant dans le sens de leurs attentes légitimes. C'est ainsi que des travaux comme ceux de Gerald Edelman à propos de sa « Biologie de la conscience » ouvrent des perspectives facilitant les ponts conceptuels entre les neurosciences dites « dures » et les nécessités d'y associer d'autres réflexions, notamment psychopathologiques, concernant les contenus de ce qu'un cerveau permet de « retenir » dans ses mémoires, et le sens que l'histoire a pour chacun des humains en contexte intersubjectif. C'est ainsi que les cartes neuronales constituées par le bébé soumis au règne des sensations qui surdéterminent ses premières expériences fœtales et postnatales interactives dans le cadre général de la théorie de la sélection neuronale sont compatibles avec les avancées de la psychopathologie récente, élaborée à partir de la psychologie développementale et de la psychanalyse. Mais le dernier livre de Eric Kandel rapportant son parcours de chercheur ayant d'abord reçu une formation de psychanalyste, montre

bien également les possibilités de réflexions polyphoniques dans ce domaine de la mémoire. Les propositions de Damasio en matière de lecture des émotions ou celles d'Allan Schore, outre-Atlantique, viennent proposer une lecture co-incidente de phénomènes cliniques identiques par des théorisations différentes. Les positions de Magistretti et Ansermet vont dans le même sens. Ici, en France, ces avancées sont relayées par des propositions d'articulations entre neurosciences et psychopathologie, telles que Sylvie Tordjman, Nicolas Georgieff ou Bernard Golse peuvent en faire. J'en rapprocherai également les convergences entre psychopathologie psychanalytique et psychologie du développement à la manière de Geneviève Haag et d'André Bullinger. Et pour ma part, je m'associe à mon humble niveau d'enseignant et de clinicien, à ces tentatives de sortie des apories récentes, à la fois pour des raisons éthiques, théoriques et pratiques.

Toutefois, un certain nombre de parents, ayant eu à souffrir d'une position soit maladroite, soit hautaine et méprisante de psychiatres, voire de psychanalystes, gardent en eux l'idée que ce sont plus les théories sous jacentes de ces « pratiques inhospitalières » que les personnes rencontrées qui en ont été les ressorts et les acteurs. De ces traumatismes, si j'en juge par la violence des réactions qui en découlent, s'originent des attitudes, des comportements, des menées qui, au-delà des aspects compréhensibles, du fait de ces erreurs regrettables, ont le redoutable effet de nourrir une haine de la psychopathologie d'inspiration psychanalytique et de ses praticiens empêchant tout dialogue constructif, allant même jusqu'à dénier le rôle civilisateur que la psychanalyse a joué dans l'évolution de la psychiatrie du xx^e siècle. On voit ainsi se mettre en œuvre une entreprise de désinformation calomnieuse et revancharde, indigne des enjeux actuellement à portée de concepts, et qui vise à relier les différents aspects définis plus haut. Et ne nous y trompons pas, les parents sont trop souvent pris en otage dans ces mauvais

procès. D'autant que nous voyons des groupes de pression organiser un véritable lobbying politique conçu pour faire disparaître la psychiatrie même du champ de l'autisme. Je le dis avec beaucoup d'inquiétude: il serait dramatique de penser l'autisme et les troubles envahissants du développement uniquement en termes de neurodéveloppement, d'éducation et de pédagogie spécialisés, sans permettre à tous les enfants, de bénéficier d'une approche thérapeutique dont certains ont absolument besoin, du fait de la toxicité spécifique de leurs angoisses archaïques. Les hôpitaux de jour, à temps plus ou moins partiels, qui ont à se transformer pour se mettre au niveau de ces changements récents dans l'approche de l'autisme, et à intégrer les autres approches dans une philosophie d'ouverture, restent les pivots à partir desquels des propositions de soins articulées aux autres formes de prises en charge éducatives et pédagogiques peuvent se réfléchir et s'organiser sous l'égide des parents. Par contre, ne penser l'autisme que dans une dynamique éducative, ce qui peut convenir temporairement à certains enfants, conduit à faire l'impasse sur les moments où l'éducatif ne suffit plus à aider l'enfant envahi (c'est un trouble envahissant) par ces angoisses archaïques qui le mettent à mal. Il suffit d'avoir côtoyé un enfant très automutilateur, ou présentant des angoisses massives de déstructuration à l'occasion de changements qu'il ne peut pas accepter, pour comprendre le potentiel désorganisateur extrême que recèlent ces pathologies. Je comprends d'ailleurs cette agressivité, par exemple à l'égard de la technique du packing, comme l'expression, par des personnes qui n'ont pas eu à vivre dans leur chair, en tant que parents, ou dans leur métier, comme professionnels responsables d'enfants n'ayant pas besoin de ce style de soins, d'une projection imaginaire de la haine de la maladie autistique successivement déplacée sur les « pys » qui tentent de la soigner puis sur une technique qui leur apparaît étrange. Mais personnellement, avant de juger d'une technique quand je ne la connais pas, je

me renseigne sur elle de façon sérieuse. Et dans ce cas, nous avons vu que ces réactions faisaient suite à quelques émissions télévisuelles (une première montrant la technique du pack proposée par l'excellente équipe du Dr Gillis (région parisienne), puis une deuxième par l'équipe de l'hôpital de jour la « Pomme bleue » du Dr Casenave de Bordeaux). Ce faisant, ils généralisent leur discours à partir de leur expérience personnelle, à des enfants dont ils ne connaissent pas la souffrance objective, ni celle de leurs parents. D'ailleurs certains d'entre eux se sont exprimés sur cette question de façon claire ³, et beaucoup d'entre eux, dont les enfants sont concernés, sont scandalisés des positions désinvoltes prises par des parents contre cette technique, dans la mesure où ils disqualifient un soin qui, s'appliquant à leurs propres enfants, leur a procuré des résultats quelquefois spectaculaires. Je tiens également à signaler que le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) que j'ai lancé avec le Dr Goeb à Lille a obtenu un agrément ministériel impartial du groupe d'experts chargés de juger de la pertinence scientifique d'un tel projet, et a reçu, conformément à la loi réglementant la recherche clinique, un avis favorable du Comité de Protection des Personnes (instances éthiques des CHU). De telles aventures montrent à l'envis que, si la haine peut faire feu de tout bois, elle consomme une énergie considérable en pure perte, énergie qu'il conviendrait de consacrer à tous ces enfants et à leurs parents qui en ont tant besoin.

Mais il me semble que ces combats d'arrière-garde peuvent être mis en rapport avec une modification récente non pas des chiffres de la prévalence de l'autisme mais plutôt des effets combinés de l'antipsychiatrie primaire avec les modifications opérées dans les classifications internationales récentes. En effet, la prévalence de l'autisme de Kanner a longtemps été acceptée aux alentours de 0,4 pour 10000, alors qu'aujourd'hui, la catégorie des troubles envahissants du développement oscille suivant les statistiques entre 0,6 et 1 pour 100,

soit à peu près l'équivalent de la schizophrénie. Quand on y regarde de plus près, on constate que dans la catégorie des TED, il y a plusieurs entités telles que l'autisme typique et atypique mais aussi les syndromes de Rett et d'Asperger et les troubles désintégratifs. Mais que sont devenues les psychoses infantiles, les dysharmonies psychotiques et autres formes de troubles décrites en son temps par Misès dans sa fameuse classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent? Comment comprendre autrement cette inflation statistique? Voilà des problèmes qui sont dignes du plus grand intérêt. Je me souviens d'une discussion clinique et psychopathologique entre Roger Misès (Paris) et Donald Cohen (Yale/US) lors du congrès de la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent organisé en 1999 par Hochmann à Lyon, au cours de laquelle ces deux personnes étaient tombées d'accord sur la proximité entre les dysharmonies psychotiques et le MCDD (Multiple Complex Developmental Disorder). Où sont passés ces petits patients? Comment peut-on à ce point exclure les enfants psychotiques? Pourquoi les enfants autistes auraient-ils des droits que les enfants psychotiques et dysharmoniques n'auraient pas? Il me semble qu'il s'agit là d'un mauvais procès, et, je le redis, que nous devons résister à ces tentatives de déstabilisation des dispositifs au service des enfants présentant des difficultés pathologiques de développement. Un outil, la grille de repérage, qui s'est progressivement montré d'une très grande utilité, tant sur le plan clinique et thérapeutique que sur celui de la réflexion psychopathologique, a été forgé par Geneviève Haag ⁴ et ses collaboratrices psychanalystes d'enfants dès 1995. Or dans cette synthèse de trente années de psychothérapie d'enfants autistes, il apparaît que la sortie de l'état autistique se conquiert par la « récupération des premières enveloppes », le « vécu d'entourance », et que cette première avancée permet à l'enfant d'accéder à une phase symbiotique, dans laquelle il va devoir travailler notamment sur les clivages verticaux

et horizontaux, avant de franchir éventuellement le cap de la « séparation-individuation » cher à Margaret Malher. Ne peut-on penser que ladite phase symbiotique a quelque chose à voir avec la psychose infantile? Comment penser une intégration successive des différents modes identificatoires archaïques tels que l'identification adhésive (pour l'autisme) et l'identification projective (pour la psychose infantile) sans en croiser la pertinence avec la clinique et les phénomènes spécifiques de relations transférentielles qu'ils suggèrent? Nous retrouvons là les différences radicales entre des classifications qui se prétendent « athéoriques » sans finalement y parvenir, et celles qui sont le résultat de réflexions sur les structures psychopathologiques sous-jacentes aux signes cliniques descriptifs, destinées à nous aider à comprendre dans le « transfert » la manière dont un enfant construit le monde, et *in fine* à tenter de le rejoindre. Et dans cette logique, l'apprentissage de la méthode d'observation des bébés selon Esther Bick ⁵ n'est pas la moindre des chances pour mieux approcher cette connivence nécessaire avec l'archaïque. Mais ce n'est pas tout, toutes ces pensées autour de la psychopathologie des enfants autistes et psychotiques n'auraient pas de sens ni d'intérêt si elles n'étaient pas en même temps les occasions de modifier en profondeur nos pratiques à leur service. D'où les réflexions sur « l'institutionnel ». Il se trouve que dans les changements récents survenus en matière d'autisme et de psychose infantiles, la question de la complémentarité entre les différentes approches prend un relief important. La psychothérapie institutionnelle ⁶ avait très tôt vu l'importance de ce concept dans l'organisation de la psychiatrie de secteur pour faciliter la prise en compte des constellations transférentielles. Il va de soi désormais que les parents vont choisir pour leur enfant, lorsqu'on leur en laisse l'opportunité, des aides tentant d'intégrer les dimensions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques. Il m'est souvent arrivé ces derniers temps ⁷ de proposer la formule suivante pour un

enfant présentant de tels troubles: « L'éducatif (comme prolongation de la fonction parentale) toujours, le pédagogique quand c'est possible et le thérapeutique quand c'est nécessaire. » L'éducatif est aujourd'hui devenu un enjeu considérable dans la bataille décrite plus haut, dans la mesure où des professionnels et des parents tentent, soutenus par des politiques peu scrupuleux et sensibles aux sirènes du « showbizz », d'imposer une méthode datant des années 1960 (Lovaas) qui donnerait des résultats plus satisfaisants que les autres ⁸, en dénigrant d'autres approches qui ont aussi leur intérêt (Schopler) et surtout la psychanalyse. Pour moi, il est clair que les méthodes éducatives ne s'opposent pas aux approches thérapeutiques, mais qu'elles doivent s'y articuler. C'est pourquoi, dans notre proposition aux parents, ce sont eux qui décident de l'orientation à donner pour leur enfant. Et ce n'est pas parce qu'ils souhaitent faire accompagner leur enfant d'une méthode éducative de telle ou telle origine, que la question du soin ne se posera pas à un moment donné. C'est bien d'une complémentarité entre éducatif et thérapeutique qu'il s'agit. Et dans ce domaine, il va de soi que la volonté des partenaires de travailler ensemble est déterminante pour aider les parents à penser les différents aspects nécessaires à l'ensemble de la prise en charge de leur enfant. Dès l'instant où un partisan d'une méthode éducative déclare aux parents ⁹ qu'ils ne doivent pas « laisser leur enfant aux mains des psychiatres », surtout s'ils sont « d'obédience psychanalytique », mais que lui, en deux ans, pourra « guérir » leur enfant de son autisme, il me semble que le parent est pris dans un conflit de loyauté entre son enfant qu'il veut voir avancer et ceux qui devraient le conseiller plus modestement. Je vois pour ma part dans la complémentarité possible entre les champs éducatif et thérapeutique un signe de qualité de la proposition faite à l'enfant et à ses parents. Par contre, une proposition de tout faire avec une seule approche me semble un signe de totalisation, voire de totalita-

risme, qui ne sied pas à notre sujet. J'adresse aussi bien cette critique aux psychanalystes qui ont pu penser et penser encore qu'ils peuvent obtenir à eux seuls la guérison d'un enfant, qu'à certains courants éducatifs qui, profitant de la souffrance des parents, utilisent les médias à des fins mercantiles pour mieux prendre leur essor dans un pays qui n'est pas familier des pratiques nord-américaines. Je suis profondément persuadé que les méthodes sont très dépendantes des personnes qui les pratiquent mais aussi de celles qui les reçoivent. Et il est important de rappeler que les TED sont une très vaste planète, voire un système constitué de planètes très différentes, et qu'il est vraisemblable que les caractéristiques d'une planète ne s'appliquent pas à toutes les autres et inversement. Il y a donc lieu de cultiver la tolérance en matière de diversité d'approches de façon à rester ouvert aux expériences sans tomber dans l'idéalisation problématique de l'une d'entre elles. Il est temps de réaliser que nous appartenons à un système et non à l'un de ses éléments.

En ce qui concerne la pédagogie, la dernière loi édictée à propos de l'intégration des enfants handicapés à l'école, si son intention n'était pas totalement contredite par l'imposition d'économies de moyens (suppression de milliers de postes dans le primaire, des RASED, de classes spécialisées,...) la rendant inapplicable dans de bonnes conditions, pourrait profondément modifier la philosophie de l'accueil des enfants autistes et psychotiques à l'école. En effet, il ne s'agit plus, et c'est une avancée, de « défendre » l'intégration d'un enfant dans son école, il y est inscrit de droit. Et tous les moyens pour qu'il puisse y suivre une scolarité de qualité doivent lui être fournis. Symboliquement, voici enfin venue la reconnaissance dans l'école de la République des différences entre les enfants comme un des aspects constituant les groupes humains au-delà de leurs spécificités, y compris en termes de handicaps. Mais si les moyens ne suivent pas, et si les enseignants, par ailleurs extrêmement préoccupés par d'autres grandes

difficultés de fonctionnement dans leurs classes – je veux parler ici de ce que je nomme maintenant les « TEC ou Troubles envahissants du comportement » –, ne peuvent pas jouer ce jeu de l'intégration, ce sont encore les enfants les plus difficiles à intégrer qui vont en faire les frais. Et parmi ceux-ci, les enfants autistes et psychotiques figureront en tête du palmarès. Il est donc tout à fait important que dans les hôpitaux de jour, dans les classes d'intégration scolaire, dans les unités pédagogiques individualisées, dans les classes thérapeutiques, et toutes les autres formes d'approches pédagogiques des TED, des enseignants spécialisés continuent de se former et de maintenir ce souci pour une « pédagogie spécialisée ès autisme et psychose infantiles ». Nous en avons le plus grand besoin pour aider les enseignants qui accueillent dans leurs classes des enfants présentant de tels troubles à tenir compte de leurs particularités d'apprentissage.

Et paradoxalement, ce sont sans doute les personnes atteintes de syndromes d'Asperger qui nous en apprennent le plus sur ces mécanismes spécifiques de la pensée autistique. Il convient de leur rendre cet hommage de nous aider à comprendre¹⁰ que ce mode de pensée, plutôt qu'une pathologie seulement, est surtout un autre mode de penser le monde, différent de celui des névrosés « classiques ». Mais il ne faut pas oublier non plus tous les enfants autistes et psychotiques qui vont évoluer vers une déficience plus ou moins grave en fonction de très nombreux critères, et dont la capacité d'autonomie à terme sera relative. Dans ces cas, la présence institutionnelle doit venir aider la famille au moment opportun pour permettre de proposer des lieux humains dans lesquels la qualité de ce qui s'y passe dépend de la façon dont les personnels sont eux-mêmes traités (statuts, salaires, formations, supervisions, reconnaissance,...).

Et aujourd'hui, le compte n'y est pas non plus, non seulement en termes de places disponibles pour les adolescents, les adultes et même les personnes âgées,

mais également en ce qui concerne la qualité du tissu institutionnel qui les accueille. D'où la très grande importance que j'accorde dans ce texte comme dans d'autres à la lecture institutionnelle de la problématique d'un enfant ou d'un adulte autiste, psychotique ou présentant une grave psychopathologie au point d'avoir besoin d'être « pourvu » d'une institution au sens « tosquellessien » du terme, cette *constellation transférentielle* que nous construisons ensemble autour de et avec lui. Et pour nous y aider, je m'entoure de maîtres devenus des amis très chers : Oury, Torrubia, Balat, et quelques autres. Qu'ils soient à nouveau remerciés pour leur patience à mon égard !

Quand je relis aujourd'hui ce modeste ouvrage, je mesure à la fois le chemin parcouru, mais aussi ce qui était déjà pertinent à l'époque de Tosquelles et qui a peu changé, notamment pour ces questions institutionnelles. Je crois que les concepts et les histoires cliniques qui y sont racontés peuvent néanmoins permettre à des personnes motivées par de tels problèmes humains de mieux entr'apercevoir l'ampleur et la complexité du problème posé. Même si ce livre ne fait que témoigner de la passion qui m'anime pour mieux soigner avec toutes les équipes qui me font confiance ces enfants autistes et psychotiques, et mieux enseigner à les prendre en charge, j'en saurai toujours gré aux éditions érès de m'avoir permis d'y revenir pour le mettre à nouveau à disposition des lecteurs qui en attendaient la réimpression.

Pierre Delion
Lille, Noël 2008

NOTES

1. V. Klemperer, *LTI, la langue du III^e Reich*, trad. E. Guillot, Albin Michel, 1996.
2. Circulaire du 8 mars 2005.

3. A.Y. Lenfant, « Soignants et parents autour de la question du soin par packing : regards croisés », dans P. Delion (sous la direction de), *La technique du packing, avec les enfants autistes et psychotiques en pédopsychiatrie*, Toulouse, érès, 2007.
4. G. Haag, et coll., « Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité », *La psychiatrie de l'enfant*, xxxviii, 2, 1995, p. 497-510.
5. Sous la direction de P. Delion, *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick*, Toulouse, érès, 2008.
6. P. Delion, *Soigner la personne psychotique*, Paris, Dunod, 2005.
7. Lors du congrès national annuel de l'Association nationale des centres ressources autisme organisé à Toulouse en 2007.
8. Voir à ce sujet la mise au point de V. Shea, « A perspective on the research literature related to early autism », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(3), p. 315-325, 2004.
9. Quand ce n'est pas par voie de presse, par exemple dans ma région du Nord-Pas-de-Calais...
10. L. Mottron, *Autisme, une autre intelligence*, Mardaga, Bruxelles, 2004.

Avant-propos

Ce texte est issu des six séminaires de l'année 1994-1995. C'est en quelque sorte le matériau brut sur lequel je travaille avec toute l'équipe soignante d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, lui-même infanto-juvénile puisqu'il est né en 1992, pour mettre à la disposition des enfants et adolescents en souffrance psychopathologique souvent grave, et de leurs familles, un dispositif de soins qui en vaille la peine.

Ce manteau d'arlequin comme dirait Jean Oury, en prétendant contribuer à tisser une certaine unité de la praxis, reste fabriqué de morceaux d'étoffes de différentes couleurs et de différentes matières. Certains sont cousus de fils blancs, juste bâtis, tandis que d'autres le sont solidement ; certains sont surfilés et d'autres rapiécés ; et il reste des trous, comme pour bien rappeler qu'Arlequin est un symbole d'articulations en mosaïque dont le caractère principal est la précarité. Les enfants autistes et psychotiques ont besoin de *mantèlement*, mais si le costume ne sied pas au sujet, une nouvelle vêture est nécessaire. N'est-ce pas la condition de nos réflexions, de nos tentatives de conceptualiser notre pratique ? N'est-ce pas le prix à payer pour rester dans le « trop humain » dont de nombreuses forces totalisantes poussent à nous faire sortir ?

« *Sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est l'homme même qui disparaît* ». En écrivant cette phrase, désormais gravée sur les murs de l'hôpital

de Saint-Alban, Tosquelles ne nous rappelait-il pas à une sagesse humaine qui tendrait à être reléguée dans les disques durs des ordinateurs, à l'enseigne de l'histoire *dépassée*, comme on pourrait le dire du coma ?

Et pourtant, si des humains sont bien actuellement les enjeux de forces contradictoires, ce sont bien les autistes et les psychotiques, enfants d'abord puis adultes. Enjeux idéologiques, enjeux économiques, mais aussi enjeux éthiques, car ils restent des sujets dont l'humanité doit aujourd'hui être défendue pied à pied contre une tendance antipsychiatrique toujours plus vivace, qui consiste à faire d'eux les handicapés d'une pathologie du seul cerveau, au mépris de tout appareil psychique considéré désormais comme un vieux jouet en bois aux charmes certains, mais bon pour la poussière du grenier ou des brocanteurs ; ce qui ne peut que satisfaire les technocrates à la recherche d'économies dans les budgets de la santé. Les tenants de cette idée simpliste ne se rendent pas compte que la psychiatrie traverse actuellement une période au cours de laquelle elle risque de disparaître corps et biens dans une spécialité médicale comme les autres, sans aucune spécificité, et notamment sans celle qui en fait encore une discipline médicale préoccupée de la valeur humaine et existentielle du drame de la folie, quelles qu'en soient les modalités. Ce souci pour l'humain n'est absolument pas contradictoire avec la rigueur scientifique ; il en est même une limite à l'*ubris* (ὕβρις) ¹ des pseudo-scientifiques. Et ce n'est pas parce que quelques adultes autistes et psychotiques sont abandonnés dans les services d'une psychiatrie dite défectologique, dans laquelle le mépris pour le sujet humain est évident, que tous les autistes et tous les psychotiques sont scandaleusement abandonnés par la psychiatrie. Je connais personnellement beaucoup d'équipes soignantes qui se sont mobilisées sur ce problème et qui ont de ce fait totalement révolutionné leur fonctionnement au grand bénéfice des autistes et psychotiques mais aussi des autres patients dont elles avaient la charge.

Bien sûr, ce sont les services d'enfants et d'adolescents qui ont ouvert le chemin de ces changements nécessaires, mais des services de psychiatrie générale ont aussi trouvé des réponses originales et pertinentes pour ces grands malades devenus adultes. Et notamment les services qui, loin de prétendre répondre seuls à tout ce qui est nécessaire aux autistes et aux psychotiques, ont créé des articulations entre les domaines familial, pédagogique, éducatif et psychiatrique, chacun avec ses compétences et ses spécificités. Je ne conçois plus désormais qu'on puisse traiter en psychiatrie un enfant autiste ou psychotique à temps complet, sauf en cas de décompensations aiguës et pour un temps limité ; la critique des mécanismes qui concourent à la survenue des phénomènes asilaires a été faite depuis belle lurette par les psychiatres et leurs équipes, même s'il faut bien dire que les phénomènes asilaires ne sont pas propres à la psychiatrie, et qu'ils peuvent se retrouver exportés tels quels dans tous les endroits qui accueillent des humains en souffrance psychopathologique et dans lesquels la dépendance de ceux-ci peut les soumettre au pouvoir d'une seule personne.

La grande révolution de la psychiatrie de secteur, historiquement et dialectiquement liée à la psychothérapie institutionnelle, a été de travailler en partenariat avec les relais dans la cité, de façon à y soutenir la vie quotidienne des patients plutôt que de leur proposer une vie artificielle dans un endroit de relégation.

Mais en même temps, ce formidable changement de la psychiatrie n'aurait pas été possible sans un approfondissement de la compréhension de la psychopathologie elle-même, à la recherche des mécanismes et des processus selon lesquels les angoisses archaïques surgissent, sont exacerbées ou au contraire apaisées. Tout ce travail a été rendu possible par une remise en question de chacun des soignants, étant entendu que dans la psychose, c'est bien d'être le réceptacle des projections du sujet psychotique qui permet de les comprendre, de les métaboliser et d'en faire quelque chose de

constructif avec lui. C'est aussi pour cela qu'il est insupportable d'entendre les calomnies sur les soignants en psychiatrie que certains médias diffusent largement : de très nombreux soignants de psychiatrie ont beaucoup donné de leur personne pour mieux accueillir et soigner les enfants et les adultes autistes et psychotiques. Mais il est un point qui est devenu évident pour moi : ces patients ont besoin d'une équipe soignante psychiatrique qui les accompagne tout au long d'un chemin souvent très difficile pour eux et pour leurs familles, afin d'instituer avec eux une thérapie sur mesure. D'où la problématique des institutions qui infiltre en permanence ce texte, et en explique souvent la complexité ; à la fois leur *institution mentale* face au *processus autistique*² mais aussi les institutions que nous créons avec eux chaque fois que c'est possible pour mieux les instituer eux-mêmes ; d'où la reprise de la psychothérapie « institutionnelle » et de ses notables avancées théoriques.

Il s'agit donc ici de montrer comment « le penser » (Heidegger) de ce soin très spécifique se fait en avançant avec les autistes et les psychotiques. En effet, en route avec tel ou tel enfant, c'est aussi bien le concept de forclusion que l'importance des troubles du tonus, le retour à Schilder que la fidélité à Freud ou à Tosquelles et à Oury, l'étude des différents modes hiérarchiques que la fonction sémaphorique, l'importance des institutions que leurs risques de dévoiement, qui m'ont été comme autant de petits cailloux pour continuer avec eux, sans trop se perdre dans les pièges constants tendus par *thanatos*.

NOTES

1. Pour les anciens Grecs, tout ce qui dépasse la mesure en tant qu'elle respecte l'harmonie entre les hommes et les dieux.
2. J. Hochmann, « L'institution mentale : du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques désinstitutionnalisés », *L'information psychiatrique*, octobre 1982, 58, n° 8, p. 985-991.

« Le clivage entre ressassement et répétition, dénuement de la conscience anéantie dans une misère morale, dans un fond d'incurabilité qui laisse à découvert la peau fragile de l'existence : Not des Lebens, sans harmoniques, sans accord, en deçà de toute intentionnalité. C'est vers ce "point gris", chaos, de ce point-là que je dois me présenter, me produire à l'occasion de l'autre ; l'autre qui vient là, d'un ailleurs, dans son incertitude, sa perplexité. Précarité fonctionnelle d'un chemin toujours déjà inattendu ».

Jean Oury, *Onze heures du soir à La Borde*
Éditions Galilée
Collection Débats

« L'expérience me prouve que le concept d'autisme, si complexe, pousse l'enquête aux racines de son "isme", c'est-à-dire qu'il pousse à essayer de comprendre le pourquoi de cette "tendance" ("isme" signifie tendance), le pourquoi de cette fermeture en soi, de ce repli face à l'autre ».

Salomon Resnik, *L'Expérience psychotique*
Éditions Césura
Collection Psychanalyse

« Aussi pourra-t-on se demander si l'on doit prendre en considération un épisode aussi exceptionnel de la condition humaine, et s'il est bon d'en conserver le souvenir.

Eh bien, nous avons l'intime conviction que la réponse est oui. Nous sommes persuadés en effet qu'aucune expérience humaine n'est dénuée de sens ni indigne d'analyse, et que bien au contraire l'univers particulier que nous décrivons ici peut servir à mettre en évidence des valeurs fondamentales, sinon toujours positives ».

Primo Levi, *Si c'est un homme*
Éditions Pocket

L'enseignement de Tosquelles

POUR TOSQUELLES

François Tosquelles est mort à quatre-vingt-deux ans, le 25 septembre dernier. C'est un homme dont il n'est pas inintéressant de parler, parce que dans sa vie de psychiste, comme il disait, il a beaucoup travaillé sur la valeur humaine de la psychiatrie. Il a sans cesse développé l'idée que, finalement, la psychiatrie est un art général. On a tendance à considérer de façon de plus en plus nette qu'il existe une psychiatrie pour les adultes, et une pour les enfants. Lui, dans sa pratique, a mis en place des équipes qui pouvaient collaborer les unes avec les autres et ainsi enrichir leurs pratiques respectives. Tosquelles n'est pas classable. Ceux qui l'ont connu savent que ses écrits sont importants mais que surtout sa présence et sa manière d'être avec l'autre étaient exceptionnelles. Plusieurs souvenirs me reviennent de ce personnage étonnant lorsqu'il était à *Lacan-Défilé* (La Candélie, CHS d'Agen où il a occupé son dernier poste de psychiatre hospitalier).

J'arrivais dans son service, par l'entremise d'Oury, pour faire un stage, et j'attendais là, un peu angoissé, la rencontre avec le maître à 8 h 30 du matin. Je vis arriver une espèce de petit bonhomme qui ressemblait au señor Oliviera de la Figuera dans *Tintin et le crabe aux pinces d'or*, un petit gros, rond, avec des cheveux ébouriffés et qui me dit :

- C'est vous Delion ?
- Oui, c'est moi Delion.
- Pourquoi vous êtes ici dans mon service ? Mon service c'est *oune* merde !

Je me dis que c'était mal parti, ce stage ! J'avais en effet dans la tête plein de préjugés et d'idées à son sujet : la psychothérapie institutionnelle, les réunions, le club, etc.

Finalement, j'ai passé la semaine dans son bureau à faire avec lui des consultations. Quel contact avec les malades pendant les consultations ! C'était étonnant pour moi après mes concours hospitaliers ! Tout y passait : Szondi, des cigarettes, du café, un Rorschach, et après on cause de pourquoi le malade est venu, tout un temps d'improvisation comme ça. Ça pouvait durer trois heures et, après, le malade et sa famille s'en allaient, ils étaient « guéris » ; ils étaient arrivés pour une hospitalisation et voilà qu'ils sortaient !

Il était stupéfiant de voir la manière avec laquelle Tosquelles pouvait entrer en contact direct avec les gens, il se trouvait branché très vite sur les problèmes essentiels du sujet en souffrance psychopathologique.

Tosquelles était un *hystéromaniaque* comme il le disait lui-même ; il n'arrêtait pas de faire le clown pendant les consultations ; il lui arrivait parfois de se faire engueuler par le malade mais il retombait toujours sur ses pieds.

Lors des États généraux des éducateurs à Toulouse où il intervenait, après avoir parlé de psychopathologie infantile et du transfert, il prit l'exemple du « tchatchatcha » comme manière d'être au plus près du malade, de pouvoir s'adapter à son rythme et ainsi, d'élaborer un « accordage affectif thérapeutique » ; et il se mit alors à attraper la présidente de séance à bras le corps et à danser le tchatchatcha avec elle, alors qu'il avait près de quatre-vingt ans !

Un autre jour, j'attendais avec lui Oury, Torrubia et Labad, à l'hôtel Gaudi, dans sa ville natale de Réus en Catalogne, où a lieu chaque année un congrès

intéressant. Je lui demandais comment s'étaient passés les débuts de la psychanalyse en Catalogne, le début de son parcours psychiatrique à lui. Il m'expliqua alors qu'il y avait des psychanalystes juifs qui, dès 1933, avaient senti le racisme rampant des nazis se mettre en place et qui avaient fui Vienne pour venir à Barcelone. Alors qu'il avait vingt et un ans, ayant presque fini sa médecine (il avait en effet passé son bac avant quinze ans), il a commencé son analyse à Barcelone avec un juif émigré, Sandor Eiminger. Ils organisaient en parallèle des réunions – la psychanalyse n'était pas très répandue à cette époque-là – des groupes de travail comme à Vienne, des discussions animées par l'analyste. Un jour le thème était : quels sont les souvenirs les plus anciens qu'on peut évoquer quand on est en analyse ? Chacun y allait de là où il en était arrivé de son analyse. « Je me rappelle quand j'étais petit ; j'étais dans mon berceau, j'avais faim et je vois très bien ma mère me donner le sein alors que j'avais neuf ou dix mois », dit le premier. « Oh ! très fort ! » répondent les autres (l'analyse était encore dans une perspective longitudinale, on en n'était pas encore au structuralisme lacanien). Un autre lui dit : « Tu n'es pas allé très loin dans ton analyse, moi je me souviens la tête qu'a fait ma mère quand j'avais trois mois et que j'ai fait mon premier sourire ; ça m'a demandé beaucoup de travail et d'associations libres pour en arriver là ! ». Les autres disent : « Trois mois, quand même tu en es sûr ? » Là-dessus, alors qu'on venait de travailler sur le fantasme de scène primitive, un participant prit la parole à son tour : « Moi, je me rappelle ma naissance, c'est exactement ce que décrit Otto Rank sur le traumatisme de la naissance, cette espèce de choc quand on change de milieu de l'hydrique à l'aérien ». Les gens commençaient à être ébahis par ce type qui était vraiment remonté très loin dans son analyse. Et à ce moment-là, Tosquelles, qui avait sans doute compris Lacan avant beaucoup d'autres et trouvait que tout ça n'était pas très sérieux comme travail psychanalytique, leur dit : « Moi, je me rappelle quand

mon papa allait au bordel : je sautais d'une couille dans l'autre pour ne pas être le fils d'une putain ! » Cette histoire me semble illustrer parfaitement la fonction interprétative de Tosquelles dans les groupes, art dans lequel il excellait.

En fait, il voyait ce qui était en train de se jouer dans un groupe, et il en faisait une interprétation qui avait le mérite d'être reçue parce qu'elle était toujours transmise avec beaucoup d'humour.

Sa mort récente, si on peut l'évoquer avec des souvenirs de ce style, c'est bien parce que c'était Tosquelles, et que, même mort, il continue de nous faire sourire. En même temps qu'on marchait tranquillement vers son lieu d'enterrement, sa famille avait eu la bonne idée de faire jouer une sardane de la sortie de l'église jusque'au cimetière.

Voilà notre ami Tosquelles parti, mais il restera toujours là dans nos pratiques. Je vous conseille de relire son texte sur *Pédagogie et psychothérapie institutionnelle*, édité par Hiatus, où il parle de la nécessaire articulation entre psychothérapie et éducation. Est-ce qu'on doit instruire ou éduquer à l'école ? etc.

Dans l'enseignement direct de Tosquelles, j'ai relevé plusieurs points que je vais maintenant transmettre.

PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

Le premier concerne l'importance de ne pas scinder la psychiatrie de l'enfant et la psychiatrie de l'adulte, notamment au regard de la psychose qui traverse les différentes étapes de la vie. Même si la prise en charge d'enfants autistes présente des spécificités, cela ne justifie pas l'existence de deux *racas* de soignants différents.

La tendance à la spécialisation, sur-spécialisation, avec des psychiatres spécialisés dans l'adolescence, dans la périnatalité me semble préjudiciable au champ de la psychiatrie générale dans son articulation avec

l'éthique. Si approfondir certains champs spécifiques comme les adolescents ou les bébés est intéressant, ceux-ci ne doivent pas devenir des entités en soi. Ce point était très important pour Tosquelles, mais a été recouvert par l'histoire contemporaine. À ce titre-là, quand, en 1972, est apparue la spécialité de pédopsychiatre, les réactions des psychiatres comme Henri Ey, Daumézon, etc., ont été vives. En 1975, Bonnafé écrit un article : « Du pédotropisme ¹ » dans lequel il expliquait que, dans sa pratique de psychiatre dans la cité, il faisait un travail constructif avec le malade mental qu'il rencontrait, quand il arrivait à rencontrer les enfants du malade mental : ses enfants biologiques mais aussi celui qu'il a été et qui demande de l'aide.

« *Qu'il s'agisse du cercle pédagogique, du cercle psychiatrique, du cercle pédiatrique, et plus que partout ailleurs du cercle pédotrope, le principe et la fin du discours, constamment submergeants, sont celui qui parle et les appétits du système institutionnel dans lequel il est investi. L'enfant mobilise surtout des désirs de puissance et d'appropriation...* »

Je me bornerai à rappeler ici que le concept original de système intersectoriel était un système inter-sectoriel, c'est-à-dire une production commune des systèmes sectoriels s'entendant pour assurer une coordination transversale du travail le plus hautement spécialisé en direction de l'enfance exercé principalement dans les systèmes de base. Il est évident que la réalisation d'un système aussi raffiné suppose un combat d'une extrême vigueur contre le pédotropisme et contre la "psychiatrie d'adultes" et la guérison du syndrome du marquis de Carabas². »

C'est un premier point important pour moi ; quand je vois les parents d'enfants qui vont mal, mon expérience en psychiatrie d'adultes m'aide beaucoup ; inversement, quand on s'occupe d'adultes, il est important de se préoccuper des enfants de ces adultes pour pouvoir travailler au plus près de leur problématique.

PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE
ET PSYCHIATRIE DE SECTEUR

Mais il y a un autre point que Tosquelles jugeait important : la psychothérapie institutionnelle est intrinsèquement liée à la psychiatrie de secteur. Tout cela est sorti du creuset de Saint-Alban et, à cette époque florissante de la psychiatrie, les deux étaient consubstantielles l'une à l'autre. La psychiatrie de secteur était le lieu dans lequel l'équipe allait travailler, son aire géodémographique, tandis que la psychothérapie institutionnelle était davantage la méthode de travail. Quand les technocrates se sont emparés du concept de secteur, il est devenu, pour beaucoup d'équipes, la seule pratique extra-hospitalière avec le corollaire annoncé de la suppression de l'hôpital psychiatrique. Dans le même mouvement, la psychothérapie institutionnelle, ayant vu le jour dans les hôpitaux psychiatriques, a été vouée comme eux aux gémonies du dépérissement asilaire. C'était oublier que le phénomène asilaire n'est pas seulement attaché à des murs mais surtout à des pratiques. Et la psychothérapie institutionnelle reste à ce jour un ensemble de concepts de nature à lutter contre ces pratiques, qu'elles fleurissent dans le secteur ou dans l'hôpital. Tosquelles, au moment où la loi 180 commençait à s'appliquer en Italie, faisait remarquer que dans les régions où une alternative à l'hôpital psychiatrique existait, elle s'enracinait facilement, mais que, par contre, dans les autres régions non préparées, il avait noté la très forte croissance des hospitalisations dans les cliniques privées et la mise à disposition dans les catalogues de vente par correspondance de camisoles de force solides et bon marché ! Il n'était pas question de dire que l'hôpital psychiatrique devait rester comme il était ; il s'agissait bien de l'aménager, mais nous savons bien qu'il y aura toujours besoin d'un lieu où les hospitalisations à temps complet seront nécessaires. Et si les soignants qui travaillent en extra-hospitalier ne suivent pas leurs malades lors des hospitalisations, ils

ne pourront établir que des rapports clivés avec ceux-ci. Et cela ajoute autant de clivages dans la problématique institutionnelle.

Les concepts de la psychothérapie institutionnelle s'appliquent très directement dans la psychiatrie, quelles que soient les modalités de son exercice. Que ce soit dans les maisons de retraite ou les instituts médico-pédagogiques, les concepts de la psychothérapie institutionnelle sont *exportables*, et c'est un enseignement important de Tosquelles sur lequel il revenait toujours, à condition de tenir compte du *contexte*. C'est honorer sa mémoire que de rappeler que, pour lui, cette dialectique était toujours fondamentale.

ÉTABLISSEMENT ET INSTITUTION

Tout ce qu'il avait bâti à Saint-Alban, et même avant en Catalogne, était articulé autour de l'idée que, si on s'occupe des psychotiques, on peut s'occuper de tous les autres en application du principe proverbial : « Qui peut le plus peut le moins ».

Que ce soit chez les petits enfants, les vieux, les toxicomanes, les malades chroniques, etc., le délire et/ou la personne psychotique, par son étrangeté, provoque l'évitement. Quand nous avons travaillé sur la question de la psychose et que nous sommes amenés à soigner des personnes qui ont des pathologies moins dépendantes vis-à-vis de soignants, il est habituel de constater qu'on peut utiliser tout ou partie de ce qu'on a inventé pour le psychotique, sur les plans pratique et théorique.

D'où l'importance de cette distinction entre institution et établissement. Les établissements sont délégués par l'État pour que puissent fonctionner les équipes de psychiatrie. Les institutions sont déjà dans l'ordre du transfert, dans la relation de soin entre un sujet souffrant, enfant ou adulte, et des soignants. Cette mise en place de la relation transférentielle s'institue, se met en position d'exister : c'est l'institution de la rencontre.

C'est un vieux débat dans la psychiatrie actuelle entre les gens qui vont insister pour que l'établissement soit correct, refait, repeint, etc. et ceux qui vont davantage insister sur la qualité de la relation entre les gens dans ces établissements, l'idéal réunissant les deux aspects. Mais alors qu'on parle de la circulaire sur « l'humanisation des hôpitaux » les budgets déshumanisent les hôpitaux en personnel ! Voilà un paradoxe très signifiant. Tosquelles avait beaucoup réfléchi à cette question et l'avait formalisée avec le concept de *contre-transfert institutionnel*.

CONTRE-TRANSFERT INSTITUTIONNEL

Lors de la prise en charge d'un psychotique, se pose inévitablement la question de l'institution nécessaire pour l'accueillir. De par la particularité de son transfert, une personne seule ne peut être le réceptacle des objets libidinaux transférentiels du sujet psychotique. Je rappelle que la notion d'objet est envisagée, en psychanalyse, en tant que corrélatif de la pulsion : « *Il est ce en quoi et par quoi celle-ci cherche à atteindre son but, à savoir un certain type de satisfaction. Il peut s'agir d'une personne ou d'un objet partiel, d'un objet réel ou fantasmatique* ³. »

En ce sens, la création de l'objet pour un sujet est actualisée dans le transfert.

On va être dans l'attitude d'observer, d'être bienveillant dans cette relation qui passe par les objets partiels. Il s'agit bien de réfléchir à cette question : comment faire des liens entre les objets partiels pour que quelque chose puisse fonctionner entre lui et ses objets partiels réunis sous forme d'institution avec lui ? Pour Tosquelles, le contre-transfert institutionnel part de la notion très freudienne de *transfert*, la relation entre le malade et le soignant, et de *contre-transfert*, la relation entre le soignant et le malade. Si le psychotique ne peut avoir des relations avec un objet que sous forme dérivée, fracturée par le biais des objets partiels,

le contre-transfert de chaque soignant à ce sujet psychotique va comporter une partie institutionnelle ; le contre-transfert institutionnel est le concept que Tosquelles a formé à cet effet. Ça a donc à voir avec les groupes et tout ce que Tosquelles a étudié. Oury a mis au point un peu plus tard la notion de *collectif* ⁴. Pour lui, le collectif est une machine abstraite qui élabore la loi du groupe. Dès qu'on parle de contre-transfert institutionnel, on va avoir à faire avec l'inconscient de chaque soignant ; ce qui a été étudié par Freud, mais aussi par Bion.

Les inconscients des soignants en train d'accueillir les uns à côté des autres le transfert particulier du sujet psychotique créent une institution. Ces inconscients des soignants vont être dans un rapport particulier avec le malade psychotique, mais vont également entretenir des rapports particuliers entre eux, qui peuvent nous renseigner sur ce qui se passe entre les objets partiels du sujet psychotique pour lui-même. On est donc amené à réfléchir sur ce qui se passe entre les soignants pour éclairer ce qui se passe entre le sujet psychotique et les soignants, puis dans la problématique interne du sujet psychotique.

Pour parler concrètement, quand, dans un service, on constate dans des réunions diverses (quand elles existent, parce qu'il paraît qu'il y a encore des services où elles n'existent pas) que s'expriment des conflits qui peuvent mettre en péril l'existence du service, on est amené à se poser la question de l'origine de ces conflits et on peut analyser la question selon plusieurs modalités.

Ces soignants, qui ont des conflits entre eux, « n'ont rien d'autre à faire que de chercher la petite bête entre eux, alors qu'il suffirait qu'ils veuillent bien ne pas avoir de conflits, et qu'ils soient tous tournés vers le malade pour que ces conflits n'aient pas lieu d'être ». C'est une vision logico-positiviste, peut-être espérée par certains soignants qui rêvent d'une organisation centralisée des personnels de l'hôpital qui ne prenne pas en compte le dualisme pulsionnel ! Le système hiérarchique