

4èmes Journées d'Octobre FORMAREC, *Formation et Pratique Soignante*,  
Les 07 et 08 octobre 1993 à Bordeaux.

**PLACE DE LA CONNAISSANCE ET DU RAPPORT À  
LA CONNAISSANCE DANS LA PRATIQUE DES SOINS –  
SON IMPORTANCE, SES LIMITES.**

*Docteur Claude ZENATTI*

Nous sommes au début des années 70. On me contacte pour être psychiatre dans une des institutions éducatives où je travaille encore, mais qui n'est pas celle dont je vous parlerai le plus. J'établis mon curriculum vitae : bac, médecine, psychiatrie, et la longue liste des centres de vacances que j'avais encadrés, à divers titres, pendant plusieurs années. Cela me semble faire partie en la circonstance de mes connaissances, en tout cas de ma formation et pas seulement de mon expérience. Nous étions plusieurs postulants. Je rencontre pour l'embauche le directeur de l'établissement, un éducateur de bonne et vieille trempe, entreprenant, inventif, formé sur le terrain, qui avait créé tout un arsenal d'institutions médico-sociales sur le département, ainsi qu'un professeur de psychiatrie pour l'aspect médico-psychiatrique. Parmi tout les candidats je fus choisi et sus pourquoi plus tard : au professeur de psychiatrie j'avais exprimé mon premier projet de devenir pédiatre, ensuite abandonné parce qu'il ne laissait pas de place à la psyché, ce professeur avait eu le même parcours. Ajouté à d'autres éléments, celui-ci avait suffi comme niveau de connaissances : identification et contre-identification avaient joué à plein. Le directeur d'établissement avait été, lui, séduit par mon activité de moniteur de centre de vacances, ses propos avaient été : « un psychiatre avec les pieds sur terre et qu'on comprend quand il parle » ; un collègue québécois avait traduit par « il est parlable ». Ceci, convenez-en, peut être considéré comme n'étant pas de la connaissance au sens noble du terme, encore que... je finisse par en douter. À aucun, je n'avais fait part de ma formation analytique qui allait prendre une si grande place. À aucun, je n'avais parlé de théorie. La subjectivité avait eu une grande part. Quant à mes diplômes, il est évident que je les avais obtenus en toute objectivité, sur feuille d'examen type, avec anonymat exigé. N'allez pas vous méprendre sur

mes propos, mes connaissances avaient été reconnues par mes pairs et je commençais à les reconnaître moi-même puisque j'avais postulé.

Je me faisais petit à l'époque, j'allais découvrir plus tard que cela cachait mon désir de prendre la place et le pouvoir. C'est pour en avoir subi les conséquences que cela m'a paru évident. Auparavant, je montrais les craintes qui peuvent exister de l'affirmation du savoir, les manœuvres de séduction, les tentatives d'effacement des différences de fonction. Depuis, j'ai beaucoup appris. J'ai même découvert, paraphrasant Coluche, que la bonne hauteur pour la connaissance, comme pour la bonne longueur des jambes, c'est quand les deux pieds touchent bien par terre, ou, tel le coq gaulois, nous savons chanter les deux pattes dans le fumier !

Voyez l'embarras pour traiter ce sujet. Peut-être l'embarras que j'ai toujours connu pour traiter quelque sujet que ce soit, quel que soit le niveau et la teneur de mes connaissances. Cet embarras qui fait qu'on a le sentiment que nos connaissances sont réduites à zéro : je n'en saurai jamais assez ! C'est certainement là une très grande particularité de la ou des connaissances, de n'être jamais suffisantes.

D'entrée, me voilà obligé de reconnaître, à moins de la refouler, mon insuffisance, mon manque, et pourquoi pas, ma castration. Si je ne reconnaissais pas cela, je serais gêné, inhibé, et pour le coup, dans l'impuissance la plus grande.

Une solution, reconnaître mon impuissance, impuissance quant à ma **connaissance constituée** et au sentiment que j'ai de son incomplétude. Alors, une porte s'ouvre, reste la **connaissance à constituer**, et là, l'avenir est devant moi, mais que de souvenirs angoissés remontant du passé, de labeur, d'astreintes pour l'acquérir !

J'ai pu me trouver dans des situations contraignantes de devoir apprendre, puis s'est infiltré progressivement le besoin de comprendre, le sentiment de comprendre, puis le désir renouvelé de comprendre. J'ai même rencontré, parfois, le plaisir d'apprendre et me voilà, bien que ça puisse toujours me coûter, dans un besoin d'en connaître davantage. **Un désir d'apprendre ? Un plaisir de comprendre ?** Je pourrais dire, un amour pour l'objet de la connaissance. Finalement me voilà arrivé à cet autre particularité, la connaissance comme **OBJET**, possiblement objet d'amour, à investir, à disputer ou à envier aux autres, à vouloir pour soi, à prendre dans soi, mais à qui ? **À L'AUTRE ?** Pas étonnant que cela réveille des angoisses, peu importe leur appellation, que je vive comme une transgression le fait de prendre, d'apprendre, avec tous les risques de sanction à désirer l'interdit. La connaissance, comme le lait,

appartient à l'autre et cet autre peut manquer, c'est ce qui entretient désir, plaisir et déception. La connaissance est à la fois source de plaisir et de réalité. Que de temps pour comprendre qu'on ne la vole à personne, qu'il y en aura pour tout le monde ! Ce ne sera pas la même connaissance pour chacun, mais chacun la sienne. Toutes seront différentes à confronter, à élargir, à aménager, à diversifier.

Présenté ainsi on pourrait considérer cet **OBJET** connaissance comme une fin, comme objet à posséder, et non comme moyen. Un pas serait à franchir : l'objectif ne serait pas de posséder l'objet. Même s'il réveille la même problématique de désir ambivalent, l'OBJET connaissance n'est pas l'objet d'amour. Quant au sujet de la connaissance, plus il sera éloigné de l'objet d'amour, moins il créera d'émotion et de difficulté à être possédé, c'est bien ainsi que l'on dit « posséder des connaissances ». Plus ce sujet évoquera l'imgo, plus il éveillera en nous de résistance à le déflorer. Voilà encore une expression courante pour le moins explicite « déflorer un sujet ». Quand il s'agit de connaissance sur le fonctionnement mental de soi et de l'autre, l'écart sujet de connaissance/objet d'amour n'est pas immense.

Alors quoi ! Renoncer ? Non ; ne pas avoir, mais être. Être comme ceux qui possèdent, s'identifier à nos enseignants, nos maîtres, ou ce qu'ils sont. Avoir ce qu'ils ont mais pas la même chose, une connaissance bien à nous : être, avoir, vivre avec. Pas une connaissance surinvestie, qui ne laisserait pas la place à la nouveauté, qui s'auto-suffirait, qui renforcerait notre narcissisme, dont on nierait l'insuffisance ; mais plutôt une connaissance qui laisse entre elle, nous et les autres un espace de jeu où l'on apprend, comprend, aime, échange. Nous y rencontrons du sensible, du perceptible, nous y mettons des mots, des pensées. La connaissance appartenant à l'ordre de la réalité est, on le voit, ancrée dans l'ordre du subjectif et du plaisir, mais peut trouver une élaboration objective.

Nous rencontrons là la connaissance comme élaboration théorique, comme science avec ses applications, notre équipement scientifique, nos méthodes d'observation, de réflexion, qui rassemblent, systématisent et dépassent les données de l'expérience. Une connaissance maintenue sous le contrôle de la conscience qui nous rassure, nous satisfait. Le danger reste celui que nous avons cité précédemment, de vouloir, comme le disait FREUD pour la théorie de la bisexualité, « une théorie claire et sans lacunes ». ANZIEU nous montre, à ce propos, comment FREUD a découvert que le mot lacune s'était imposé à lui comme représentation de mot pour figurer et en même temps occulter ce mot lacune comme représentation de chose (le vide, le trou, la castration). C'est en acceptant cette idée de

lacune comme manque, que la connaissance se complète. Maniant le paradoxe, ANZIEU nous dit « sans la notion de complexe de castration, la théorie analytique serait restée lacunaire ».

Sans un travail d'élaboration ces théories scientifiques courent le risque d'être prises pour Connaissance en soi, sans manque, à l'égal d'une croyance, et peuvent dans notre pratique se substituer à la réalité psychique, « réalité crainte parce qu'elle vient mettre en évidence pulsions et émois » (Otto FENICHEL). Nous apparaît là, la connaissance comme défense ; elle maintient affects et fantasmes à bonne distance et permet de se tenir hors de leurs atteintes.

Il faut reconnaître là le fondement de nos connaissances : l'homme a cru avant que de connaître. Ce sont les choses crues puis l'observation, la recherche, la tentative de comprendre les phénomènes, les choses vues qui apparaissent et sont étudiées, mises en mots, théorisées. Elles sont la base des techniques et de la technologie. Ainsi la connaissance compte par la logique qu'elle permet et le plaisir qu'elle procure en elle-même. Elle est source de véritables intuitions intellectuelles. Elle permet la création de concepts, véritables outils mis à notre disposition.

Je voudrais faire apparaître ce qui me fait tant avoir besoin et tant croire à la nécessité d'un cadre à l'intérieur duquel la Connaissance de chacun, et chacun avec sa Connaissance, peut s'exercer et cheminer en sécurité.

La Connaissance est une modélisation du réel perçu, une objectivation qui, ce faisant, s'éloigne de la subjectivation, du perçu subjectif, de son implantation sensible et charnelle. C'est par le retour à cette implantation que l'élément de connaissance va prendre vie dans la pratique. Donc, l'élément perçu, puis conscient, circonscrit, sera devenu élément préconscient transformé par les mouvements de la psyché, les rêveries, les jeux associatifs. Ceux-ci lui donneront sens, multiplieront les facettes du sens, modifieront les représentations, offrant déplacement et condensation d'un mot à d'autres mots, d'une représentation à d'autres représentations. Ils réveilleront jusqu'à l'inconscient le rapport aux choses dont nous aurons le témoignage par ses rejets. L'application de la connaissance impliquerait des mouvements régrédients des représentations conscientes aux représentations inconscientes. Au cours de ce cheminement, elle ferait varier la profondeur de l'appréhension et de la compréhension, se mêlant ou réveillant des affects, retrouvant une problématique subjective. Affects de plaisir ou de déplaisir, apaisants ou douloureux, l'important est qu'ils ne provoquent pas de fracture, de clivage, de morcellement du moi, qu'ils favorisent le maintien d'un lien, d'un désir, d'un investissement nécessaire au fonctionnement mental, à son plaisir, à

l'éveil de la curiosité, au frayage de la pulsion scopique et épistémophilique.

La limite de l'application pratique de la Connaissance serait là, à mon avis, dans l'envahissement du moi par le réveil de défenses archaïques persécutrices, destructrices, dévorantes, morcelantes, lors de la perception d'un réel désorganisant, comme il peut arriver face à la psychose et au patient psychotique. Le développement et l'application effective et efficace de la Connaissance nécessitent donc l'existence d'un cadre institutionnel réunissant les conditions les plus favorables à son expression. Nous savons bien qu'il ne suffira pas, et ne supprimera pas les causes et mouvements intrapsychiques de chacun ; seule leur modalité d'expression permettra de meilleures conditions d'élaboration, nécessaires à la poursuite de la pratique et à son enrichissement.

Nous déterminerons les éléments du cadre en évoquant le travail clinique et l'activité institutionnelle de l'IME où j'exerce comme psychiatre. Cette fonction témoigne de connaissances universitaires, de la dimension spécifique et technique de notre formation médicale et psychiatrique. Ce que nous avons à savoir est lié à la connaissance du fonctionnement mental normal et pathologique de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Nous avons à y ajouter la connaissance du fonctionnement du couple, de la famille et du groupe, ainsi que de l'institution. J'attribuerais une mention toute particulière à la connaissance de la psychose, vaste terrain d'exercice, d'apprentissage et d'expérience humaine. Je n'ai pas cité la formation analytique qui m'aide à la lecture et à la compréhension toujours hypothétique de maintes situations, elle entretient un aspect dynamique de toute nosographie. Elle m'astreint à penser les événements, les situations, en considérant les différents acteurs dont je fais partie, ainsi que les mouvements transférentiels et contre-transférentiels dans leurs aspects économique, dynamique et topique. Comme vous le voyez rien d'extraordinaire, tout dans l'orthodoxie.

Vous allez rencontrer, dans ce qui suit, un cadre, un contenu, qui pourront n'apparaître qu'éducatifs, infirmiers ou pédagogiques ; mais en l'état actuel de mes connaissances, je peux affirmer que c'est pour moi la base soignante de notre pratique. Vous pourrez localiser des rites, des rythmes, des repères, des lois.

Notre institution reçoit vingt jeunes en section pédagogique âgés de 5 à 14 ans et trente jeunes de 14 à 20 ans en section professionnelle. La pathologie présentée par ces jeunes est diverse : névrose, psychose, éventail de dysharmonies évolutives, trisomie 21 avec troubles associés pour certains. La prise en charge

de chaque enfant est la plus individualisée possible et correspond à ce qui nous apparaît être les besoins de l'enfant repérés en synthèse où chaque professionnel peut faire le point. Les groupes d'enfants sont de quatre ou cinq, ceux-ci ne sont pas forcément identiques lors des prises en charge éducatives, scolaires ou rééducatives. Chaque jeune bénéficie d'un projet souvent simple, réactualisé, et d'un emploi du temps établi en début d'année avec des objectifs fixés qui peuvent évoluer en fonction des résultats. Ces résultats sont notés ou consignés au cours des synthèses qui sont programmées pour l'année. Des synthèses de groupe une fois par mois nous permettent d'évaluer plus précisément le niveau interactif entre enfant. Nous donnons une place importante au travail d'intégration qui se fait de différentes façons : intégration scolaire ou en centre de loisir ou dans des clubs sportifs, y compris de sports adaptés. Le travail d'autonomie, même quand celle-ci n'est pas atteinte, s'appuie sur l'apprentissage des trajets, des courses avec maniement d'argent, la réalisation de menus, la préparation de repas, l'organisation de loisirs pour les jeunes dans leur temps hors institution. Ils sortent alors, pour ceux qui le peuvent, sans accompagnement, en autonomie totale. Pour beaucoup, avant ce système, ils ne connaissent que le trajet domicile-institution. Nous accordons du temps à l'apprentissage de l'utilisation du téléphone et des services publics. Les occasions de prises de responsabilités sont multiples, les jeunes participent au conseil d'établissement et à la coopérative scolaire, administrés par un bureau élu. Les jeunes sont élus par leurs pairs avec carte d'électeur, liste d'émargement, bureau de vote, dépouillement. Les activités sont diverses : piscine, patinoire, équitation, vélo... Une activité a été mise en place cette année, hors temps institutionnel, de 16h à 17h30 avec un animateur sportif. L'intention est double : les jeunes, conformément à leurs désirs, utilisent les espaces de jeu et de sport mis en place. Ces espaces étaient jusque là utilisés, après notre départ, par les jeunes des cités environnantes, avec dégradation des locaux encore récents (5 ans d'existence), toujours neufs, car entretenus en permanence par dignité et respect dû à chacun. Nous avons réglé ce problème, non en sanctionnant mais en invitant ces jeunes à ces heures de sport en commun. C'est là un de nos principes pratiques importants : transformer une situation critique négative en situation dynamique positive, principe qui nous étonne toujours par les potentialités créatrices qu'il éveille.

D'autres activités réunissent des jeunes, de l'institution et d'autres provenances, soit dans les locaux de l'institution, soit dans des locaux municipaux. Ces dispositions visent à l'intégration non seulement de l'enfant mais de l'ensemble institutionnel vécu

comme lieu fréquentable, ayant ses centres d'intérêts et considéré sans discrimination. Ce qui domine là pour nous « **comme connaissance** » c'est la découverte, le développement du plaisir du fonctionnement mental de chacun en tout lieu, en tout temps, pour tous. Ces activités sont autant de supports de projections multiples des patients en situation de réalité, vivant des séquences mobilisant fantasmes et assises pulsionnelles à doses supportables pour les soignants et les soignés.

Cette pratique des soins est faite par une équipe pluridisciplinaire dont les formations et les médiations sont variables :

- Des éducateurs techniques compétents en travail du fer, du bois, horticulture, employés de collectivités, entretien du linge, cuisine.
- Des éducateurs spécialisés prennent en charge le quotidien au travers de concepts comme l'autonomie ou l'intégration, même en sachant que nos jeunes appelleront toujours une attention particulière.
- Les enseignants avec les moyens pédagogiques préscolaires et scolaires.
- Les rééducateurs en kinésithérapie, psychomotricité et orthophonie.
- Le psychologue, pratiquant entretiens, suivis d'enfants, de familles, groupes de paroles, synthèses, réunions de direction.
- Le psychiatre chargé du suivi de tous les enfants et familles, remplit la responsabilité de l'ensemble du travail thérapeutique : synthèses, animation des réunions d'équipes, réunions avec le directeur, groupes de paroles, comptines et théâtre.
- L'infirmière s'occupe des soins du corps, accompagne enfants et familles dans de multiples démarches de santé ou administratives, elle a le souci de l'organisation de vacances en famille ou en centre de vacances, préparation des dossiers, suivi des régimes, de l'hygiène diététique et corporelle...
- La secrétaire fait l'ensemble du travail de secrétariat de l'institution et prend les notes de toutes les réunions.
- Les « dames » de service dont la fonction d'entretien des locaux est indispensable, sont aussi hôtesse recevant, préparant les repas, attentives à la qualité de l'accueil des enfants, du personnel, des invités extérieurs. Nous essayons d'avoir les mêmes attentions pour elles.
- Le directeur : il dirige. Il répond à l'ensemble des responsabilités prises dans l'institution. Il en prend les moyens et en offre les garanties. Il reconnaît les responsabilités de chacun, reconnaît chacun, assure et s'assure

de la sécurité, il organise même les exercices de sécurité réglementaires. Nous travaillons ensemble et il crée les conditions pour que le travail de chacun soit rempli. Un élément rare en institution mais tellement signifiant par les possibilités de travail alors éclaircies est à citer : après mon élection comme membre affilié à la Société Psychanalytique de Paris il a fait inscrire sur mon tampon sans m'en avertir « psychiatre psychanalyste », geste indispensable et heureusement non unique à l'acceptation de la psychanalyse dans l'établissement.

Évoquons une phase de travail clinique : nous y observerons connaissance et pratique et la nature de leur lien. Tout phénomène pratique, à condition de n'être ni banalisé ni moralisé, peut faire l'objet de connaissance et permettre l'introduction d'une pensée théorique, d'une compréhension venant étayer ou transformer les connaissances antérieures, et non les nier.

Leila a maintenant 13 ans. Elle est entrée à 7 ans dans l'institution pour psychose infantile, sans langage, des antécédents de souffrances fœtales avec atteinte neurologique, amyotrophie des membres inférieurs, marche difficile. Le CESAP avait, avant nous, fait le bilan organique et psychologique. Nous confirmons le diagnostic. Le projet pouvait être simple : être avec elle, stimuler la motricité, communiquer par tous les modes possibles qui conviendraient y compris l'idéogramme, considérer les difficultés psychologiques dans le sens des pulsions agressives à élaborer, de ses impossibilités de séparation d'avec l'adulte. C'était une enfant tyrannique, voire sadique avec sa mère.

Nous décidons de ne pas faire d'exams médicaux complémentaires à son entrée. Les antécédents organiques ne sont pas de nature évolutive, ce dont nous nous sommes assurés. L'intérêt de Leila est que nous centrons tout sur l'évolution de son fonctionnement mental.

Après son entrée Leila évolue, marche de mieux en mieux, elle reste longtemps coléreuse envers les autres enfants, elle le devient avec les adultes. Au moment où nous constatons une plus grande autonomie et des possibilités réelles de communication gestuelle et posturale, s'installent trois signes cliniques qu'elle réserve d'abord à sa mère, puis à nous : énurésie, encoprésie, crises comitiales à répétition. Je mets cela, en raison du mouvement d'autonomie ébauché, en lien avec une résistance à la séparation, une difficulté à quitter la pathologie antérieure pour ce que nous estimons, à tort semble-t-il, un mieux être pour elle. Lors d'une rencontre avec la maman il m'apparaît évident que ni l'une ni l'autre n'est prête à une évolution, à une réelle individuation de



l'enfant. Le père n'est pas présent, ne se déplace pas, malgré les courriers fermes. Je traduis cette impossibilité à évoluer pour l'une et l'autre par cette formule adressée à la mère :

- « Vous n'avez encore pas accouché de votre fille ».

Réponse de colère et de déni de la mère :

- « Je ne comprends rien à ce que vous me dites ».
- « Alors madame, comment comprendre qu'elle vous réserve pipi et caca et ne le fait pas avec les éducatrices ? »

Elle marque un intérêt pour le « pourquoi tout ça à moi ». Une brèche est faite et fait naître chez la mère ce sentiment d'enfant tyrannique, le désir d'en être soulagée, viennent alors les reproches qu'elle a à faire à sa fille et l'expression de sa propre fatigue. Reste, d'autre part, le problème du traitement des crises. Sa position est claire « je ne veux pas que vous lui donniez de médicaments ». La solution traditionnelle pour tous est, dans ce cas, traitement anti-comitiale pour deux ans minimum (telle est ma connaissance médicale) ; ma position rejoint, là, celle de la mère ; j'avertis le médecin généraliste que nous ne donnerons pas de traitement à Leila ; puisqu'elle est tous les jours dans l'institution nous pourrions surveiller l'évolution et demander les examens nécessaires à tout moment. La suite s'inverse. Un peu de pipi caca pour maman, les crises pour nous. Les éducatrices sentent s'éveiller en elles plusieurs sentiments : tristesse, angoisse, peur de l'accident, colère. Elles expriment qu'elles n'en peuvent plus, la mère au contraire me dit comprendre ce que j'avais voulu lui dire à propos « d'avoir accouché ou pas » et elle exprime le désir que sa fille parte en vacances ; elle peut l'envisager. Leila n'a toujours pas de médicaments, nous nous tenons à cette décision. « Pourquoi est-elle si agressive avec nous ? » me demandent les éducatrices. Bien installés tous trois dans mon bureau, je leur demande : « Et vous, comment êtes-vous avec elle ? Leila peut-elle être autrement si votre colère contre elle, non exprimée comme était celle de sa mère, ne désarme pas et qu'elle occupe peut-être même vos nuits ? ». C'est aussitôt l'émotion triste et gaie à la fois : « C'est vrai, il nous arrive de rêver d'elle et il lui en arrive de belles, c'est peut-être nous les plus violentes »...

La situation évolue et depuis deux ans il n'y a plus de symptômes bruyants : ni selles, ni urine, ni crises, sans traitement médicamenteux. Tout est parlé avec la maman, les éducatrices et exprimé à Leila. Le père même réapparaît. Au cours de cette amélioration il arrive à Leila d'être à nouveau agressive avec les enfants en même temps qu'elle passe par des phases plus dépressives. Les éducatrices ne veulent pas d'elle au transfert, le directeur s'oppose fermement à cela : « Tout le groupe prévu pour ce déplacement partira ou personne n'ira ». Je peux quant à moi

poursuivre mon travail thérapeutique sans être encombré d'une situation confuse, c'est tendu mais clair. Pour l'instant Leila va mieux, mais les deux adultes ne s'entendent plus aussi bien, une des deux aurait amené volontiers Leila en transfert. En tout cas toutes deux et moi-même sommes heureux d'avoir passé le cap des crises comitiales et abordons l'hypothèse de l'actualisation du conflit mère/enfant et de son déplacement en un conflit entre les deux éducatrices autour de Leila.

À partir de cette vignette clinique, certes rapidement brossée, je propose de m'attarder sur certains concepts.

En ce qui concerne les diagnostics, ici psychose infantile avec troubles neurologiques associés, ils sont chaque fois portés avec doute ou certitude, voire méfiance envers les étiquettes qui figeraient l'évolution, mais ils s'avèrent nécessaires, même s'ils soulèvent discussion, conflits, oppositions. C'est là l'occasion d'échanges larges, stimulants, vifs, producteurs, l'occasion de mobiliser des investissements divers, qui font naître des émotions, donnent une idée de la souffrance de l'enfant, facilitent les identifications. Ainsi quand on parle d'un enfant psychotique, qu'à travers son histoire apparaissent les ruptures, les séparations traumatiques ou la fusion, les modalités comportementales étranges et les systèmes de communication perturbés, on sent après coup et chacun à sa façon, ce qu'ont pu être les douleurs rencontrées et les obstacles à une évolution psychique pour cet enfant, l'empathie est plus grande, des sens multiples nous arrivent en association, occasions de propositions ou de constructions souvent structurantes pour l'enfant et éclairantes pour nous, relançant les potentialités d'investissement. Un moment il nous paraît moins énigmatique, et pour lui comme pour nous, le potentiel relationnel s'intensifie. Les débats à visées diagnostiques ont l'avantage de créer l'obligation de nous essayer à un langage qui devient de plus en plus commun et compréhensible pour tous.

La notion de projet a souvent éveillé pour moi des angoisses importantes. C'est un terme souvent brandi sous forme négative – « On n'a pas de projets » – ou revendicative – « Il nous faut un projet pour tel patient » –. Maintenant les choses me paraissent plus claires et je suis surpris de comprendre que le projet dont on pourrait gloser des heures peut être quelque chose de simple exprimé par un mot ou une phrase ; par exemple : soutenir, accompagner, encourager une identité, la renforcer avec un choix d'activités. Des projets aussi simplement exprimés et réunis donnent l'occasion d'associations riches, de situations pratiques multiples, que l'on peut considérer sous l'angle de la compréhension analytique sans

s'engouffrer dans l'abîme de la perte d'espoir ni s'envoler vers les sommets de la mégalomanie thérapeutique.

En ce qui concerne le traitement médicamenteux, je veux être clair. Il m'appartient comme médecin de l'institution de prendre ou non la décision de prescrire. Je le fais si cela m'apparaît nécessaire, si je peux ainsi soulager le patient d'une angoisse, d'une activité délirante, soulageant en même temps l'entourage. Autrement dit je n'ai pas d'a priori sur le fait de prescrire ou non, mais je ne laisserai pas peser cette décision sur les collègues qui assument le quotidien, ni ne les culpabiliserai d'avoir pensé à un médicament pour un patient. En ce qui concerne les crises comitiales, mon expérience actuelle me permet de ne pas prescrire, en accord avec les médecins traitants, quand les crises apparaissent comme une résistance à tout changement, lors d'un mouvement évolutif de l'affection en cours.

La thérapeutique, au sens plus large, s'appuie sur un ensemble de possibilités soutenues par chaque membre de l'équipe travaillant ou seul dans sa pièce (atelier, salle de classe, lieu de vie) ou bien ayant des projets groupés avec ses collègues. Dans mon fonctionnement, j'ai choisi d'offrir la plus grande disponibilité possible, on peut me joindre ou me déranger à tout moment ; position difficile à tenir au début car très prenante. La régulation s'est rapidement faite et cette position entraîne plutôt une sécurité et chacun se montre plus disponible en retour.

Tout en retenant la notion d'équipe pluridisciplinaire, je lui préfère celle de transdisciplinaire qui, plutôt qu'une juxtaposition de disciplines, est faite d'une meilleure connaissance du travail de l'un par l'autre, en ayant le souci de nous rencontrer sur nos terrains respectifs d'exercice, nous voyant intervenir les uns les autres, peinant ou trouvant satisfaction chacun à notre façon, ce qui nous permet de nous adresser les uns aux autres dans une réalité de travail connu, de situations rencontrées en commun, dont nous pouvons reparler en synthèse. La thérapie s'appuie sur cet ensemble de fonctionnements institutionnels. Les enfants, adolescents et jeunes adultes ont des séquences en groupe éducatif, technique, préscolaire, scolaire ou rééducatif, ce qui ne supprime pas les prises en charges individuelles. J'anime avec les éducateurs spécialisés, techniques ou enseignants, des groupes de paroles et des groupes comptines et théâtre, groupes thérapeutiques d'inspiration psycho-dramatique.

Les thérapies individuelles se font à l'extérieur. Nous rencontrons des problèmes d'horaires, de stabilité des thérapeutes, de résistance des familles à entreprendre des soins sur d'autres lieux que l'institution. Retenons cette extra-territorialité des soins psychothérapeutiques individuels, bien que pour certains patients

et certaines familles ce travail de soutien thérapeutique en institution soit nécessaire, parfois seul possible, avant de déboucher sur une thérapie individuelle. Il est vrai que dans nos consultations, désireux que des éléments de fonctionnement psychique s'élaborent, nous mobilisons le transfert et, par là, gênons des investissements sur d'autres lieux de soins. Au delà des notions courantes, comme celle de nécessité d'une « demande » ou celle de ne pas faire à la place des familles, nous nous sommes aperçus que bien des démarches et des décisions ne pouvaient se faire ou se prendre si nous n'intervenions pas. Bénéficiaires d'éléments transférentiels, nous étions, que nous le voulions ou pas, en position de devoir accompagner certaines démarches, à la limite de « faire à la place », sans jamais tenir en dehors patients ou familles, fonction auxiliaire indispensable sur le chemin d'une plus authentique autonomie.

Le pronostic retient tout autant notre attention. Dans les fréquents débats avec des services demandeurs, j'entends dire qu'on ne peut pas décider d'une séparation, ni de l'indication d'un établissement spécialisé, qu'on ne peut pas savoir comment les choses évolueront en laissant l'enfant en milieu scolaire, qu'on ne peut pas dire ce que le patient pourra devenir. Peut-être ; je reconnais notre difficulté à anticiper. Mais, à moins de nier notre savoir et nos connaissances, il nous est souvent possible d'envisager cliniquement un degré de souffrance, un niveau de répétition, ou de blessure narcissique à hauts risques si, à un moment, on n'indique pas un retrait scolaire, un établissement spécialisé, une prise en charge à temps partiel ou ambulatoire. L'expérience nous apprend que dans beaucoup de situations « le temps ne fait rien à l'affaire ». Certains collègues préfèrent maintenir la scolarisation tant que celle-ci est possible, tant que les enseignants acceptent ; mais savez-vous, même avec un pronostic sombre à la clé, les pathologies non bruyantes sont souvent acceptées, mobilisant tous les fantasmes réparateurs possibles, sans que quelque chose de spécifique n'ait pu être fait. À ce stade, nous devons nous demander si ces décisions s'appuient sur des connaissances psychanalytiques ou non, ou bien sur des positions idéologiques ?

Puisque je parle de connaissances psychanalytiques, j'ai pu entendre ceci : nous prenons telles orientations ou comprenons les événements de telle façon, en s'appuyant sur tel concept, parce que c'est vous qui êtes là avec nous, avec votre formation. Avec un autre psychiatre, ce serait d'autres orientations, d'autres langages, d'autres connaissances, une autre pratique. C'est vrai. Et je pense ceci vrai, même pour des psychiatres-psychanalystes appartenant à une même société. Nous avons tous une action

thérapeutique même à travers des écoles différentes. Je retiens cependant un élément important : est-il différentiel ? Je refuse de considérer séparément le patient, son corps, ses affects, son langage : pour moi, c'est un **Tout**. On ne peut parler que du langage, que d'un mot, d'une formule, d'une phrase qui se trouverait alors surinvestie et pourrait nous mener sur de fausses pistes, ou sur des diagnostics, pronostics, ou choix thérapeutiques erronés. Ceux-ci doivent intégrer l'ensemble des données. Je ne peux parler de cela sans parler de dynamique, c'est-à-dire qu'à tout moment ce qui est retenu, avancé, dit, est à considérer. Nous avons en permanence à suivre les conséquences, les effets, de nos positions et actions sur la situation, sur le patient. En un mot, ce qui est avancé là, c'est aujourd'hui, dans ce moment là et dans cette situation, avec ces protagonistes-ci. À nous de faire avec la sécurité nécessaire et de le suivre dans le temps.

Nous avons pu nous questionner sur la vérité des théories, des connaissances et des pratiques. En fait, la vérité : connais pas ! Celle de l'instant, oui ; mais que sera-t-elle demain ? De la même façon, la relation a-conflictuelle : connais pas ! Les relations conflictuelles font parties du quotidien ; il arrive même que ces conflits, comme on a pu en voir naître dans la vignette clinique, mettent l'institution en tension ; il a pu arriver que, quelle que soit la formation des participants, des institutions soient ainsi immobilisées dans leurs fonctionnements thérapeutiques, empêchant que les connaissances soient utiles et utilisées. Pour autant, ceci ne peut nous autoriser à l'apragmatisme et nous avons au quotidien à décider, agir, observer, suivre, considérer, conscients des responsabilités qui pèsent sur nous et sans nous positionner une fois pour toutes, prêts au dialogue, à l'élaboration.

Ces éléments renvoient à deux concepts importants quand on intervient avec les patients psychotiques : ce sont **l'ambivalence et l'ambiguïté** ; fonctionnements que j'ai souvent entendu avancer par P.-C. RACAMIER comme n'étant pas pratiqués par les patients psychotiques qui se veulent « tout d'une pièce, sans contradiction ni conflictualité intérieure, quitte à évacuer par exemple une partie d'eux-mêmes dans le délire ». C'est à nous de maintenir vivant ces deux concepts, comme de nous maintenir vivants nous-mêmes et d'accepter d'avoir des sentiments adverses ou d'être à cheval sur deux vérités.

**Le couple continuité/discontinuité** nous intéresse tout autant dans notre pratique. On sait combien les patients psychotiques se livrent aux attaques des liens, de la pensée, de la sienne et de celle d'autrui, créant le mal à penser. Ils introduisent ainsi une discontinuité du cours de la pensée, du dire, de l'être, du faire. Il nous sert de savoir dans notre pratique,

qu'il y a alternance de continuité et de discontinuité. Le rétablissement de la continuité est notre but, afin que, vécue dans l'espace et le temps, cette continuité externe participe à une ébauche d'élaboration, pour le patient, d'un sentiment de continuité interne à partir de la détoxication que nous tentons de ses projections.

En raison de cela, nous optons pour une stabilité de l'équipe, une continuité de la présence du soignant avec, aussi, une fonction d'observation agie, comme une présence vivante et non un retrait, un mutisme. Une présence qui soit une position d'investissement et non une position défensive. Nous ne plaidons pas pour l'activisme mais le contraire n'est ni l'inactivité, ni la disparition du champ géographique ; en tout cas, pas la disparition du champ mental. C'est pourquoi, par nécessité et désireux que des situations d'autonomie existent pour le patient sans vécu de catastrophe, celles-ci ne se déroulent qu'en situation de responsabilité et de sécurité totale pour tous, chacun sachant quoi faire ou ne pas faire, où est l'autre et comment le contacter. Cette option de continuité et d'observation nous paraît essentielle pour éviter les situations où la relation soigné-soignant reste superficielle, ne permettant pas de réponse émotionnelle appropriée, laissant s'installer une routine, une distance affective, avec des gestes vides de sens ou mécaniques. J'ai à l'esprit cette scène où l'éducatrice fortement absorbée par ses pensées en même temps qu'elle était à table avec les jeunes, avait fait naître un niveau d'angoisse extrême dans le groupe, en lien avec l'énigme que son attitude presque irréaliste avait suscitée. Elle était ailleurs, et cette situation inhabituelle s'était déroulée sans que les jeunes puissent rencontrer une authenticité, une adéquation aux événements, même si l'éducatrice exerçait à d'autres moments avec expérience. La discontinuité est inévitable et peut venir de toutes parts sans que quiconque soit accusable ou coupable.

Ce que je soulève là entraîne une conséquence majeure dans notre pratique : c'est la nécessité de traiter un maximum d'éléments projectifs ou interprétatifs, de tenter de déculpabiliser, dépersécuter, « déparanoïser » ; chacun fait ce qu'il peut, comme il peut ; certes, dans un registre légitime d'exigences liées aux besoins des patients et dans le respect des règles communes. Il n'est pas question de nier les dysfonctionnements, pas plus de ne relever que ce qui ne marche pas ou critiquer ce qui n'est pas fait. Ce ne serait que considérer la moitié du réel.

Je viens d'évoquer le respect des règles communes, celles-ci doivent être simples, claires, utiles, précises, compréhensibles par tous, applicables par tous, surtout par ceux qui les énoncent. Je disais aussi, le directeur dirige. Il optait, dans la vignette

clinique, pour le départ en transfert de tout un groupe ou personne. Il dirige et suit, comme tous, les règles de fonctionnement. Il est lui-même soumis aux règles de l'association qui l'emploie. Nous sommes tous soumis aux lois, chacun est toujours le second d'un autre et c'est peut-être ce qui est le plus dur à intégrer, l'autre, l'altérité, comme sont dures à intégrer les lois de notre évolution, celles des différences de sexes, des générations et des êtres, pour une adéquation des développements et des fonctionnements intrapsychiques, intersubjectifs, et intergénérationnels de chacun.

De chacun, dis-je, voilà le moment d'évoquer aussi les connaissances personnelles, celles que chacun a pu acquérir, ses richesses, sa personnalité, sa culture, ses lectures, ses loisirs. Ce sont des connaissances que nous respectons beaucoup et qui servent le plaisir de chacun et le plaisir de l'ensemble institutionnel. Juste quelques exemples :

- L'enseignant musicien qui écrit des chansons de circonstances et les chante avec jeunes et adultes de l'institution.
- Le kinésithérapeute bricoleur ; il a installé tous les espaces de jeu des enfants, des ados et jeunes adultes du pro : pont de cordes, toboggan, rocher de varappe... Il monte des contes de Noël, passionné de vidéo, il met en images des moments de vie de notre institution, les présente, présente notre travail par événements et par thèmes. Nous avons ainsi des documents utilisables dans et hors institution.
- Notre éducateur technique « fer », pratique aussi l'horticulture et entretient le potager, fait avec les enfants et un enseignant un projet « De la terre à la table », où l'on a pu suivre la culture, la cueillette, la préparation et la consommation de produits cultivés.
- L'enseignante des ados et jeunes adultes qui aime la peinture fait peindre les jeunes en copiant les grands maîtres. BRAQUE, copiant F. LATOUR et à qui l'on disait « Mais que diable faites-vous là ? », répondait « J'interprète tout en copiant ». La copie des Noces de Cana était là, claire, vivante, fraîche, personnelle, surtout personnelle. Nous avons ainsi une étonnante galerie de peintures qui fait, à la demande, objet d'expositions.

Ceci ne représente pas, bien sûr, une connaissance universitaire, mais les conditions et l'atmosphère du travail peuvent permettre cette expression de la part personnelle des connaissances de chacun ; ce que nous sommes a souvent une grande part dans le fonctionnement de l'institution.

En ce qui concerne la connaissance de l'autre par chacun, je pense ceci : si nous voulons que chacun parle, parlons aussi, si

nous voulons que chacun écoute, écoutons, nous aussi. Je rajouterai l'évocation d'une scène fréquente : ces tours de table quand deux équipes se rencontrent, chacun se présente, dit son nom, sa fonction. Pendant que les uns se présentent les autres se demandent ce qu'ils vont dire d'eux, comment ils vont se présenter, et quand ils se sont présentés ils se demandent s'ils ont bien dit les choses, si bien que le tour terminé personne ne sait qui est qui.

Je ne ferai que citer, après cette connaissance de chacun, la connaissance de l'histoire des patients par nous-mêmes. Affaire pour le moins sérieuse, récit qui se fait, s'énonce, se construit, se mémorise dans le respect du secret. Je parlerai un peu plus de la connaissance de son histoire par le patient. Faut-il ou pas révéler un secret à un patient, lui faire connaître un élément ou une personne de son histoire qu'il ne connaît pas ? Ce que j'ai appris d'essentiel, et qui me sert, n'est pas que le secret existe, mais que les intéressés aient pu le faire exister, qu'ils n'aient pu en parler. J'ai pensé qu'il valait mieux les accompagner pour faire naître la possibilité de dire, plutôt que de révéler tel ou tel secret sous prétexte de reconstituer l'histoire. Révéler, en ce cas, serait pour moi basé sur une fausse connaissance, sur une fausse croyance.

Nous nous trouvons dans des situations cliniques où la réponse n'est pas dans les livres. Quel que soit ce que nous avons lu ou écrit avant, nous allons prendre des positions parfois contraires. Ce jeune adulte, Victor, qui n'a vu son père que dans sa petite enfance, ne le connaît pas ou plus. Il en connaît l'existence et l'adresse. Il sait aussi que sa mère est morte. À ses dix huit ans, l'équipe qui le suit en placement familial, l'aide aux recherches de la tombe de sa mère et la trouve. Cette équipe est contre la rencontre avec le père, toujours vivant. Nous-mêmes, équipe d'institution qui suivons Victor en externat, sommes pour cette rencontre. Nous savons que le père est vieux, malade, qu'il risque de mourir ; l'équipe de PF le connaît fragile, malade et pense qu'une telle rencontre pourrait lui être fatale. Les deux équipes réunies, nous avons longuement réfléchi à cette situation. Dans l'institution nous nous sommes identifiés à Victor apprenant la mort de son père, ne l'ayant jamais vu et suivant l'enterrement, c'était pour nous insupportable. L'équipe de PF s'était identifié au père malade hésitant ou refusant de voir son fils.

Nous avons pu convaincre nos collègues de la nécessité de cette rencontre parce que, brièvement, nous en avons été convaincus ; ce n'était pas une connaissance rationnelle, seulement une brève conviction. Les suites n'ont pas été faciles, plutôt favorables, dynamisant la situation et les acquisitions pour Victor. Le moment



le plus émouvant pour tous, raconté par Victor, est celui où le père retrouvant son fils, lui a d'abord pris les mains, a regardé ses pouces et lui a dit « Mon fils, tu es mon fils ». Victor avait été opéré d'un pouce bifide aux deux mains dans sa plus petite enfance. Les cicatrices étaient toujours là, le fils s'était toujours demandé ce que c'était, et son père, ce jour là, l'a reconnu par ce signe. C'était un signe de reconnaissance. L'explication donnée par le père à son fils et que j'ai respectée, a maintenu une méconnaissance. Le père a dit à Victor qu'il s'était fait pincer par un crabe un matin où, ensemble, ils s'étaient rendus au marché. L'authenticité de la rencontre et l'émotion étaient telles que cette explication valait pour vraie.

Je terminerai ce qui me paraît être un long travail plus associatif qu'organisé, vous m'en excuserez, par ce que j'appellerai l'enseignement oral. J'ai d'ailleurs plus entendu que lu.

C'était en cours d'anatomie, le professeur CABROL disait à propos des polytraumatisés « On peut avoir la vérole et un bureau de tabac ». Depuis, même si j'ai fait le net sur un tableau clinique, je m'assure toujours qu'il n'existe pas une autre pathologie associée.

Raconté un matin, et écrit par Albert MEMMI : « Celui qui n'écrit pas n'aime pas écrire, il n'a rien contre vous ». Voilà qui peut ralentir les activités interprétatives.

J'ai entendu beaucoup de phrases de René DIATKINE : « Un patient a le droit de vous raconter ce qu'il veut, ne le prenez pas au mot, mais prenez-le au sérieux ». Je m'entretenais en quelques mots avec lui de soins en institution et de l'indication d'internat : « Qu'une institution soit soignante ne va pas de soi, faites au patient le moins de mal possible et ce sera bien, commencez par ne pas lui nuire ». Lors de contrôles, un lundi soir, en réponse à l'une de mes interventions : « Ce que vous avez dit à votre patient est juste, mais vous l'avez dit pour lui montrer que vous êtes psychanalyste ».

C'est, je pense, ce que je faisais en synthèse dans mes débuts. Les éducateurs me disaient : « Les synthèses ne nous aident pas ». Depuis, j'essaie de ne dire que ce qui peut avoir un intérêt éclairant pour nous tous ; mais, bavard, j'ai conservé mon débit ; ceci dit je n'entends plus de reproches aussi vifs.

À propos de la sortie de l'adolescence, René DIATKINE a présenté, toujours oralement, comme la possibilité pour l'adolescent de se dire : « La vie, c'est que ça, mais c'est au moins ça ». Combien sommes-nous à ne pas pouvoir nous le dire ? L'adolescence est longue, peut être interminable...

J'ai insisté, dans ce travail, sur le cadre garant de la sécurité et du jeu favorable du couple pratique/connaissance. À mon sens, il nous protège d'éléments fantasmatiques inconscients qui, je pense, nous animent dans nos rapports à la connaissance. J'émetts une hypothèse, qui ne fait que reprendre la dualité des pulsions : la pulsion de vie unit, construit, organise ; la pulsion de mort, désunit, dissocie, morcelle, désorganise. J'ai pensé au cours de ce travail qu'il était difficile de parler concomitamment de la connaissance et de la pratique, que l'on parlait, tantôt de l'une, tantôt de l'autre plus facilement qu'ensemble. Qu'est-ce donc qui est à l'œuvre pour séparer connaissance et pratique ? C'est ainsi que l'on dit de certains qu'ils sont théoriciens ou praticiens, qu'il y a les intellectuels et les manuels, comme s'il était difficile, ou dangereux, d'être à la fois l'un et l'autre. Qu'est-ce qui, au-delà de la connaissance, lutte contre cette union, rend laborieux le lien entre représentation mentale élaborée et expérience, pensée et action, connaissance et pratique ? Ce que je peux vous dire c'est que les synthèses auxquelles je participe contiennent beaucoup de moments de rire et de mouvements hypomaniaques comme pour dissiper une angoisse, et j'avoue y participer. On sent le gros travail de liaison nécessaire pour maintenir cohérent le triptyque théorie-technique-pratique.

Le cadre, dans le but de protéger la création et l'élaboration mentale pour tous, soignés et soignants, doit mettre en place les conditions institutionnelles propices à de telles liaisons, cadre contenant, tant en terme d'enveloppe que de capacité. Nous avons déjà vu combien, en lien avec la connaissance, les fantasmataques œdipiens sont actifs. Nous rencontrons-là des éléments pulsionnels plus primaires issus de la pulsion de mort. C'est une hypothèse. Sans imaginer qu'il nous révélait ainsi, en regard, l'existence de forces de déliaison, KANT nous montre comment « Le corps des connaissances se fonde sous l'égide des forces de liaison », depuis l'expérience jusqu'à l'intuition créatrice, puissance de découverte par la pensée.

Que de difficultés relationnelles possibles avec l'objet de connaissance, que d'ambivalences et d'ambiguïtés ! Ceci est peu, comparé aux difficultés possibles et imaginables pouvant exister entre les multiples possesseurs des différentes ou identiques connaissances. Nous sommes tous condamnés à un travail de liaison, d'intrications pulsionnelles, « cent fois sur le métier... etc, etc, ».

WOODBURY, psychanalyste de l'Institut de recherche de Chesnut Lodge, venait à Paris, dans le 13<sup>ème</sup> arrondissement, dans les années 65-70. Il présentait souvent, lors de ses conférences, une

diapositive de corps morcelé, vécu du schizophrène et il disait :  
« L'équipe psychiatrique, c'est ça, et si on veut guérir un patient,  
il faut qu'elle cesse d'être ça, et soit, à la fois, quelque chose  
de tout à fait unitaire et que chacun soit tout à fait différent ».   
Ainsi, dirons-nous pour la Connaissance : que la pratique existe,  
qu'elle alimente la Connaissance et qu'en retour celle-ci serve la  
pratique, qu'elle ne reste pas qu'un vain mot, qu'une parole, qu'un  
langage !

Le 08 octobre 1993.