

Journées d'Etude Nationales 2015 de la FDCMPP

« CMPP et sociétés. Quelles institutions pour les enfants de demain »

Texte proposé pour la table ronde

Anna Konrad

Psychiatre, psychanalyste

S'agissant de l'avenir des CMPP, le plus concret et le plus raisonné dans l'optimisme que je souhaite partager avec vous est sans doute de prolonger ce qui m'intéresse, et me passionne depuis que je pratique dans ces institutions. L'enfance n'appartient pas au passé, mais à l'avenir. Nous trouvons dans notre travail au quotidien, dans cette enfance qui n'a pas disparue (pour paraphraser Léandro de la Joncquière qui est intervenu en ouverture des journées) de quoi faire bouger un peu la culture et les idées reçues d'aujourd'hui. Je travaille actuellement comme médecin psychiatre au CMPP de Pantin, dans la Seine Saint Denis. J'ai travaillé auparavant dans un CMPP à Saint Denis dans le même département. Dans deux contextes très différents, dans une petite association et maintenant dans une grande association. Je pense pouvoir dire que l'avenir des CMPP sera ce que le maillage institutionnel, cette texture déterminant les conditions de travail, les possibilités d'organisation et d'initiatives et les relations avec les réseaux externes, permettra et impliquera pour les CMPP. Nous sommes dans le grand bain des évolutions culturelles et sociétales et dans le détail de nos accords et de nos arrangements quotidiens qui ont eux aussi la plus grande importance. Ces journées et l'ensemble des activités de la FDCMPP ont leur part dans la construction de ce qui est déjà l'avenir en cours de se réaliser. Chaque acte lui donne forme en perpétuant et changeant tout à la fois quelque chose dans le réel

Suite aux Journées Nationales de la Fédération des CMPP en 2008, un livre a été coordonné avec pour titre *Inventer avec l'enfant en CMPP*, sous la direction de Tristan Garcia Fons¹. Il a été défendu, en particulier par ce dernier, l'idée qu'il y a une richesse inexploitée dans la pratique avec l'enfant en CMPP, donnant amplement matière à y puiser pour l'avenir. Je souscris à cette idée et pose la question de savoir pourquoi redoutons-nous, en parlant d'avenir, de manquer d'anticipation positive sur l'évolution de nos pratiques et de tomber dans ce qu'Alain Ehrenberg qualifiait de « déclinologie » en 2010 dans son important ouvrage, *La société du malaise ?* Nous sentons en effet combien sont précaires nos montages institutionnels, combien ils dépendent de l'alchimie des rencontres professionnelles, des relations de travail durables et du soutien poursuivi de nos administrateurs immédiats et indirects. Mais c'est la culture elle-même qui permet, accueille et assure une efficience possible du « lien qui soigne » pour reprendre une expression d'une pétition du collectif des 39 s'insurgeant contre le retour massif de la contention physique dans les lieux de soin en psychiatrie. Un doute profond plane aujourd'hui sur notre culture, sur sa capacité à préserver très longtemps les acquis sur lesquels se fonde la vie de gens, leurs recours possibles pour être traités dignement .en elle

¹. *Inventer avec l'enfant en CMPP*, sous la direction de Tristan Garcia Fons, Ed. Eres, 2010

Je vais essayer en très peu de minutes d'apporter quelques arguments à la thèse que l'invention de l'avenir dans les CMPP passe par une réinvention de la psychothérapie institutionnelle dans un contexte politique et social nouveau. Nous sommes maintenant à distance des décombres de l'Europe de l'après deuxième guerre mondiale dont s'est détaché la nécessité impérieuse de penser l'autre comme humain et comme semblable en lui restituant son humanité déniée par le traitement dégradant de l'asile. L'Europe avait été ravagée par une terreur qui déniait son humanité à une partie des humains. Or, la naturalisation à outrance des manifestations sociales de l'homme dans laquelle nous vivons dans nos sociétés capitalistes toujours plus avancées – la façon dont nous rangeons dans nos systèmes nerveux centraux ces manifestations sociales - est une forme actuelle de déni des parts d'humanité portées par nos malades, par nos enfants, par nous même. Il n'est pas exagéré de dire qu'aujourd'hui la médecine même, avec sa référence à l'opacité et à l'inconnu du réel autour duquel s'organise l'art du médecin, au .secret qui est au fondement de sa relation avec le malade, disparaît sous cette forme Freud et Marx étaient les deux grandes références de la psychothérapie institutionnelle à son origine, les deux jambes sur lesquelles elle devait marcher selon François Tosquelles. L'aliénation psychique et l'aliénation sociale, les dimensions essentielles où devait se déployer le programme thérapeutique et politique de réappropriation de sa vie par le sujet affecté dans sa relation la plus intime à lui-même. Le versant du sujet et de sa singularité d'une part, le politique d'autre part sont aujourd'hui toujours les appuis indissociables quoique pas nécessairement ostensibles d'un travail qui prétend réinstaurer une circulation de parole et de vie dans un dispositif humain autour de l'enfance, réenclencher le moteur du désir de grandir et de savoir de l'enfant dans son environnement. Mais si politique et singularité ne vont pas sans la clinique, celle-ci ne peut pas se soutenir à elle seule. Elle doit s'arrimer à la recherche et au savoir, ce qui, pour ce qui nous concerne, est des plus complexes du fait de notre spécialité et de ce qu'elle devient. Une nature scientifiquement établie, mais pour nous justement sujette à caution, prétend soulager l'adulte de son embarras face à l'enfant et tout un chacun de .toute connexion raisonnée avec son expérience de sujet, jugée superflue

Jean Oury, dans l'édition 1960 des *Actes du Groupe de Travail de Psychothérapie et de Sociothérapie Institutionnelles* propose la définition suivante de la position du médecin² : « il doit pouvoir, d'emblée, se situer là où la trame signifiante a failli ; sa posture doit être rassurante. C'est là son simple rôle de médecin : reconnaître d'emblée le raté du système. Il se situe comme l'analyste doit se situer : à l'endroit du signifiant, où il est possible d'entendre la demande du patient. » Et il ajoute : « il doit se garder d'entrer dans l'univers fantasmatique du malade autant qu'il est possible » (ce que je traduis en disant qu'il doit se garder d'encombrer le fantasme du patient). Cette définition aujourd'hui regarde dans l'avenir. Le raté du système n'est pas le patient lui-même et son système nerveux comme voudrait nous le souffler un obscurantisme actuel où se noie la question posée par le malade, qui veut être certes rassuré, mais aussi entendu. La définition d'Oury est un argumentaire condensé de l'articulation nécessaire entre la position analytique et le travail du psychiatre. Celui-ci a affaire à un sujet pris dans une trame où histoire, désir et faillite du désir se conjuguent dans le raté qui conduit le patient jusqu'à

lui. La reconnaissance de l'inconscient peut seule lui permettre de ne pas faire n'importe quoi dans son interrelation avec la pluralité des métiers, des pratiques, des approches dont toutes ne relèvent pas, loin de là, d'une science de l'inconscient. Elle seule peut lui permettre de se laisser destituer de ses positions de prestance et de soutenir les échanges institutionnels qui se répercutent sur sa capacité à tenir une place thérapeutique au singulier avec les patients

Encore faut-il arraisonner cette clinique de la singularité, à ce qui s'appelle à bon droit la science, puisque nous sommes, si nous travaillons avec ce qu'on appelle la référence analytique, inévitablement des chercheurs. Qu'on ait délégitimé Freud sur le versant scientifique, qu'on exclue la psychanalyse des formations universitaires médicales, ne change rien au fait que la psychanalyse se rattache à la science de par son origine et de par son objet, ce réel qui échappe toujours à la symbolisation tout en la suscitant. Que la vie psychique normale et pathologique tourne autour de ce réel est un fait d'expérience qu'il sera difficile d'occulter entièrement et il sera à jamais impossible de se passer de la dynamique du désir quelque part impliquée dans les thérapeutiques. Nous avons peut-être à nous occuper davantage à l'avenir de ces articulations théoriques. Après tout l'article 16 de l'annexe XXXII parle bien de « dispenser une psychanalyse » sous le contrôle du médecin. Beaucoup de travail reste à faire pour soutenir cette orientation analytique et pour assurer la continuité de sa présence dans nos références officielles, s'il en est encore temps. Rappelons à cet égard ce qui s'est produit dans la psychanalyse américaine, comme nous le rapporte Pierre-Henri Castel dans une intéressante note de lecture consultable sur le site [Œdipe.org](http://www.oedipe.org), à propos de l'ouvrage de Laurence Kahn, *Le psychanalyste apathique et le patient post-moderne* : Robert Wallerstein, président de l'Association psychanalytique internationale a introduit au congrès de 1987, à Montréal le principe d'une psychanalyse dont le « fondement commun » (common ground) serait exclusivement clinique. « C'était à ses yeux le seul moyen de surmonter l'antagonisme grandissant entre les conceptions métapsychologiques concurrentes autour desquelles se déchirait alors l'Association Psychanalytique Internationale : freudiens orthodoxes, disciples de Kohut, kleinien, bionien en rupture de kleinisme, lecteurs de Ricœur, de Roy Schafer et de Donald Spence, etc ». Or, c'était ôter à la psychanalyse ses crocs à venin, selon l'expression de Freud, en la désarrimant de la métapsychologie. Il en a résulté « une approche tout-clinique, qui a fini par réduire la communication scientifique entre psychanalystes à l'exposé d'un certain nombre d'interactions entre eux et leurs analysants »³ Du moment que l'empathie et le transfert positif sont au rendez-vous, la théorie peut repasser. Ne trouvez-vous pas que cela ressemble un petit peu à nous, CMPP, y compris dans nos rencontres scientifiques ? L'inconvénient est que plus on se détache de la théorie, moins on est en position de se situer et même peut-être d'entendre ce que nous amènent les neurosciences, c'est à dire la référence devenue dominante en matière .de psychiatrie et de psychologie

Se situer « comme l'analyste » selon la formule d'Oury, c'est à dire se laisser traverser par les questions qui nous déplacent de nos positions idéales au sein de nos institutions, dans nos échanges avec les écoles et les partenaires institutionnels, dans notre pratique

quotidienne avec les patients et leurs familles, c'est un engagement dans la Cité, tourné vers l'avenir. C'est une pratique quotidienne dont la référence est la psychothérapie institutionnelle qui nous aura appris que notre clinique est une clinique à plusieurs, organisée par la parole, qui implique un questionnement du savoir et des partis pris. Mais par un temps de scientisme de moins en moins questionnable, cette pratique est une subversion renouvelée. La reconnaissance dont bénéficient les CMPP dans le tissu local des villes est la réponse à la pertinence de leur pratique et la base la plus sûre de leur développement. Le nombre des CMPP a augmenté ces dernières années et ils n'ont pas trop souffert jusqu'à présent de l'appauvrissement organisé de l'offre de soins, peut-être grâce à leur fonctionnement peu coûteux au regard de la population soignée. C'est sous forme de flash, de remarques en passant que nous avons des échos de la part de l'école, ou des parents, ou de l'enfant lui-même qui revient pour le dire, qu'il a fait le saut dont il avait besoin dans sa vie pour retrouver son chemin à partir de son passage par le CMPP. Ce n'est pas une évaluation, mais la parole engagée des participants dans une histoire à plusieurs, qui atteste qu'un travail a été accompli. Nous avons certes trop peu de documents qui en portent un témoignage systématique et nos collaborations avec la sociologie, avec l'épidémiologie, pourraient être développées beaucoup plus. La présence des CMPP dans les lieux de vie citoyen, municipalités, débats publiques, est à cet égard essentielle. La participation des CMPP à la formation des professionnels de demain devrait être plus étendue : stagiaires de différentes professions et pourquoi pas internes en psychiatrie ? C'est un enjeu de culture médicale quand l'évaluation est enseignée, mais le soin s'apprend et ne s'apprend que là où elle se pratique. A l'heure où une nouvelle loi de santé va passer en force, contre la profession, en privant un peu plus le médecin de son indépendance dans ses actes de soin, il est urgent de transmettre quelque chose d'une pratique clinique et institutionnelle où l'acte singulier et la parole ont toute leur valeur