

Sur les traces de la parole perdue (les enjeux d'un dossier psychiatrique)

Following on the traces of lost words (the stakes in a psychiatric dossier)

Irène Krymko-Bleton

Volume 5, numéro 1, juin 1980

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030068ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030068ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Krymko-Bleton, I. (1980). Sur les traces de la parole perdue (les enjeux d'un dossier psychiatrique). *Santé mentale au Québec*, 5(1), 74–91.
<https://doi.org/10.7202/030068ar>

Résumé de l'article

La relation qui s'établit entre le malade et son médecin ou plus largement, entre le malade et l'institution médicale, est soumise, ces derniers temps, à des analyses diverses et de plus en plus nombreuses. Le sujet, abordé de différentes manières et souvent avec éclat, introduit progressivement la double question de la demande et de l'écoute et, par là, celle du poids du discours médical sur la vie du malade. Ce sera ici notre thème, développé à partir d'un exemple concret. Il s'agira de la famille d'un garçon connu de nous au début de l'adolescence et diagnostiqué psychotique à l'âge de trois ans. Nous analyserons les relations établies au cours des années entre cette famille et l'institution médicale psychiatrique telles que le dossier les reflète. Ce qui nous intéressera, c'est comment le discours médical (reflété par le dossier) s'introduit dans la famille. Comment la parole médicale devient, aussi bien pour l'enfant que pour les parents, une dimension de l'expérience vécue.

SUR LES TRACES DE LA PAROLE PERDUE (les enjeux d'un dossier psychiatrique)

*Irène Krymko-Bleton**

Je ne crois pas qu'on puisse honnêtement parler de la médecine, si ce n'est pour faire apparaître la position subjective où nous met le discours médical. Car c'est une position *divisée*. D'une part parce que nous ne demandons qu'à nous y soumettre le cas échéant. D'autre part parce que nous ne pouvons pas accepter sans révolte l'idéologie qu'il affirme sans vergogne pour pouvoir se perpétuer (Clavreul, *L'Ordre médical*, 1978).

La relation qui s'établit entre le malade et son médecin ou plus largement, entre le malade et l'institution médicale, est soumise, ces derniers temps, à des analyses diverses et de plus en plus nombreuses.

Le sujet, abordé de différentes manières et souvent avec éclat, introduit progressivement la double question de la demande et de l'écoute et, par là, celle du poids du discours médical sur la vie du malade. Ce sera ici notre thème, développé à partir d'un exemple concret.

Il s'agira de la famille d'un garçon¹ connu de nous au début de l'adolescence et diagnostiqué psychotique à l'âge de trois ans.

Nous analyserons les relations établies au cours des années entre cette famille et l'institution médicale psychiatrique telles que le dossier les reflète².

Ce qui nous intéressera, c'est comment le discours médical (reflété par le dossier) s'introduit dans la famille. Comment la parole médicale devient, aussi bien pour l'enfant que pour les parents, une dimension de l'expérience vécue.

LE PROCESSUS DIAGNOSTIQUE

Ce qui va signer l'entrée du malade dans le discours médical, c'est la nomination de la maladie, c'est le diagnostic. Par là, le médecin montre

* Irène Krymko-Bleton est professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal.

que ce dont le malade souffre a sa place dans le système des signifiants que constitue le discours médical (Clavreul, 1978, 83).

Quand un malade est un enfant et le médecin un psychiatre, les parents sont rapidement inclus dans cette démarche diagnostique.

Nous pouvons commencer à suivre ce processus à partir d'un document qui ne figure pas d'habitude dans le dossier – un écrit adressé aux médecins de l'enfant par les parents. Il n'est pas de notre propos d'analyser le caractère très particulier de ce document³. Ce qui nous importe, c'est l'usage qu'en fait immédiatement l'institution médicale.

Pour le médecin, il ne sert visiblement pas en tant que source d'information puisque les données qui s'y trouvent sont rapportées dans des textes qui le suivent immédiatement de manière inexacte ou grandement erronée. Il ne sert pas non plus à une analyse du caractère de la demande qui est ainsi adressée par les parents au médecin.

La démarche immédiate est, à partir de ce texte, de diagnostiquer la mère en tant qu'obsessionnelle, diagnostic qui se perpétuera à travers le dossier.

Si la demande est ainsi évitée par l'institution, c'est que celle-ci doit la percevoir comme potentiellement dangereuse. Dans le cas de *A*, elle l'est d'autant plus qu'elle porte un défi – celui de comprendre et de guérir un mal que la médecine a encore peine à saisir.

Un peu plus tard, à la suite des aléas du développement de la relation institution médicale – parents, le père est diagnostiqué caractériel.

Le diagnostic de l'enfant suit un chemin long et compliqué et ne sera jamais fixé définitivement.

Durant tout un mois d'observation, lors de la première hospitalisation de l'enfant dans un service de neurologie, on assiste à la mise en place progressive des éléments électifs qui servent à la fabrication d'un premier diagnostic de base.

Ce que le discours médical écarte, en premier lieu, pour pouvoir ensuite s'instaurer en discours de savoir (c'est-à-dire sans engager le désir subjectif du médecin) est le discours du malade lui-même.

Nous suivons ici le processus que C. Fernandez appelle l'effacement aussi complet que possible de toute «trace identitaire préalable au profit d'un nouveau et unique portrait psycho-biographique» (Fernandez, 1980).

Il s'agirait aussi d'éliminer toute trace ou signe de souffrance psychique, qui permettrait à l'enfant de garder sa place de sujet désirant. Le dossier en parle par exemple en ces termes :

On constate également un appareillage neuro-sensoriel hautement sensible et réactionnel au-delà de la moyenne communément rencontrée. Les stimuli suscitent l'agressivité crue, primitive comme seule réponse que connaisse *A* en situation. La réponse agressive s'exécute soit sur le *MOI CORPOREL* par automutilation, soit sur le *NON-MOI*, c'est-à-dire le milieu physique environnant.

Ailleurs, on interprète ainsi des manifestations de l'enfant :

... il s'éloigne lorsque nous nous dirigeons vers lui, mais beaucoup plus par désir d'être seul apparemment que par anxiété.

Le médecin n'indique pas la source de ce type de déductions. Elles lui servent à conclure que *A* s'isole et ne présente pas de réponses affectives : ce qui correspond à la fois à une certaine entité nosologique et une certaine idée qu'on se fait de la maladie mentale.

Malgré ces manœuvres, l'enfant reste difficile à classer. Il est diagnostiqué borderline, psychotique, autiste, immature affectivement avec des troubles de comportement.

Comme écrit plus tard un psychologue :

A demeurera toujours un cas longuement discutable parce que c'est un cas limitrophe entre l'aspect caractériel, psychotique et débile ou pas.

Le diagnostic additionnel de débilité (pour un enfant démontrant manifestement une intelligence vive, bien que nécessairement liée par ses problèmes affectifs) est présenté sans engagement de la part de l'évaluateur : « *A* fonctionne présentement au niveau de la débilité « légère » . »⁴

Pour expliquer le genre de difficultés que rencontre l'enfant, le psychologue écrit :

A nous est apparu comme fonctionnant beaucoup mieux dans sa réalité à lui et lorsqu'il était confronté avec notre réalité à nous, l'on obtenait d'abord une forte résistance et un rendement moindre et surprenant.

Tout en partageant la résistance de l'enfant à se laisser entraîner dans ce verbiage qui vide de sens toute réalité, il serait tout de même utile pour nous de s'arrêter à ce verbiage même.

LE LANGAGE DU DOSSIER

La question qui se pose ici est celle de la fonction du langage. Une lecture rapide des textes réunis dans ce dossier nous amène à la conclusion que le langage utilisé remplit plusieurs fonctions.

Nous donnerons l'exemple de deux stratégies langagières de mise à distance du sujet. La première, sans doute fort classique, n'en produit pas moins des effets d'une efficacité remarquable : le sujet est décrit en termes positivistes, empruntés aux laboratoires expérimentaux ; dans cette stratégie, le sujet est saisi selon un modèle neuronal, obéissant au schéma behavioriste du stimulus-réponse. La seconde est plus retorse. Il s'agit en fait d'une récupération du vocabulaire psychanalytique : seuls les mots sont conservés, assujettis à une visée totalement différente de celle proposée par Freud : à savoir l'objectivation du sujet. On dit par exemple au sujet de l'enfant :

On observe que certains objets vis-à-vis lesquels un signifiant affectif est visible, sont représentatifs du père.

ou à propos des parents :

Les conjoints [...] ont besoin l'un de l'autre, afin de préserver au plan individuel le principe de constance, lequel principe primerait sur le principe du plaisir.

C'est le langage qui signe aussi l'appartenance à l'institution. Seulement, plus on descend dans l'échelle hiérarchique, plus le mode d'expression devient caricatural.

Pour dire qu'A était insupportable à la maternelle, qu'il n'a pas permis aux jardinières de parler entre elles et que cela les a fâchées, l'une d'elles écrit :

A est présent au comportement des jardinières et fait en sorte d'obtenir presque continuellement l'attention de ces dernières, soit en les fuyant intentionnellement, en les agressant physiquement et en répétant des phrases inappropriées lorsqu'elles communiquent entre elles. [...] A qui tolérait assez bien la frustration entre janvier et mars a recommencé à se désorganiser et demandait souvent sa mère au courant de l'avant-midi. Ce stade a perturbé la communication jardinière-enfant.

Le principal argument que l'on peut invoquer pour montrer qu'un tel discours vise moins à produire un sens qu'à imposer aux protagonistes une place dans un jeu – c'est-à-dire dans un rapport de force – est que les mots tirés du vocabulaire savant n'ont pas dans le dossier, valeur de concept ; ils fonctionnent comme signes : par eux, les rédacteurs du dossier disent, sans doute mal, qu'ils comprennent le « cas », mais surtout ils disent qu'ils sont les seuls à détenir le langage adéquat, à dire la vérité sur la maladie. Ce type de

langage fait que, toujours déjà, les parents sont en position de ne pouvoir répondre; que, toujours déjà, le discours médical, par son byzantinisme même, est en position dominante. Ces mots tirés du vocabulaire savant comptent moins pour ce qu'ils disent, ce qu'ils dénotent, que par ce qu'ils font : établir une relation irrémédiablement inégale. Ceci est particulièrement manifeste quand ces mots sont exportés de leur territoire d'origine : sous la plume d'un médecin rompu à la rhétorique particulière du discours médical, ils peuvent encore faire illusion, ils restent plausibles; mais sous la plume d'un personnel moins formé aux règles particulières de ce genre, ils apparaissent caricaturalement comme des vestiges, des fétiches prestigieux, à la valeur plus magique que scientifique. La forme caricaturale que peut prendre le dossier dans les pages écrites par des représentants du discours médical qui occupent des rangs subalternes dans la hiérarchie,⁵ ne doit cependant pas nous faire oublier que l'on ne saurait s'en tirer en accusant d'incompétence les non-médecins; le discours médical est « capable » (comme on dit en physique) de toutes ces caricatures; elles ne sont nullement aberrantes dans la structure de ce discours.

Le diagnostic, les stratégies langagières que nous venons d'examiner, produisent un double effet. Tout d'abord, se crée un hiatus entre l'enfant fou en proie à des angoisses, à des désirs d'une part, et l'adulte « sain », interpellé sans relâche au titre de cette santé même. Ensuite, le médecin, ayant postulé que la folie de l'enfant est connaissable, est amené à assumer le rôle de celui qui sait. Malheureusement, le désordre de la folie reste toujours irréductible d'une certaine manière; la position médicale de connaissance trouve ici sa limite. Or celui qui sait doit pouvoir (guérir en particulier); mais comme son pouvoir défaille, il y a glissement du discours : du registre médical du savoir et du pouvoir, on passe insensiblement à une forme extra-médicale du savoir et du pouvoir; nommément, au registre de l'ordre moral.

LA FAUTE

Le médecin sait donc. Il sait qu'une double faute est déjà repérable dans la petite enfance de l'enfant fou. La première est celle des parents, ils sont de mauvais parents – nous y reviendrons plus bas –; la seconde est attribuable à l'enfant lui-même.

Déjà dans les descriptions évaluatives d'un petit enfant fou, on trouve une idée sous-jacente de mauvaise volonté : on croirait l'enfant méchant et mal-intentionné, « manipulateur », « jaloux ». Cependant, son très jeune âge lui permet d'être surtout considéré comme victime. Victime bien entendu des mauvais parents.

Le père aurait⁶ rejeté cet enfant assez tôt dans la vie; les parents auraient fait le jeu des angoisses de l'enfant vis-à-vis des transitions et des pertes de certains objets auxquels il était attaché de façon compulsive.

Le tourniquet idéologique discours médical-discours moral va en ce point fonctionner en sens inverse. Les parents sont blâmables; mais ne serait-ce pas dû à une déficience pathologique sur laquelle la médecine aurait prise dès lors? Dans la mesure où on constate «la pathologie affective» de deux parents «et que les conflits névrotiques importants de la mère compliquent la relation mère-enfant d'une manière sado-masochiste, car les affects chez cette femme ne sembleraient pas possibles autrement,» le discours médical peut se maintenir. Soigner un tel enfant est hasardeux, aléatoire et même peu efficace; ne serait-il pas plus rentable de soigner les parents?

On propose donc aux parents des rencontres familiales. C'est la réponse ambivalente des parents à cette offre «thérapeutique»⁷ qui va introduire un ton nouveau dans le dossier. Nous allons voir quelle relation passionnelle (jamais consciente et jamais analysée puisque le médecin n'implique ni sa personne ni ses réactions propres dans l'analyse de ce qui se passe)⁸ va unir pour des années à venir la famille et le réseau institutionnel⁹.

Guérir — rappelle Fernandez — cela veut toujours dire : obtention d'aveu comme preuve concluante d'aptitude à l'autodiscipline, d'intériorisation d'une visée normalisatrice.

Et c'est précisément à cet aveu que les parents se refusent. Ils l'ont marqué déjà d'avance dans leur écrit initial. Ils vont maintenir leur position.

Pire, ils se font provocateurs et mettent en évidence l'inefficacité des moyens dont l'institution dispose. Cela confirme aux yeux de l'institution leur statut de marginaux névrotiques — le diagnostic initial.

L'insubordination des parents, la situation conflictuelle dans laquelle ils se trouvent, fournissent des arguments justificatifs à l'institution — si l'enfant ne guérit pas, c'est encore et de plus en plus la faute des parents. Mais la blessure n'est pas suturée pour autant pour le médecin. Parce que du coup, son échec est double — et du côté de l'enfant et de celui des parents.

LE CHÂTIMENT

Dans des équipes pédo-psychiatriques québécoises, la division habituelle des rôles est assez nette. Le médecin s'occupe de (ou prend des décisions pour) l'enfant, le travailleur social est chargé des rencontres parentales. Souvent, ils affrontent (aux sens propre et figuré) la famille ensemble.

On assiste dans le dossier à des répétitions constantes et réciproques des informations provenant de ces deux sources (qui, le cas échéant, s'enrichissent d'une évaluation psychologique qui répète des éléments provenant de ces deux sources et leur fournit en retour un appui psychométrique).

Dans notre dossier, le début des rencontres «travailleur social-parents» permet d'étayer le diagnostic porté par le psychiatre.

Quant à Monsieur, il nous a donné l'occasion de réaliser combien son comportement pouvait être inapproprié et adolescent «délinquant». En effet, il s'est absenté pendant environ deux mois des entrevues et il lui est même arrivé à quelques reprises de ne pas se présenter après avoir communiqué pour demander spécifiquement qu'on le voit.

La même travailleuse sociale note quelques lignes plus loin que la mère de A trouve son mari extrêmement déprimé mais elle n'en tient pas compte. Par contre, elle est sensible à la mise au défi du corps médical.

Monsieur nous a semblé nettement vouloir «enrager» tout le monde [...] En effet, à la rencontre de fin d'année, il a adopté exactement la même attitude qu'à l'évaluation diagnostique. Il donne l'impression de vouloir penser qu'A ne pourra pas faire de progrès¹⁰.

Ce père frondeur lorsqu'il déménage «a choisi une maison à l'intérieur des limites possibles de transport pour l'enfant à l'hôpital». Mais tout en faisant preuve d'un espoir qui persiste, il continue à ne pas se présenter aux entrevues. Il faut noter qu'à l'époque, les parents ont à s'occuper de trois enfants en bas âge dont un nourrisson. Mais laissons parler la travailleuse sociale :

Les deux parents devaient communiquer, dès leur retour de vacances, pour reprendre les entrevues de case-work pendant l'été. Ils n'en ont rien fait. Il est fort certain que l'équipe... devant ce peu de collaboration, considérera la possibilité d'abandonner le traitement de A. Tout au moins sera-t-il nécessaire de travailler de façon assez brutale la motivation de ces parents probablement en les menaçant de cette cessation de thérapie.

Jamais le chantage et la menace ne seront si ouverts. Ni, d'une façon obvie, aussi peu réalistes. La médecine ne peut pas commettre la faute éthique et abandonner un enfant si malade. La solution trouvée sera plus subtile. On enlèvera l'enfant aux parents indignes.

Avant que cela n'arrive, une nouvelle tentative de thérapie familiale impliquant parents et enfants est tentée dans un autre centre (le père ayant été muté vers une autre ville) et un essai pour l'enfant de thérapie individuelle (d'orientation behaviorale) aboutit à une impasse. Voilà comment le médecin en parle :

Après être sorti de son autisme, les sessions de traitement deviennent insuffisantes à A aux fins de l'assister dans la réorganisation de sa personnalité et contre-balancer les carences du milieu familial.

Ainsi, le placement dans un foyer nourricier est décidé.

La durée du placement temporaire avait été prévue au départ comme ne devant pas dépasser un an. C'est avec résistance que les parents naturels avaient consenti à ce que le placement de *A* soit aussi long, quand cette solution leur fut recommandée. Ils ont tenté plus d'une fois de le reprendre avec eux. Devant leur échec, il semble maintenant qu'ils acceptent de voir le bien-être de leur fils dépendre de M. et Mme X. En conséquence, il semble donc qu'il faille maintenant établir ce placement en foyer nourricier sur une durée indéfinie.

Qu'est-ce qui se passe exactement et qui sont d'abord les parents nourriciers ?

C'est une famille établie assez loin à la campagne. Elle est dotée par l'équipe de toutes les qualités qui manquent à la fois à la famille naturelle et au médecin (puisque leur action efficace auprès de l'enfant doit remplacer la psychothérapie déficiente).

C'est un foyer stable et serein et qui de plus se doit d'avoir une approche orthopsychopédique auprès du sujet, c'est-à-dire corriger les troubles émotionnels, permettre à l'enfant d'en arriver à assumer le contrôle sur ses pulsions. Un tel foyer est thérapeutique : il s'agit en l'occurrence du foyer de M. et Mme X, ce que nous avons été à même d'apprécier à l'occasion de nos visites au dit foyer [...] Le foyer nourricier offre donc pour ce sujet difficile un milieu stable empreint de sécurité. L'approche éducative du père et de la mère est distincte tout en étant convergente. Ces gens ne comptent ni leur temps ni leurs moyens matériels employés auprès de *A*.

Bien sûr, la médecine ne se décharge pas entièrement d'un enfant malade sur un foyer, aussi bon et éducatif qu'il soit. L'empreinte médicale, l'appartenance de *A* à l'institution médicale, est maintenue par l'administration de doses accrues de médicaments. Mais de la part d'un foyer aussi parfait (et qui doit rendre tant de services), le médecin accepte quelque ingérence dans ses affaires.

Quand la mère nourricière change sans consultation la médication de l'enfant (en l'augmentant légèrement), on en déduit des difficultés accrues émanant de l'enfant (et non par exemple, son agacement à elle devant des symptômes qui persistent).

Nous avons noté qu'il s'agit là d'un foyer rural, assez éloigné. «Mentionnons un avantage additionnel – note le médecin – qu'offre ce foyer, c'est la distance physique qu'il met entre le foyer naturel morbide.»

La distance est d'autant plus grande que le père change de travail et s'installe définitivement dans la région où *A* avait été traité auparavant.

Cela ne provoque aucune tentative de transfert de l'enfant dans sa région d'origine. Au contraire, c'est accueilli avec satisfaction par l'équipe médicale.

Pourtant, quelques lignes plus bas, le même médecin déplore «l'absence des parents naturels dans le tableau». Il note que la réinsertion de *A* dans leur foyer «était et demeure affaire de «case-work» et les accuse de ne pas faire d'effort suffisant pour rendre visite à l'enfant.

Ce qui là prend place est un processus aliénant. Les rapports entre l'institution et la famille s'établissent sur le mode de la double contrainte dont le fonctionnement et les effets schizophrénisants sont désormais si bien connus et analysés¹¹.

LA DOUBLE CONTRAINTE

La travailleuse sociale note :

Précisément en ce qui concerne ces parents, depuis leur déménagement à... il semble qu'ils aient omis de nous signaler auprès de quel organisme médical et/ou social ils poursuivaient leur traitement recommandé.

Une condition est aussi posée à l'enfant :

Toutefois nous considérerons que *A* serait sujet à avoir atteint une récupération suffisante après avoir réussi à s'intégrer dans un milieu scolaire normal et avoir ainsi accompli une première année. Nous pourrions alors sûrement reviser sa situation en foyer nourricier et penser aux possibilités de le remettre au foyer naturel¹².

Nous en déduisons, ainsi que de la remarque précédente, qu'aussi bien les parents que l'enfant désirent se rapprocher (bien entendu, nulle part n'est fait mention des vœux ou des désirs de l'enfant).

Si le psychiatre envisage éventuellement le transfert de l'enfant, c'est uniquement dans l'éventualité de l'échec scolaire de *A* en vue de soins psychiatriques appropriés. Incidemment, nous apprenons donc que les soins actuels sont jugés inappropriés.

Ainsi, la double contrainte agit déjà à plusieurs niveaux — on accuse les parents du manque de collaboration tout en se félicitant de leur absence ; on leur demande d'être satisfaits des démarches entreprises auprès de l'enfant malgré qu'on les juge soi-même insuffisantes. On demande à l'enfant à la fois de réussir en classe et d'y échouer pour pouvoir se rapprocher des parents.

De la réévaluation psychosociale qui suit d'assez près les écrits précédents, nous apprenons que le père a effectué des démarches énergiques pour qu'un transfert de l'enfant devienne enfin possible.

Voilà comment le rapport en parle :

Il semble qu'à la suite d'un déménagement de la famille... que le père ait fait des démarches pour que son enfant... soit transféré dans cette même région pour prise en charge et traitement par des milieux spécialisés en pédo-psychiatrie [...] Certains téléphones subtils du père semblent avoir remis en question l'approche thérapeutique offerte à cet enfant depuis quelques années : la mise en foyer nourricier en milieu campagnard, éloigné des centres urbains, contrôle irrégulier et éloigné au plan psychiatrique et médicamenteux, approche psycho-pédagogique spéciale non-disponible et improvisée... etc.

Le médecin se défend contre ces accusations en brossant un tableau d'amélioration de l'état de l'enfant où les signes du changement positif sont aussi soigneusement mis en valeur que les éléments négatifs des diagnostics précédents.

On note tout de même :

Le langage un peu dysarthrique qui [...] peut être dû en partie à la médication assez lourde qu'il prend [...]. Le ralentissement moteur noté semble aussi appliqué à la médication.

Finalement, on est obligé de conclure que :

S'il est du désir du père de faire transférer son fils dans la région de..., il aura plusieurs arguments de poids qu'il pourra faire valoir auprès des autorités.

Ainsi, l'institution médicale doit reculer en admettant ses carences; ce que l'institution médicale n'oubliera pas, à la charge du père, coupable d'avoir eu raison. En attendant, il s'agit de donner à cette décision un caractère de libre arbitre. Dans les recommandations finales, le médecin remarque :

Étant donné l'âge du patient et le niveau affectif qu'il a actuellement, nous croyons qu'il pourrait beaucoup profiter d'une approche thérapeutique structurée d'une équipe spécialisée en pédo-psychiatrie [...]. Nous croyons que cet enfant en est à un point où il pourra profiter beaucoup plus d'une approche spécialisée et que le système thérapeutique temporaire qu'on lui offrait depuis quelques années devrait être facilement remplaçable, d'autant plus qu'il a été fortement mis en question par M. X.

La reconnaissance générale, pour des cas semblables, de l'importance d'une intervention précoce, pourrait nous inciter à attribuer cette remarque à l'ignorance ou à la mauvaise foi. Nous croyons qu'elle exprime la consternation. C'est aussi dans ce moment de mise en question que le médecin

fait, pour la seule et unique fois, mention des émotions du personnel soignant. Le pédo-psychiatre ainsi que l'assistante sociale responsables du placement se disent : « pour le moins perplexes » mais « capables de reconnaître certains points que semble vouloir leur reprocher le père ».

L'équipe laissera au père le choix de l'institution où doit être entrepris le traitement. L'enfant y est admis pour observation.

Malgré cette variante dans l'approche, il n'y aura pas amélioration des relations entre la famille et l'institution médicale. La mauvaise réputation des parents les précède. Elle est communiquée par le résumé du dossier circulant à l'intérieur du réseau institutionnel.

Après cette admission, il se passe huit mois sans que, dans le dossier, soit mentionné quoi que ce soit au sujet d'un plan de traitement pour l'enfant. C'est au terme de ce laps de temps qu'on décide d'entériner momentanément l'état de fait (c'est-à-dire l'hospitalisation de A); on prévoit pour lui un traitement individuel (l'ergothérapie) et on propose d'entreprendre des rencontres avec les parents et l'enfant en vue de sa réinsertion future dans la famille. Pourtant, on prévoit d'emblée l'échec d'une telle démarche et on envisage un nouveau placement nourricier, « si l'approche avec les parents s'avère infructueuse comme l'expérience de trois échecs l'a démontrée ».

Avant d'analyser cette triple décision, il serait légitime de se demander ce qui s'est passé durant les huit mois. Le tableau de bord tenu par des préposés aux malades nous fournit quelques renseignements.

La plupart de ces remarques concernent les « désorganisations » de A lors des retours de ses visites chez les parents. En somme, elles constituent la preuve de l'incapacité parentale. Pourtant, avec le temps (la durée de l'hospitalisation s'étirera sur une période de deux ans) on reprochera de plus en plus aux parents de maintenir cette hospitalisation.

L'opinion de l'équipe se retourne contre ces parents qui ont retiré de force l'enfant du foyer pour l'abandonner à l'hôpital. Cela constitue un autre élément de la double contrainte. Ce blâme, les parents l'ignorent, pour la raison qu'ils ne connaissent que les jugements positifs portés par l'équipe soignante sur l'hôpital.

En effet, lors du transfert, il a été écrit : « Le choix de votre hôpital et *c'est un choix heureux*¹³ a été fait par la famille elle-même, et on recommande officiellement cette institution pour un « traitement de milieu ». Pourtant, elle ne dispose d'aucune organisation adéquate pour recevoir des enfants dits psychotiques. C'est une réalité connue des équipes qui y travaillent. Le corps médical reconnaît même, de façon officieuse, la nocivité d'un séjour prolongé des enfants comme A dans un tel milieu. Ainsi tous les efforts (et dans ce sens ils sont louables) sont faits pour diriger les enfants

vers un ailleurs, et de préférence vers leur milieu familial (les foyers étant difficilement disponibles).

Si la famille, pour des raisons diverses, est dans l'incapacité d'assumer son rôle auprès de l'enfant malade et que, d'autre part, elle revendique des soins adéquats (comme cela se passe à ce moment pour *A*), le moindre des risques qu'elle encourt est celui de se voir accusée de manque de collaboration.

Nous examinerons cette situation plus en détail à partir des comptes-rendus concernant les rencontres familiales.

LA NORMALISATION

En continuant la lecture du tableau de bord au-delà de huit mois d'«observation», on constate un changement de statut de *A*. Il devient un pré-adolescent et essaie de se faire entendre. Du coup, il perd le privilège d'être surtout la victime. En effet, on le décrit comme :

Enfant très obéissant, agité, frappe un autre enfant sans raison, pour le plaisir de provoquer des réactions agressives [...] a tendance à se désorganiser pour des motifs non valables [...] il continue quelquefois à parler des enfants de la salle à un moment tout à fait inapproprié, mais il cesse aussitôt qu'on lui rappelle que le sujet dont il parle n'entre pas dans la conversation, etc...

Puisque *A* pose des actes ou dit des choses auxquels le personnel n'accorde aucune signification, actes ou paroles qui perturbent le plus souvent le calme de la salle, on s'attaque à ces aspects anormaux de son comportement. On essaie de le «normaliser». Ce mot d'ordre, qui traduit une répression permanente et une mise à mort systématique de toute expression de la souffrance ou du désir, se retrouve à tous les niveaux du «traitement». De façon la plus évidente, il sert d'alibi aux agressions qu'a à subir l'enfant de la part du personnel subalterne¹⁴. On a l'impression que la même passion qui unit les «thérapeutes» aux parents se déclenche entre l'enfant et son personnel soignant; lutte d'autant plus brutale dans son expression, que l'enfant ne peut absolument pas y échapper et qu'il se trouve au dernier échelon de la structure hiérarchique institutionnelle dont ses soignants occupent les échelons directement supérieurs. Accumulant les frustrations inhérentes à une situation subalterne, ils trouvent en leurs malades une cible possible à leur agressivité.

UNE PARENTHÈSE

C'est dans ce contexte que se situera l'essai thérapeutique visant «l'établissement d'une relation» avec l'enfant : il se résumera à six mois de ren-

contres, 1 fois/semaine avec une ergothérapeute. Bien qu'assez sensible et attentive à ses difficultés, elle n'est pas formée pour accomplir une telle tâche.

Elle note que :

Ce garçon reste difficilement compréhensible. Par ailleurs, l'intérêt de A pour les activités manuelles¹⁵ est très pauvre [...] il ne voudrait que parler.

Et parce qu'elle ne sait pas l'écouter (et qu'elle n'est d'ailleurs pas là pour cela), elle se demande, en accord avec l'esprit dominant, si par toutes ses histoires interminables, il n'essaie pas de vérifier la tolérance de l'adulte.

Néanmoins, elle note un certain attachement de l'enfant à son égard, un «début de relation» qui à ce stade passe «par la médiation des objets». Effectivement, la salle d'ergothérapie constitue un oasis de paix où l'enfant dispose d'une quantité de jouets; l'adulte qui s'y trouve ne lui est pas hostile. Mais cette «relation» se termine brusquement. L'ergothérapeute n'a pas d'emprise sur son propre travail; elle est simple exécutant; elle note :

Je ne sais pas exactement quel sera son programme de soins pour cette année. Disons toutefois, que si l'équipe qui en a la responsabilité pense qu'il profiterait encore des rencontres individuelles, je suis prête à le prendre.

Nous ne trouvons pas, dans le dossier, d'explication pour la discontinuité de ce traitement.

LA «THÉRAPIE FAMILIALE»

À cette époque, les parents essaient encore de se faire entendre. Ils en ont grandement besoin. Ils traversent une période difficile à l'issue de laquelle ils vont divorcer; leur vie changera assez radicalement.

Ainsi, ils acceptent des rencontres avec un psychiatre et un travailleur social, mais demandent que l'enfant n'assiste pas aux entrevues. Cette demande est interprétée comme une résistance et les thérapeutes décident de centrer les séances sur la clarification des sentiments des parents envers l'enfant. Cette démarche qui prend vite un caractère franchement punitif est présentée dans le dossier comme une «exploration des sentiments des parents face à leur fils» et «les implique émotionnellement devant les besoins du garçon».

Les thérapeutes notent :

Lors de cette séance, nous observons que lorsqu'il y a manifestation de l'affect de la part des parents, l'enfant se met à délirer et le même phénomène se produit chez les parents lorsque A exprime ses émotions.

Les parents seraient-ils devenus psychotiques eux aussi? Après une telle épreuve, les prévisions des thérapeutes se réalisent. Les parents espacent les rencontres. Pourtant, ils essaient encore de se faire entendre :

À la séance suivante, le père s'est présenté seul à l'entrevue, refusant d'amener avec lui A et nous disant que son épouse n'était pas en condition d'assister à la dite séance. Par ailleurs, Mme avait remis à son époux une lettre où, semble-t-il, elle expliquait le motif de son absence. Durant cette entrevue, le père nous a demandé d'ouvrir la lettre que Mme avait écrite mais nous avons refusé. Le père a alors refusé de s'impliquer tant que les thérapeutes maintiendraient leur décision. Visiblement déçu et agressif à l'endroit des thérapeutes qui refusaient la manipulation de Mme, M. s'est efforcé de diviser tout au long de cette entrevue les thérapeutes. Les parents ne se sont pas présentés à l'entrevue suivante.

La lutte entre les deux couples (parents et thérapeutes) devient ouverte, chacun considérant l'autre comme manipulateur. Durant les deux entrevues suivantes :

Il a été question de la remise en question de l'approche thérapeutique utilisée jusqu'ici avec les parents et l'enfant. Mme s'est dit bloquée par cette approche thérapeutique et l'attitude des thérapeutes, qu'elle trouve manipulatrice. Les parents refusent la forme de traitement entrepris. Depuis la dernière séance, nous avons laissé aux parents la responsabilité de rentrer en contact avec nous pour s'entendre sur l'heure qui nous conviendrait.

La fin de ce passage est tout au moins surprenante. Il semble que le couple thérapeutique est poussé vers un fonctionnement rigide et une observation aveugle des règles d'une quelconque théorie concernant les « thérapies familiales ». Cet aveuglement d'ordre défensif les conduit, si on peut dire, vers une surdité totale. Ainsi, au moment d'une rencontre plus tardive, où le père, « à la surprise » des thérapeutes, se présente seul « nous expliquant que son épouse avait été hospitalisée [...] à cause, semble-t-il, d'une tentative suicidaire », il n'est pas reçu.

Nous avons alors préféré remettre le rendez-vous à une période où les deux parents seraient présents, étant donné qu'au cours de l'année, bien que les parents aient été séparés, Mme est restée impliquée auprès de A.

Dans cette tentative de suicide, l'institution médicale n'aurait pas une certaine responsabilité?

LA BOUCLE SE BOUCLE

Avant que ce développement dramatique ait lieu, les parents ont à endosser la responsabilité d'un placement en foyer. Étant donné que les

parents sont dans «l'incapacité émotionnelle de s'impliquer avec lui» et que l'enfant «bénéficierait d'une expérience normalisante d'une vie dans une famille», *A* est placé dans un second foyer nourricier. Une autre raison de ce placement sera tout de même dite :

Cette solution permettrait à *A* de vivre une expérience normalisante, puisqu'il est actuellement à la salle X et n'a que très peu d'occasions de vivre une telle situation.

Nous apprenons que la mère :

A manifesté qu'elle ne croyait pas que l'approche par un foyer nourricier soit suffisante pour son garçon et qu'elle préférerait le garder elle-même, malgré sa situation physique et émotionnelle assez précaire¹⁶.

Pourtant, on continue à reprocher aux parents le manque d'implication auprès de l'enfant.

Nous apprenons par ailleurs que ces parents, qu'on accuse d'avoir abandonné l'enfant, ont fait une série de démarches (qui n'ont pas abouti) pour qu'il soit traité ailleurs. Cet acharnement pour faire traiter l'enfant est interprété comme compensatoire.

Les parents qui ne cessent de réclamer une thérapie individuelle pour *A* envoient finalement une lettre à la direction de l'hôpital, par laquelle ils remettent en question l'approche thérapeutique utilisée. Ils s'engagent aussi dans le travail de l'Association des parents de l'hôpital.

Leur attitude démontre la profonde méconnaissance du fonctionnement institutionnel et de la solidarité médicale. La lettre, loin de mettre en question l'équipe psychiatrique, ne sert que comme preuve matérielle de leur caractère revendicateur et psychopathique. L'activité au sein de l'association est, par contre, interprétée uniquement comme une manière de se déculpabiliser – ils devraient se sentir en effet coupables de ne pas s'impliquer dans le traitement offert.

Le traitement qui visait : «À la normalisation de *A* avec ses capacités résiduelles [...] par cette éducation normalisante avec intervention au niveau de la consultation à l'école et au moment des crises» demeure inchangé.

Avec le placement nourricier, nous assistons, pour la deuxième fois, au déclenchement du processus déjà connu. Le foyer nourricier choisi est idéalisé (bien que sa réputation soit cependant cette fois-ci plus difficile à maintenir); il jouit de toute confiance de la part de l'institution et est protégé dans des moments difficiles. Quand la mère porte plainte contre les parents nourriciers, qui auraient maltraité *A*, aucun crédit ne lui est accordé et tout l'incident est imputé à son déséquilibre psychique¹⁷.

Par contre, on souligne des négligences de la mère lors de visites de *A* chez elle, ainsi que des «désorganisations» de l'enfant, suite à ces visites.

L'enfant paye le prix de toutes ces luttes. On note qu'il «régresse» durant la période précédant le placement. Ensuite, il s'adapte à la nouvelle situation.

Au début, *A* s'avérait très réservé à l'endroit des parents nourriciers et notamment à l'endroit du père nourricier, mais progressivement, il a pu devenir plus détendu et connaît maintenant une relation très satisfaisante avec les parents nourriciers¹⁸.

Les visées «normalisatrices» ont été renforcées dans le foyer qui essaie de le rendre acceptable, présentable : «En effet, à cause des pressions du milieu, *A* a dû abandonner la plupart de ses manières.»

Les efforts centrés sur l'élimination des symptômes gênants pour l'entourage s'accroissent au fur et à mesure que l'enfant vieillit.

L'enfant, à son tour, est qualifié de manipulateur et on déplore son manque de bonne volonté.

Avant de terminer cette analyse, il faudrait encore souligner un motif qui se développe en filigrane tout au long du dossier. C'est la recherche des signes d'organicité. Comme si cet acte d'accusation contre les parents n'expliquait pas suffisamment l'impuissance de l'institution médicale à guérir l'enfant et qu'une raison ultime devait en rendre compte, les suppositions dans ce sens sont régulièrement réitérées. On évoque régulièrement une éventuelle anoxie à la naissance (cette hypothèse, bien qu'infirmée, a pourtant un impact important sur la famille, puisqu'elle fournit des fondements à un mythe justificatif). Dans les tests psychologiques cités plus haut, on recherche des signes d'organicité possibles.

Lors d'un remaniement administratif, la «prise en charge» de ce dossier a été confiée à une autre travailleuse sociale¹⁹ et, suite à son intervention, à moi-même.

EN GUISE DE CONCLUSION

De notre travail, j'aimerais relater le tournant décisif. Lors d'une prise de décision concernant *A* dont nous avons avisé son père, celui-ci nous a assez rudement rappelé que c'est à lui qu'incombait la responsabilité légale de l'enfant. Nous étions jusqu'alors persuadés que c'est l'institution qui avait la tutelle de l'enfant, et non le père. Après vérification, (qui constituait aussi pour nous le début de prise de conscience de la dynamique dans laquelle nous étions engagés) il nous a été facile de revenir sur cette erreur (provenant de l'état de fait).

Par contre, nous avons constaté avec surprise à quel point la réaction agressive du père déclenchée par notre attitude provocante était mal intégrée et dérivait de son sentiment intime d'être dépossédé de son enfant.

Si on revient là, à partir de ce dossier, à notre question première sur l'impact du discours médical psychiatrique sur la vie d'une famille, ce sentiment d'être dépossédé de son enfant surgit au premier plan (avec toute la culpabilité et l'impuissance que cela suppose). La dépendance hostile à l'institution médicale en est le résultat.

La deuxième constatation qui s'impose est celle de l'impossibilité de surgissement de toute question vraie qui, de la relation institution-famille, se répercute à l'intérieur de celle-ci.

En prenant la famille dans les rets de la double contrainte, l'institution provoque, par sa surdité, chez le patient, l'élaboration de systèmes de défense de plus en plus structurés et complexes et/ou la décompensation et le passage à l'acte.

La lecture de ce dossier nous persuade qu'il s'agit moins d'une « bavure » que des effets structureaux de l'institution.

La perte d'identité propre de l'enfant au profit d'une image fabriquée correspondant aux visées des adultes, la perte d'autonomie des parents; la mystification des rôles (thérapeutes); tout ceci est quotidien.

Au poids de la psychose au sein de la famille s'ajoutent les effets psychotisants du discours qui émane de l'institution. Ceux qui articulent dans le dossier, au jour le jour, la narration de la folie, le manifestent clairement par leur dit.

NOTES

1. Nous l'appellerons *A*.
2. Définissons ce type d'institution comme une organisation complexe destinée à dispenser des soins de nature diverses. Cette organisation hautement hiérarchisée, où le médecin se tient au sommet de l'échelle, englobe les professions dites paramédicales qui amorcent un discours calqué, en grande partie, sur celui de la médecine.
3. En imitant le schème du dossier médical, il fournit un certain nombre d'informations concernant l'enfant et la famille.
4. Il est donc sous-entendu que ses « capacités réelles » sont plus grandes, mais le mot « débilité » est dit.
5. Infirmières, jardinières d'enfants, préposés aux malades, etc.
6. Nous soulignons en passant le rôle que le mode conditionnel joue dans ce type de dossiers.
7. Thérapeutique, elle ne pouvait pas être puisqu'elle ignorait leur demande et leur désir. Nous tenons à souligner que nous ne mettons pas en question l'existence des problèmes névrotiques des parents ni la nécessité d'un travail avec eux. C'est l'optique de l'intervention, la manière de concevoir la relation médecin-famille qui est en cause ici.
8. Bien qu'étant écrit en grande partie dans un langage pseudo-analytique, le dossier ne parle jamais d'un « contre-transfert » possible.

9. Quand nous parlons du médecin, nous ne nous référons pas à la profession mais au représentant d'une institution médicale. Dans un réseau institutionnel, les personnes réelles deviennent, à la limite, interchangeables. Le dossier joue là le rôle qui dépasse celui de simple information. Il induit une certaine relation.
10. Sans analyser l'attitude du père sous d'autres angles, nous voudrions auparavant seulement rapporter une petite histoire qui est arrivée peu de temps auparavant au père ; histoire que la travailleuse sociale en question connaît fort bien mais semble avoir oubliée. Lors de l'hospitalisation de *A* dans le service de neurologie, le chef de ce service a fait venir le père pour lui dire qu'il n'y avait plus rien à faire avec *A* ; qu'il faudrait le placer dans une institution pour incurables et surtout que le père devrait se charger de rendre évident à la mère, qui nourrissait de fous espoirs, que son enfant n'est pas guérissable. C'est pourtant la même travailleuse sociale qui est allée alors trouver les parents pour leur dire que l'équipe psychiatrique n'était pas d'accord avec cet avis et c'est à la suite de cette intervention que *A* est entré dans la maternelle thérapeutique et que les rencontres avec les parents ont commencé. Mais cette histoire ne figure pas dans le dossier.
11. La «double contrainte» est un concept élaboré par l'équipe de Palo Alto de G. Bateson ; ce concept opératoire a systématiquement été mis à l'épreuve par l'école antipsychiatrique anglaise (Laing...). En simplifiant on peut dire qu'un sujet subit la double contrainte quand il est soumis, dans une situation affectivement significative, à des pressions contradictoires qui l'affectent en même temps. L'une d'elles est habituellement formulée clairement comme demande ou consigne. L'autre, qui peut même être déviée ou ignorée par le demandeur lui-même, reste présupposée (soit dans le discours, soit dans ce qui relève du niveau non-verbal de la communication). Le sujet, pris entre des injonctions ou des demandes contradictoires, est piégé : quelle que soit sa réponse, il sera en faute par rapport à l'un des éléments de la demande ou de l'injonction. Il perd tout cadre de référence.
12. Nous relevons en passant le glissement logique produit par cette argumentation. Rappelons en effet que l'enjeu explicite de la démarche médicale est de diagnostiquer correctement afin de pouvoir guérir le patient. L'argument invoqué ici nous fait passer d'une logique «soignante», c'est-à-dire «intervenante» à une lecture toute idéologique, évaluant la valeur d'un individu à sa capacité à surmonter des épreuves institutionnalisées (ici, la scolarisation). La réussite à l'école est, dans cette optique, lue comme «signe» de l'adaptation, ou en tout cas de l'amélioration du sujet.
13. Souligné par nous.
14. Le personnel insiste pour qu'il y ait des injections calmantes, punitions, etc.
15. Les techniques pour lesquelles elle est formée.
16. Nous ne saurons jamais ce qui lui a été répondu, parce que la note ne poursuit pas.
17. Nous avons fait constat d'un autre incident de cet ordre quand nous nous sommes occupés de *A*. Nous avons donc des raisons de croire que la première accusation n'était pas attribuable uniquement à l'attitude négative de la mère envers ce placement.
18. Nous pourrions malheureusement témoigner que cette relation n'est jamais devenue très satisfaisante. L'enfant préférerait rester n'importe où, pourvu qu'il ne retourne pas à l'hôpital – mais cela est une autre histoire.
19. Nous signalons en passant le problème de la continuité du traitement, qui, dans des institutions, est assurée, par nécessité, par la permanence des titres professionnels avec une interchangeabilité des personnes qui les portent.

RÉFÉRENCES

- CLAVREUL, J., 1978, *L'Ordre médical*. Seuil, Paris.
 FERNANDEZ, C., 1980, *Le dossier psychiatrique : vers un nouvel état civil*. Texte inédit.

SUMMARY

The psychiatric institution is scrutinized through the individual personal medical file which is seen as its mean of expression. The treating personnel, through their institutional position, takes part in this expression (where the word of the patient has no place, where the desire is excluded, the suffering concealed and objectified). Our aim is not to study mental health. It's etiology or its nature but more to enter into the space where it is written and fixated. The reading of a psychotic child's medical file shows how the alienating processes which are closely related to the very form of the psychiatric file are structured.