

# Entretien avec Roger Misès

Propos recueillis par Benoît Blanchard<sup>1</sup>

*Le professeur Roger Misès a été l'un des acteurs principaux de l'émergence du soin institutionnel en pédopsychiatrie dans la seconde moitié du XXe siècle. Il nous semblait ainsi pertinent de revenir sur l'exemplarité d'une trajectoire singulière, laquelle vient illustrer dans son déploiement l'engagement clinique de cette génération qui a posé les fondations de la psychiatrie de l'enfant en France. Par ailleurs, il paraissait particulièrement intéressant de recueillir le regard de Roger Misès sur les évolutions actuelles dans le champ de la pédopsychiatrie, du fait de son expérience et de sa possibilité d'inscrire ces mouvements contemporains dans une perspective historique.*

\* \* \*

*Benoît Blanchard : Quel a été votre parcours initial dans la pédopsychiatrie ?*

Roger Misès : Nommé à l'internat des hôpitaux psychiatriques de la Seine en 1952, j'ai d'abord trouvé peu d'intérêt à mes fonctions dans l'univers asilaire, et j'ai recherché d'autres sources d'investissement ; je me suis alors engagé dans un cursus à la Société psychanalytique de Paris, je me suis formé à l'EEG, j'ai suivi l'enseignement d'Henri Ey qui a beaucoup influencé ma génération. Enfin, j'ai découvert la pédopsychiatrie lors de deux stages d'interne : l'un dans le service de Pierre Mâle, qui était un homme attachant et un clinicien tout à fait remarquable ; l'autre dans le service du professeur Heuyer aux Enfants-malades où j'ai noué avec Serge

---

<sup>1</sup> Paru dans « *Enfance et Psy* », octobre 2010, rubrique « Les grands témoins ».

Benoît Blanchard est pédopsychiatre, premier secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Paris.

Lebovici et René Diatkine des liens qui n'ont fait que se resserrer par la suite. Dans ce parcours initiatique, je ferai aussi une place particulière à de Ajuriaguerra, qui m'a beaucoup appris ; auprès de lui, j'ai certainement trouvé une part notable des supports conceptuels qui permettent l'intégration de données issues des recherches neurologiques dans un modèle qui peut faire toute sa place à une psychopathologie dynamique.

*B. B. : Au fond, dès le début de votre formation, il semble exister une articulation dynamique entre des conceptions issues des recherches en neuroscience et un travail clinique d'inspiration psychanalytique.*

R. M. : Il s'est agi effectivement d'éviter le réductionnisme neurobiologique, sans céder pour autant à la tentation d'une causalité purement psychologique qui serait venue s'opposer, sommairement, à un constitutionnalisme dominant jusque-là. C'est un point important, car en psychiatrie de l'enfant, la rénovation des institutions a été justement menée par des praticiens de formation psychanalytique. Ils étaient peu nombreux mais ils ont conduit des expériences décisives, qui ont influencé ensuite l'ensemble des cliniciens, psychiatres ou psychologues, et aussi des infirmiers, des éducateurs, des enseignants, qui se sont montrés très sensibles aux orientations novatrices. Dans ce courant, j'ai travaillé très tôt avec des écoles d'éducateurs ; j'ai contribué à ce que les psychologues puissent exercer la psychothérapie dans les institutions psychiatriques. Plus tard encore, dans les années 1970, j'ai également été à l'origine, avec quelques collègues, de la création du diplôme de psychomotricien, dans le sens indiqué par Ajuriaguerra.

*B. B. : Peut-être pouvez-vous nous parler de vos premières expériences du travail institutionnel au cours de votre internat ?*

R. M. : Après avoir été chef de clinique du professeur Heuyer, j'ai exercé des activités diversifiées, notamment à l'institut Théophile-Roussel. On m'avait confié la direction du service médical de cette institution, qui était à cette époque un internat de rééducation ; j'y ai appris à reconnaître la

diversité des organisations qui s'expriment par des troubles des conduites, et j'ai constaté qu'il était possible, avec des moyens suffisants, de travailler en équipe dans une visée thérapeutique auprès de pathologies avérées. Ensuite, ayant été reçu premier au concours de médecin des hôpitaux psychiatriques, j'ai pu être nommé en région parisienne, à la fondation Vallée, en janvier 1957. La fondation Vallée, annexée alors à l'hôpital de Bicêtre, se trouvait dans un état d'abandon total, l'Assistance publique n'apparaissait guère en mesure d'en soutenir la rénovation. J'ai pu obtenir que cet établissement acquière une autonomie complète au titre de « Centre interdépartemental » et j'en ai été nommé médecin directeur en 1965, ce qui m'a aidé à compléter les transformations. Enfin, en 1972, un poste de professeur des universités en pédopsychiatrie a été créé à Bicêtre, il m'a permis d'entrer dans la filière hospitalo-universitaire.

Après ma retraite en 1990, successivement en qualité de consultant puis à titre bénévole, j'ai continué à fréquenter la Fondation Vallée où le professeur Catherine Jusselme et ses collaborateurs m'accueillent avec beaucoup de bienveillance et continuent à soutenir et à faire évoluer les pratiques sous des orientations dynamiques.

*B. B. : À ce propos, quelles ont été les orientations prises pour faire évoluer cette institution ?*

R. M. : J'en dirai seulement quelques mots. La fondation Vallée était vraiment un asile au fonctionnement archaïque où se trouvaient reçus des enfants considérés comme inéducables, et de ce fait abandonnés à de simples mesures d'assistance. Les transformations ont porté sur différents plans : il a fallu humaniser les locaux, les conditions d'accueil, mais aussi introduire des orientations nouvelles, de façon à assurer des actions coordonnées qui associent la pédagogie (on a créé beaucoup de postes d'enseignants de l'Education nationale), l'éducation (on a mis en place des éducateurs) et le soin, qui s'est trouvé soutenu à travers divers aspects, y compris des médiations d'ordre pédagogique ou éducatif. C'est dans ce contexte que nous avons pu développer des interventions du type de « la cure en institution » ou de « la psychothérapie institutionnelle », sur

lesquelles nous avons beaucoup publié. Cela a permis une véritable rénovation de l'institution elle-même, mais, en même temps, dans le courant des années 1960, nous avons créé des CMP et mis en place le premier hôpital de jour.

Ces supports ont permis de collaborer avec toutes les personnes impliquées dans le champ de l'enfance sur une aire géographique proximale assez étendue ; en même temps, nous avons développé les liaisons avec les écoles et avec les services pédiatriques de l'hôpital de Bicêtre qui étaient également en cours de réorganisation. Pour ces expériences, je me suis beaucoup appuyé sur les orientations issues du *Livre blanc de la psychiatrie française*, conçu et animé par H. Ey, entre 1963 et 1965. Henri Ey m'avait confié deux rapports : l'un sur la « neuropsychiatrie de l'enfant », l'autre sur « les psychothérapies ». Dans ce cadre, les discussions ont permis de poser les principes qui visaient à un renouvellement complet des concepts et des pratiques ; il est évident que ce rapport n'aurait pas eu d'effets, comme beaucoup de rapports qui finissent dans un tiroir (ce sort a été celui du dernier *Livre blanc de la psychiatrie* élaboré récemment<sup>1</sup>), mais, par chance, les événements de mai 68 ont permis de discuter des renouvellements de la société et de ses institutions. Ainsi, dans un contexte sociopolitique devenu favorable, nous avons pu proposer un projet cohérent de rénovation de la psychiatrie dans ses principales composantes.

*B. B. : Y a-t-il eu à ce moment une mise en résonance entre les évolutions sociétales et l'émergence du soin sectoriel ?*

R. M. : Il y a eu confrontation entre des courants de tous ordres, y compris ceux qui refusent les institutions psychiatriques, mais, fort heureusement, la plupart des propositions se sont inscrites dans la perspective de réformes profondes, et elles ont eu, sur certains points, une valeur révolutionnaire pour ce qui concerne, par exemple, la conception de la maladie mentale et la possibilité de mesures préventives ou curatives qui étaient récusées jusque-là pour certaines pathologies.

À la Commission des maladies mentales où j'ai été successivement secrétaire puis président du groupe « enfance et adolescence », nous avons unanimement soutenu la séparation entre neurologie et psychiatrie, et proposé de nouveaux modes de formation des spécialistes selon des principes innovants ; puis très rapidement nous avons introduit l'option « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » en l'inscrivant clairement dans le champ de la psychiatrie : j'ai toujours considéré que, devant ces problèmes, l'élément central se situait dans la spécificité de la psychopathologie qui fonde la psychiatrie par rapport à la neurologie ; le deuxième repère essentiel étant de reconnaître l'originalité de la pratique auprès de l'enfant, tout en la maintenant dans le champ de la psychiatrie.

*B. B. : À la fois dans les modèles de compréhension et d'intervention thérapeutique ?*

R. M. : Assurément, car avec la politique de secteur, les deux plans doivent s'articuler... Sous ces orientations, j'ai été l'un des premiers à assurer l'exercice de la pédopsychiatrie dans ses pratiques nouvelles et j'ai obtenu la possibilité de former à l'option pédopsychiatrie à la faculté de médecine du Kremlin-Bicêtre (Université Paris Sud) dès le début des années 1970.

*B. B. : Revenons un peu sur les principes fondateurs de la sectorisation.*

R. M. : Le travail extra-hospitalier que nous avons antérieurement engagé au cours des années 1960 représentait déjà une amorce de pratique sectorielle s'exerçant dans une zone proximale autour de la Fondation Vallée. Deux équipes avaient vraiment cherché à développer ce travail : celle de l'ASM XIII avec S. Lebovici et R. Diatkine et celle de la fondation Vallée. Sur ces bases, en 1972, j'ai présenté devant la Commission des maladies mentales le projet de circulaire sur « la sectorisation en psychiatrie infanto-juvénile ». Ce texte a été fondateur d'une nouvelle politique dans le champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; il a

permis d'entreprendre et de développer des actions multidimensionnelles orientées vers la prévention et le soin. Par cette voie, on a remis en question les notions d'incurabilité et d'inéducabilité, qui concernaient les enfants reçus jusque-là à la fondation Vallée comme dans de nombreuses institutions. La voie s'est alors trouvée ouverte pour le développement d'un travail innovant à plusieurs autour de l'enfant ; le terme de psychothérapie institutionnelle ne montre pas assez que l'on a dépassé très vite le cadre de l'internat et même celui de l'hôpital de jour, car les mêmes orientations ont été reprises dans les CMP et les CMPP, pour les activités de liaison, et en favorisant la coopération avec la famille.

*B. B. : Il s'agit donc de créer des liens et un réseau autour de l'enfant ?*

R. M. : Oui, on pourra y revenir de façon plus détaillée à propos des expériences en cours auprès des pathologies limites de l'enfant.

*B. B. : Qu'en est-il du renouvellement des concepts cliniques qui ont accompagné ces évolutions du soin ?*

R. M. : Les pratiques nouvelles se sont appuyées sur des critères d'orientation dynamique et structurale qui font une place aux apports provenant de la psychanalyse, mais cette clinique d'orientation dynamique s'efforce aussi d'intégrer les données issues de la neurobiologie, des sciences cognitives, de la psychopharmacologie ; ceci a débouché sur des pratiques ouvertes qui récusent le réductionnisme, où qu'il se situe. De cette manière, on parvient à dépasser véritablement l'antinomie organogénèse/psychogénèse. Sur ces bases, mes premières études à la Fondation Vallée ont été menées auprès d'enfants qui étaient considérés comme des arriérés inéducables ; elles ont permis de faire apparaître qu'en réalité, beaucoup parmi ces enfants appartenaient à d'autres cadres cliniques. Dans cette voie, j'ai individualisé et décrit de nouvelles organisations : en 1963, les psychoses déficitaires précoces ; en 1966, les

dysharmonies psychotiques ; en 1975, les déficiences dysharmoniques. Parmi ces faits pathologiques, beaucoup sont apparus accessibles à des actions réintégratives, pas toujours complètement mais dans des proportions appréciables, lorsqu'on développe les approches multidimensionnelles sous des perspectives mutatives.

*B. B. : Peut-on dire que ce démembrement des cadres nosographiques était secondaire à cette possibilité de faire émerger de véritables espaces de rencontre avec les enfants ?*

R. M. : Seul un cadrage clinique et psychopathologique d'orientation dynamique et structurale permet de donner sens aux manifestations et d'établir des critères différentiels. De plus, dans une saisie de cet ordre, le clinicien est appelé à mobiliser ses capacités personnelles d'investigation lors de ses rencontres avec l'enfant et sa famille ; il doit également savoir écouter ce qui provient des infirmiers, des éducateurs, des enseignants, etc., d'où naissent des données très précieuses pour la compréhension de l'enfant et de ses interactions avec les autres personnes. Le psychiatre ou la psychologue peuvent s'exprimer ici en termes psychopathologiques ; ils décrivent alors des mécanismes défensifs, des postions, des traits et d'autres aspects significatifs. Les intervenants de terrain, infirmiers ou éducateurs, expriment autrement leur empathie, par exemple sous la forme d'associations concernant des cas suivis antérieurement : « Ça me rappelle la petite unetelle qui, à tel moment... » Leur parole n'en est pas moins précieuse, car par ces diverses voies l'on aboutit à une élaboration partagée à travers un étayage mutuel.

*B. B. : Comme si une représentation partagée de l'enfant pouvait alors se mettre en mouvement et favoriser les émergences latentes ?*

R. M. : Et modifier les attitudes dans l'environnement. Au cours d'une approche de ce genre, on n'est jamais tous ensemble, au même moment, sur le même terrain. Par exemple certains se trouvent plutôt dans un accompagnement en profondeur, à un niveau archaïque, tandis que

d'autres sont dans une position de soutien à l'émergence de potentialités de réintégration, qui se situent sur un registre plus évolué. À d'autres moments, dans le travail en commun, se manifestent des convergences qui, en rassemblant tous les membres de l'équipe, possèdent une fonction narcissisante et de relance du processus curatif. Ce que l'on valorise alors d'un commun accord chez l'enfant, et qui semble aller dans le sens de la réintégration et de la reprise, n'est pas contradictoire avec la persistance de fixations et de tendances régressives, qui font voir que le problème est loin d'être résolu ; mais on comprend néanmoins que des mutations se réalisent dans le fonctionnement interne et dans les modalités relationnelles avec l'environnement. Il est évident que les positions de contre-transfert – disons les contre-attitudes – tiennent une place importante dans les rapports entre l'enfant et les soignants ; elles interviennent aussi dans les interactions des membres de l'équipe ; il faut les prendre en compte dans l'élaboration conceptuelle.

*B. B. : Vous avez particulièrement été impliqué dans la mise en évidence des dysharmonies évolutives et des pathologies limites de l'enfant. Pouvez-vous nous dire dans quelles conditions vous avez polarisé votre intérêt sur ce champ clinique ?*

R. M. : Dans un premier temps, la discussion nosographique s'est fondée principalement sur l'opposition névrose/psychose, en conformité avec la bipolarité soutenue par les psychiatres de formation psychanalytique. Plus tard, lorsqu'on a travaillé en milieu ouvert, on s'est aperçu que beaucoup, parmi les enfants rencontrés en consultation, échappaient à cette dichotomie et se trouvaient donc difficiles à classer. On a parlé alors de troubles scolaires, de troubles instrumentaux, sans pouvoir affiner le repérage classificatoire. Dans ces conditions, un certain nombre de collègues ont cherché à maintenir la bipolarité, tout en donnant une dimension nouvelle aux concepts de névrose ou de psychose. Du côté des psychoses, sont apparues les prépsychoses (R. Diatkine), les parapsychoses (J.-L. Lang) ; du côté des troubles névrotiques, on a découvert des

névroses graves, des caractères névrotiques qui souvent se montraient peu sensibles aux approches psychanalytiques.

Ces descriptions ont représenté un progrès pour l'étude des faits cliniques mais sans résoudre les difficultés d'ordre nosographique. Aussi, au cours des années 1960-1970, j'ai proposé le concept de « dysharmonie évolutive », en faisant remarquer que ces enfants « ni névrotiques ni psychotiques » étaient pris dans des processus évolutifs qu'il fallait envisager sous une perspective dynamique, mais en reconnaissant l'intrication de modes de défenses et d'adaptation diversifiés qui tenaient les uns à la psychose, les autres à la névrose, d'autres encore à la psychopathie. L'ensemble s'articulait également avec des dysharmonies indéniables dans l'organisation des fonctions cognitives et instrumentales. Cette catégorie des dysharmonies évolutives a été bien acceptée par l'ensemble des praticiens, mais, selon moi, le concept ne permettait pas de marquer assez clairement les frontières à l'égard de la névrose d'un côté, de la psychose de l'autre, d'où une extension préjudiciable dans l'usage de la dénomination de « dysharmonie évolutive ». C'est seulement au début des années 1980 que l'avènement du concept de pathologie limite de l'enfant a enfin permis de rendre compte correctement de ces faits cliniques et a permis de mieux en fixer les frontières.

*B. B. : Quelles sont les principales caractéristiques de ces pathologies limites de l'enfant ?*

R. M. : Dans les processus conduisant aux pathologies limites, l'enfant est soumis très tôt à des défaillances dans l'étayage à la fois libidinal et narcissique que devrait lui apporter son milieu familial et social. Il en résulte de sévères atteintes des assises narcissiques et des défauts dans l'organisation du processus de séparation/individuation, de sorte que l'enfant n'accède pas à une pleine différenciation soi/autrui ; il reste confronté à des angoisses dépressives, à des menaces de rupture du lien ; l'organisation du champ transitionnel ne se réalise pas dans les conditions habituelles ; la précarité s'affirme aussi dans la structuration du préconscient et, ultérieurement, dans l'équilibre entre processus primaire

et secondaire. Voilà, exposés en quelques mots, les paramètres caractéristiques qui sont étroitement intriqués les uns avec les autres. Sous ces éclairages, notons-le, le concept de comorbidité mis en valeur par le DSM n'a aucun sens, car le clinicien est appelé à ressaisir les caractéristiques d'une personne en prenant en compte les diverses composantes psychopathologiques qui sont indissolublement articulées entre elles : même si certaines composantes viennent au premier plan à un moment donné, les autres sont également présentes.

En général, dans le cours de l'histoire, s'expriment successivement ou parfois simultanément des manifestations symptomatiques diverses, mais l'étude psychopathologique doit toujours retrouver les paramètres caractéristiques du point de vue structural. En définitive, ces enfants sont pris dans un processus très péjoratif, mais ils se distinguent des psychotiques, notamment en ce qu'ils arrivent à une reconnaissance suffisante de l'écart entre soi/non-soi ; cela permet l'adaptation aux exigences de la réalité, voire parfois une suradaptation de surface qui peut faire illusion, mais l'équilibre ne s'acquiert qu'au prix de défenses contraignantes et l'enfant est conduit à exercer une emprise extrême sur les personnes de son environnement. Dans ces conditions, on observe nécessairement des atteintes sévères portées au processus de subjectivation et à l'intériorité.

*B. B. : Cette approche intégrative de la clinique va ainsi à l'encontre d'un découpage symptomatique ?*

R. M. : Et donc à l'encontre du concept de comorbidité, je le répète, car si l'on se contente d'évaluer les aspects comportementaux, on méconnaît les atteintes centrales qui portent sur les fonctions de contenance, de symbolisation et de représentation. Ces modalités limitent ces enfants dans leur affrontement aux conflits structurants de désir et d'identification, lors de la période oedipienne ; néanmoins, j'y insiste, à côté des éléments qui caractérisent ce processus, se dessinent régulièrement des ouvertures de type névrotique que le clinicien doit savoir soutenir.

Ces données d'ordre psychopathologique sont importantes à reconnaître, car aujourd'hui l'on insiste beaucoup sur la fréquence des troubles des conduites, les pathologies de l'agir et d'autres manifestations du même ordre, avec, à la clé, des « programmes de prévention de la délinquance » qui m'apparaissent très simplificateurs. Il faut se rappeler que les agirs, les troubles comportementaux tiennent effectivement une place dominante, depuis une vingtaine d'années, dans ce qu'on appelle les « nouvelles cliniques » ; mais celles-ci sont venues au premier plan dans le contexte de postmodernité, où les études sociologiques font ressortir les effets d'un processus de désinstitutionnalisation : bien décrit par M. Gauchet, il apparaît en lien étroit avec les mutations survenues dans l'encadrement que la famille, l'école, la société ont longtemps apporté à l'enfant et qui se modifient radicalement aujourd'hui, d'où résultent des effets de désymbolisation, de désinstitutionnalisation. Sur ce terrain, les études épidémiologiques ou sociologiques menées depuis une quinzaine d'années montrent, de façon concordante, que les enfants amenés à nos consultations entrent désormais davantage dans le cadre des pathologies limites que dans celui des troubles névrotiques, et l'on constate aussi qu'ils posent des problèmes différents du point de vue de la conduite à tenir.

*B. B. : Est-ce qu'on pourrait émettre l'idée d'une mutation anthropologique en cours ?*

R. M. : Il faut le reconnaître, car cette mutation anthropologique est analysée de façon convergente par les sociologues et par les psychopathologues, en laissant de côté les explications neurophysiologiques exclusives proposées par les modèles nord-américains avec l'*Evidence Based Medicine* et le DSM...

*B. B. : Quelles sont les possibilités d'intervention thérapeutique dans ce contexte ?*

R. M. : Il est clair que l'on doit reconnaître la fréquence et la gravité des troubles des conduites, des agirs, et le danger qui peut en résulter pour le

devenir à long terme, notamment le risque d'une évolution vers la délinquance qui se manifeste chez des sujets de plus en plus jeunes. Cela est indéniable, mais nous sommes en désaccord avec les modes de compréhension de ces faits, proposés par les pouvoirs publics et avec les mesures préconisées dans les suites du rapport INSERM où l'on se contente de « traiter » les manifestations comportementales, sans envisager la problématique sous-jacente qui est celle d'un enfant en développement engagé dans un processus très péjoratif.

Dans ce contexte, même si l'on observe des améliorations comportementales avec les mesures centrées sur les « symptômes », parfois les risques évolutifs à long cours demeurent : les décompensations sont seulement différées, elles se produisent souvent, de façon très péjorative, à l'occasion des remaniements qu'impose l'adolescence.

*B. B. : Au fond, on répondrait aux pathologies de l'agir par des actes en miroir...*

R. M. : Assurément, par des mesures éducatives ou médicamenteuses d'une simplification extrême qui dénie l'intériorité du sujet ; les sociologues insistent sur le fait qu'il s'agit là d'un rejet de la complexité, au sens qu'en donne E. Morin.

*B. B. : L'enfant ne peut dès lors se réapproprier une fonction d'intégration et de symbolisation.*

R. M. : Tout à fait, il faudra y revenir, car cela mène à une critique radicale de la plupart des mesures préconisées par les pouvoirs publics à la suite du rapport INSERM sur les « troubles des conduites ». La question se pose d'ailleurs de savoir comment on en est arrivé là, alors que le peu d'efficacité des actions orientées vers les seules expressions comportementales avait déjà été constaté dans les années d'après-guerre. Cependant, lorsque l'on se tourne vers les moyens que les équipes d'orientation dynamique utilisent habituellement, on constate qu'il faut aussi procéder à des révisions, car ces enfants répondent souvent mal aux

psychothérapies individuelles qu'on utilise, dans les conditions ordinaires, pour la cure des troubles névrotiques du jeune âge : il faut faire autre chose. Confrontée à cette « inanalysabilité », notre équipe s'était d'abord demandé s'il fallait utiliser les moyens préconisés pour les enfants psychotiques, et l'on avait fait l'expérience d'une hospitalisation de jour pour un certain nombre de sujets reconnus désormais comme des pathologies limites de l'enfant. Sans retracer de façon détaillée l'histoire de nos premières tentatives, j'observe que l'hospitalisation de jour séquentielle ou les instituts de rééducation (ITEP) gardent leur place pour certains cas graves, mais dans la grande majorité des cas, le recours à ces dispositifs institutionnels n'est pas nécessaire. En fait, la plupart des enfants pathologies limites appellent, au moins dans un premier temps, une approche multidimensionnelle, qu'il faut souvent accompagner d'une prise d'appui sur un support à temps partiel. En 1971, nous avons utilisé à cet effet un CATTP, dans le même temps que R. Diatkine organisait un groupe du soir dans le 13e arrondissement selon le même modèle. Dans ces deux expériences, le lieu d'accueil spécialisé ne représente que l'un des pôles dans des actions qui se jouent aussi à l'école, dans la famille et dans d'autres lieux fréquentés par l'enfant. On dispose donc aujourd'hui avec les enfants et les adolescents entrant dans le cadre des pathologies limites de supports institutionnels à temps très partiel qui permettent des actions coordonnées qu'on mène en prenant en compte la psychopathologie particulière de ces sujets, qui se démarque de celle des névroses et des psychoses ; la question se pose alors de la particularités des interventions conduites dans ces conditions.

*B. B. : À ce sujet, vous insistez particulièrement sur le travail en réseau, l'élaboration commune, la dynamique collective du soin, ainsi que sur la dimension de temps partiel et de séquentialité des prises en charge...*

R. M. : Absolument, je crois que, dans ce type de travail, l'intervention de l'équipe de pédopsychiatrie a sa place, mais l'enfant continue à fréquenter ses autres lieux de vie habituels. Cela suppose que les soignants

puissent travailler avec les autres intervenants engagés dans des actions spécifiques de type pédagogique, éducatif, d'aide sociale, etc. Ces personnes se trouvent impliquées à part entière ; elles mènent leur action spécifique, mais il paraît essentiel qu'elles reconnaissent la nécessité pour l'enfant de bénéficier du soin (ce qu'elles savent intuitivement d'ailleurs, puisqu'elles éprouvent nécessairement des difficultés dans les interactions avec l'enfant, et elles ont conscience que ce n'est pas par des mesures strictement éducatives ou pédagogiques que le problème va se régler). Ainsi, ces intervenants extérieurs à l'équipe de santé mentale manifestent très souvent une extrême réceptivité à la reconnaissance des aspects psychopathologiques ; ils sont sensibles à la souffrance du sujet, ils s'ajustent aux demandes implicites, sous-jacentes aux comportements déviants.

Dans ce travail en réseau, chaque intervenant est appelé à constater que sa pratique prend sens pour une part de ce qui a précédé et de ce qui va suivre. Ce constat incite le professionnel à se décaler quelque peu de sa pratique habituelle, de façon à élargir sa saisie du problème, tout en restant un acteur spécifique qui intervient dans un registre précis. Par exemple, un professeur qui exerce dans une classe ordinaire demeure un enseignant, appelé d'abord à aider l'enfant dans l'acquisition des connaissances et dans l'acceptation de la discipline de l'école. C'est son travail d'enseignant. Mais parallèlement, par sa créativité, par la qualité de son étayage, par ses ajustements successifs dans ses rapports avec l'enfant, ce professeur en arrive également à tenir une place importante dans un projet, qui, notamment, possède une dimension thérapeutique. Cependant, je le répète, il reste un enseignant : on ne lui demande pas d'assurer des actions spécifiques de soin qui relèvent de l'équipe pédopsychiatrique.

*B. B. : Il semble donc fondamental que les places et les rôles soient bien différenciés ?*

R. M. : Cette différenciation est capitale, mais dans une dynamique d'ouverture auprès de toutes les personnes oeuvrant dans le réseau. On a

maintenant du recul à l'égard des expériences réalisées dans cette direction depuis plus de vingt ans : elles ont permis aux praticiens de terrain, n'appartenant pas à l'équipe spécialisée de pédopsychiatrie, de s'impliquer toujours davantage dans ce mode de travail à plusieurs. Ces approches se sont développées en particulier dans le domaine de la petite enfance où les progrès se poursuivent malgré les restrictions et le poids des tendances simplificatrices. Cela montre l'importance qu'il convient de donner aux approfondissements d'ordre psychopathologique qui sont en opposition avec les concepts provenant du DSM ou de la CIM-10 ; d'où l'intérêt d'une prise d'appui sur la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent.

*B. B. : À ce propos, pouvez-vous évoquer les conditions et les principes qui ont sous-tendu la création de la Classification française des troubles mentaux (CFTMEA) ?*

R. M. : Je ne suis pas un nosographe, mais à un moment donné, avec quelques collègues, nous avons pensé qu'il fallait nous intéresser à ce problème. À partir de 1984, j'ai donc animé un groupe de travail afin de mettre au point une classification propre à l'enfance et à l'adolescence devenue la CFTMEA. Nous exprimions sur ce terrain l'opposition des pédopsychiatres français aux modifications radicales introduites par le DSM III qui ont été reprises ultérieurement par la CIM-10. À ce moment, face au retour en force des théories organicistes exclusives associées à une clinique néo-kraepelinienne, il s'agissait pour nous de préserver les perspectives dynamiques qui avaient permis d'importantes réalisations dans le cadre de la politique de secteur.

Parmi les opposants au DSM et à la CIM-10, certains ont soutenu des conceptions psychogénétiques exclusives, mais, dans leur grande majorité, les praticiens français se sont efforcés de prendre en compte les multiples facteurs qui, en interaction, sont susceptibles d'exercer leur influence à travers des processus dont on reconnaît désormais l'extrême complexité. Dans ces conditions, renonçant aux explications étiologiques, les praticiens ont porté leur attention sur les critères cliniques et

psychopathologiques, par exemple ceux qui, sur l'axe 1 de la classification française, permettent des différenciations essentielles. Avec la CFTMEA, le clinicien est incité à prendre en compte tous les facteurs, antérieurs, associés, éventuellement étiologiques : aucun d'eux ne peut soutenir un déterminisme simplificateur. D'un autre côté, sur le plan clinique, les données immédiatement objectivables que mettent en valeur le DSM ou la CIM-10 ne sont pas sans intérêt. Elles peuvent avoir une valeur d'orientation, mais il paraît indispensable de les compléter par l'étude des traits, des mécanismes, des positions, qui, seuls, permettent de caractériser l'enfant du point de vue psychopathologique. Ces éléments de différenciation font défaut dans le DSM III et la CIM-10, à l'inverse, la classification française a l'avantage d'offrir, à côté des repères catégoriels, d'autres repères d'ordre dimensionnel, qui s'appuient sur le dégagement de critères structuraux. Sur ce plan, se manifeste avec évidence l'écart entre les concepts utilisés d'un côté par les deux grandes classifications internationales, et d'un autre côté par la CFTMEA. Néanmoins, notre groupe de travail a toujours cherché à établir des correspondances avec les catégories de la classification de l'OMS, de façon à maintenir des liens à l'échelon international. Nous avons fait un important effort à ce sujet, mais sans bénéficier d'une compréhension réciproque de la part des tenants du DSM ou de la CIM qui développent assurément une visée hégémonique, ceci avec l'appui des pouvoirs publics qui voient dans les simplifications apportées par les classifications généralistes un moyen de réduire les dépenses de santé et de contrôler efficacement les pratiques.

*B. B. : Quand bien même les classifications à visée hégémonique voudraient revendiquer l'absence d'a priori théorique dans leur élaboration...*

R. M. : Se trouve effectivement soutenue de cette manière une conception constitutionnaliste, mécaniciste, unidimensionnelle, avec un retour aux thèses du XIXe siècle, d'où l'exclusion de tout abord psychopathologique d'orientation dynamique.

À travers ces paramètres, s'exprime, de fait, le refus de reconnaître ce qui revient à l'intériorité et aux avatars du processus de subjectivation. Cela se manifeste avec évidence sur le terrain de l'autisme où certaines associations de parents, avec l'appui des pouvoirs publics, cherchent à exclure les contributions d'ordre psychopathologique, afin d'assurer une prééminence aux concepts d'autisme ou de TED (trouble envahissant du développement) selon les critères du DSM ou de la CIM-10, que l'on retrouve d'ailleurs dans les recommandations récentes pour le diagnostic de ces pathologies. Dans ce contexte, les cliniciens français sont désormais conduits à s'appuyer sur le recueil des seules manifestations qui sont immédiatement objectivables, sans pouvoir soutenir des approches ouvertes qui prendraient en compte les différenciations d'ordre structural, alors que ces composantes sont indispensables pour faire reconnaître les faits pathologiques qui existent à côtés de l'autisme et relèvent d'interventions adaptées.

Désormais, avec le rassemblement de toutes les pathologies précoces et graves de l'enfant dans un cadre unique, l'excès d'un recours aux protocoles éducatifs systématisés préconisés pour l'autisme et les TED va nécessairement priver les enfants rangés sous cette rubrique unifiante, de moyens thérapeutiques qui permettent une réintégration étendue : c'est une conséquence grave de l'hégémonie absolue, de plus en plus affirmée, du DSM et de la CIM qui se développe en France, sans que l'on puisse engager un véritable débat scientifique. Ne pouvant m'étendre sur ces questions, je renvoie au récent livre de J. Hochmann, *Histoire de l'autisme*. ( J. Hochmann, *Histoire de l'autisme*, Paris, Odile Jacob, 2009).

*B. B. : Pensez-vous que l'hypertrophie affirmée des troubles du spectre autistique s'intègre également dans une mutation anthropologique qui viendrait modifier le positionnement sociétal à l'égard de l'enfant ?*

R. M. : On vient de passer en revue des exemples où des mutations survenues aux États-Unis dans les années 1980 se trouvent transposées en France, et plus largement en Europe, quelques années plus tard. Pour ma part, j'ai soutenu très tôt les initiatives de parents qui se sont regroupés

dans des associations en faveur des enfants handicapés, et j'apprécie les avancées apportées par la loi de février 2005. Cependant, je m'inquiète devant la restriction au soin introduite par certains textes d'application de cette loi, qui en arrivent à exclure de la thérapeutique certaines pathologies complexes mais curables. Je m'étonne aussi de l'opposition, systématique et parfois violente, manifestée par certaines associations envers les concepts et les pratiques d'orientation dynamique auxquelles les psychiatres français sont attachés. De cette manière se trouvent réintroduits des clivages périmés entre maladie et handicap, entre soin et éducation, en même temps que l'on insiste sur *l'irréversibilité* des pathologies précoces où l'on veut reconnaître seulement les composantes qui font de l'enfant un handicapé, alors que, dans un certain nombre de cas, si l'on dispose des moyens nécessaires, le processus se révèle accessible à des remaniements qui permettent une réintégration authentique. Dans ces conditions, certaines associations procèdent même à une véritable prise de pouvoir, en termes de représentativité exclusive ou largement dominante, y compris sur des questions portant sur la fixation des critères cliniques ou sur la nature des pratiques de soin. Dans les controverses en cours, les pouvoirs publics tranchent systématiquement en faveur des représentants les plus déterminés de ces associations, jusqu'à éliminer toute perspective psychopathologique.

*B. B. : Ne faut-il pas alors que les pédopsychiatres renouent avec un certain militantisme pour défendre le modèle du soin ?*

R. M. : Les psychiatres sont désunis, pris parfois dans des conflits de chapelle ; ils n'ont plus de réflexion en commun sur des problèmes essentiels, comme s'ils ne mesuraient pas la gravité des remaniements en cours. Dans les années d'après-guerre, des hommes comme Henri Ey veillaient à ce que tous les courants de pensée soient présents dans les débats. Cet esprit n'est plus soutenu, mais il n'a pas totalement disparu. Il réapparaît avec le militantisme qui se manifeste à nouveau dans les jeunes générations. Par ailleurs, en diverses occasions, j'ai eu l'occasion de constater que, même avec des moyens plus réduits, certaines équipes

maintiennent des orientations novatrices : mais il leur faut alors lutter contre les courants réductionnistes et les mesures contraignantes au lieu de mettre leur dynamisme au service de nouvelles expériences...

Ce problème est général et il a des conséquences graves sur la pratique clinique, sur l'éthique, sur la formation des personnels, sur l'organisation des dispositifs spécialisés dans leur visée aussi bien préventive que thérapeutique.

*B. B. : Peut-on encore espérer dans de telles conditions ?*

R. M. : Je le crois, car des résistances s'expriment, en particulier dans les pratiques menées auprès des très jeunes enfants. Beaucoup de professionnels de l'enfance, qu'ils soient enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux, sont sensibles à la pertinence d'une approche psychopathologique ouverte, qui les aide à reconnaître la complexité d'un enfant qu'il faut toujours ressaisir dans les particularités que lui confèrent son histoire et ses modes d'interaction actuels.

*B. B. : Pensez-vous que cet espoir devrait justement pouvoir s'étayer par la mémoire, dans un retour sur l'histoire de la pédopsychiatrie et du mouvement de psychothérapie institutionnelle ?*

R. M. : Ceux qui combattent nos orientations s'appuient sur le rejet de la dimension de l'histoire. Ainsi, lorsqu'ils organisent l'inventaire des travaux qui peuvent constituer un « socle de connaissance » nécessaire pour discuter une question, ils retiennent exclusivement les études publiées au cours des cinq années précédentes et qui se réfèrent aux critères du DSM, de la CIM ou de l'*Evidence Based Medicine*. En outre, à discuter prioritairement, et parfois uniquement, à partir des connaissances collectées de cette manière, à travers des méta-analyses répétitives, on évacue nécessairement ce qui peut faire sens, et l'on néglige ce qui fonde la spécificité de la psychiatrie ; on écarte aussi les questions relatives à la transmission par le travail en équipe dans le cadre des dispositifs en réseau dont nous avons évoqué le très grand intérêt. Finalement, aujourd'hui, les

seules données prises en compte sont celles qui permettent d'objectiver, d'évaluer et d'apporter des réponses quantifiées ; on élimine de cette manière les composantes qui, en lien avec le mouvement identificatoire et le jeu intersubjectif, permettent d'accéder à l'intériorité du sujet en mobilisant en nous-mêmes des potentialités qui orientent et structurent l'échange. En définitive, comme vous l'évoquez, ces mutations peuvent être considérées comme d'ordre anthropologique.

*B. B. : On se situe donc dans une pseudo-clinique sans densité historique ou affective, et qui ne pourrait se jouer que dans l'immédiateté et l'opérateur...*

R. M. : Assurément, et cela interdit le développement d'une véritable clinique qui, en premier, reconnaît à l'humain ses particularités...

*B. B. : Cela dans une causalité univoque et linéaire qui viendrait donner une explication rassurante dans sa simplicité ?*

R. M. : Telle l'explication par les seuls dysfonctionnements du système nerveux ou par l'héritabilité directe des composantes cliniques : les généticiens authentiques réfutent pourtant ces simplifications.

*B. B. : Néanmoins, ce fantasme persiste...*

R. M. : Oui, mais alors les choix politiques interviennent de façon décisive, car ces conceptions évitent par exemple d'investir dans la formation des personnels soignants et dans l'équipement des dispositifs de prévention et de soin.

*B. B. : En tout cas, à travers votre expérience et votre témoignage, vous transmettez des raisons d'espérer et de se battre pour l'avenir de la psychiatrie infanto-juvénile.*

R. M. : Au cours de cet entretien, nous avons seulement évoqué quelques problèmes parmi beaucoup d'autres et nous sommes restés,

naturellement, à la surface des faits considérés. J'espère néanmoins que cela a permis de rendre plus sensible le sens des réflexions et des actions menées au fil des années et qui méritent d'être poursuivies, tout en prenant en considération les radicales modifications du contexte.