



## Avoir fait son temps

Par Corinne QUANTIN

« Nul n'échappe au récit. Le récit est présent dans tous les temps, dans tous les lieux, dans toutes les sociétés. Le récit commence avec l'histoire même de l'humanité. Il n'y a pas, il n'y a jamais eu nulle part aucun peuple sans récit. Le récit est là comme la vie. »  
(Roland Barthes)

*Nos vies sont façonnées par les récits : certains universels et fondateurs tels que les contes, mythes, légendes, à la fois indispensables pour donner du sens à l'énigme de nos vies, à notre condition d'humain, témoignant de l'invention et de l'imaginaire des peuples ; d'autres plus intimes et singuliers qui fondent l'identité de chacun d'entre nous, en relation avec les autres et qui nous inscrivent dans une temporalité, nous aidant ainsi à construire le sentiment de continuité de nos existences.*

*Dès le début de la vie extra-utérine, les interactions précoces entre le bébé et sa mère offrent un espace de récit. Le bébé a une histoire. Elle n'est pas seulement génétique, biologique ou médicale mais aussi relationnelle. « Un bébé, ça n'existe pas », dit Winnicott. On pourrait ajouter : « Un bébé, ça n'existe pas sans une mère qui partage ses expériences. » Le bébé commence par penser avec l'appareil psychique d'un autre (la mère) avant d'intérioriser ses expériences et de penser par lui-même.*

*De son côté, la mère, habitée par ses propres représentations de l'enfant qu'elle a été, commente, raconte, admire son bébé lorsqu'elle le regarde et offre ainsi à cet unique auditeur, une première forme de récit dont il est le héros. Le bébé répond à sa manière par une narration sans mots à laquelle la mère va donner du sens. Avant qu'on lui raconte des histoires, le bébé a besoin d'apprendre à se raconter sa propre histoire, la fiction narrative ayant fonction de liaison entre son monde interne et la réalité extérieure. Plus tard, le bébé deviendra capable de se dire que si sa mère n'est pas là, c'est qu'elle est ailleurs ; cette élaboration a valeur de mise en récit de l'absence.*

*Les enfants autistes restent prisonniers de l'impossibilité de se raconter à la première personne, car ce qu'ils vivent reste réduit à des éléments successifs indépendants, juxtaposés, sans relation les uns avec les autres, inaccessibles à toute construction de récit intérieur.*

*Le texte fondamental de J. Hochmann « le temps du récit » défend la nécessité d'une « mise en récit » de l'expérience vécue par les soignants avec leurs patients. Il s'appuie sur les théories de Bion et son concept de « rêverie maternelle » qui développe l'idée que « le soignant rêve comme la mère ; il accueille les productions du patient et les articule en une histoire, un récit*

*dont la qualité essentielle est de pouvoir être raconté. C'est dans la mesure où ça se raconte, que c'est thérapeutique ». Penser la rencontre avec un enfant comme une histoire à deux qui se co-construit au fil des séances : cette histoire même, qui se raconte dans l'après coup, ouvre un champ où la rencontre-unique, sans répondre à un schéma type, prend en compte la singularité de chacun.*

*A un moment où ma carrière allait prendre fin, donnant ainsi au concept de temporalité une valeur particulière, j'ai été saisie par la force d'une nécessité d'écrire une histoire, comme si cette histoire déjà construite en moi était en attente de subjectivation : produire ce récit, en être le sujet, l'adresser à des lecteurs ou auditeurs, eux-mêmes construits dans leur histoire singulière, donne à cet enchevêtrement complexe une occasion de libération de ma parole et renforce le sentiment d'appartenance et d'unité qui fonde mon identité professionnelle.*

*Cette identité renvoie à une trajectoire personnelle puisque chacun travaille avec ce qu'il est. C'est donc une construction subjective s'inscrivant dans une temporalité ; cette construction ne s'achève jamais, peut être fragilisée voire « effractée » par les mutations sociétales, les courants théoriques ou autres transformations.*

*La dimension rétrospective, introspective qui n'échappera à personne a évidemment imposé ici la première personne. Le temps qui structure ce récit n'est pas celui de l'horloge ou du calendrier, mais celui qui établit un ordre, une succession d'événements, de moments, de rencontres en lien les uns aux autres, définissant ainsi une trajectoire, à mes yeux cohérente, une continuité dans un parcours singulier et unique dans sa forme et son contenu, en lien avec l'histoire collective : celle de mon service et des équipes où j'ai travaillé. Ceci me conduisit à distinguer des périodes qui apparaissent aujourd'hui comme les étapes dont j'ignorais pourtant les bornes et les directions quand je les ai empruntées. Ce récit s'articule autour de trois parties qui exposent successivement la métamorphose du passage de l'identité personnelle à l'identité professionnelle, puis un « âge d'or » de la réalisation et enfin une époque plus sombre, celle de la remise en cause de ce qui précède par la montée en puissance de nouvelles normes au sein des politiques publiques de santé.*

### **La chrysalide: de l'identité personnelle à l'identité professionnelle**

C'est le hasard qui me conduisit à la pédopsychiatrie. Jeune professionnelle en recherche d'emploi, n'ayant comme représentation de mon métier que les « savoir-faire » très diversifiés, enseignés pendant mes études, dont le seul objectif était de remettre droit toutes les distorsions du langage, et fragilisée par la méconnaissance totale de la psychiatrie infantile et du contexte institutionnel de son exercice, je fus surprise, rassurée et flattée par l'accueil chaleureux et bienveillant de l'équipe pluridisciplinaire que j'allais intégrer. J'y découvris une extraordinaire liberté de parole, gommant toute hiérarchie entre les différents professionnels. Débuta alors une aventure intellectuelle passionnante : la psychanalyse et ses référents : Freud, Winnicott, Mélanie Klein, Dolto... ouvrirent tout un questionnement sur la



compréhension des phénomènes humains, un regard, à mes yeux, révolutionnaire sur l'enfant: l'enfant sujet à part entière, en devenir d'être adulte, avec une histoire singulière. Inconscient / désir / langage / psychisme / subjectivité : tous ces concepts mis en lien pour définir l'humain.

Dire simplement ces mots-là (sans forcément en comprendre le sens !) avait une fonction magique de partage et d'appartenance à l'institution elle-même. Quelle richesse intellectuelle, quelle découverte, quels mouvements internes tout cela suscitait ! Mais aussi quel écart, quelle rupture avec tout ce qui m'avait été transmis au cours de mes études. Comment garder ma spécificité dans un contexte institutionnel qui la gommait, par la force d'un discours qui, bien que profondément humaniste, frisait l'idéologie ?

Ma position difficilement soutenable ne fut pas isolée puisque lorsque je pris contact avec l'institut pédagogique d'enseignement rééducatif spécialisé (I.P.E.R.S.), organisme préexistant aux Ateliers Claude Chassagny actuels et à l'I.T.E.C.C. (Institut de transmission et d'études Claude Chassagny), j'y rencontrai des professionnels qui, comme moi, se questionnaient sur la place de l'orthophoniste dans un dispositif de soins.

Claude Chassagny (1921-1981), d'abord pédagogue et adepte de la pédagogie Montessori, rencontra F. Dolto et J. Lacan. Profondément marqué par la psychanalyse, il essaya au cours de ses recherches, en mettant en lien la pédagogie, la linguistique et la psychanalyse, de comprendre pourquoi un enfant est entravé ou empêché dans son accès au langage. Il créa plusieurs formations, dont celle à la « pédagogie relationnelle du langage » (P.R.L.) et, plus tard, à « la technique des associations » (T.A.) plus centrée sur le langage écrit.

La formation P.R.L. fut pour moi essentielle ; elle a donné un sens à la technique, interrogeant sa place dans la relation thérapeutique. Elle a ébranlé la conception instrumentale et réductrice du langage qui m'avait été enseignée pour l'élargir au champ freudien, prenant ainsi en compte les notions d'inconscient, de désir, de sujet, de symptôme, d'acte de parole. La relation thérapeutique devient une rencontre, entre deux sujets, deux corps, rencontre complexe et sans cesse interrogée autour de la question du transfert. La fonction du regard, la créativité de l'enfant par qui on accepte de se laisser guider, la disponibilité du thérapeute à toutes les tentatives de l'enfant pour que celles-ci s'élaborent peu à peu, au fil des rencontres, leur donnant ainsi valeur de création.

Tous ces thèmes, dont la liste ne fut jamais exhaustive, sont toujours restés des points d'ancrage pour interroger ma pratique clinique. Car admettre qu'un trouble de la parole, de l'écriture ou de la lecture peut avoir des effets sur le psychisme ou le comportement d'un enfant, n'est pas chose facile à argumenter dans les instances de l'enfance (famille, école...) ou avec certains collègues enfermés dans des pratiques normatives et standardisées.

Au cours de ces années, j'ai appris l'humilité: celle de ne pas m'investir d'un savoir supérieur qui empêcherait toute rencontre. Il est toujours difficile de trouver « la bonne place », celle où on peut s'intéresser à ce qui est possible pour un enfant, à ce qu'il sait, à ce qu'il a appris, prenant ainsi en compte, au moment de la rencontre, de tout ce qui l'a construit. Qui en détient



le savoir, si ce n'est l'enfant lui-même et comment le savoir, sinon en lui laissant prendre la parole, qu'elle soit gestuelle ou verbale ?

Ce fut une forme d'aventure que celle, vécue au cours de ces formations ou groupes de travail, une aventure qu'il m'a fallu sans cesse remanier, car rien ne put y être vécu de manière figée

### **L'âge d'or : les rencontres, les créations, la liberté de penser et de faire.**

Il y eut des années fastes ! Celles où les missions détaillées et inscrites dans mon profil de poste d'orthophoniste hospitalière en pédopsychiatrie m'apparurent plus claires. Un vent de liberté soufflait. Liberté de créer, d'inventer, de penser. L'apport particulièrement enrichissant d'un travail partenarial favorisa la mise en place de projets, surtout dans le domaine de la prévention. Mon approche de la clinique orthophonique nourrie par les questionnements développés précédemment allait donc être enrichie par de nouvelles orientations. C'est ainsi qu'avec une équipe de la protection maternelle et infantile (P.M.I.), je participai à la création d'un lieu d'accueil « mères-enfants » (Pantomime) inspiré de l'expérience de F. Dolto qui, dans les années 1980, proposa aux familles des espaces anonymes et gratuits : les « Maisons vertes », espaces de liberté de parole, de dialogue entre parents eux-mêmes, entre enfants et professionnels et entre parents et professionnels. Elle partait du principe qu'une parole bienveillante et adaptée, adressée même à un tout petit bébé en présence de ses parents, souvent en proie à des difficultés relationnelles autour de l'alimentation ou du sommeil, avait pour effet d'éviter que ces difficultés ne se transforment en symptômes.

Dans cette expérience qui fut longue et passionnante (huit ans) et dont la dimension préventive fut prévalente, la difficulté, en tant qu'animatrice, fut de ne pas tomber dans le piège de mes propres projections, ou de masquer mes angoisses par une théorisation inappropriée de mes propres mots. Un travail de supervision fut essentiel pour maintenir dans ce lieu un espace de parole libre et libératrice.

Ces contacts avec les bébés se poursuivirent en crèche. Les écrits passionnants de Marie Bonnafé sur l'importance de mettre de très jeunes enfants en contact avec les récits du livre m'amènèrent à vivre de nouvelles expériences. Je n'oublierai jamais certaines scènes captivantes de lecture d'albums à des petits enfants entre douze et dix-huit mois. Déjà capables, malgré leur jeune âge, de choisir un livre, ces petits auditeurs m'ont permis d'expérimenter le plaisir d'être écoutée, mais aussi d'entendre et de voir que ma propre voix, véhiculant les mots d'un autre, avait le pouvoir de susciter l'enthousiasme, l'apaisement ou, parfois, l'excitation.

Ces observations, m'ont beaucoup aidée à travailler avec des plus grands : ceux qui, en échec, au sein de l'école, consultaient pour des symptômes massifs dans le domaine du langage. Je me suis autorisée avec certains à revenir à des approches archaïques : la proximité relationnelle (rappelant celle d'une mère et de son petit enfant) dans la découverte d'un livre, le toucher des pages, le rythme et la sonorité des mots du récit... pour ensuite permettre à ce



même enfant de prendre possession du livre, pour qu'il devienne un objet de culture et de partage.

La pratique des groupes thérapeutiques a pris une place prépondérante dans les services de pédopsychiatrie. Cette nouvelle approche, exigeante par ses soubassements théoriques, associée à des médiateurs divers (conte, pâte à modeler, livres) a mis en travail chez les thérapeutes les concepts d'inter et d'intra-subjectivité, de dispositif thérapeutique groupal, interrogeant les liens complexes entre la dynamique collective et l'individu, l'approfondissement des notions d'appartenance et d'étayage.

Puis mes lectures et mes recherches se sont orientées vers l'autisme jusqu'à m'investir à temps partiel dans un hôpital de jour. Je n'ai pas oublié les premiers contacts avec les enfants et le sentiment d'étrangeté à leur rencontre qui fut le mien au début. Quand je fus capable de l'analyser et d'y mettre des mots, le premier qui me vint fut « paradoxe » : face à cet enfant-là, je désire établir un contact qu'il fuit et je fuis le mode de contact qui est le sien ! Cet ajustement relationnel, sans cesse questionné, n'aurait pu se faire sans l'aide des soignants qui, chaque jour, heure par heure, accompagnaient ces petits patients si différents. J'ai pu trouver alors une place suffisamment bonne, ni trop loin, ni trop près, éteignant petit à petit le sentiment d'étrangeté de mes débuts. En tant qu'orthophoniste, j'ai proposé à un petit groupe d'enfants sans langage un atelier « souffle et voix » avec la présence précieuse d'une infirmière à mes côtés. Ce fut un groupe riche, difficile, parfois surréaliste ; cependant notre capacité de mettre en récit ce que nous pouvions observer dans les séances en donnant du sens au langage du corps (geste, attitude, mimique) nous aida à surmonter les moments de découragement.

« Noah a fait une bulle, il a essayé de l'attraper avec sa main, puis s'est penché et l'a cherchée sous la table lorsqu'elle a éclaté ».

A la lecture de ce mini-récit, ne voyons-nous pas un enfant vivant qui, sous notre regard vient de construire une séquence organisée, lequel enfant est habituellement enfermé dans de nombreux stéréotypes et dans un jargon qui le tient à distance de tous ?

### **La période noire: Big Brother et l'attaque de la pensée, l'évaluation, le diagnostic, le désaveu**

L'identité professionnelle n'est pas une donnée stable, car elle est toujours en construction puisque influencée par ses rapports avec le champ social, la culture, la société... Les liens qu'on a construits pour pouvoir intérioriser des modèles de représentations, un sentiment d'appartenance à un corps professionnel où on se reconnaît, peuvent être mis à mal, ébranlés, fragilisés provoquant une effraction dans ses propres repères.

Ces dernières années, il y eut un changement au sein des institutions (hospitalières, scolaires, etc.) qui déborda de ces cadres pour infiltrer la pensée collective : les actes remplaçant la parole, leur « protocolarisation » supplantant la mise en récit pour la remplacer par des



évaluations standardisées avec des objectifs à définir. Quel sens prend notre métier quand l'obsession du diagnostic ramène à l'organique et au biologique, ce qui est de l'ordre de la dimension psychique ? Ou quand le discours clinique est gommé par le discours social, obligeant le patient à s'identifier à son trouble ? On ne dit plus « cet enfant a des difficultés », mais « cet enfant est dyslexique ou dysphasique ou dys... ». Ce même enfant a alors un statut d'handicapé et au nom de ce handicap, il est isolé dans un système devenu trop normatif.

Parler de la clinique, essayer de mettre en sens ou en récit sa pratique devient alors subversif. Ce discrédit nous oblige à donner à notre parole un caractère militant pour ne pas disparaître.

Je fus sévèrement désavouée par des étudiantes de troisième année de l'école d'orthophonie lors de l'évaluation de mes interventions auprès d'eux.

Extraits : « Les cas cliniques de Madame Quantin sont trop tournés vers la psychanalyse. Je ne vois pas d'orthophonie là-dedans ». « Ses interventions dénotent avec le reste de la formation ». « Cela nous apporte une vision des approches minoritaires qui sont utilisées par certains orthophonistes ». « Le contenu ne correspond pas du tout aux recommandations de la Haute Autorité de Santé ». « Les théories de Madame Quantin sont obsolètes ».

Tellement édifiant que cela n'appelle aucun commentaire, sauf celui d'avoir quelque inquiétude sur la capacité de ces « apprenants » à développer un esprit critique, eux qui semblent formatés à une pensée unique.

En matière d'autisme, les débordements haineux à l'égard de la psychanalyse, déclenchés à la suite des prises de position de la H.A.S. jugeant nos pratiques en hôpital de jour peu recommandables et prônant les techniques comportementales, ont eu des effets très déstabilisants pour chacun des professionnels. Cette institution qui, dans les textes, est décrite comme indépendante et neutre, nous obligea à modifier nos propres mots, ceux de nos pratiques, pour les remplacer par d'autres s'érigeant ainsi en « Big Brother » pour nous fournir les éléments de langage. Sont bannis les mots : « psychisme, sujet, singularité », etc... pour être remplacés par : « prise en charge type, pratique conforme, pathologie ciblée ». Difficile de rester serein quand une partie de soi-même est occupée à justifier sa pratique tandis que l'autre résiste à son homogénéisation et à sa standardisation.

*J'ai mené à terme ma carrière, fidèle à mes engagements personnels et cliniques. Deux conditions essentielles me permettent de l'affirmer aujourd'hui : le fait de m'être sentie soutenue en tant que professionnelle en pédopsychiatrie par des pédopsychiatres de référence (B. Golse, P. Delion, etc.) qui ont lutté et luttent encore contre les partis pris, les dogmatismes et les clivages, préférant s'orienter vers une complémentarité des différentes approches thérapeutiques. En second lieu, la solidité institutionnelle de mon service qui, malgré les mises à l'épreuve, a toujours pu garder intacte sa fonction de contenance pour continuer à penser le soin psychique.*



Chassagny, Claude, *La pédagogie relationnelle du langage*, P.U.F., 1977

Danon-Boileau, Laurent, « Le trouble du langage et son incidence sur la personnalité de l'enfant », *A. N. A. E.*, n° 76, mars 2004

Diatkine, René, « L'enfant créateur », in Nicos Nicoladis dir, Elsa Schmid-Kitsikis, dir. *Créativité et/ou symptôme*, Clancier – Guénaud, 1982

Golse, Bernard et Sylvain Missonnier, *Récit, attachement et psychanalyse*, Erès, 2005

Hochmann, Jacques, «Le temps du récit », in *L'information psychiatrique*, vol. 68, n° 7, 1992

Luçon, Michel, « Propos sur la pédagogie relationnelle du langage », *Pratique des mots*, n° 69, décembre 1989, pp. 3-7.

Ricoeur, Paul, *Temps et récit*, tome III, Seuil, 1985

