



Les enfants de Roger Misès

Claude Wacjman¹

Quels sont ceux que nous avons appelé les enfants du Professeur Roger Misès ? Ce sont des concepts et ce sont des enfants traités à l'aide de ces concepts. Les enfants vont devenir des patients dont la cure entreprise sera bénéfique car mutative, comme il disait, de leur situation pathologique. Voyons de quoi cela procédait, compte tenu de l'histoire et des pratiques de la psychiatrie infantile dont les apports se situent dans une clinique que nous pratiquons. Pour cela, lisons des textes qu'il écrivit seul ou en compagnie de ceux qui ont coopéré à son œuvre. Le Pr Roger Misès, à qui l'on doit la sortie du système asilaire des enfants et sa transformation en institution thérapeutique, comme il l'a lui même entrepris à la Fondation Vallée, notait à l'issue des années 60, que la réintégration sociale à l'âge adulte d'un enfant déficient était difficile à cause de « la ségrégation dont il est l'objet et [d]es techniques orthopédiques qui lui sont appliquées dans le domaine éducatif ou pédagogique »². On voit combien à l'époque il était difficile de déterminer les composantes qui précisaient la nature de pathologies diverses et stigmatisantes pour les dégager du magma des arriérations, des déficiences mentales et des réactions caractérielles. Les attitudes ambiguës qui se dégagent de ces propos, tant pour les conceptions de l'Education nationale que pour des options psychiatriques, perdurent. Elles sont excessivement cultivées dans le but de les rendre incompréhensibles, ajoute-t-il. Par exemple, les méthodes institutionnelles sont toujours discutées, alors que Roger Misès précisait que « la cure institutionnelle [...] vise tout simplement à faire bénéficier certains enfants déficients mentaux d'un cadre thérapeutique

¹ Claude Wacjman, psychologue, docteur en anthropologie, Directeur de Recherches associé, Université Paris Diderot, CRPMS, ancien directeur d'Itep. Intervention à la journée d'étude de l'appea du 8 juin 2015, Paris : Enfants difficiles et turbulents. Nouveaux troubles du comportement ?

² Roger Misès, "Pour une approche du débile mental sous l'angle de la personnalité", *Revue de Neuropsychiatrie infantile et d'Hygiène mentale de l'Enfance*, supplément annuel : 1969, *Pédopsychiatrie* 1969, p. 35.

actif qu'on leur refuse généralement pour appliquer des méthodes orthopédagogiques excluant la visée d'un remaniement structural et il me paraît absurde d'être obligé de mettre sur un enfant l'étiquette de psychose pour que lui soient dans quelques cas heureux, fournis les moyens thérapeutiques nécessaires ». Et il poursuit : « Ces *institutions thérapeutiques* ne sauraient se définir par l'exclusion en tant que telle des méthodes pédagogiques ou rééducatives au bénéfice d'un maniement exclusif des significations, toute action se réduisant à n'être que l'instrument de la psychanalyse et toute occasion étant bonne à la distribution des interprétations dans une confusion totale des rôles »³. On lit combien l'avis du Pr Misès est mesuré sur l'emploi de la méthode psychanalytique au sujet de laquelle nombre de ses confrères insisteront en y différenciant le commentaire que l'on peut faire à un enfant, à propos de ses agirs dans le cadre des activités éducatives ou pédagogiques, et l'interprétation psychanalytique effectuée dans le cadre plus défini de la psychothérapie. Il convient de se souvenir de cette position pour l'inclure dans deux grandes options théoriques portées par R. Misès, la cure en institution et les dysharmonies évolutives (ce dernier terme est aujourd'hui moqué par des associations de parents lorsqu'il n'est pas compris), fondement des soins destinés à favoriser les changements et les remaniements de la structure psychique de ces enfants malades. Nous voilà donc à la charnière des années 60 à 70. C'est là que le travail de R. Misès va trouver une autre orientation. Partant des difficultés à porter et à valoriser les possibilités de changements chez les enfants dans son service, il va comprendre que les déficiences dont ils sont porteurs s'expriment dans un large champ psychopathologique dont la caractéristique sera d'offrir un éventail de soins possibles dans une cure institutionnelle où on considérera que la symptomatologie se présente de façon dysharmonique, laissant parfois augurer de changements et de transformations positives, la plurifactorialité des troubles permettant des approches thérapeutiques variées sur le plan dynamique (psychanalytique)⁴. Dans la préface au livre *L'enfant déficient mental*, Serge Lebovici précise que « l'approche d'un psychanalyste est là pour nous convier à organiser une action multidisciplinaire, incluant les abords institutionnels, pédagogiques, thérapeutiques et familiaux autour de la personnalité de l'enfant dysharmonieux, menacé du déficit ou engagé dans un déficit qui peut avoir un

³ Roger Misès, «La cure institutionnelle des déficiences intellectuelles dysharmoniques chez l'enfant», *Revue de Neuropsychiatrie infantile et d'Hygiène mentale de l'Enfance*, 19^e année, mai 1971, n° 5, p. 257. C'est son opposition aux méthodes exclusivement psychanalytiques de Maud Mannoni qu'il exprime, alors que tous deux pratiquent à leur manière des soins institutionnels, hors d'une confusion des rôles et avec des références psychanalytiques. Rapportée aux rivalités de l'époque, il faut y voir aujourd'hui l'expression d'une querelle d'écoles. Voir aussi *L'Information psychiatrique*, n° spécial, La Fondation Vallée, de l'asile au secteur de psychiatrie infantile, oct. 1971, n° 10, p. 661-733.

⁴ Roger Misès, *L'enfant déficient mental. Approche dynamique*, Puf, 1975.

caractère évolutif »⁵. Ainsi, ce concept qualifiant des enfants de déficients dysharmoniques, va bien au delà de la débilité mentale, pouvant être associé à d'autres manifestations et remettant en question un diagnostic univoque pour mettre en jeu différentes modalités de soins pour un enfant dans l'institution. Roger Misés explique que « sous ce terme, ont été retenues des formes morbides incluant une insuffisance intellectuelle, des perturbations relationnelles de niveau variable et souvent des troubles instrumentaux »⁶. Voici le côté optimiste du clinicien qui envisage un éventail de thérapeutiques pour pouvoir les étayer les unes par les autres. Mais aussi, dans différentes modalités de raisonnement, il pensait, comme d'autres, que « l'histoire préalable à l'extériorisation de la psychose, apporte généralement la preuve que la prétendue débilité de base recouvrait déjà, en réalité, une psychose à expression déficitaire »⁷. Si la psychose est qualifiée de productive, généralement en psychopathologie de l'adulte – car le délire dit productif est souvent un adjuvant dans son traitement – l'expression déficitaire est liée chez l'enfant à cette « prétendue débilité de base ». Roger Misés va alors ériger la dimension institutionnelle dont on connaît l'importance car c'est en elle, avec elle, par elle que les effets des soins qui se mutualisent dans l'institution vont voir leur validité reconnue. « Nos hypothèses de travail ont été mises à l'épreuve dans l'étude systématique d'un groupe d'enfants suivis à la Fondation Vallée, dans un cadre éducatif et pédagogique pris lui-même dans la trame d'une thérapie institutionnelle permettant une observation dynamique à long cours »⁸. Le détail de cette méthode dynamique et institutionnelle est exposé à la suite de cette étude systématique, où il précise que « nous avons suggéré que toute rencontre – qu'elle soit éducative, pédagogique ou rééducative – pouvait être insérée dans une trame ouverte au registre du sens, à la compréhension des mouvements transférentiels ou contre-transférentiels et à leur exploitation [...] toutes les méthodes proposées à l'enfant lui donnent l'occasion d'exprimer sa demande et sous une forme toujours composite »⁹. On croit rêver ! Alors que Misés commençait par réfuter au début de son livre le « trop de sens » qu'il reprochait à Maud Mannoni, il ouvre la réflexion à plus de sens, à un sens plus expansif dans une institution où « les méthodes proposées à l'enfant lui donnent l'occasion d'exprimer sa demande ». Nous sommes en 1975, on est attentif à « la demande ».

⁵ *Id.*, Préface de Serge Lebovici, p. 9. Le terme « multidisciplinaire » aura toujours la préférence de son emploi chez R. Misés. On utilise plus facilement « pluridisciplinaire » dans le secteur sanitaire et celui de « interdisciplinaire » dans le secteur médico-social. La reprise de ces termes dans les textes réglementaires propres à chaque secteur en témoigne. Voir Claude Wacjman, *Interdisciplinarité versus pluridisciplinarité : amalgame ou distinction*, *Psychologie Clinique*, n° 30, 2010/2, Violences en institution, p. 127-135.

⁶ *Id.*, p. 174.

⁷ *Id.*, p. 177.

⁸ *Id.*, p. 200.

⁹ *Id.*, p. 304.

Quinze ans plus tard, sur la base de cette méthode institutionnelle et dynamique, le travail d'observation entrepris à la Fondation Vallée, évolue en s'enrichissant. Ce qui est exposé dans *Les pathologies limites de l'enfance* contribue, par des « critères spécifiques [...] au développement de nouveaux supports institutionnels nécessaires à la mise en œuvre menées par une équipe multidisciplinaire »¹⁰. L'importance de l'équipe de soins sera affirmée dans ce livre à plusieurs reprises ; les conditions de son bon fonctionnement seront définies. C'est à partir de l'observation clinique que les outils institutionnels nécessaires au traitement des enfants seront construits et éprouvés. Les considérations théoriques sont directement issues du travail clinique fourni par la réflexion des différents membres de l'équipe, de leurs spécificités, dans la complémentarité des actions. D'emblée, R. Misès expose que « *le recours à une équipe multidisciplinaire bien formée* est nécessaire : ici plus qu'ailleurs, en raison des espacements des temps institutionnels et de la variabilité d'évolution des conduites de l'enfant selon les lieux de vie, la coopération impose une reconnaissance suffisante de la place spécifique tenue par chacun, la cure exclut les clivages, l'indifférenciation des rôles, les coupures entre les personnes »¹¹. C'est le respect de ces techniques dans l'abord des pathologies limites qui vont permettre de les traiter. Parmi celles-ci, on dénombre celles qui « fournissent des supports conceptuels importants, les pathologies narcissiques ou anaclitiques, les distorsions du moi, les personnalités *as if*, les sujets à faux self, les troubles graves de l'identité, sans oublier les repérages à base étiopathogénique concernant les enfants carencés, battus, abandonniques, etc. ; les psychosomaticiens ont encore élargi cet inventaire avec leurs travaux sur les modes d'expression par le corps ou par l'agir et avec la description de la dépression essentielle »¹². Voici le décor planté. Il est complété par la description des symptomatologies où R. Misès met l'accent sur « les blessures subies, de ce seul fait elles font naître des sentiments d'injustice, de préjudice. Dans ce contexte où la survenue de fantasmes d'abandon n'est pas toujours, loin de là, liée à une situation réelle, se déclenchent parfois des accès de rage narcissique traduisant l'intolérance à l'égard de tout obstacle, de toute attente ; suffisent même la perception floue d'une insatisfaction des besoins, l'émergence d'un sentiment de vide, une impression de rupture de l'équilibre émotionnel »¹³. On reconnaît bien les modalités d'expression de ce que les enfants ressentent de leurs difficultés, hier comme aujourd'hui. La tâche est ardue, y compris dans des abords plus strictement psychothérapeutiques dans lesquels Roger Misès note combien « les tendances réparatrices se trouvent durablement réprimées. Outre la dominance d'un surmoi primaire cruel, vengeur, le sujet sera soumis

¹⁰ Roger Misès, *Les pathologies limites de l'enfance*, Paris, Puf, 1990, p. 8.

¹¹ *Id.*, p. 74. C'est R.M. qui souligne.

¹² *Id.*, p. 14.

¹³ *Id.*, p. 27.

uniquement à des interdits provenant du dehors et qu'il affronte, dans des heurts violents, où les attaques semblent dirigées de façon significative contre les règles, elles visent les interdits en tant que tels, dans un face à face soutenu par des sentiments de préjudice, d'injustice où le sujet déniait ouvertement la soumission au surmoi, exprime un refus de toute restriction à son omnipotence : ce qu'il vise en définitive, c'est la Loi elle-même en tant qu'instance organisatrice, ceci dans une tentative dramatique et dérisoire de sauvegarde de son narcissisme. A ce stade, l'espoir d'une réponse contensive et réparatrice, resté présent tout au long de l'enfance, se trouve irrémédiablement aboli »¹⁴. Ici, Roger Misès est résolument défaitiste. Il avait tenté de donner une explication stratégique, mais sans espoir que cette stratégie débouche sur une modification structurale des troubles. C'est le cœur (un des cœurs) des pathologies limites, quand on a des difficultés à distinguer « l'opposition apparue [...] entre le registre du *psychotique* et celui de l'*archaïque* [...] le sujet y apparaît contraint de recourir à des mécanismes défensifs archaïques [...] tels le déni, la projection, le retournement contre soi et en son contraire, tandis que le clivage tient une place importante »¹⁵. Comment alors lutter contre cette contrainte, ne fut-ce que pour aider à la reconnaître, éventuellement à la nommer en la redoutant. Voici une source constante des échecs thérapeutiques, qui attaquent le cadre de référence auquel les soignants se rattachent. Les soins apportés à des enfants et des familles dans lesquelles la psychose ou l'autisme, les dysharmonies aussi, ont forgé les outils de compréhension anamnétique, ont marqué le début des possibilités psychothérapeutiques dynamiques, permettant une façon d'équilibrer et de donner sens à quelques relations intrafamiliales.

Il n'en est pas toujours de même lorsqu'il s'agit des troubles du caractère et du comportement, à l'époque. Misès explique que « les essais de reconstruction anamnétique [...] sont rendus difficiles par le flou des renseignements donnés par les parents : on entrevoit, à cette occasion, leur incapacité à porter l'histoire de l'enfant, à lui reconnaître une individualité propre [...] on entrevoit comment l'émergence des dysharmonies s'est reliée aux difficultés qu'éprouve l'enfant à se situer dans le temps et dans l'espace, à maîtriser les limites de son corps, à assurer une intégration somato-psychique harmonieuse »¹⁶. Le modèle connu dans le déficit intellectuel ne fonctionne pas aussi bien dans le cadre des pathologies limites, les modalités de défense étant trop fortes dans le milieu familial qui est renforcé dans le déni des troubles par la mise en avant des conduites normatives auxquelles l'espoir d'une intégration sociale et scolaire se rattache. Misès est intransigeant : le traitement est « nécessairement

¹⁴ *Id.*, p. 48-49.

¹⁵ *Id.*, p. 13.

¹⁶ *Id.*, p. 30.

psychothérapique »¹⁷. Pourtant les attaques du cadre et des personnes sont tellement importantes et vives, dans la plupart des cas que se pose la question d'une « prise d'appui sur des supports éducatifs, pédagogiques, rééducatifs et des recours à des dispositifs institutionnels [...] soit à partir des hospitalisations de jour [...] soit à partir d'un centre d'actions institutionnelles à temps partiel [...] Les psychanalystes [sont] engagés dans un travail en équipe à l'intérieur de ces dispositifs »¹⁸. Et il insiste sur les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre « les modes d'attaque du psychisme des soignants par les sujets psychotiques ou border-line, enfants ou adultes, [qui] apportent des arguments sérieux pour l'organisation d'un travail en équipe capable d'offrir des moyens efficaces d'ajustement, de relance, de revitalisation, au profit de ceux qui sont engagés dans ces expériences – quelle que soit leur place et leur fonction au sein des dispositifs : psychiatres, éducateurs, enseignants ou autres »¹⁹. A cela il faut ajouter les méthodes actuelles de la supervision des équipes.

Roger Misès fut un inventeur. Le décloisonnement fonctionnel des personnes ne suffisait pas, il fallait les situer dans différents endroits pour spécifier les soins dans la signification des lieux institutionnels, pour parfois métaphoriser les traitements. Ces lieux différents n'étaient pas hiérarchisés et n'étaient soumis à aucun effet de filière. Ils étaient une partie constitutive d'un dispositif, terme utilisé par Misès et que l'Association des Itep et de leurs réseaux (Aire) reprend actuellement pour déployer un éventail de possibilités thérapeutiques adaptées. Le service de la Fondation Vallée, autour de l'hospitalisation à plein temps, souvent nécessaire en regard de la pathologie déployée, comprendra très vite une consultation thérapeutique du style CMP/CMPP à laquelle s'adjoindra un centre d'action institutionnelle à temps partiel (AITP), centre à la croisée des hôpitaux de jour et de leurs centres d'actions thérapeutiques à temps partiel (CATTP). De cette façon on envisage un travail en dispositif avec des outils disponibles dans le secteur sanitaire aussi bien que dans le secteur médico-social. Ce décloisonnement est de bon augure pour l'efficacité des soins. Dans ces deux livres de Roger Misès avec ses équipes on lit, outre la marche très détaillée et précise des traitements, leur diversité sur les plans théorique et clinique des traitements, comment ceux-ci sont orientés et quels bénéfices les enfants peuvent en tirer. Voici comment Roger Misès décrivait l'action institutionnelle à temps partiel : « *S'affirme ici l'un des intérêts majeurs de l'AITP : la mise en place d'une plate-forme institutionnelle, articulée à un dispositif ouvert, ce qui respecte le narcissisme parental mais permet que des ouvertures se créent qui concernent l'enfant, la*

¹⁷ *Id.*, p. 65.

¹⁸ *Id.*

¹⁹ *Id.*, p. 67.

famille et l'école. Un premier temps est ainsi offert à une approche originale, en laissant en suspens le recours éventuel à d'autres interventions plus systématisées »²⁰. Les bases de ce travail dynamique, pluridisciplinaire mettant en jeu un dispositif institutionnel non cloisonné et non hiérarchique sont ainsi jetées. Il faut mentionner la particularité du travail éducatif qui découle de la pluridisciplinarité à laquelle il appartient.

Le travail éducatif témoigne d'une difficulté. Pris entre deux fonctions l'éducateur considère la symptomatologie entre vision et écoute. Voir et entendre, la simultanéité de ces deux fonctions porte la difficulté de considérer le symptôme sans se disperser et qui vont le mener à construire du soin d'une façon complémentariste, qui tienne compte des différentes modalités d'intervention des autres professionnels en place. Non pas directement à des actes de soins, mais surtout à des effets soignants qui vont prendre place dans la stratégie institutionnelle. Celle-ci donnera sens aux différentes propositions faites aux enfants par les déterminations qui, suite aux orientations définies en réunion de synthèse, vont envisager des priorités d'activités éducatives, thérapeutiques, psychothérapeutiques individuelles, en petits groupes, en grands groupes, dans des temporalités longues ou courtes, dans des participations ouvertes ou fermées, rythmées en fonction de ce qui est supporté par l'enfant concerné ou de ce qui fait symptôme. Dans cette perspective pluridisciplinaire, l'éducateur est alors attentif aux effets des ruptures et des discontinuités sur le plan intériorisé ou sur le plan extériorisé de l'expression des affects ressentis et exprimés, sous la forme des changements psychiques plus que des soi-disant progrès. C'est dès lors la situation sociale et les problématiques des enfants ou des adolescents qui sont prises en compte pour aboutir à la contenance psychique nécessaire à une vie sociale pour laquelle la nature des soins est autant spécifique qu'implicite, ce que permet la dimension institutionnelle.

²⁰ *Id.*, p. 86-87.