



## Dispositifs cliniques mediums malléables pour jeunes en souffrance d'exclusion

**Christis DEMETRIADÉS**

Psychologue clinicien  
en Mission Locale  
Villeurbanne (69)

**Dix ans après la parution du rapport « une souffrance qu'on ne peut plus cacher », les espaces intermédiaires entre le social et le soin se sont multipliés en France et constituent progressivement un référentiel théorique et clinique qui incite à re-visiter nos théories du soin psychique et à interroger l'ensemble de nos pratiques cliniques.**

Psychologue clinicien en Mission Locale pour l'insertion des jeunes 16-25 ans, j'accueille majoritairement des jeunes en souffrance d'exclusion, confrontés à des échecs répétés dans leur parcours d'insertion. Ils ont le plus souvent vécu d'importants événements traumatogènes à l'enfance ou l'adolescence. La scène de l'insertion réactive et révèle chez eux la crainte d'un effondrement narcissique. Nous assistons alors à une collusion entre l'espace intra-psychique, l'espace intersubjectif (déceptions, désillusions, violence dans les liens aux autres) et l'espace transsubjectif (mobilisé par le processus d'insertion).

Le travail clinique consiste à permettre la « dé-collusion » de ces trois scènes. Il s'appuie à la fois sur la différenciation des dispositifs cliniques, qui permettront de « localiser » l'expérience traumatique et sur leur capacité à se relier aux autres dispositifs afin de résister à la destructivité et la violence mobilisées par cette différenciation. S'agissant de traiter d'un public qui se caractérise par la diffraction du transfert et le dépôt d'éléments explosifs dans l'intertransfert, il me semble, en effet, qu'une des conditions sine qua non de tout travail clinique est de penser à la fois la logique du dispositif et ses modalités de liaison aux autres lieux investis par le sujet.

Constatant que ces jeunes ont pour la plupart déjà rencontré des psychistes dans le champ du soin sans jamais réussir à tenir un lien avec un soignant, alors qu'ils investissent fortement le travail avec un psychologue en

Mission Locale, j'ai centré ma réflexion sur les particularités de ma rencontre avec eux, ce qui m'a permis d'identifier deux paradoxes constitutifs du dispositif clinique que je leur propose :

- la demande du jeune s'étaye sur une emprise plus ou moins contraignante exercée sur lui par son référent social. Le jeune reçoit en quelque sorte une injonction de venir de son propre gré ;
- le dispositif est confié à un psychologue clinicien qui reçoit par l'institution l'injonction d'accueillir la souffrance sans faire du soin.

Ces deux paradoxes soutiendraient-ils les capacités du jeune d'organiser à son propre rythme la représentation interne du lien à travers l'alternance des séquences d'absence/présence, ce qui pourrait, en partie, expliquer le fort investissement de ce dispositif ?

Le premier paradoxe, d'une injonction de venir de son propre gré, exprime le plus souvent une authentique préoccupation maternelle primaire du travailleur social à l'égard du jeune et peut ainsi contribuer à transitionnaliser la question de la violence fondamentale. Face à des jeunes qui jettent et cassent leurs jouets (leurs objets sociaux), l'emprise ainsi exercée par ce Tiers vient soutenir l'autoconservation et crée un espace où va pouvoir se conflictualiser, se jouer et se mettre en scène l'expérience d'étayage de l'emprise sur l'emprise exercée par l'objet. L'espace clinique, pensé comme un jouet, un objet médiateur à « troquer » dans la relation référent social/jeune sera attaqué, mordu, lancé, détruit, comme dans le jeu de la spatule chez D.W. Winnicott<sup>1</sup>. Il importe alors que le référent social le restitue et le transforme pendant le temps nécessaire à l'expérience du « détruit/trouvé » (R. Roussillon). Cela nécessite une grande confiance entre le

travailleur social et le clinicien. Le travailleur social sera le réceptacle de la violence et de la destructivité mobilisées chez le jeune dans la rencontre avec cet objet informe et malléable que constitue le dispositif clinique. Le clinicien sera confronté à l'absence répétée du jeune à ses rendez-vous et donc à la question de la relance (restitution de la spatule) par l'intermédiaire d'une lettre, d'un appel téléphonique ou de l'information transmise au travailleur social. Par conséquent, la relation clinicien/travailleur social se trouve transformée, dans la symétrie d'un travail d'équipe qui pose la question du secret partagé et permet de travailler sur les effets violents de l'intertransfert.

Le deuxième paradoxe est celui de l'injonction faite au clinicien d'accueillir la souffrance sans « faire du soin ». Si le jeune relève des soins et qu'il peut les accepter, il doit en effet être rapidement orienté vers la psychiatrie. Dans l'inconfort de cette position, le « je vous écoute » de l'asymétrie relationnelle du travail psychothérapeutique, laisse la place au « nous allons en quelques entretiens essayer de comprendre ensemble ce qui vous met en difficulté », qui signifie la co-présence de deux acteurs construisant ensemble un espace intermédiaire dans un temps limité.

Dans ce travail, la bienveillance du clinicien quitte la posture d'attente silencieuse, ressentie par ces jeunes comme de l'indifférence et de la froideur, révélant la crainte d'un effondrement narcissique et réactivant le « complexe de la mère morte » (A. Green), au profit d'une position plus active dans la construction du lien. Le clinicien utilise les objets sociaux comme des objets de médiation et de relation, avance ses liens et associations, entend, écoute, observe et réajuste. En passant du paradigme de la bobine<sup>2</sup> chez S. Freud à celui de la spatule

<sup>1</sup> Dans le jeu intersubjectif de la spatule (D.W. Winnicott, *Jeu et réalité*, p.70), un enfant de douze mois en consultation mord le doigt du thérapeute, puis joue à mordre et à jeter des spatules par terre. Le jeu ne s'installe que grâce à l'introduction de l'objet de médiation (la spatule) et sa restitution incessante par le thérapeute. C'est ainsi que se constitue la ficelle du jeu de la bobine, c'est à dire la préconception du lien indestructible avec l'objet. Le thérapeute « apprend » à l'enfant à jouer.

<sup>2</sup> Dans le jeu de la bobine (S. Freud, *Au-delà du principe de plaisir*, in *Essais de psychanalyse*, p. 58-59) un enfant de un an et demi joue dans son berceau à lancer (hors de sa vision)/ramener une bobine qu'il tient attachée à une ficelle. L'enfant représente dans ce jeu l'alternance de présence/absence de la mère et ses capacités à retenir activement la bobine (le lien à l'objet / la ficelle).



## Dispositifs cliniques mediums malléables pour jeunes en souffrance d'exclusion (suite)

<sup>3</sup> Dans la forme précoce du jeu de coucou décrite par R. Roussillon (Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique, p.191) la mère et/ou le nourrisson cachent les yeux : la réapparition s'accompagne de jubilation. La question du lien n'est pas posée. Le jeu porte sur la continuité de soi.

chez D.W. Winnicott et, plus loin encore, au jeu du coucou<sup>3</sup>, l'attitude du clinicien se transforme pour intégrer toutes les composantes d'un médium malléable.

Par ailleurs, les absences et les retards fréquents aux rendez-vous imposent au clinicien de considérer les modalités temporelles du dispositif clinique (durée du suivi, fréquence, horaire, durée de l'entretien) comme faisant partie de sa fonc-

tion conteneur et non de sa fonction cadre (R. Kaës). Seule la malléabilité de ces aspects peut, en effet, permettre d'intégrer les présences et les absences, les ruptures et les retrouvailles comme faisant partie du processus de constitution d'un lien interne permanent. Ainsi, proposer comme cadre la permanence d'un dispositif clinique à durée « suffisamment limitée » est un paradoxe qui intègre une double butée, de satisfaction et

de limite, et peut permettre au sujet d'exercer et mettre en jeu son travail d'emprise sur le rythme et la temporalité.

Vu du côté des jeunes en souffrance d'exclusion nombre de nos dispositifs praticiens paraissent comme des « games » aux règles bien définies, alors même que le travail clinique avec ces sujets constituerait à rétablir la capacité à jouer (« playing »). ■



### « L'enfant, la parole et le soin

#### « La clinique mise à l'épreuve<sup>1</sup> »

Il y a des livres qui font du bien à lire, car ils nous aident à mettre des mots sur une expérience clinique toujours changeante. L'ouvrage posthume de Jean-Luc Graber est de ceux là.

Décédé soudainement en octobre 2002, ce pédopsychiatre et psychanalyste de haute stature, ancien major de l'internat en médecine de Lyon, a exercé pendant près de trente ans des fonctions cliniques et de responsabilités à Vienne, à l'hôpital Le Vinatier, puis dans le grand service de pédopsychiatrie au CHU de Lyon-Sud qu'il a dirigé les 10 dernières années de sa vie. Cet homme discret et charismatique a exercé une notable influence sur la pédopsychiatrie en service public, avec une passion efficace pour l'enseignement, la clinique institutionnelle et individuelle, le travail au sein d'un partenariat étendu. Catherine Graber, son épouse et collègue, rapporte, dans sa notice biographique, qu'en mai 1968 où il joua un rôle de premier plan à la Faculté de Médecine, Jean-Luc Graber rédigea un pamphlet d'abord intitulé « L'hôpital, ce merdier », publié chez Maspero sous le titre « Hôpital, Silence, Répression ». C'est sans doute, estime-t-elle, son engagement pendant ces

événements qui ne lui sera pas pardonné par ses pairs (je dirais plutôt par ses « patrons »), ce qui ne lui permettra pas de suivre une carrière universitaire. J'ajoute que ne lui seront pas davantage pardonnés ses choix épistémologiques en psychanalyse et son absence totale de soumission à la raison d'Etat de « l'establishment ». Cela ne l'empêcha pas d'être reconnu comme un « grand patron », un maître discret, un clinicien remarquable, un enseignant recherché, un organisateur d'institution capable de soutenir un partenariat vivant.

#### Sa théorie de la pratique tournait autour de trois axes étroitement intriqués :

- l'axe de la vie et de la mort, donc du transgénérationnel et des mots qui le disent,
- l'axe du vrai et du faux, donc de la question de la vérité, au sein d'une réalité toujours mouvante,
- et enfin l'axe de la différence des sexes, qui s'articule avec les deux précédents.

Avec Denis Vasse, Jean-Luc Graber considérait que « lorsque l'un de ces trois axes est altéré, c'est sur les deux autres que les choses se jouent ».

#### On peut insister sur le point cardinal de l'ouvrage, la question du passage.

Comment rendre audible et formulable ce qui ne trouve pas d'autres chemins que la parole d'un tiers pour se faire représenter ? Ce qui est nié de soi, à « l'intérieur », revient ainsi de « l'extérieur » parfois sous une forme violente : reproche, attaque, persécution.

Jean-Luc Graber décrit la position du passant (pour lui, l'enfant, l'adolescent) et du passeur (souvent un psy dans son expérience) ; ils se meuvent dans une situation souvent interdisciplinaire et interinstitutionnelle, avec des règles de respect et de confidentialité suffisantes.

Cela suppose des choix budgétaires (formation, postes, supervision).

Le temps du passage : une série de moments, de lieux, d'actes potentiellement symboliques qui permettent... le passage d'un état psychique à un autre. La vie psychique est elle-même passage.

Cet ouvrage s'adresse aux praticiens confirmés mais aussi bien aux jeunes psychiatres, orphelins d'une intelligibilité des pratiques en institution. En ce sens, il est à conseiller au-delà du champ de la psychiatrie. ■

Jean FURTOS  
Psychiatre - Orspere

<sup>1</sup> Editions Erès, sept. 2004