

Claire Christien Prouet

Présence de la psychanalyse dans la clinique en CMPP

En janvier 2004, s'est créé à Brest un Comité de vigilance des centres médico-psychopédagogiques qui a lancé une pétition, vite reprise par les centres médico-psychologiques des Côtes d'Armor et qui a été signée par des milliers de personnes dans toute la France...

Cette pétition dénonce « le démantèlement programmé du secteur par les effets du décret de la loi de 2002 [...] au nom de la gestion au moindre coût ». Elle se poursuit par la remise en cause « de la pertinence des principes d'évaluation essentiellement budgétaires et comparatifs ». Puis énonce : « Nous réagissons vivement contre certaines propositions du rapport Clery-Melin [...] qui visent à codifier les prises en charge psychothérapeutiques. Nous nous élevons contre des projets pseudo-scientifiques de grilles d'évaluation statistiques, épidémiologiques et diagnostiques. »

Cette initiative est la seule à ce jour, que je sache, qui ait eu une portée nationale. La rencontre de Brest a permis à des psychanalystes, de différents courants et de différents groupes lacaniens, travaillant en CMPP, de se rencontrer et de travailler ensemble. Ils ont tenté d'articuler leur clinique, étayée sur un travail théorique constant, à la nécessité d'un combat auquel on doit donner le beau nom de politique.

Le Comité de vigilance s'est étendu à tout l'Ouest et a organisé en juin 2005 une table ronde à Brest, à laquelle j'ai participé par le texte qui suit.

Rencontrer un psychanalyste, en quoi est-ce différent pour un enfant conduit par ses parents dans un lieu épinglé d'une série de lettres C-M-P-P, lettres qui le plus souvent ne signifient rien pour

eux, en quoi est-ce différent d'une consultation psychiatrique ou d'un bilan avec tests psychologiques ? En quoi y a-t-il une chance qu'il se passe quelque chose ? Et quoi ?

Juliette a 3 ans. Elle est entrée à l'école depuis deux mois, mais elle a déjà mis cette école en effervescence : le médecin scolaire a été alerté et a conseillé aux parents de consulter au CMPP. L'institutrice signale l'enfant comme particulièrement difficile et Juliette n'est acceptée dans sa classe que deux heures tous les matins. Le médecin note qu'elle est agitée, instable et qu'elle ne parle pas, qu'elle n'a aucun contact avec les enfants, qu'elle accapare l'adulte sans parler et qu'elle fuit le regard. Elle grimpe partout et n'a aucune conscience du danger. Le médecin pense qu'une aide psychomotrice lui serait utile.

Quand je reçois Juliette avec ses parents, je suis frappée par le contraste entre la démarche encore hésitante de cette enfant, qui a marché tard, et sa volonté ainsi que son habileté à le faire, comme à escalader, courir, filer toujours plus loin.

Pendant l'entretien avec ses parents, elle semble égarée dans la pièce, tentant de grimper sur les meubles, criant, le visage dirigé vers le plafond. Autisme ? La question se pose immédiatement. Elle se pose bien sûr depuis.

Sa mère paraît la supporter difficilement. Elle ne l'a pas allaitée et me dit que, dès la naissance, elle ne pouvait pas la toucher nue. Elle ne souhaitait pas que, sitôt née, on la lui posât sur le ventre, ce qui a malgré tout été fait. Depuis, elle n'a jamais pu lui donner le bain, ni toucher son corps nu. C'est le père qui doit le faire. Elle-même peut alors l'habiller, mais sa difficulté est intense et c'est le père qui s'occupe le plus souvent de Juliette.

Les parents font remonter le mutisme de Juliette à un déménagement, l'année de ses 2 ans, et à un séjour dans une maison inconfortable. La chambre de Juliette était isolée au bout d'un long couloir, et je comprends qu'elle y a passé beaucoup de temps, laissée dans son lit.

Lors de la deuxième consultation, je reçois Juliette seule, ayant encore en mémoire le peu que je sais de sa mère – ne l'ayant pas encore reçue seule –, ce qu'elle m'a montré de sa propre détresse face à sa fille.

Juliette est en effet difficile à accrocher. Elle touche à tout, ne joue pas, jette les jouets et les livres. Elle veut vider les tiroirs et éparpiller les feutres. Je lui en tends un. Elle le prend et le met immédiatement à la bouche. Comme je suis surprise que ce soit le bout en feutre imbibé d'encre qu'elle porte à ses lèvres en faisant un mouvement de succion, je lui dis que « téter » le crayon ne remplacera jamais le sein que sa mère n'a pu lui donner. À ce moment, elle me regarde. Est-ce l'offre de ma voix qui a accroché son regard ?

De même, quand elle escalade la chaise puis veut grimper sur la table, je fais le pari d'une mise en danger sous mon regard. Je crois qu'elle a conscience du danger. Elle s'arrête dans son escalade des chaises quand elle se sent en déséquilibre et quand elle est coincée en position inconfortable, ne pouvant ni aller plus loin, ni revenir. Elle geint, mais ne peut appeler. Elle me regarde en émettant un bruit plaintif et saisit la main que je lui tends, mais aucun appel n'est émis.

Je pense aussi qu'elle s'offre au regard, debout, en hauteur. Il lui est arrivé d'ailleurs de s'applaudir dans cette position. Les premiers phonèmes que j'ai entendus, « a-o », me semblent reprendre le « bravo » que je lui ai dit. Ces phonèmes sont émis non pas lors de notre première rencontre mais quelques semaines plus tard. Le plus souvent, ce jour-là et encore souvent depuis, elle module sur un rythme à deux temps une sorte de mélodie, de vibrato intense, une jouissance orale pure. Sans signifiant. Toute sa gorge vibre. Ce son emplit tout l'espace. Rien d'autre ne peut se faire entendre. Elle est comme enveloppée de ce son qui l'isole. Mes paroles ne l'arrêtent pas. J'essaie alors différentes sortes de chantonnements qui semblent l'intriguer. Elle s'arrête un instant et écoute en me regardant.

Quelques semaines plus tard, Juliette, qui vient me rencontrer deux fois par semaine, me regarde, me sourit, vient volontiers dans mon bureau. Il est arrivé plusieurs fois qu'elle choisisse un petit livre où elle regarde des images d'un bébé nu enroulé dans une serviette de bain ou d'une petite fille seule dans son lit, ou au téléphone. Quelques phonèmes accompagnent parfois ce moment où elle tourne les pages lentement en regardant les images.

Récemment encore, je faisais l'hypothèse que cette petite fille était sur une ligne de crête entre autisme et relation à l'autre. Peut-être péchais-je par optimisme. La jouissance autistique, Juliette me la

montre et me la fait entendre dans ces moments où la voix semble la ravir tout entière.

Tremolo. Telle une « Reine de la nuit » dont la voix ne porte aucun message, elle semble envahie par ce qui monte en elle. Comme une drogue. Sans doute les cantatrices connaissent-elles quelque chose de cette jouissance, ou les adeptes de cultes pratiquant la transe, mais ces pratiques sont encadrées, limitées, bordées, prises dans un discours, dans un rapport au semblable ou à Dieu. Ces voix-là consentent à ce que la jouissance soit écornée pour faire lien dans l'art lyrique ou la pratique religieuse. Ici, elle ne s'adresse à personne. Ce n'est un hymne ni à la beauté, ni à l'amour ou à Dieu.

C'est une jouissance empreinte de négativisme, contre l'autre, une jouissance autistique, dont je m'efforce, souvent en vain, de l'extraire. Jouissance orale sans le signifiant, les cordes vocales vibrent, toute la région corporelle vibre. Jouissance de l'entendu. Cela fait comme un casque que rien ne traverse, rien ou presque.

Il m'est arrivé, comme à une éducatrice, de la surprendre en train de chanter et qu'elle s'arrête pour écouter.

Le pari fait sur un Autre de l'adresse, c'est-à-dire ma proposition de me faire lieu d'adresse d'un message – même si ce message n'est qu'une supposition –, me fait parier sur la transformation possible de cette jouissance orale, de cette jouissance de la voix en message. Je parie sur l'advenue d'un sens possible, pour faire barrage à cette jouissance. Cela me conduit à tenter d'inventer chaque fois, à essayer de la surprendre pour attirer son attention, en modulant moi-même ma voix.

C'est en cela, je crois, que se manifeste, que se met en acte notre devoir, si nous nous réclamons de la psychanalyse, de considérer cette dernière non pas comme une technique parmi d'autres mais comme une éthique. Une éthique du sujet.

Juliette ne parle pas. Elle est parlée. On parle d'elle. Elle est prise dans le langage avant même sa naissance. Pour cette petite fille née dans une famille sur laquelle planent plusieurs menaces, c'est particulièrement le cas. La mère de Juliette a un frère dont la myopathie a été diagnostiquée, il y a plusieurs années, alors qu'elle était enceinte d'un garçon. Elle a donc subi, après un diagnostic de maladie chez le fœtus, un avortement thérapeutique. D'autres grossesses

ont été interrompues ; des tentatives de fécondation in vitro avec sélection d'embryons (filles) ont échoué, puis elle a été enceinte de Juliette. Du côté du père, un cousin est sourd. Juliette a donc été attendue pendant dix ans.

Suivie par un pédiatre d'un service hospitalier, elle a marché tard et donc suscité beaucoup d'inquiétude sur le plan organique. Elle a été particulièrement examinée sur le plan ORL, et ce n'est qu'après tous ces bilans que le pédiatre a orienté la famille vers le CMPP, sans exclure par ailleurs que cette enfant soit atteinte d'une lésion cérébrale non diagnostiquée à ce jour.

Pour l'analyste, qui s'offre aux aléas du transfert de l'enfant et de ses parents, qu'est-ce que ça implique ? Qu'est-ce que cela suppose ? Un désir nouveau est de la partie, différent de celui des parents, du médecin, de l'enseignante. Un pari sur le désir.

J'ai très rapidement proposé de recevoir cette petite fille deux fois par semaine. Car cette petite fille n'est pas que jouissance. Elle répond à mon offre par son regard, son sourire, quelques phonèmes, ses bras tendus comme ceux d'un bébé quand je viens la chercher.

La mère, dont le regard était fuyant, impossible à accrocher, est venue me parler de sa propre enfance, de sa souffrance et de son impossibilité à être maternelle avec sa fille. Depuis, son regard à elle aussi a changé. Elle a pu parler à l'assistante sociale du CMPP, faire appel à elle dans ses moments de détresse, lui faire confiance. Tout un travail s'est mis en place, d'une part pour entrer en relation avec l'école de Juliette, et d'autre part pour accueillir progressivement cette enfant, de plus en plus longtemps, dans un petit groupe d'enfants, d'abord une heure, puis deux, et bientôt une deuxième fois dans la semaine, cela en dehors des deux séances avec l'analyste.

Dans cette prise de position comme analyste, il ne s'agit pas de défendre une identité ni d'entrer en guerre contre les médecins, pédiatres, neurologues. Il ne s'agit pas de défendre une théorie contre une autre. Cela ne suppose pas une théorie de l'étiologie, de la cause de l'autisme. Peut-être trouvera-t-on dans les années à venir différents facteurs organiques intervenant dans cette maladie, facteurs génétiques, neurophysiologiques, etc. Rien de tout cela ne dément l'hypothèse que nous faisons d'un sujet affecté par le langage et la parole. D'un sujet pour lequel nous parions sur la construction

d'un inconscient nouant langage et jouissance, avec la nécessité que se constitue par la perte de cette jouissance ce que nous appelons les pulsions. C'est cela qui reste, quoi qu'il en soit des difficultés liées à l'organe, la condition de l'accès à la parole, à la prise de parole. Pari sur l'inconscient, côté névrose. Pari sur des inventions, des bricolages pour faire barrage à la jouissance, côté psychose.

Ce pari sur le sujet comme effet du langage permet de s'aventurer dans cette voie : recevoir comme analyste un enfant qui ne parle pas. De commencer par dire « oui » là où autour de l'enfant les « non » se font de plus en plus nombreux.

Le CMPP le permet très concrètement. Nous sommes plusieurs. Un petit groupe mis en place il y a déjà quelques dizaines d'années permet d'accueillir des enfants rejetés de l'école, et les réunions de synthèse nous donnent la possibilité de se parler, de se raconter les moments importants, de s'interroger ensemble sur la portée de tel ou tel événement. Je ne souhaite pas que les CMPP deviennent des supermarchés proposant un vaste choix à des clients-consommateurs de plus en plus informés et exigeants, le tout dans le mirage de l'information et de la transparence, mais qu'ils soient des lieux où l'on travaille au plus vif des questions théoriques et cliniques.

Je vais d'ailleurs poursuivre en vous parlant d'un autre enfant, que je n'ai pas reçu. J'espère pouvoir vous faire saisir quelle fonction a eue dans le cas de ce petit garçon le temps que nous pouvons consacrer ensemble à discuter de près l'évolution et les avatars d'une prise en charge.

Karim B. est reçu au CMPP à l'âge de 2 ans sur la demande de la Protection maternelle et infantile. Il a une trisomie 13, maladie rare. Le pédiatre souhaiterait que l'enfant soit suivi en psychomotricité pour évaluer ou prévenir d'éventuels retards de développement. Une psychomotricienne du CMPP le reçoit. C'est le compte-rendu, qu'elle a bien voulu me transmettre, que je vais largement utiliser aujourd'hui en rendant ainsi hommage à un travail dont j'apprécie la finesse et l'extrême rigueur.

À la naissance, Karim a attiré l'attention des médecins par une alopécie localisée et quelques particularités des traits du visage. Il a été examiné et un caryotype a révélé cette anomalie mal connue. On

ne sait pas quelles en sont les conséquences cliniques, qui peuvent, semble-t-il, varier d'un individu à l'autre. Cela irait de troubles bénins à de graves déficiences intellectuelles.

Le bilan psychomoteur ne révèle pas de retard manifeste. En revanche, lors d'entretiens avec l'enfant et sa mère, madame B., celle-ci fait état de sa propre souffrance, qui est grande, depuis la révélation de cette trisomie. C'est son premier et unique enfant. Elle parle à peine le français, mais, qu'à cela ne tienne, madame N., la psychomotricienne qui la reçoit, lui demande d'apporter un dictionnaire franco-turc, et les échanges se feront par ce truchement.

Elle dit sa douleur d'avoir quitté la Turquie et ses parents pour se marier en France, où elle se sent seule, exilée. Parallèlement, elle raconte les grandes difficultés de son fils à se séparer d'elle pour aller à l'école maternelle. Il n'y va qu'une matinée par semaine. Ses hurlements ne cessent que lorsque sa mère revient le chercher.

Une longue discussion a lieu en réunion de synthèse et conduit à décider que la psychomotricienne tente de poursuivre ce qu'elle vient d'inaugurer : un travail mère-enfant, pour d'une part soutenir la mère, prévenir le risque qu'elle se déprime, et d'autre part accompagner l'enfant et l'aider à « grandir ».

La réunion de synthèse suivante porte sur l'impasse révélée par l'école : Karim ne fait aucune acquisition scolaire, n'a pas de contact avec la maîtresse, ni avec les autres enfants. C'est son cousin du même âge, scolarisé dans la même classe, qui assure la traduction et le lien de Karim avec le monde extérieur. Il ne parle pas français, il continue à parler turc à l'école et pendant les séances de psychomotricité. Là, c'est sa mère qui fait la traduction.

Une nouvelle réunion de synthèse fait entrevoir que la position de la mère de Karim n'est peut-être pas tout à fait celle que nous avons cru saisir. Peut-être prend-elle, par rapport à son fils, une place qui inhibe l'enfant et convient-il de miser plutôt sur une séparation, d'envisager donc les séances sans la mère.

Madame B. a peur de laisser son fils seul en séance ; elle a peur qu'il ne comprenne pas le français. À ce moment, le père intervient : il s'inquiète de l'absence d'acquisitions de son fils. Madame B. a peur qu'on voit son fils venir au CMPP, il n'est pas question pour elle qu'il puisse être reçu avec d'autres enfants dans un petit groupe. Elle a

peur qu'on le considère comme un handicapé. Elle n'a pas dit à ses parents et à ses amis que Karim avait une trisomie 13.

C'est avec le soutien de son père que Karim vient seul en séance. Il le conduit au CMPP et les pleurs du début ne dureront pas. L'enfant se met à parler français dès la première séance où il est reçu seul. Ses phrases sont construites. Les premiers échanges ont lieu devant la fenêtre : côte à côte, lui et la psychomotricienne regardent les oiseaux voler dehors dans le ciel. Karim parle et décrit ce qu'il voit, il pose des questions : il ne voit pas sa maison, ni sa voiture ; il demande à la psychomotricienne où est sa maison à elle, et sa voiture à elle. Est-ce que c'est loin du CMPP pour aller chez lui, chez elle ?

Quelques mois plus tard, une décision est prise à l'école. Karim restera en moyenne section d'école maternelle. Son cousin poursuit son cursus, ils sont séparés pour la première fois. Karim n'a pas de problème d'adaptation, contrairement aux peurs de sa mère. À ce moment est évoquée la possibilité qu'une stagiaire assiste aux séances, mais Karim oppose un refus catégorique et se montre angoissé. La psychomotricienne en prend acte et lui dit que la stagiaire ne viendra pas. Alors, au début de chacune des séances suivantes, il demande où est la stagiaire, en la nommant. Il insiste, veut savoir où elle est, se montre inquiet et craint qu'elle ne vienne malgré son propre refus.

Une nouvelle discussion a lieu en réunion de synthèse. Karim est dans l'impasse quant à ses apprentissages, il a des difficultés de représentation. Ses dessins sont pauvres, peu structurés.

La psychomotricienne relate une séance : elle dessine une maison, le CMPP, avec ses fenêtres. Karim, se situant dans le dessin, hors de la maison, lui demande de regarder par les fenêtres pour savoir dans quelle pièce est la stagiaire.

Nous discutons cette problématique : regarder et être regardé. Madame N. associe avec cette scène survenue pendant la première séance, où Karim, resté pour la première fois seul avec elle, avait alors à l'inverse, de l'intérieur, regardé avec elle vers l'extérieur, devant la fenêtre : regarder dehors avec elle permettait alors à l'enfant de ne pas se trouver sous le regard de l'adulte.

Se pose la question de la façon dont la mère a pu regarder son enfant à la naissance. Cet enfant un peu disgracieux, dont les traits

ne faisaient pas la joie des parents, était non pas l'objet d'un plaisir à le regarder, mais l'objet du regard médical.

La réunion de synthèse nous sert aussi à interroger ce qu'il en est dans ce cas du stade du miroir. Nous faisons des hypothèses : défaut côté miroir, et en parallèle un peu trop, dès l'arrivée au monde, de regard scrutant, cherchant le défaut, l'anomalie. Regard intrusif de l'autre aux mille yeux : dans un des dessins de l'enfant, madame N. était représentée seulement avec une tête et de nombreux yeux. Nous rappelons que madame B. ne pouvait supporter l'idée que son fils soit vu allant au CMPP. Il fallait cacher son handicap.

Cette réunion va relancer l'intérêt de la clinicienne. Dans l'après-coup, elle retrouve des notes d'une autre séance où Karim avait réalisé un modelage en pâte à modeler : une dame qui se transforme en loup. Il lui ajoute des yeux et une bouche. Il dira : « C'est une dame-loup. » Pour que le loup redevienne une « dame », il lui retire les yeux et la bouche. D'autres fois, il dessine madame N., qu'il nomme, en lui cachant les yeux : il plie la feuille, et pour être plus sûr il colle les replis. Ou bien, après l'avoir dessinée avec deux yeux, il recouvre tout le corps en gribouillant. Les yeux principalement sont cachés. Il dit alors de nouveau que madame N. est un loup.

Cette question du regard, cruciale pour Karim, élaborée en équipe, va avoir pour effet, dans la suite du travail avec l'enfant, de l'associer à la question des incidences du diagnostic de trisomie 13.

Après avoir écrit ces quelques notes, je me rends compte qu'il y a, entre ces deux enfants, et entre leurs prises en charge au CMPP, quelques traits communs.

Il s'agit d'abord d'enfants jeunes, pour lesquels, alertés dès la demande de rendez-vous, nous avons nous-mêmes contrevenu à quelques-unes de nos règles non écrites. Nous les avons reçus très rapidement alors que notre liste d'attente est actuellement de plus d'un an. Sans doute n'est-ce pas là obéir à une règle de justice et certains enfants attendent-ils beaucoup trop, alors qu'eux aussi auraient dû largement bénéficier de nos soins précoces. Sans doute pour certains d'entre eux cette attente est-elle grave. Je ne cesse de le dire et de l'écrire aux autorités de tutelle du CMPP, où j'assume la charge de

direction médicale, en demandant depuis plusieurs années la création de nouveaux postes.

Il reste que, recevant le courrier du médecin de Juliette et celui du médecin de PMI pour Karim, nous avons proposé immédiatement des rendez-vous et nous ne les avons plus lâchés depuis, inventant pour chacun des modalités de travail chaque fois un peu différentes.

Pour Karim, nous avons contrevenu à une deuxième règle qui veut que, au CMPP, les enfants soient d'abord reçus avec leurs parents par un psychologue ou un psychothérapeute ayant une formation analytique, ou par moi-même.

Nous pensons que toute demande doit être entendue, qu'à toute demande il doit être répondu. Nous ne pensons pas que toute demande doive être satisfaite.

Il arrive que, lors des premiers entretiens, nous ayons à faire évoluer une demande, de rééducation par exemple, vers une question un peu plus complexe sur les difficultés de l'enfant. Cela peut demander un certain temps. Il arrive aussi, et tous nos collègues le savent, que la demande des parents ne suffise pas à mettre l'enfant au travail.

Il faut aussi trouver des stratégies pour qu'à un moment la balle passe dans son camp, pour que nous puissions jouer avec lui. Ce travail d'accouchement de la demande, comme celui d'une sage-femme, est imprévisible et ne peut guère faire l'objet d'une standardisation. Nous misons donc sur l'ouverture qui peut résulter de la rencontre pour un enfant et son ou ses parent(s) avec un psychanalyste.

Karim n'a pas rencontré de psychanalyste. Nous avons collé à la demande du médecin de PMI : psychomotricité. Pourquoi ? D'abord, nous avons fait de nécessité vertu. Plutôt que de faire attendre quelques mois cet enfant, la psychomotricienne et moi-même avons parié sur son savoir-faire à elle, et ce que j'appellerai sa docilité au cas. Elle a reçu ce bambin de 2 ans avec sa jolie maman, l'un muet, l'autre rendu mutique par la différence de langues, et une langue commune a été trouvée : une première fois par la médiation du père, puis grâce à un dictionnaire. Quand la psychomotricienne s'est rendu compte que Karim restait sinon muet, du moins

incompréhensible pour elle, en ne parlant que turc, elle lui a proposé de venir seul, et ne rencontra plus qu'occasionnellement la mère, entretemps devenue une deuxième fois maman.

Un autre point commun se dégage de ces deux récits. Dans les deux cas, il s'agit d'enfants sans doute assez lourdement atteints dans leur corps, leur corps réel, d'enfants placés sous le regard des médecins depuis le premier jour.

La psychanalyse n'est pas un idéalisme se proposant de soigner des maladies d'une âme sans organes, ou, comme je l'ai entendu dire il y a quelques années par Colette Soler, ce n'est pas le traitement imaginaire de maladies imaginaires (les bleus de l'âme). Or, pour ces deux enfants, sans rien sous-estimer de ce qui grève peut-être leur possibilité de parole, d'apprentissage scolaire, nous butons sur la question de la jouissance et de la construction de la pulsion.

Juliette jouit trop de sa propre voix. Est-ce une trouvaille qu'elle a faite quand seule, dans son lit, isolée dans la petite chambre au bout du couloir, il fallait bien qu'elle se consolât ? Je ne le sais pas. Ses « A... » (comment écrire un tel son ?) ne sont adressés à personne. Sans avoir à faire un choix étiologique, ni à s'engager dans une guerre entre psychanalystes et adeptes des neurosciences, je considère aujourd'hui que c'est en effet sur cette ligne de crête que nous avons à opérer, à inventer pour donner à cette enfant un peu de goût pour le visage humain, la voix de l'autre. Nous avons à mettre en jeu quelque chose de nous-mêmes dans cette visée : qu'elle puisse consentir à céder un peu de cette jouissance illimitée de cette voyelle sans fin, accepter la coupure de la consonne qui seule permet la parole.

Pour Karim, notre travail en commun a également tendu vers cette recherche de quelques points de repère. Nous sommes tombés sur la problématique du regard et de l'angoisse persécutrice de cet enfant. Cela lui a permis de dire son refus d'être regardé par une stagiaire, celle qui n'est là que pour regarder. C'est dans le transfert que cette angoisse se travaille. Il a inventé, pour faire part de son angoisse d'être dévoré du regard, une « dame-loup » aux multiples yeux avec une grande bouche : l'Autre qui jouit de manger des yeux. Aux prises avec ce regard persécuteur de l'autre, du fait du réel de sa maladie, et sans doute d'une configuration familiale dans laquelle être regardé

mensuel 12

prend une place particulière, Karim s'est saisi du dispositif de psychomotricité pour remettre cent fois l'ouvrage sur le métier.

Au CMPP, la psychanalyse est vraiment à réinventer avec chaque patient. Mais pour pouvoir la réinventer, encore faut-il que nous ne la laissions pas se perdre et que nous soyons à la tâche par notre propre travail théorique et notre engagement dans la clinique. C'est un choix politique.