

La psychanalyse au centre d'orientation et dans le milieu de la mésadaptation sociale

thérèse nadeau

A l'été 1998, au moment même de la fermeture du Centre d'Orientation, madame Richard de la revue Filigrane me sollicite pour écrire un texte sur l'histoire de la psychanalyse dans cette institution. Coïncidence de cette demande qui a eu un effet de surprise chez les deux protagonistes. C'est avec une certaine ambivalence que j'accepte le mandat car des sentiments mixtes m'habitent : deuil à faire, inquiétude pour l'avenir, dette à ma filiation, idéalisation « du bon vieux temps ». Comment rendre compte d'un milieu, de ses représentants et de la vie intellectuelle qui y régnait? Je m'aventure dans cette entreprise en adoptant un style un peu hybride à mi-chemin entre le témoignage et le récit¹.

La relecture de Frayage 1987 où les entrevues avec monsieur A. Lussier et madame G. Clerk relatent les débuts de l'Institut de Psychologie et l'influence du Père Mailloux a tôt fait d'éveiller ma curiosité. Entrée au Centre en 71 pour les stages de doctorat en psychologie j'y exerçais depuis, mais connaissais peu son histoire passée. Dans cette première partie je vous livre donc mes découvertes faites à partir des documents d'archives et de mon expérience du milieu. Institution qui aura duré cinquante cinq ans et aura fait œuvre de pionnière pour la psychologie et la psychanalyse appliquée.

PREMIÈRE PARTIE

Le Centre d'Orientation est fondé en novembre 1943, dans le contexte d'un mandat social de protection de l'enfance² : il s'appelait à ce moment « Placement Familial ». Le Père Guillemette, o.p., directeur du Conseil des Œuvres, souhaitait innover en créant un service de placement des enfants abandonnés. Il voulait démontrer la valeur du placement familial, alternative à l'institution envisagée comme unique solution. À l'époque, au Québec, particulièrement dans la région de Montréal, les orphelinats étaient bondés, ce qui compromettait le développement des enfants; et en outre, aucune avenue n'était offerte aux enfants de 14 ans et plus. Le Père Guillemette avait imaginé un milieu qui évaluerait les placements avec plus de rigueur, ainsi que cela se pratiquait déjà depuis plusieurs années aux États-Unis et dans huit autres provinces canadiennes. Il invite donc le Père Mailloux, o.p., directeur du nouvel Institut de psychologie de l'Université de Montréal (1942), à assumer la direction technique de cette œuvre sociale. Celui-ci accepte

avec enthousiasme cette nouvelle responsabilité et avec le support des premiers diplômés en psychologie³, fonde en novembre 1943 le Centre d'Orientation, première clinique de psychologie au Québec. Le contexte social de l'époque était favorable car les sciences de l'homme prenaient leur envol. Le Père Mailloux aura une influence déterminante sur l'orientation théorique des services en y implantant d'entrée de jeu les principes de la psychanalyse freudienne⁴ qu'il enseignait à l'université, assortie aux données de la psychologie scientifique.

Ces ouvriers de la première heure ont fait œuvre de pionniers car tout était à bâtir; y compris leur propre route pour avancer. C'est avec dynamisme qu'ils ont élaboré leur cadre de travail : mettre en place l'infrastructure technique et les instruments cliniques, structurer le protocole d'évaluation des enfants et des familles d'accueil pour permettre un pairage judicieux et assurer le *follow-up*. Tous ont travaillé de concert, très souvent bénévolement pour donner forme à ce projet unique et novateur. Il leur fallut faire preuve de ténacité et d'ingéniosité pour survivre aux difficultés des premières années, entre autres, les problèmes financiers chroniques; indépendance administrative exige. Le Père Mailloux en homme tenace et énergique saura mobiliser ses troupes dans ce qu'il appelait « cette œuvre humanitaire chrétienne ».

On peut se faire une idée de l'esprit qui animait les fondateurs de cette mission sociale en lisant le texte qui accompagne le bilan annuel des activités envoyé en décembre 1947 à Mgr Charbonneau, archevêque du diocèse :

Soutenu par un grand esprit surnaturel et une ardente charité, l'ensemble du personnel technique a dispensé au Centre d'innombrables heures de service d'une façon entièrement bénévole. Sans l'élan vraiment apostolique de ce groupe de jeunes universitaires, chez qui le souci de la vie intérieure est aussi intense que celui de la compétence et du travail bien fait, aucune réalisation de ce genre n'aurait été possible.

Et Mgr Charbonneau répond à la direction et au personnel en retournant ses félicitations et sa bénédiction. Il semble qu'en ces temps d'effervescence novatrice l'esprit chrétien, la psychologie scientifique et la psychanalyse faisaient bon ménage. D'ailleurs, la devise du Centre n'est-elle pas : *scientia et caritas!*

L'expérience fructueuse des trois premières années va permettre à l'équipe des professionnels de redéfinir son mandat et de se concentrer davantage sur des activités de prévention des troubles de l'enfance : la clinique du Centre d'Orientation desservira dorénavant la population et offrira des services d'évaluation, de consultation et de thérapie psychanalytique; les tarifs seront ajustés à la capacité de payer des clients (dès 1947). Les besoins étaient là puisque très rapidement les demandes augmentent; on doit même ouvrir un service d'internat spécialisé pour les enfants en grandes difficultés où l'on offrira une aide rééducative et des sessions de thérapie individuelle, par le jeu ou de groupe. Par son affiliation avec l'Institut de psychologie de l'Université de Montréal, le Centre

deviendra le premier milieu de stage en psychologie clinique (en 1949). Rapidement il sera reconnu pour son dynamisme, son souci de recherche et d'échange; sa réputation dépassera les limites de la province, il attirera de nombreuses personnalités des sciences sociales et humaines⁵ et plusieurs étudiants étrangers y viendront en stage de perfectionnement. Il est identifié comme une clinique psychologique où l'on travaille à partir du cadre psychanalytique tant dans l'utilisation des tests d'évaluation, de la thérapie que de l'enseignement. Sans viser particulièrement à la pratique de la psychanalyse ni à la formation d'analystes, le Centre va amener au cours des années quelques candidats à s'y engager.

Le Père Mailloux demeure l'âme dirigeante de cette œuvre : il stimule son équipe par la passion qui l'anime et la rigueur de sa pensée. Il encourage les professionnels dans leurs projets de perfectionnement, de recherche, de rayonnement scientifique et aussi d'implication sociale et éducative⁶. Les psychologues seront souvent à l'avant-garde pour faire évoluer les mentalités et vont promouvoir des positions éducatives libérales, plus respectueuses des besoins des enfants⁷. La vie professionnelle au Centre est très animée, les discussions de cas multidisciplinaires du lundi sont recherchées : elles deviennent un forum de discussion. Pendant des années le Père Mailloux va animer des séminaires continus touchant différentes thématiques cliniques ainsi que la théorie freudienne. Le Centre est un milieu très stimulant, un carrefour d'échanges et de brassage d'idées, de projets à mettre sur pied. Tous participent à cet idéal de qualité et d'excellence. Milieu stimulant pour le travail mais où il fait bon vivre aussi, à témoin les nombreuses occasions pour des fêtes mémorables.

Du côté de l'Internat, les professionnels, guidés par la directrice générale madame Jeannine Guindon, vont travailler pendant quelques années à améliorer la thérapie de milieu. Ils vont élaborer une approche rééducative globale à travers le vécu partagé avec centration sur les forces du Moi de l'enfant, inspirée de la psychanalyse américaine du Moi⁸. À ce titre, le Centre d'Orientation deviendra le chef de file pour la profession de psycho-éducateur; il se verra confié pour plusieurs années la tâche de sélectionner, former le personnel éducateur et élaborer le devis clinique de nombreux Centres d'Accueil. C'est une tâche d'envergure qui amènera le Centre à fonder en 1958 le Centre de formation d'éducateurs spécialisés qu'il hébergera dans ses locaux.

L'âge d'or du Centre d'Orientation va durer pendant plus de trois décennies : croissance continue de la clientèle et de l'équipe multidisciplinaire, diversification des services, rayonnement international, réputation solide comme milieu de stage, service subventionné de recherches appliquées et trois programmes de formation post-doctorale qui s'ouvrent officiellement en 1969 aux professionnels de l'extérieur, dont celui de formation à la psychothérapie psychanalytique. Conscients de la nécessité de partager leur expérience, la Clinique et l'Internat publient en 1968, le « Cahier du Centre d'Orientation ». Ce cahier scientifique

semestriel veut contribuer à sa façon à l'avancement et à la transmission des connaissances en psychologie clinique. Plusieurs psychanalystes consultants⁹ viendront régulièrement exercer une fonction conseil auprès des professionnels et de la direction, animeront pendant plusieurs années des séminaires de cas ou des séminaires cliniques portant sur différents auteurs, ou sur des thématiques proposées par les psychologues. L'ouverture à la formation continue était fortement encouragée.

C'est dans ce contexte d'effervescence intellectuelle que j'ai été admise en stage de doctorat : le milieu était reconnu à l'université comme étant très riche mais exigeant. Le stagiaire était en effet bien encadré : la formation était balisée, par étapes, le contenu varié et dense et clairement identifié à l'orientation psychanalytique. Les attentes à l'égard du stagiaire et du psychologue junior étaient élevées, à la mesure de la formation offerte, d'ailleurs exceptionnelle. Cadre de travail formalisé qui n'empêchait pas un climat très chaleureux dans cette grande équipe. J'ai des souvenirs très vivants des repas pris ensemble dans la grande salle à dîner : les discussions n'en finissaient plus, les rires fusaient et parfois, le ton montait. C'était comme une famille avec ses alliances et ses rivalités.

Le psychologue junior, une fois sa probation terminée, était admis à des séminaires en petit groupe, ce qui favorisait l'articulation de sa pensée au contact de celles des autres. Le premier séminaire auquel j'ai participé était dirigé par le docteur Jean Bossé qui travaillait les textes de Winnicott : lecture en spirales, en aller-retour qui est restée pour moi un marqueur pour comprendre la pensée d'un auteur. Par la suite, il y aura avec le docteur Guy Da Sylva les séminaires sur les théories de Klein, Bion et Meltzer et le docteur Louise Quintal nous accompagnera pendant presque dix ans pour un long parcours à multiples thématiques.

Très tôt en début de carrière, l'on était encouragé à entreprendre une psychothérapie ou une psychanalyse : la majorité des professionnels acceptait d'emblée cette norme, et la formation à la psychothérapie psychanalytique venait naturellement par la suite. Un bon nombre des psychologues choisissait cette orientation alors que la directrice générale, madame Guindon, insistait davantage sur le rayonnement à caractère scientifique ou sur la formation à la psychothérapie centrée sur les forces du Moi, présentée comme plus efficace en temps et en argent. Les discussions étaient parfois vives entre les tenants de la psychanalyse classique et ceux du camp du Moi.

Les professionnels souhaitaient participer depuis longtemps aux décisions et aux orientations de la clinique mais le style de gestion plutôt autoritaire ne le favorisait pas, ce qui devint source de tensions. La mode du « gestionnaire-coach » n'était pas encore arrivée ! Cette situation de conflits avec la direction qui durait depuis quelques années a fini par éclater (1976-1977) entraînant malheureusement les départs du Père Mailloux, du docteur Bossé et de plusieurs de ses professionnels d'expérience. Un climat de morosité et d'ébranlement s'est installé suite à ces pertes importantes : l'équipe était amputée de ceux qui portaient l'histoire.

Les dangers guettaient aussi du dehors : en 1972, en vertu de la nouvelle Loi sur la santé et les services sociaux, le Centre était devenu un « centre d'accueil privé conventionné ». Or dès les années 1980, différentes orientations ministérielles vont

modifier de façon drastique sa mission. En 1983, l'Internat se voit obligé de fusionner avec d'autres Centres d'accueil, son personnel quitte. La clinique externe est aussi touchée : dans le cadre des subventions qu'elle reçoit, elle doit offrir exclusivement des services-conseil aux Centres de Réadaptation. C'est une corporation-sœur, le Centre de Psychologie Gouin, qui prendra en charge les autres services dispensés jusqu'alors par le Centre d'Orientation.

Pour les professionnels, ce changement de cap majeur dans leurs fonctions est tout un défi à relever, d'autant plus que la rumeur de fermeture réapparaissait régulièrement... menace qui se réalisera quinze ans plus tard! L'équipe a fait un travail de réflexion intense pour définir cette nouvelle mission-conseil, élaborer la spécificité du psychologue consultant en centre de réadaptation, milieu souvent réfractaire à l'orientation psychanalytique. Pour mieux répondre aux besoins particuliers de la mésadaptation sociale, l'équipe intègre à son approche analytique une perspective systémique et familiale grâce à l'échange engagé avec des psychanalystes formés à la thérapie familiale¹⁰ Poursuivant dans l'esprit de sa tradition, le Centre a continué à offrir de la formation continue, des ateliers de réflexion clinique, a même organisé des journées conférence¹¹, des colloques; en 1988 une nouvelle publication semestrielle paraît dans le but de favoriser les échanges entre différents milieux d'aide à l'enfance. L'équipe a travaillé avec énergie pour reconstruire ses assises, retrouver son esprit de recherche et de perfectionnement. Malheureusement, le Centre ne survivra pas à la dernière vague des réformes des services de santé¹² : en avril 1998, la Régie Régionale ferme définitivement le Centre d'Orientation et les psychologues sont transférés dans les Centres jeunesse.

Une page d'histoire qui se termine là pour cette institution qui aura marqué l'histoire de la psychologie au Québec en donnant des bases de qualité à la pratique de la psychologie psychanalytique. Milieu stimulant qui a attiré des têtes d'affiche qui ont trouvé au Centre d'Orientation un terrain propice à l'éclosion de leur richesse professionnelle. On ne compte plus les centres hospitaliers, les bureaux privés, les écoles, universités où l'on ne retrouve des « anciens », ou des professionnels formés au Centre d'Orientation.

SECONDE PARTIE

Je voudrais maintenant répondre à la question de l'avenir de la psychanalyse en me limitant justement au milieu de la mésadaptation sociale et des transformations que j'y observe depuis les quinze dernières années et qui touchent directement mon travail de psychologue d'orientation psychanalytique. Avenir plutôt incertain si l'on tient compte du fait que son objet d'étude – la réalité psychique – semble avoir peu d'attrait et ceci de façon encore beaucoup plus marquée depuis les dernières réformes. Je m'explique.

Le milieu de la rééducation a toujours eu du mal à reconnaître l'inconscient, les pulsions, les forces souterraines qui animent l'être humain. On se souvient de l'influence de la psychologie du Moi « à l'américaine » sur la formation des éducateurs et son pendant d'une certaine idéologie du traitement où l'on cherche à

rendre l'enfant autonome, actif, adapté, avec un Moi distancé du pulsionnel. La visée adaptatrice est prédominante en fonction de la réalité du groupe ou de la famille, aux dépens parfois du rythme de développement de l'enfant et ses besoins plus profonds.

Dans le milieu de la rééducation, il y a une tendance à dénier l'intériorisation rapide des interactions précoces avec l'environnement et les effets éventuellement pathogènes qui vont s'inscrire et se reproduire dans un milieu substitut. Tout comme il y a une résistance à accepter la répétition intergénérationnelle et la compulsion de répétition. Les stratégies d'intervention s'appuient sur une certaine illusion qu'on peut tout effacer, recommencer à neuf sans réveiller le passé. Alors, si le psychologue tente d'identifier la pathologie, les défenses ou les fixations avec lesquelles il faut travailler, c'est perçue comme une prise de position pessimiste, ou pire, comme un jugement de valeur et ceci n'est pas très « politically correct ». La réalité psychique est complexe et cela fait peur, on se sent impuissant à comprendre, à décoder ce qui échappe au conscient. Quel est le sens de tel symptôme, de tel comportement, de telle inhibition? Comment en resituer le sens dans l'histoire de l'enfant, dans sa trajectoire relationnelle? Alors on se rabat sur ce qui est visible, sur le manifeste, le comportement observable sur lequel il semble plus facile d'agir. D'où le danger des notions cliniques générales, rassurantes; des catégories floues, un peu fourre-tout : la maltraitance, la carence, l'abus sexuel, les troubles d'attachement,... etc. Catégories qui sont réductrices lorsqu'elles servent à définir l'enfant par son trouble manifeste et orientent la mise en place des programmes, des services. Et le sujet dans tout cela, quelle est sa demande, de quelle souffrance singulière parle-t-il au delà de ce qu'il montre à voir de son corps meurtri?

Le psychologue est également confronté à des équipes pressées de donner rapidement des services ... dans le réel, parce que le comportement dérange, parce que le traumatisme est omniprésent. Bien sûr, il faut soulager, répondre à l'urgence : le mandat de protection de l'enfant exige une action diligente. Encore faut-il aussi se donner un temps suffisant pour se représenter la demande, un espace-temps pour favoriser le dévoilement des contenus latents : cette position d'attente est régulièrement mise en défaut. Très souvent, il faut rappeler aux intervenants la nécessité d'un cadre qui favorise l'élaboration de la réalité interne. Cette position d'écoute, de recherche est difficile à tenir car à contre courant d'une certaine idéologie de l'intervention centrée sur la réponse rapide au besoin, à la plainte et, il y a la pression des débordements.

Avec la clientèle de la mésadaptation sociale nous sommes dans le quantitatif : le trop ou le trop peu, les agirs, les problématiques carencielles, les troubles avec déficit narcissique et identitaire, les pulsions désintriquées,... etc. Le réel fait pression et risque de provoquer des réactions contre-transférentielles et d'occulter la recherche du sens : la théorie est ici essentielle comme contenant, appui, outil à penser. La thérapie psychanalytique longue et exigeante en termes de motivation serait difficilement applicable avec ces problématiques à déterminants multiples

qui nécessitent une prise en charge multimodale et en réseau. Cependant, la psychanalyse comme théorie explicative du fonctionnement psychique permet de donner sens à ces dysfonctionnements des enfants dont le monde interne se désintègre. Elle aide l'intervenant à saisir la complexité de l'humain et de ses échanges. Encore faut-il que l'équipe se donne un minimum de continuité temporelle pour penser ensemble, élaborer une compréhension des difficultés rencontrées avec l'enfant, ses régressions, clarifier les impasses et les émois contre-transférentiels. J'ai souvenir de rencontres hebdomadaires avec certaines équipes de Boscoville et de la Clairière qui ont permis de pousser assez loin l'émergence des « résonances » entre l'enfant et ses éducateurs; où l'équipe s'est laissé « utiliser »¹³ par l'enfant comme écran de ses projections, où il a été possible de saisir la valeur de communication du transfert sur la réalité extérieure d'une réalité intérieure insaisissable. Même situation d'écoute patiente avec les parents pour leur permettre de rejoindre l'enfant en eux – l'enfant mauvais, abandonné, persécuteur – afin qu'ils puissent saisir un peu ce qu'ils répètent sur l'enfant de la réalité, mettant ainsi en danger son développement psychique ou physique.

Mais la théorie psychanalytique fait peur, elle dérange : elle est complexe, demande du temps pour articuler les différents registres, ceci exige une volonté des dirigeants de favoriser son implantation dans un milieu. Elle dérange aussi car elle fait appel à la partie inconsciente de l'intervenant, à la part d'inconnaissable chez lui et chez l'autre. Elle est moins rassurante que le recours au modèle prêt-à-porter « bio-psycho-social » ou que les explications sociologiques des troubles psychiques.

Et ici, le bât blesse sérieusement et met en péril dans le milieu de la mésadaptation sociale la référence à la théorie psychanalytique comme support pour penser la complexité de l'humain. C'est un milieu qui est particulièrement sujet aux idéologies, aux modes, au « politically correct ». Travailler avec les problématiques des troubles de la parentalité, de l'enfance abandonnée, maltraitée, cela soulève des passions, des croyances. C'est un milieu professionnel sensible aux diverses tendances, mouvements et réformes qui le traversent, aux effets de certains courants sociologiques qui insistent sur les facteurs extérieurs explicatifs des troubles psychiques et relationnels. Il y a eu l'idéologie du tout-au-social, au-politique, l'idéologie du communautaire, celle du retour dans le milieu familial, de l'intervention minimale, celle des nouvelles formes de familles, de leurs valeurs différentes à respecter, ... etc.

Milieu, surtout sujet aux politiques ministérielles parachutées, aux réformes économique-administratives camouflées sous des slogans pseudo-cliniques : sirènes économiques obligent. Une telle réforme improvisée est venue ébranler depuis cinq-six ans les assises d'une culture de soin à l'enfance qui avait pourtant fait ses preuves. Des impératifs économiques de rendement, de gestion des ressources ont bouleversé la donne en imposant des changements tous azimuts sans repères cliniques fondés et démontrés. On se retrouve avec des mesures telles que : fermeture des centres d'accueil et regroupement sous une même entité, diminution des ressources d'hébergement, dissolution des équipes, identités professionnelles

gommées, savoirs accumulés dispersés, « melting pot » des cultures, nivellement vers le bas des professions par l'engagement de techniciens, transformation de postes de psychologue en postes de conseiller¹⁴, instabilité du personnel soignant,...etc. L'intervenant est surchargé et par un *case load* qui s'alourdit et par les contraintes administratives nombreuses : il n'a plus le support de l'équipe, ni le temps pour l'échange et l'élaboration, ni pour des rencontres avec le psychologue. Même la spécificité du travail de l'éducateur se perd : l'expérience étayante du vécu partagé diminue comme peau de chagrin. L'enfant n'est plus convié à établir une relation signifiante de dépendance et à y répéter son « mal de mère », il est plutôt invité à utiliser les ressources de sa communauté. Les entrevues de psychothérapie sont réduites à une quinzaine de séances, renouvelables seulement si nécessaire.

Actuellement c'est le modèle social du traitement qui prime : on fait des changements dans la réalité, on met des services « autour » de l'enfant et de la famille. Il n'y a plus un espace, un temps suspendu, une disposition de l'esprit qui permette à l'intervenant d'écouter, de jouer mentalement avec ce qu'il ressent en lui des sentiments qui appartiennent à l'enfant, et l'amène ainsi à devenir l'interprète du monde interne de l'enfant. Cependant on note une augmentation très importante des demandes d'évaluation psychologique : s'agit-il d'un symptôme d'une situation où il y aura un diagnostic en lieu et place d'une rencontre significative? L'enfant risque de rester le « corps étranger » qu'on saisit de l'extérieur, à partir de comportements-cibles à mesurer, quantifier et sur lesquels on agit. Vitement faire taire le conflit, la souffrance qui ne servent plus de moteur pour la mise en sens et l'interrogation du monde interne vacillant de l'enfant, de sa parole à trouver. Alors que faire, quelle position prendre? Une pratique de type analytique est-elle encore possible?

Devant le danger de glissement, de dérive du soin psychique, il est urgent que le clinicien d'orientation psychanalytique participe aux débats sur les orientations. Les institutions sont aussi influencées par les changements sociaux : or, plusieurs soulignent que notre monde contemporain montre un appauvrissement de l'intérêt pour l'humain, une déperdition du symbolique. Comme le remarque bien à propos la psychanalyste Julia Kristéva dans *Les Nouvelles Maladies de l'âme* :

Car le constat s'impose; pressés par le stress, impatients de gagner et de dépenser, de jouir et de mourir, les hommes et les femmes d'aujourd'hui font l'économie de cette représentation de leur expérience qu'on appelle une vie psychique¹⁵.

Le psychologue doit questionner un modèle de soin qui tient peu compte de la réalité intérieure, de la subjectivité et n'offre pas un dispositif de travail propice à son élaboration. Il faut faire valoir un autre plan d'approche de l'humain : toute la question du sens de ce qui l'anime. C'est sur ce terrain qu'il faut prendre la parole : montrer que l'humain est toujours source de conflits et de désirs contradictoires; qu'une conduite peut avoir des sens inconscients différents, qu'un

symptôme est à la fois l'expression d'une souffrance et la façon de la faire taire. La psychanalyse peut expliquer de façon cohérente ces phénomènes psychiques et relationnels, en particulier la part subjective qui est traversée par la force pulsionnelle. Regarder une réalité sous l'aspect intrapsychique n'exclut pas les autres aspects à considérer : cela éclaire une des facettes essentielles de l'humain. Le clinicien d'orientation psychanalytique doit partager sa lecture avec les autres disciplines : son objet d'étude est différent et indispensable. La psychanalyse a bien cerné la réalité du vécu subjectif, ses complexités, ses lois propres et le clinicien doit en témoigner : l'isolement, le repli frileux ou un discours par trop hermétique ou précieux ne favoriseraient en rien sa position d'interlocuteur et d'interprète de la vie émotionnelle. La gravité des conditions rencontrées en mésadaptation sociale nous oblige à une lecture plus large incluant une conjugaison de facteurs sociaux, interactionnels et intrapsychiques. La prise en charge est nécessairement multidisciplinaire et implique des interventions dans le réel, des actions sur l'environnement et aussi une clinique des soins psychiques.

La prise de parole est une position éthique incontournable : témoigner de la subjectivité de l'humain et faire ainsi contre-poids au seul discours de l'observable, du quantifiable. C'est peut-être une autre façon d'exercer son orientation psychanalytique que de tenter d'influencer l'élaboration de programmes à visée clinique, de s'assurer qu'ils sont établis avec une vision, une théorie du sujet humain et non inspirés des seules réformes administratives, ou de la dernière politique imaginée par le fonctionnarisme d'état. Sans vouloir tomber dans la nostalgie d'un temps mythique où les conditions facilitaient le travail psychanalytique, je dois reconnaître qu'actuellement cela demande une combativité bien différente de celles des bâtisseurs. Devant l'attrait des nouvelles grilles de lecture « prêt à porter » et la pluralité des discours et leur mouvance perpétuelle, la théorie psychanalytique peut paraître passiste ou à tout le moins à contre-courant. La position du clinicien est peut-être subversive à vouloir ainsi s'approcher au plus près d'une écoute analytique et permettre au sujet de découvrir sa parole, ses désirs et de symboliser sa souffrance dans un contexte de soins où c'est l'adaptation qui est priorisée. Il y a déjà un siècle, Freud ouvrait l'acte thérapeutique sur la subjectivité, en invitant le patient à parler : aujourd'hui, tel un mouvement de balancier, nous en sommes éloignés puisque nous parlons à sa place par nos définitions, nos classements, nos programmes pré-établis. Y aura-t-il un retour du pendule ?

Notes

1. Je remercie mesdames Geneviève Mennasamay et Monique Trottier pour leurs conseils avisés.
2. Et aussi d'un projet de loi qui était à l'étude à ce moment concernant la protection de l'enfance.
3. Mesdames G. Clerk, T.G. Décarie et messieurs A. Lussier, C. Mailhot.
4. Malgré l'église catholique d'alors qui ne voit pas les écrits de Freud d'un très bon œil.
5. Pour en nommer quelques-uns : Chentrier, Prados et Zilborg.

6. Par exemple : émissions d'information à la radio, rencontres du dimanche soir avec des parents et des jeunes couples.
7. Monsieur A. Lussier dénonce à plusieurs reprises les censures de toutes sortes.
8. S'inspirant du travail de F. Redl et des théories de Hartman, Erikson, Spitz et aussi Piaget
9. Entre autres : Bossé, Da Sylva, Y Tanguay.
10. Madame J. Prudhomme et dr. C. Villeneuve.
11. En 1987 conférence avec une invitée de marque : madame F. Dolto.
12. Pilotée par le ministre Rochon.
13. Au sens de « l'utilisation de l'objet » de Winnicott.
14. Quatre postes de psychologue sur douze changés en postes de conseiller.
15. Kristéva, Julia. *Les nouvelles maladies de l'âme*. Fayard. 1993