

GUÉRIR DE L'IDÉE DE GUÉRIR

Par Joëlle Lanteri – Psychanalyste

Le clinicien face aux limites du soin : contenir, stabiliser, ouvrir au tiers

I. Certaines cliniques d'enfants donnent le sentiment d'entrer dans une pièce où l'air est déjà chargé : polytraumatismes, autisme, handicap, troubles intriqués... Rien n'est "simplement" symptôme. Tout est climat. Et ce climat se propage : famille, école, institutions, soignants. L'enfant n'arrive pas seulement avec une difficulté ; il arrive parfois avec une organisation de survie où le lien est vécu comme menace, ou comme fusion.

II. Dans ce paysage, un repère s'impose : le danger majeur n'est pas l'absence de sens, mais l'absence de stabilité. Il suffit d'un imprévu — une voix nouvelle, un bruit, une consigne modifiée, un retard, un visage absent — pour déclencher la crise. Ce n'est pas "caprice". C'est souvent la marque d'un système nerveux et psychique débordé : quand la sécurité interne manque, le moindre changement devient effraction.

III. Les canaux sensoriels (toucher, ouïe, rythme) prennent alors une place centrale. Un enfant peut ne pas supporter une intonation, une fréquence, une proximité, une texture ; ou au contraire s'y agripper comme à une bâquille. L'écoute clinique, ici, commence parfois avant la parole : écouter une tension musculaire, une crispation au bruit, une fuite du regard, une accélération respiratoire, une agitation qui dit "trop".

IV. Toucher et ouïe deviennent des portes... mais aussi des pièges. Le toucher peut apaiser, contenir, réguler. Il peut aussi déclencher panique, sidération, agressivité — surtout chez l'enfant traumatisé, ou chez certains enfants autistes hypersensibles. Le toucher n'est donc pas "un outil", mais une langue : pour certains, il rassure ; pour d'autres, il envahit.

V. La même prudence vaut pour l'ouïe : un bruit de chaise, une porte, un éclat de voix, un changement de tempo dans la parole de l'adulte peuvent être vécus comme une attaque. Dans cette clinique, la voix de l'adulte n'est pas seulement porteuse de sens : elle est porteuse de rythme, de cadre, de prévisibilité. L'attention portée à la voix, au ton, aux transitions, aux annonces, relève déjà d'une éthique du soin.

VI. Une conséquence pratique s'impose : ce qui soigne n'est pas d'abord d'expliquer, mais de rendre l'environnement lisible. Le cadre devient déjà une forme de langage.

VII. Beaucoup d'enfants "désaccordés" vivent comme si le monde était trop rapide, trop changeant, trop imprévisible. Or, sans un minimum de stabilité, il n'y a pas d'espace pour symboliser : on est dans la réaction, la défense, l'urgence. La pensée ne se déploie pas ; elle se barricade.

VIII. C'est ici qu'une phrase d'Alexandre Jollien résonne avec force : l'essentiel, dit-il, est de travailler sur plusieurs plans dont l'environnement (au sens large : éducatif, humain, institutionnel). Cette mise en avant de l'environnement rappelle une vérité clinique souvent

mal tolérée par l'idéologie de la réparation : on ne "répare" pas un enfant dans le vide. On aménage autour de lui des conditions où la vie psychique peut, petit à petit, devenir habitable.

IX. Le parcours de Jollien — passé par une institution spécialisée avant de rejoindre la philosophie — a donné lieu à *Éloge de la faiblesse*, construit comme un dialogue socratique. Pour le clinicien, il ne s'agit pas d'y chercher une méthode, mais une orientation : sortir de l'enfermement ne passe pas toujours par "comprendre plus", mais par vivre autrement le réel, avec moins de surcharge, moins d'idéal de normalité, et plus de justesse dans le quotidien.

X. Peut-on alors espérer un tiers séparateur quand la relation oscille entre menace et fusion ? La question est centrale — et douloureuse. Dans certaines familles, dans certaines institutions, dans certains fonctionnements autistiques ou post-traumatiques, le tiers n'est pas attendu comme secours : il est redouté comme intrusion, jugement, arrachement.

XI. Il faut ici renoncer à une idée trop "pure" du tiers (un tiers qui sépare d'emblée, qui tranche, qui introduit la loi comme une évidence). Dans ces cliniques, le tiers est souvent à fabriquer. Il commence petit, concret, répétitif. Il commence par ce qui diminue la panique.

XII. Le tiers, au départ, peut être :
une prévisibilité : mêmes horaires, mêmes rituels d'accueil et de sortie, mêmes mots simples ; une annonce : prévenir avant de toucher, prévenir avant de changer, prévenir avant de passer d'une activité à l'autre ;

un objet médiateur : balle sensorielle, dessin, figurines, musique, cartes "pause / stop / encore / fini" ;

un rythme : une voix constante, une cadence qui régule, un tempo qui ne surprend pas ;

un collectif : une équipe qui tient, partage, amortit, évite que tout se joue en duel.

XIII. Dit autrement : le tiers séparateur n'est pas d'abord séparation. Il est souvent anti-effondrement. On ne sépare pas quelqu'un qui tombe ; on commence par l'empêcher de tomber.

XIV. Sortir de la crise passe souvent par une clinique du changement. Ici, les changements inopinés sont des déclencheurs majeurs, parce qu'ils réactivent l'imprévisible comme danger. Sans prétendre à l'universel, quelques gestes reviennent comme décisifs, parce qu'ils respectent la logique de ces enfants :

XV. 1) Diminuer la surprise.

La surprise est l'ennemie. Ce qui n'a pas été annoncé est vécu comme effraction.

XVI. 2) Donner une forme au changement.

Le changement devient plus supportable quand il est signalé et ritualisé : "dans deux minutes", "après cette chanson", "après trois respirations", "quand le sablier est vide".

XVII. 3) Séparer sans arracher.

Une séparation réussie n'est pas une rupture : elle est annoncée, ritualisée, rendue réversible ("je pars / je reviens / voilà quand").

XVIII. 4) Mettre la voix au service du cadre.

Parler moins, parler plus simple, parler stable. L'argumentation échoue souvent là où la constance contient.

XIX. 5) Toucher seulement si c'est une langue partagée.

Le toucher doit être demandé, annoncé, co-régulé. Sinon, il devient intrusion. Parfois, un objet intermédiaire (couverture, coussin, balle) fait médiation et protège.

XX. 6) Faire tiers par l'équipe.

Quand la dyade parent-enfant est saturée (menace/fusion), le tiers le plus réaliste est souvent une pluralité : relais éducatifs, école, soignants, synthèses. Le collectif empêche que l'enfant devienne l'enjeu d'une guerre de places.

XXI. Dans ce chaos relationnel, l'objectif n'est pas de "normaliser" vite, ni de gagner une autonomie idéale. L'objectif raisonnable est de rendre possible une expérience neuve : un peu de séparation sans catastrophe, un peu de lien sans fusion.

XXII. C'est là que le titre prend tout son sens : guérir de l'idée de guérir. Renoncer au fantasme d'un retour à la norme comme horizon unique. Renoncer au mirage du "tout réparer". Et choisir une éthique du tenable : diminuer la surprise, augmenter la stabilité, soutenir les médiations, protéger le reste, accueillir la lenteur.

XXIII. Car dans ces cliniques, la victoire n'est pas spectaculaire. Elle est souvent minuscule : une crise moins longue, un enfant qui tolère une transition, un parent qui ne s'effondre pas, un éducateur qui tient sans se durcir, un regard qui s'accroche une seconde de plus.

XXIV. Oui, on peut espérer des accès au tiers séparateur. Mais pas comme une illumination. Plutôt comme une construction patiente : un cadre qui rassure, une voix qui régule, un changement annoncé, un objet médiateur, un collectif qui tient. Et, au fil du temps, un enfant qui découvre ceci : le monde peut bouger... sans que je me perde.