

PROJET POUR LA MISE EN PLACE D'UN RÉSEAU CLINIQUE PLURI-INSTITUTIONNEL DU LIEN, DU NOURRISSON, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Mai 2011



Dr C.CARAYON Pédopsychiatre CMPEA

En ces temps difficiles où toutes les institutions missionnées auprès de l'enfant et de sa famille : assistance éducative judiciaire, services sociaux du Conseil Général, Education Nationale et spécialisée, structures de soins hospitalières et extrahospitalières, etc...., voient leurs dotations et ressources humaines menacées ou réduites face à une jeunesse et des familles de plus en plus en souffrance, il apparaît plus que jamais nécessaire et impératif de potentialiser ces moyens insuffisants par la mise en place d'un dispositif réticulé garantissant de meilleures articulations et le développement de processus de liaison.

I- INTRODUCTION RAPPEL DE CONCEPTS SIMPLES ET FONDAMENTAUX

- La souffrance et la violence qui peut l'exprimer sont toujours symptomatiques de processus de déliaison ou de rupture, du lien à l'autre.

Les stratégies thérapeutiques reposent donc toutes et toujours sur propositions de médiations ou de moyens permettant, favorisant et encourageant les processus de tissage ou de reconstruction du lien.

- Plus ces propositions seront précoces moins profondes seront les ruptures et les fractures, plus économiques les actions de réparation ou de recréation de soi et du lien à l'autre.

Plus que jamais doit-on insister sur les possibilités et les espoirs qu'on peut trouver dans une connaissance toujours plus approfondie de la clinique du nourrisson et du très jeune enfant.

Mais il va de soi que l'attention portée aux adolescents depuis ces dernières années doit être aussi soutenue et renforcée.

- C'est la parole qui fait lien.

Chacun peut régulièrement constater dans sa pratique les effets apaisants, toujours étonnants sur l'enfant quand les adultes référents arrivent à se retrouver autour de lui pour parler et partager leurs inquiétudes, leurs questions et ainsi retrouver confiance en son désir de vie et de lien.

Plus nous serons en lien de parole, plus il sera possible pour l'enfant et sa famille de développer leurs liens vitaux à l'autre.

Si soigner c'est créer du lien, tout acteur de vie sociale, engagé auprès de l'enfant et sa famille, exerce une fonction soignante et il appartient à tous de soutenir celle de chacun.

On peut penser ainsi deux modalités d'action soignante :

- soit directe :

L'acteur soutient l'enfant par les liens de parole, s'étayant sur une activité médiatrice, qui se créent entre eux.

- soit indirecte :

L'acteur du réseau soutient le ou les partenaires déjà engagés dans une relation directe auprès de l'enfant ou ses parents.

C'est presque tous les jours que l'on entend parler, sur les médias, de cet individualisme destructeur qui dissout les liens sociaux et la solidarité.

Notre mission commune n'est-elle pas d'ouvrir toujours plus l'enfant à l'autre et de le dissuader du repli sur soi ?

Le but de ce réseau n'est évidemment pas de mettre en place un carcan institutionnel supplémentaire, mais de permettre de développer son potentiel dans le désir de transmettre en réduisant l'énergie perdue dans les conflits, les malentendus et l'isolement.

Ce réseau aura donc sa philosophie : celle d'un à priori de confiance à l'égard de chacun, qu'il soit enfant ou adulte, dans ses désirs et aptitudes à créer du lien à l'autre.

II - PERSONNES ET STRUCTURES INVITÉES A PARTICIPER A CE RÉSEAU

1. Les médecins généralistes et spécialistes

Le médecin traitant ou médecin de famille est engagé très tôt dans la vie de l'enfant et peut-être dès qu'émerge le désir d'enfant chez les parents. D'autre part, il peut le suivre jusqu'à sa vie d'adulte. Enfin il suit également les parents. Il peut donc jouer un rôle de premier plan dans la garantie de continuité et de cohérence des soins à apporter à l'enfant et sa famille.

Gynécologues Obstétriciens et Pédiatres sont évidemment et également sollicités.

2. Les structures de soins :

- Maternité,
- PMI,
- Service de pédiatrie,
- Service de pédopsychiatrie, CMPP, CAMSP, SESSAD
- Service de psychiatrie générale pour les parents en plus grande souffrance.

3. Les structures d'accueil scolaires et pré-scolaires

- Crèches et garderies,
- L'école maternelle et primaires, les collèges et lycées.
- Les établissements spécialisés : IMP, IMPRO, ITEP

4. Les structures et services socio-éducatifs :

- AS et ASE
- AED, Accueil de jour, service SAPMN
- Foyer et MECS

5. Le juge des enfants et les services d'assistance éducative et judiciaire :

- AEMO,
- PJJ

6. Orthophonistes et Psychologues libéraux

7. Associations de parents

8. Associations culturelles et sportives

III - LES ACTIONS

Les actions de ce réseau pourraient s'orienter selon trois axes :

- 1- rencontres pluri institutionnelles,
- 2- supervisions,
- 3- formations communes.

1 Garantir et faciliter les temps de rencontres

Face aux demandes toujours plus pressantes il est difficile pour chacun de trouver le temps disponible et nécessaire à la rencontre des partenaires.

D'autre part quand malgré tout on arrive à dégager ce temps, il s'accorde rarement avec celui de l'autre.

Il faudrait donc garantir et harmoniser ces temps de rencontres.

Par exemple toutes les institutions appartenant au réseau pourraient s'accorder sur une journée ou au moins une demi-journée consacrée à ces temps de parole et de liaison.

Il serait demandé à chaque équipe de s'organiser pour que réunions et interventions auprès des enfants et leur famille laissent libre ce temps convenu et commun.

Mais dans le même temps il faut inventer un dispositif simple et non pas un nouveau carcan institutionnel.

Il faudrait que chacun puisse vivre cela comme du possible qui le soutient et non pas comme de l'obligatoire qui le contraint. On sent trop où peuvent dériver ces réunions où la parole reste difficile, conflictuelle et l'ambiance plombée.

On pourrait concevoir un dispositif de petits modules pluri-institutionnels, quatre à cinq personnes se connaissant bien. Chaque acteur pourrait avoir un interlocuteur repéré, connu, sur lequel repose une confiance apportée par une expérience partagée, dans chaque équipe du réseau.

Par exemple :

Une maîtresse (outre la psychologue scolaire, l'infirmière ou le médecin scolaire), pourrait établir des liens étroits avec un éducateur de l'ASE, une assistante sociale de secteur, un membre du CMPEA, le médecin traitant, etc....

Ce dispositif sera souple, modulé, le nombre d'intervenants étant proportionnel aux difficultés rencontrées, comme une équipe de rugby où le nombre variable de joueurs en mêlée s'adapterait pour proposer un soutien progressif, selon les besoins, à ceux qui sont en première ligne. Ces petits modules, en cas de difficultés pourraient faire appel à des modules plus élargis, eux-mêmes pouvant s'articuler ou se confondre avec ceux déjà existants : ITE, EPI, etc ...

2 Les supervisions

Le superviseur occupe cette fonction de permettre aux différents acteurs engagés dans ces situations difficiles où les projets de soins s'obscurcissent ou s'enlisent, de se rencontrer dans un travail de parole.

Ce superviseur, qui est à distance et non engagé directement ni auprès de l'enfant parlé ni auprès des équipes participantes, peut, de par ses qualités, proposer ou amener à découvrir des perspectives nouvelles et éclairantes, et souvent cela par de simples questions.

L'engagement et l'implication subjective nécessaires à toute action complexe ne peuvent se faire sans que s'établisse une très grande proximité et par là un certain aveuglement à l'égard de cette situation.

Le travail de parole permet cette mise à distance. Ce petit déplacement qui permet de voir les choses autrement et d'éclairer la face positive et lumineuse du symptôme, celle de l'appel à l'autre.

Ces superviseurs, de formation psychanalytique, pourraient être recrutés :

- soit au sein même du réseau psychologues et psychiatres institutionnels, psychologues libéraux ayant l'expérience ou la pratique de ce travail.

Ces échanges croisés de "psy" participeraient en plus à cette construction de liens plus solides.

- soit à l'extérieur du réseau :

L'apport d'expérience clinique, de conceptualisations théoriques nouvelles, contribuerait à l'enrichissement clinique et théorique des membres du réseau.

Ces supervisions peuvent se concevoir sur deux modes :

◇ Reprise de situations difficiles où sont – ou ont été – impliquées plusieurs équipes, par exemple une école, un service socio-éducatif, un service de soins, etc... impliqués dans une même situation.

◇ Un moment de rencontre où différentes institutions peuvent se retrouver pour parler et partager des situations posant problèmes ou questions pour chacune d'elle.

Par exemple, on pourrait envisager une supervision centrée sur la clinique du nourrisson où pourraient participer certaines personnes de :

- la consultation mère-bébé du CMPEA
- le service de néo-natalité
- l'équipe de Re-création de Clarence
- l'équipe de PMI
- accueil mère-enfant
- etc.....

De même en ce qui concerne la clinique de l'adolescent où pourraient se rencontrer foyers, structures éducatives et psychothérapeutiques accueillant et suivant des adolescents :

- Maison de l'Adolescent de Clarence,
- Foyers ANCA, Miséricorde, St Joseph, etc....
- Suivi AED, AEMO,
- CMP ADO, etc....

3. Temps de formation communs

Des temps de formation existent déjà dans chaque institution.

Il s'agirait là encore de les harmoniser et de les prioriser sur cette finalité :

développer le regard et la réflexion de chacun sur les multiples modalités de liens, sur les mécanismes qui les instaurent ou les confortent et sur ceux, à l'inverse, qui peuvent les menacer ou les détruire.

IV LA PLACE DE L'ENFANT ET SES PARENTS

Il va de soi que le premier acteur du réseau est l'enfant lui-même et que la finalité de nos actions est de l'amener à prendre soin de lui-même en faisant confiance à ses capacités et désirs d'aller mieux, de s'apaiser et de se révéler dans la relation à l'autre.

Il en va de même pour les parents dont il faut soutenir la fonction soignante.

Quand un enfant pose problème, le premier est d'en parler avec lui et sa famille.

Si les difficultés persistent, il convient de les informer de la nécessité éprouvée à se rencontrer dans ces réunions pluri-institutionnelles.

Il serait, autant que possible, souhaitable de les inviter à celles-ci pour qu'y soient reconnus et soutenus ces rôles de premier plan qu'ils peuvent et doivent occuper.

Enfin, toute action soignante ne peut se faire sans entrer pour une part dans l'intimité de la vie familiale, et il sera du devoir de chacun de rester vigilant à ne pas être intrusif et à respecter une confidentialité rigoureuse.

V QU'EST-CE QUE LA FONCTION SOIGNANTE ?

Il est clair que l'organisation et les principes de fonctionnement de ce réseau à construire ne peuvent s'éclairer qu'à partir d'une conception claire et partagée de la notion de souffrance, des mécanismes qui la causent ou l'entretiennent (processus pathogènes) et de ceux inverses qui l'apaisent (processus de soins et de guérison).

On différencie habituellement souffrance physique et souffrance psychique mais la clinique psychopathologique et en particulier celle du nourrisson, nous a enseigné comment les processus de pensée se développent et s'étayent sur les processus somatiques, et combien ceux-ci interagissent de façon très intriqués. On peut donc s'appuyer sur l'analogie, voire la corrélation existant entres ces deux approches, pour concevoir toute maladie comment l'effet de l'action d'un agent pathogène provocant

un désordre chez l'être vivant jusque là dans une certaine harmonie, voire une complétude narcissique caractérisée par un sentiment d'intégrité de soi.

Toute maladie est donc vécue comme une agression et celui qui la subit, va réagir d'une part de façon défensive et d'autre part par un appel à l'aide.

Le premier cri du bébé, à la naissance, en est l'expression la plus évidente.

On peut dire encore que toute maladie s'exprime par un symptôme qui peut prendre valeur de transgression puisqu'il trouble l'ordre établi par la révolte et la défense agressive mais aussi valeur d'appel à l'autre.

On peut retrouver ces deux réactions opposées et conjointes dans les deux modalités qui visent à réparer cette blessure narcissique qu'on peut penser d'ailleurs comme constitutionnelle de l'être humain -du fait de la prématurité, ou néoténie et de l'extrême dépendance à l'entourage :

1 Soit le repli sur soi avec cette tendance à vouloir retrouver une situation antérieure, pensée comme idéale. C'est la nostalgie du paradis perdu et le désir de retourner dans le ventre maternel pour retrouver ce moi-idéal tout puissant caractérisé par une complétude narcissique (imaginaire).

2 Soit la projection dans un futur qu'on peut anticiper comme meilleur grâce à une double confiance :

- confiance en soi, dans ses désirs et ses capacités à grandir et à s'accomplir, chaque jour davantage, orienté vers l'idéal du Moi.
- confiance en l'autre, en l'adulte dans ses capacités à protéger et à étayer les désirs de l'enfant.

Un enfant confiant en son entourage se donne le temps de grandir, sans se sentir trop aliéné par sa dépendance à l'adulte et aux désirs de celui-ci.

Les enfants disent tous les jours cette ambivalence entre le désir de rester bébé, d'arrêter le temps qui passe, et leur désir de grandir.

Dans la 1ère modalité cette dépendance non assumée, s'accompagne d'un besoin de toute puissance ou d'emprise sur l'adulte.

Dans la seconde, la confiance en l'autre ne nécessite plus (l'expression), l'affirmation de cette toute puissance.

Coexistent donc chez l'être humain et ce dès la naissance deux désirs opposés et conjoints :

- un désir d'emprise sur l'autre : c'est la tendance au rapport de force et le domaine de la loi du plus fort. Ce désir de toute puissance peut s'exprimer aussi par un repli sur soi.
- un désir d'étayage sur l'autre : c'est la demande de protection, de soins, d'amour. C'est le domaine de l'échange, de la solidarité, de l'harmonie.

Chacun sait qu'il est ou que l'autre est, Ange et Démon, Dr Jekyll et Mr Hyde.

Mais l'expérience clinique nous encourage à penser que ce désir d'amour est peut-être premier - ou final - et que le désir d'emprise n'est que secondaire ou réactionnel, nécessairement transitoire et demandant à être dépassé.

Il est souvent qu'un enfant apaisé par l'échange de paroles que l'on a pu avoir avec lui et/ou ses parents, gratifie alors spontanément d'un dessin, d'un geste d'une parole le ou les adultes qui ont su le rassurer, alors qu'il était au départ opposant et agité.

L'enfant répond par un don symbolique, le don de soi à travers l'objet qui le représente, signant en quelque sorte le pacte par lequel il fait le choix de se lier aux autres.

Bien entendu ces effets ne sont pas toujours immédiats et magiques, surtout quand l'enfant et sa famille sont en grande souffrance, mais on peut penser que ce mouvement y est toujours en germe.

Ce double désir de l'enfant va induire deux attitudes éducatives et/ou soignantes, elles mêmes opposées et conjointes.

- Une qui repose sur la conviction que le principe organisateur ne peut venir que de l'adulte. L'enfant est vécu comme agité par des pulsions désordonnées qu'il s'agit de contenir et de réprimer.

Le maintien de l'ordre est alors exogène, c'est le règne du « Tu Dois ».

- Une autre qui s'appuie sur la confiance en l'auto-organisation créatrice du vivant (Atlan).

Il y a déjà quelques décennies Brazelton en révélant les compétences du bébé, avait pu montrer par exemple les capacités du bébé à s'auto-apaiser ou à faire appel selon ses besoins ou ressources. C'est le domaine du « Tu Peux ».

Dans la première attitude, le cadre impératif est peut être vécu comme enfermant et aliénant, ne prédisposant pas à l'autonomie et au sentiment de liberté (relative). Le cadre est perçu comme persécuteur, donc anxiogène, tyrannique.

On peut le penser comme à l'origine de la constitution d'un surmoi excessif, source peut être de toutes les psychopathologies : enfermement et refoulement névrotiques, identification à l'agresseur dans les perversions, syndrome d'influence dans les psychoses.

La deuxième attitude, celle de la confiance, facilitera la voie de la sublimation, celle de pouvoir se réaliser dans l'activité créatrice et singulière, participant ainsi à la vie sociale.

C'est là " le travail " de l'enfant : apprendre, jouer, inventer, créer, et s'auto-crée comme un être singulier et unique.

Il ne s'agit pas d'opposer ces deux attitudes l'une comme bonne, l'autre comme mauvaise, mais de les faire coexister : c'est-à-dire proposer une enveloppe contenant et sécurisante, laissant émerger et se développer autant que possible les capacités d'autonomisation, les désirs créatifs, les sentiments de liberté et soutenant toujours l'ouverture à autrui.

De ces différentes réactions de l'enfant et positions de l'adulte peuvent se développer :

- Soit une spirale négative ou un cercle vicieux : l'anxiété se transmet de façon réciproque, la méfiance s'installe et les relations s'établissent sur le mode du rapport de force et la loi du plus fort; c'est le mécanisme pathogène.
- Soit se met en place le cercle vertueux : celui de la confiance mutuelle qui permet le développement des capacités du plaisir d'apprendre et de créer, dans une activité partagée ou en lien avec l'autre.

Il ne s'agit pas d'opposer non plus :

- position éducative ou pédagogique, ayant pour but de soutenir le développement cognitif de l'enfant,
- et position psychothérapeutique ayant pour mission de soutenir le désir de l'enfant dans sa relation à l'autre.

Peut-être confond-on le but et les moyens?

- Le but : c'est de soutenir chaque enfant dans ses capacités et désirs à construire des relations avec autrui, à travers l'acquisition progressive de son autonomie, dans une relation de dépendance confiante et la production d'un travail que l'enfant fait sien de façon singulière.
- Les moyens : c'est ce qui va faire médiation.
 - Les moments du nourrissage et de soins pour le bébé.
 - Plus tard les premiers jeux, les premières histoires où les scénarii imaginaires sont au premier plan.
 - Ensuite les activités plus symboliques en grande section de maternelle ou CP, le développement des capacités individuelles et cognitives tout au long de la scolarité.

- Les activités de loisirs, sportives, artistiques.
- La parole et les jeux, les activités créatrices dans les espaces de soins.

Sans vouloir confondre institutions éducatives et pédagogiques, et institutions psychothérapeutiques, on peut dire que toute institution a une fonction soignante dans la mesure où elle soutient l'enfant dans l'instauration et le développement de ses liens à l'autre, à travers les médiations, ou objets de médiations spécifiques qui la caractérise.

LA FONCTION SOIGNANTE EST-ELLE UNE FONCTION MIROIR?

On sait, depuis M. Klein, J. Lacan et bien d'autres, que l'enfant projette et construit son image sur celle de son semblable. Mais aussi que l'image d'elle-même qu'a la personne adulte en relation avec l'enfant, est elle-même affectée par cette projection de l'enfant.

Un bébé qui pleure et qu'elle ne peut consoler, peut renvoyer à la mère une image négative d'elle-même. Cette image source d'anxiété et de sentiment d'impuissance peut désaccorder l'ajustement maternel et confirmer l'enfant dans sa détresse.

Celui-ci peut devenir alors persécuteur et le percevoir dans le regard de sa mère, comme chacun peut se reconnaître dans le regard de l'autre.

Il peut y avoir une corrélation très étroite, voire une identité entre l'image qu'a l'enfant de lui-même et celle propre qu'il fait vivre à son interlocuteur.

Chacun peut aussi se sentir plus ou moins bon selon tel ou tel enfant. Certains nous gratifient et une spirale positive se développe, d'autres nous exaspèrent ou nous désespèrent et c'est une spirale négative qui se met en place. C'est évidemment ces derniers qui demandent le plus d'attention parce que les plus souffrants, mais aussi parce qu'ils nous font vivre en miroir des sentiments douloureux faits de culpabilité, de colère et de peur, même s'ils ne sont pas clairement reconnus.

La fonction soignante serait donc de pouvoir modifier ce regard sur l'enfant mais aussi sur soi-même. Cette modification du regard peut opérer dans ces temps de rencontre ou chacun ayant **l'assurance de ne pas être jugé**, peut faire part de ses difficultés. Le fait même de parler, de s'entendre parler, d'écouter en retour le point de vue de collègues soutenant, permet d'opérer ce petit déplacement qui par les perspectives nouvelles qu'il offre, peut changer l'image et le regard porté.

D'autre part, ce travail de parole doit permettre de renoncer à cette idée que l'adulte, quel qu'il soit, doit être dans une position de maîtrise, qu'il doit pouvoir en toute circonstance apaiser, soigner, éduquer l'enfant, et ce, de façon immédiate.

Ce modèle idéal auquel devrait s'ajuster l'adulte est à articuler avec les représentations que l'on a du sujet enfant qui serait incapable de s'auto-organiser et de savoir ce qui est bon pour lui.

Le plus souvent une présence accueillante, enveloppante, sécurisante reconnaissant et nommant cette souffrance, permet à l'enfant de s'apaiser et de découvrir ses ressources propres.

De même qu'il faut soutenir l'enfant par la confiance qu'on lui fait à vouloir s'engager dans la vie et ses rêves et par le temps qu'on lui donne, l'adulte doit encore apprendre à reconnaître ses manques pour continuer à progresser dans ce qu'il a à transmettre.

Soigner c'est faire confiance ou travailler à l'émergence de cette confiance à l'Autre, en Soi et à cette possibilité de rencontre – toujours créatrice et régénératrice – entre Soi et l'autre, rencontre possible parce que sont tombés les masques caractéristiques du rapport de force et finalement de la peur.

EN RESUME

Tout enfant, tout humain est blessé dans le sentiment qu'il a de soi et dans l'image qu'il a de lui. Cette souffrance est source de violence. Doutant de ses capacités à se soigner et à soigner son semblable, l'homme peut prendre une posture de maîtrise en niant cette souffrance et en réprimant cette violence qu'elle soit sienne ou de l'autre.

Mais si cette souffrance est reconnue, accueillie, parlée dans la recherche à l'autre, elle peut s'apaiser dans la voie de la sublimation et de la création d'objets singuliers, vrai don de soi à l'autre, faisant de chaque vie une œuvre d'art.

EN CONCLUSION

Le fonctionnement de ce réseau n'exigera que peu d'investissement supplémentaire en temps personnel professionnel puisque les temps de réunion dans chaque institution existent déjà. Il ne s'agit que de les harmoniser pour rendre possible les échanges transversaux.

Par contre, il faudrait développer des temps de supervision pluri-institutionnelle, en particulier sur les situations difficiles qui mettent à mal les équipes par les sentiments d'incapacité ou d'impuissance qu'elles provoquent, favorisant aussi les clivages, les projections et le renoncement.

En ce qui concerne les formations, il faudrait mettre en commun les budgets encore existants pour proposer des temps de rencontre et d'échange, centrés sur la clinique du lien et où chacun pourrait témoigner de ses difficultés, de ses questions, mais aussi, des innovations créatrices sources de satisfaction par les effets bénéfiques produits chez l'enfant et/ou sa famille.

Les apports théoriques seront sous-tendus par le désir de soutenir, d'éclairer et d'ouvrir des possibles à propos de situations cliniques amenées par les participants.

L'ambition de ce réseau est de promouvoir une dynamique, de soutenir le désir de chaque acteur dans sa relation à l'enfant – désir de transmettre et de partager.

Ce réseau aura sa philosophie :

- S'appuyer sur les désirs et capacités de chacun à s'auto-organiser et à créer,
- Proposer des enveloppes sécurisantes et faisant appel, plutôt que des cadres enfermant et répressifs.

Sa finalité est d'encourager ce déplacement parfois infime par les perspectives et nouveaux points de vue qu'il engendre, laissant passer un peu plus de lumière, révélant alors les possibles cachés.

Peut alors surgir la surprise d'une rencontre toujours étonnante, peut-être même saisie d'émerveillement entre soi et l'autre.

Ces instants lumineux de rencontre, même éphémères peuvent faire résonner en chacun la voix d'Aragon « ***c'est miracle de vivre et d'être ensemble*** ».

Quel autre message avons-nous à transmettre ?