

- 1** Éditorial
- 4** Sur l'agenda : les journées de formation
- 6** Accueil familial pédopsychiatrique : le soin sous protection de l'enfant et de ses parents
- 11** Le travail en SESSAD : en partenariat et en réseau
- 17** Une médiation à travers les bois : «Petit explorateur, dessine ton chemin»
- 20** Formation en pédopsychiatrie à Nha Trang (Vietnam)
- 23** Notes de lecture
- 24** Bulletin d'adhésion

En trois jours, deux réveils tristes : Ce matin, pourtant jour d'armistice, j'apprends le décès de Léonard Cohen ; deux matins plus tôt l'élection de Donald Trump, 45ème président des États Unis, m'avait déjà pas mal remué.

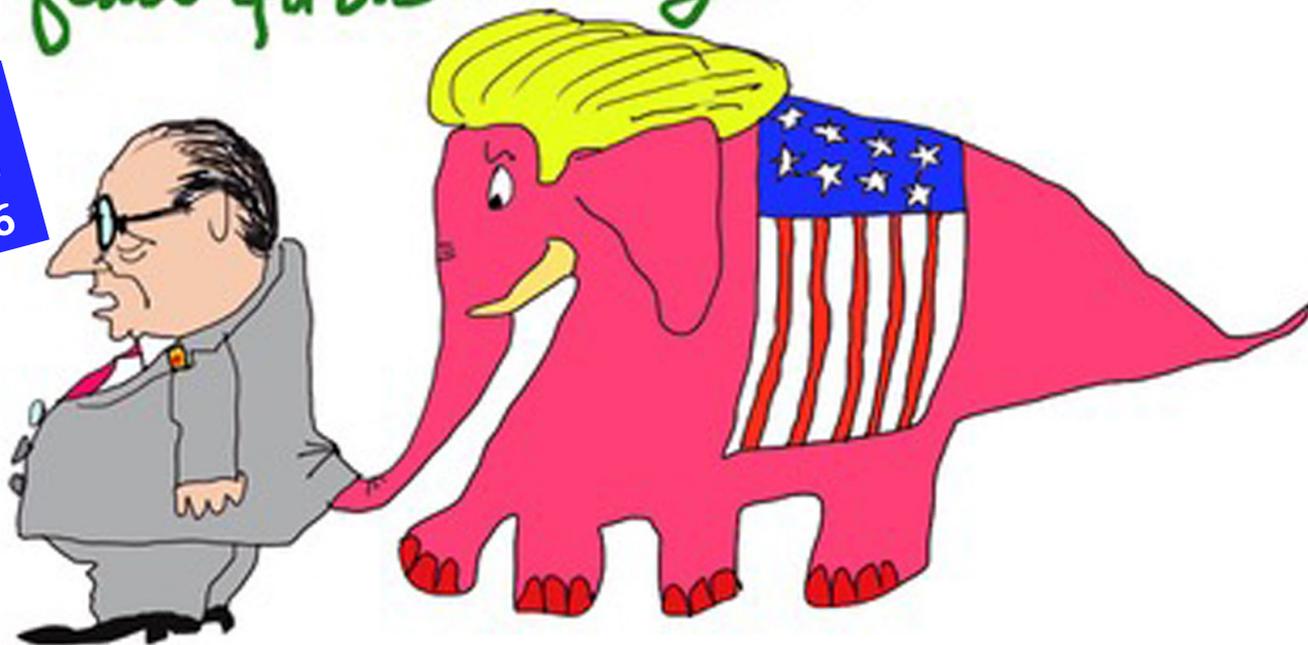
## **Colette, Léonard, Bob et... Donald : douleur quand tu nous tiens**

*L'éditorial de Roger Teboul*

Il y a deux mois, le 16 septembre, Colette Chiland, grande dame de la pédopsychiatrie française et de la psychanalyse, s'est éteinte à l'âge de 88 ans. Je ne peux m'empêcher de me demander comment elle aurait vécu ces deux événements, elle qui connaissait bien l'Amérique où elle avait séjourné, sur la côte ouest, au cœur du rêve américain des années 1970, au temps où Léonard Cohen commençait à donner toute la mesure de son talent, dans le même *mood* qu'un certain Robert Zimmerman, alias Bob Dylan,

*faut qu'on bouge !*

**n° 42**  
12/2016



►  
dernier prix Nobel de littérature. Qu'aurait-elle dit de cette fièvre populiste incarnée par un promoteur immobilier misogyne, raciste et homophobe, elle qui a vécu la deuxième guerre mondiale et ses atrocités et qui travaillait depuis de nombreuses années sur la question du genre et, notamment, sur le devenir des enfants dont un parent est transsexuel ?

Nous ferions bien d'être inspirés aujourd'hui par l'engagement exemplaire de notre aînée pour, plus que jamais, poursuivre ses efforts en gardant le cap d'une pédopsychiatrie à visage humain et en luttant, encore et toujours, contre les forces obscurantistes qui traversent nos sociétés occidentales.



Le 13 octobre 2016, conduite par Daniel Fasquelle et signée par 95 députés, une proposition de résolution est déposée à l'Assemblée Nationale qui fait craindre ce que pourrait devenir notre pays, mu par le vent de populisme qui souffle aussi sur l'Europe. Voici ce qu'on peut y lire à la fin :

«...*Invite le Gouvernement français à interdire, sur le plan légal, la pratique du packing sur les personnes autistes et toute autre pratique assimilable à de la maltraitance ;*

*Invite le Gouvernement français à faire reconnaître sans aucune réserve et officiellement, par la Fédération Française de Psychiatrie, les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'ANESM afin qu'elle*

*renonce officiellement au packing, à la psychanalyse et à toutes les approches maltraitantes ;*

*Invite le Gouvernement français à faire systématiquement engager la responsabilité pénale des professionnels de santé qui s'opposent aux avancées scientifiques et commettent des erreurs médicales en matière d'autisme conformément à l'article L. 1142-1 du code de santé publique ;*

*Invite le Gouvernement français à fermement condamner et interdire les pratiques psychanalytiques sous toutes leurs formes, dans la prise en charge de l'autisme car n'étant pas recommandées par la HAS.»*

Dont acte !

Heureusement, quelques bonnes nouvelles devraient nous inciter à ne pas baisser les bras. L'inspection des hôpitaux de jour se transforme en « visite - évaluation » avec une grille définie à l'avance et à remplir par les médecins responsables. N'hésitez pas à nous contacter, comme certains d'entre vous l'ont déjà fait, si vous avez été désignés par l'ARS pour une telle visite. L'ensemble des universitaires de pédopsychiatrie vient d'écrire aux trois ministres concernés une lettre pour défendre la nécessité d'une formation conséquente en pédopsychiatrie lors du tronc commun du DES avec la psychiatrie générale, position qui rejoint celle de l'API et de la Fédération Française de Psychiatrie. Enfin, last but not least, l'API a obtenu un siège au Conseil National de Protection de l'Enfance (CNPE) dont l'installation est prévue le 12 décembre.

Gardons le cap donc et poursuivons nos efforts ! Cette lettre en témoigne une nouvelle fois car, au risque de me répéter d'un éditorial à l'autre, rien ne vaut la pensée pour vaincre la douleur.

Au menu de cette Lettre, des réflexions cliniques et pratiques montrent la vitalité de notre profession et son profond attachement au secteur et au travail en partenariat, garde-fous les plus efficaces contre les dérives totalitaires de toute institution. L'articulation naturelle que nous entretenons avec le secteur social et médico-social est clairement affichée dans deux des textes présentés ici. La communication que Martin Pavelka a faite lors des Rencontres Annuelles de Perfectionnement 2016 consacrées à la Protection de l'Enfance, *Accueil familial pédopsychiatrique : le soin sous protection - de l'enfant et de ses parents*, décrit très bien la naissance de cette modalité thérapeutique dans la constitution même du secteur de pédopsychiatrie, à l'articulation de considérations

à la fois cliniques et sociales. La communication à deux voix de Dominique Rochas-Rouquette, directrice de SESSAD et de Claire Puybaret-Bataille lors des 4èmes Assises Nationales du Médico-Social, organisées en 2016 sur le thème des liaisons inter-institutionnelles, *Le travail en SESSAD : en partenariat et en réseau*, aborde aussi le sujet de l'articulation du sanitaire et du médico-social, à la fois complexe et nécessaire, dans ce type d'institution.

Plus pratique, Cécile Jacob avec Sandrine Campana (infirmière) et Martine Jannot, (psychomotricienne) nous entraînent pour une petite promenade dans les bois, au fil du texte d'une intervention faite lors de la 3ème Journée d'Etude du Centre d'Etudes en Psychopathologie de Bourgogne, sur le thème des médiations thérapeutiques, *Une médiation à travers les bois* : « *Petit explorateur dessine ton chemin* ». Cette expérience rend compte de façon très vivante et incarnée du travail d'un centre de jour auprès d'enfants âgés de deux à six ans.

L'API entretient finalement des relations privilégiées avec l'Asie et, après les pérégrinations de Cécile Jacob en Chine, c'est Alain Bouvarel que nous allons suivre au Viet Nam où il participe à une mission de coopération pour former nos collègues de Nha Trang à la pédopsychiatrie.

Deux notes de lecture complètent cette lettre. Martin Pavelka rend compte du livre d'Antonino Ferro, *Eviter les émotions, vivre les émotions*, où il est question de pollution lumineuse du complexe d'Œdipe, petite provocation qui mérite qu'on s'y arrête. Le dernier livre de Laurent Seksik, *L'exercice de la médecine*, qui a reçu cette année le prix Charles Brisset de l'Association Française de Psychiatrie n'est pas sans rapport avec le début de mon éditorial. En finissons-nous un jour avec la douleur ? Dans sa note de lecture, Claire Puybaret-Bataille vous invite à découvrir comment Laurent Seksik, désespérément optimiste, répond à cette question à la fin de son roman.

Bonne lecture !





## CARREFOURS DE LA PÉDOPSYCHIATRIE

---

**Sur le thème « Evaluer en CMP : un acte de soin ? » le vendredi 3 février 2017,  
à la FIAP Jean Monnet, 30 rue Cabanis, 75014 Paris**

### **Extrait de l'argument :**

Nous réfléchissons cette année au processus d'évaluation, à sa place dans le soin depuis le premier accueil, les étapes du diagnostic et au long du parcours du patient. Bien au delà des échelles et des entretiens standardisés, en quoi consiste évaluer dans un CMP aujourd'hui ? Qui évalue ? Qui évalue-t-on ? Comment ? (...)

Evaluer en équipe pluridisciplinaire, est-ce une fonction spécifique du CMP ? Est-elle au service de l'alliance thérapeutique ? Comment la communique-t-on au patient, à la famille, aux partenaires ? (...)

Un point paraît central : l'évaluation n'a de place que dans une dialectique permanente et durable avec le soin et la dynamique propre au développement de l'enfant.

### **Pré-programme :**

● Conférence le matin : Evaluer, c'est quoi aujourd'hui en CMP ?

Pr Jean-Philippe Raynaud, Pr Jean-Marc Guilé, Pr Didier Drieu

● 4 ateliers en fin de matinée et en début d'après-midi

● Conférence en fin de journée : Les enjeux du processus d'évaluation

Pr Mario Speranza, Pr Daniel Marcelli

Les 4 ateliers auront pour thèmes :

● Pluridisciplinarité au CMP et évaluation

● Place des partenaires dans l'évaluation

● Evaluation et alliance thérapeutique avec les familles

● Place de l'évaluation dans le soin : de la mise en place à l'arrêt du traitement

**Renseignements et inscriptions : par email : [sfpeada@gmail.com](mailto:sfpeada@gmail.com) site : <http://sfpeada.fr/>**

## RENCONTRES DE PERFECTIONNEMENT DES PÉDOPSYCHIATRES D'EXERCICE PUBLIC

---

**Sur le thème « Les écrits en pédopsychiatrie : pour qui, pourquoi ? Enjeux cliniques, sociétaux et juridiques »,**

**les lundi 27, mardi 28 et mercredi 29 mars 2017 à l'amphi Laroque**

**au ministère de la santé, 14 avenue Duquesne, 75007 Paris**

### **Extrait de l'argument :**

L'écrit a toujours été au cœur de la pratique pédopsychiatrique, mais depuis quelques années nous sommes confrontés à de nombreux changements dans notre pratique : loi de 2002 (accès au dossier par le patient ou ses représentants légaux), informatisation du dossier (confidentialité et règles de rédaction concernant les informations sur les tiers), nombreuses demandes de transmission écrite de nos conclusions cliniques, diagnostiques et thérapeutiques aux familles et aux partenaires. (...)

Nous sommes soucieux de la manière dont seront compris et utilisés nos écrits et de ne pas figer une situation alors que l'enfant est un être en développement. Le bilan réalisé a un caractère aléatoire, non prédictif et l'interrogation sur le rapport bénéfice/ risque pour le patient doit toujours être présente. (...)

Nous parlerons des transmissions « obligatoires », de comment les rédiger dans l'intérêt des patients : certificats MDPH, informations préoccupantes, signalements, expertises psychiatriques... (...). Les questions relatives à la confidentialité et au secret seront abordées.

Ecrire nous aide à construire notre démarche réflexive et à élaborer un projet de soin. Comment adapter nos pratiques aux nouveaux enjeux sociétaux et juridiques ?

## **Pré-programme :**

### **Lundi 27 mars :**

Matin :

- L'acte professionnel d'écriture : quels enjeux ?
- L'écrit professionnel. La question de l'adresse. L'évolution des écrits.

Après-midi :

- Aspects juridiques et déontologiques
- Dossier informatique, secret partagé, communication des dossiers, rapports d'expertise.

### **Mardi 28 mars :**

Matin :

- Aspects techniques des écrits
- Informations préoccupantes, signalements, certificats pour la MDPH et pour la scolarité.

Après-midi :

- Des écrits au service de la clinique
- Construction de l'alliance thérapeutique, les écrits dans le cadre de la recherche, la rédaction du projet thérapeutique, les notes cliniques en thérapie psychodynamique

### **Mercredi 29 mars matin**

- Questions d'actualité
- Film du CNASM

***Renseignements et inscriptions : [ffpsychiatrie@wanadoo.fr](mailto:ffpsychiatrie@wanadoo.fr)***

## **JOURNEES ANNUELLES DE L'API**

---

**Elles auront lieu les 22, 23 et 24 juin 2017 à Strasbourg sur le thème de la fratrie.**

Nous explorerons les nombreux aspects des questions qui se posent à ce sujet aux pédopsychiatres : des images contrastées dans les mythologies anciennes jusqu'aux questions posées par les fratries contemporaines, le «fraternel» infiltre nos pratiques cliniques. Ces journées seront l'occasion de partager nos réflexions.

***Plus de précisions ultérieurement sur le site de l'API : [www.api.asso.fr](http://www.api.asso.fr)  
ou auprès de la secrétaire générale de l'API : [claire.puybat@gmail.com](mailto:claire.puybat@gmail.com)***

# Accueil familial pédopsychiatrique : le soin sous protection de l'enfant et de ses parents

**Ce texte a été présenté par Martin Pavelka lors des 14èmes rencontres de perfectionnement des pédopsychiatres de service public, sur le thème « Protéger l'enfant et son développement », qui se sont déroulées au ministère de la santé à Paris les 4, 5 et 6 avril 2016.**

**Martin PAVELKA,  
PH responsable de l'UAFT du  
Secteur 91-I-05, EPS Barthélémy  
Durand, Etampes,  
membre fondateur de RIAFET.**

Merci de m'avoir proposé de parler de nos Accueils Familiaux Thérapeutiques (UAFT ou SAFT). Je crois aussi qu'il est temps de le faire, notamment depuis qu'une collègue de l'unité m'a dit qu'en expliquant qu'elle travaille en Accueil familial thérapeutique, un/une pédopsychiatre lui a demandé : « Cela veut dire que vous hospitalisez toute la famille ? »

## Histoire d'une confluence

Le concept des AFT est né en France dans les années 60, à la confluence de deux courants d'intérêt des soignants, qui vont donner pour toujours aux AFT leur caractère « métissé », dans le chevauchement des champs de la pédopsychiatrie et de la protection de l'enfance :

- Le 1er courant : l'intérêt des soignants pour les enfants protégés dans les familles d'accueil de l'ASE, mais qui manquaient de soin psychique et de prévention secondaire et tertiaire.

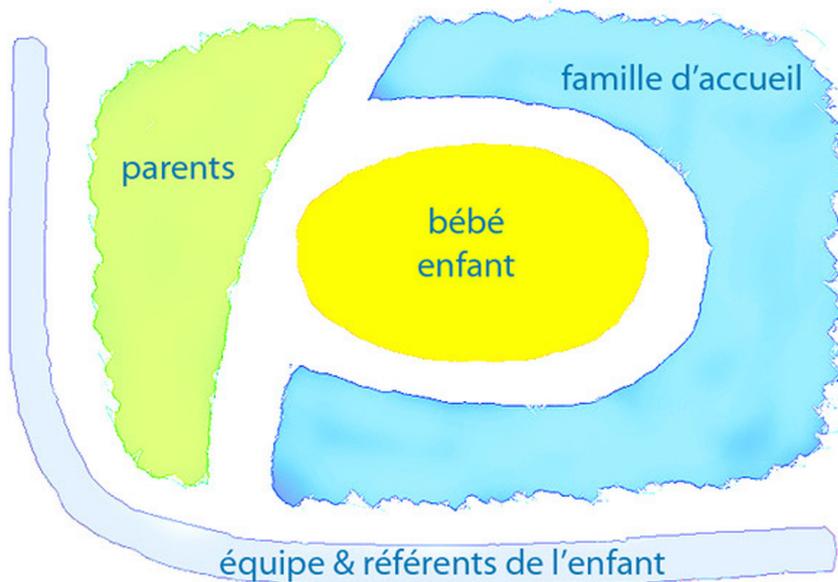
- Le 2ème courant : l'intérêt des soignants pour des enfants soignés au long cours dans les pavillons des hôpitaux psychiatriques, exposés à leur effet aliénant, iatrogène et désocialisant.

Le premier courant est figuré par Myriam David et Michel Soulé. Myriam David a créé en 1966 - avec le soutien de Serge Lebovici - l'équipe pionnière de CFAT dans le 13ème arrondissement de Paris. Michel Soulé a créé en 1974, le « Relais Alésia du Secteur unifié de l'enfance » dans le 14ème arrondissement. Ainsi, ils ont inclus le soin psychique des enfants protégés par l'ASE parmi les missions de leur secteur pédopsychiatrique. Ces initiatives se sont répandues ensuite.

Pour le deuxième courant je vais juste citer l'exemple du secteur où je travaille : dans notre « Chronique de Secteur » (constitué en 2012, à l'occasion de son 40ème anniversaire), nous apprenons qu'en 1964 - après une année d'existence de l'hôpital Barthélémy Durand à Etampes - 90% des mineurs hospitalisés dans les pavillons, l'étaient sous une mesure de protection. En 1970, sur les 80 hospitalisations de l'année, 50 étaient des primo-hospitalisations dont un tiers (32%) adressées par l'ASE ; et les 30 restantes étaient des ré-hospitalisations dont 70% adressées par l'ASE, face au rejet de l'enfant par sa famille, par sa famille d'accueil ou par l'institution.

En 1972, dès la création par Tony Lainé et ses collègues de notre secteur, notre AFT a donc pris son départ, parmi d'autres start-up de la pédopsychiatrie moderne qu'étaient le CMP, le CATTP, l'hôpital de jour, etc. Avant même d'autres dispositifs d'hospitalisation alternative (« Auberge thérapeutique », Appartement thérapeutique, petites « Maisons de l'Orée », tous destinés à soigner les petits patients hors des pavillons), ces équipes ont conçu le premier, puis le deuxième AFT. C'est aussi grâce à cela que les deux pavillons ont pu fermer. Depuis les AFT ont fait preuve de leur pertinence et de leur viabilité : 4 secteurs de l'Essonne sur 5 en disposent.

A partir des années 80-90 la confluence des courants « davido-souléen » et « désaliéniste » s'est opérée, et les enfants ont commencé à bénéficier de nos AFT directement, sans passer par l'hôpital : c'étaient, et ce sont des bébés et enfants de parents présentant une pathologie psychique ou psychiatrique, générant des incapacités parentales sévères. Ils se trouvent non seulement en danger chez eux, mais manifestent des troubles psychiques et du développement précoces, en rapport direct avec « le lien pathologique » qui les unit avec leurs parents souffrants. Une séparation protectrice s'impose. Plus rarement, les parents acceptaient d'eux mêmes de confier leur enfant à l'AFT pour une séparation thérapeutique. Le plus souvent toutefois, l'enfant est confié par le Juge en urgence à l'ASE (séparation protectrice, en pouponnière par ex.), mais ensuite, il est admis pour soin en séparation thérapeutique à l'AFT.



## Définir l'AFT aujourd'hui

L'AFT est un dispositif de soins où l'enfant admis bénéficie de la séparation thérapeutique avec ses parents, vivant au quotidien dans le milieu suppléant d'une famille d'accueil professionnelle, et dont les liens avec ses parents et avec sa famille d'accueil font l'objet d'actions thérapeutiques spécifiques et durables, assurées par une équipe pluridisciplinaire dédiée.

Cette équipe formée - garante de la dynamique institutionnelle du soin - dispose de locaux et véhicules propres. La bonne dimension de l'AFT est un maximum de 20 places par unité, chaque assistante familiale pouvant accueillir au maximum 2 enfants.

Les fondements théoriques de ce soin ont été posés par Myriam David à partir de la pratique novatrice de son équipe, et ont été enrichis par la génération suivante de praticiens : Hana Rottman, Marceline Gabel, Jeannine Oxley, Jean Cartry, Geneviève Appel, Maurice Berger...

Comme pour d'autres dispositifs de soins, le cadre du fonctionnement des AFT est réglementé (Arrêté d'octobre 1990) et sa mission précisée dans la Circulaire sur le Secteur pédopsychiatrique, dite « Misès II » datant de 1992.

Partout où ils existent, les AFT font partie intégrante du secteur et bénéficient le plus souvent aux enfants protégés par l'ASE. Selon les chiffres des *Etats généraux de la pédopsychiatrie* de 2014, quelques 800 places en AFT existent aujourd'hui en France. Ces dernières années, l'accent mis sur le développement des dispositifs d'hospitalisation alternative, devrait aussi pouvoir profiter aux AFT, notamment au regard de l'ampleur du besoin représenté par nos listes d'attente. Une étude dans notre hôpital précise qu'en 2010, sur 31 demandes d'admission, 18 sont pertinentes dont 13 très pertinentes, mais seulement 5 admissions ont lieu, faute de places.

Devant ce constat frappant l'étude conclut : « ... le futur projet médical de l'établissement devrait [...] envisager le retour aux effectifs des décennies précédentes, afin de ne pas priver un nombre important de patients des soins dont ils ont besoin ». Sur le plan national, l'érosion des places en AFT est d'environ 17% en 10 ans. Je reviendrai à la fin sur ses causes.

Ça, c'est pour les mauvaises nouvelles. Mais il y en a aussi une bonne pour faire la transition. Elle vient du côté législatif : dans la loi du 14 mars 2016 relative à

la protection de l'enfant de Laurence Rossignol, la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant - « le soutien de son développement physique, affectif, intellectuel et social » - est devenue la mission supérieure de l'ASE. Contrairement à la loi de 2007, l'intérêt de l'enfant est inscrit avant l'intérêt des parents en difficulté.

Cela prend en compte la spécificité épistémologique et clinique que les AFT rencontrent.

Pourrait-on pousser jusqu'à parler prochainement de l'Aide Psycho-Sociale à l'Enfance ?

## Quelles souffrances accueille l'AFT ?

Ne perdons pas de vue, que les défenses pathologiques mutilantes de l'enfant sont une réponse de survie face à l'accumulation des expériences traumatiques, individuelles et trans-générationnelles. Il valait mieux sacrifier une part de sa subjectivité pour éviter les états d'agonies primitives. Les expériences traumatisantes sont psychologiquement inscrites, mais non symbolisées. On pourrait parler d'un défaut de subjectivation et de multi-clivages, décrits par René Roussillon. Ils se manifestent comme une « pathologie des traumatismes relationnels précoces » décrite par Emmanuelle Bonneville-Baruchel et Maurice Berger. Fréquemment co-existent des conséquences neuro-physiologiques cérébrales handicapantes, soit suite à l'alcoolisation et/ou l'intoxication gravidique du fœtus, soit liées aux traumatismes cérébraux du bébé secoué, soit dues à la régulation neuro-hormonale perturbée du bébé affectivement carencé.

Si l'on cherche à dater le début de l'approche contemporaine de la psychopathologie spécifique de l'enfant protégé, on pensera certes à l'année 1958 avec la parution de l'article de Michel Soulé sur l'effet psychique des carences précoces, mais pourquoi ne pas penser à l'année 1966, année de création du premier AFT ? Ce sont bien les AFT qui, dans la pratique, se sont montrés pertinents pour soigner ces patients spécifiques.

Aujourd'hui cette spécificité se voit dans la demande : les enfants présentent des troubles sévères du développement répertoriés dans les classifications pédopsychiatriques, mais la demande est formulée d'abord par la protection

de l'enfance, car la pédopsychiatrie ne rencontre pas ces enfants dans ses centres ambulatoires. La pathologie de leurs parents est de telle nature que l'absence de soins, les carences et l'évitement de toute aide sont plutôt la règle. Il s'agit - dans le champ de recouvrement de la pédopsychiatrie et de la protection de l'enfance - des situations les plus complexes et les plus insolites que nous rencontrons.

Aujourd'hui, plus d'un tiers des enfants protégés à l'ASE présentent une souffrance psychique avérée (Etude réalisée auprès des enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance et de leurs parents du département du Maine-et-Loire, 2002-2004). Selon les auteurs, ce chiffre est sous-estimé.

Ce recouvrement de nos domaines est évident, même si notre coopération reste encore compliquée. Si en 1986 Lainé intitule un de ses articles « La Psychiatrie est devenue une pratique où le social est toujours présent » (1). Aujourd'hui, j'ai envie de le paraphraser en disant que : « la protection de l'enfance est une pratique où la psychopathologie est toujours présente », chez l'enfant et/ou chez le parent.

## Comment soigne l'AFT ?

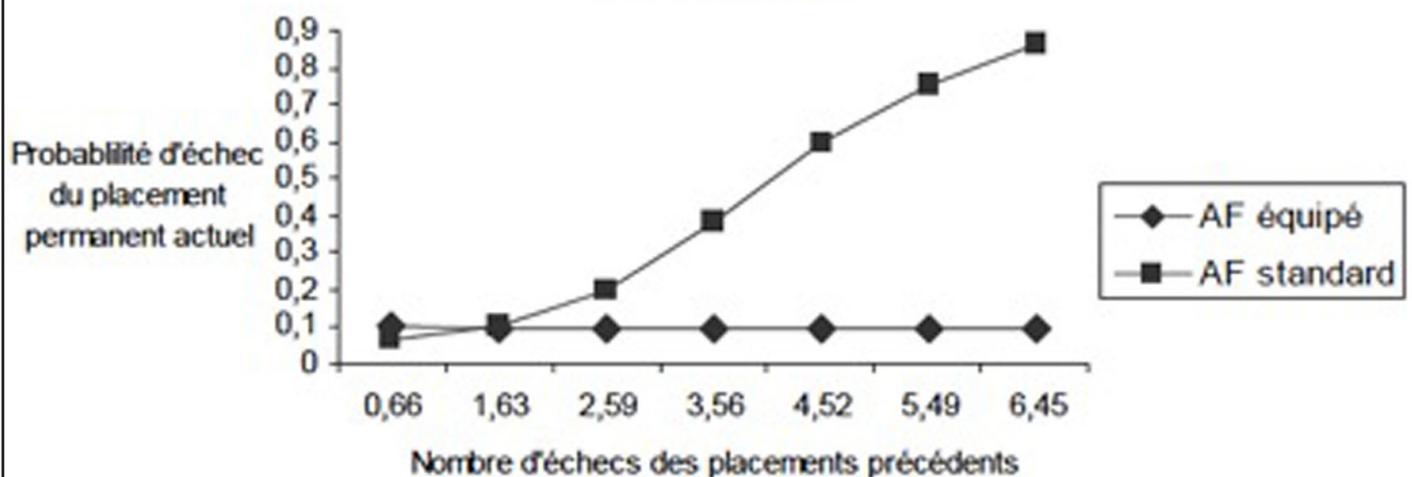
Pour les enfants protégés par l'ASE, l'admission en AFT se fait suite à la séparation protectrice. Celle-ci :

- arrête les interactions pathologiques quotidiennes dans l'environnement défaillant
- introduit dans l'expérience de l'enfant un espace tiers (psychique, social, symbolique)
- MAIS également, elle transforme son existence et ébranle ses repères, pourtant inaliénables, avec notamment le risque de perte d'objet primaire.

Comme bien d'autres, nous avons réalisé que ces enfants protégés - placés en accueil familial ou collectif - ne peuvent pas bénéficier uniquement d'un nouvel environnement, d'une nouvelle relation pondérée, éducative et aimante avec des adultes suppléants parentaux. Si leurs expériences et leurs liens avec leurs parents sont laissés intacts, la fragilité psychique de l'enfant s'enkyste et se répète telle quelle dans la famille d'accueil ou dans l'institution, produisant des accueils souffrants ou des ruptures d'accueil répétitives.

Pour faire face, si l'AFT s'en donne les moyens, il possède 3 vecteurs thérapeutiques propres :

Tableau résultats



1/ L'effet psychique de la relation suppléante stable de l'enfant avec son assistante familiale, au sein d'une famille d'accueil

2/ Le maintien médiatisé et le soin du lien primaire pathologique avec les parents

3/ La relation soignante de l'enfant avec ses référents de l'AFT

La cohérence de ce dispositif multivectoriel est garantie par l'équipe.

## 1/ La relation suppléante

C'est l'équipe qui soutient la mise en place et l'effet du premier vecteur de soin : les nouveaux liens suppléants en famille d'accueil, au sein desquels se manifestera la pathologie psychique que l'enfant, inmanquablement introduite dans toute nouvelle relation. L'équipe soutient l'assistante familiale dans ses capacités à faire face, à comprendre et tolérer les particularités psychiques et relationnelles de l'enfant, et dans sa tâche à assurer les soins parentaux quotidiens, à donner des repères éducatifs, etc. Mary Dosier (2) a montré dans son étude que c'est « l'état d'esprit » de l'assistante familiale qui au long cours permet à l'enfant d'évoluer. Quand elle réussit à trouver une attitude tempérée et autonome face à l'enfant, quand face à ses besoins physiques et relationnels, elle n'est pas trop dissipée, voire trop anxieuse ou désorganisée, l'enfant pourra progressivement atténuer son attachement désorganisé, évitant, ou encore anxieux, pour être plus confiant dans sa relation avec les autres, et porter de l'intérêt au monde qui l'entoure. Mais pour que ce vecteur de la relation d'attachement puisse s'exprimer, il lui faut du temps pour agir.

Une autre étude réalisée par une équipe dans l'Oregon (3) s'est centrée précisément

sur la continuité et les ruptures de l'accueil familial chez des enfants âgés de 3 à 6 ans. Suite à la séparation, ils ont été répartis à l'aveugle, d'un côté dans un accueil familial standard (où la famille d'accueil appelle les professionnels seulement si elle en ressent le besoin) et de l'autre dans un accueil familial équipé, doté d'une équipe spécialisée et disponible continuellement (comme nos AFT). L'étude montre en premier, que le risque de rupture d'accueil familial est 14 fois plus grand, quand il y a déjà eu rupture dans le passé de l'enfant. Et plus il y en a eu, plus il y a de risques d'échec de l'accueil familial standard. Alors que ce risque est stable et n'augmente pas, en accueil familial équipé, quel que soit le nombre d'échecs précédents.

Si ces résultats sont confirmés, tout dispositif d'accueil familial devrait bien être « équipé ».

## 2/ Le soin du lien avec les parents

Le deuxième vecteur thérapeutique de l'AFT est l'accompagnement et le soin du lien qui continue à unir l'enfant à ses parents, au-delà de la séparation. Ils se rencontrent dans un contexte et à un rythme aménagés - lors de rencontres dites « médiatisées » - qui permettent de contenir l'incapacité parentale, de prévenir la répétition des comportements carenciels, maltraitants ou abusifs, et de favoriser, voire parfois de révéler leurs capacités préservées, dissimulées derrière leur pathologie.

C'est dans ce travail délicat de médiation des rencontres - dans la technique de soin du lien pathologique - que les progrès les plus manifestes se sont produits ces 20 dernières années, grâce aux contributions de Hana Rottman, Maurice Berger,

Catherine Rigaud, et d'autres auteurs, dont l'apport nécessite un effort continu de synthèse, que produit par exemple Adriana Bagnulo à Aix-en-Provence.

En quelques mots, la pratique de médiation a 3 axes moteurs :

- **Le 1er axe moteur** : C'est de maintenir un repérage précis, vivant et explicite des parents dans nos têtes lors de notre travail avec les enfants accueillis (ce rappel de Tony Lainé est d'ailleurs valable pour tout soin institutionnel). Un repérage des parents quels qu'ils soient, des parents insuffisants, maltraitants, abandonniques, décédés, ... ou encore des parents qu'on ne connaît même pas. La souffrance et les incapacités de ceux que l'on connaît se manifestent dans les rapports qu'ils ont avec nous, avec l'institution. Quand on les entend, on les voit, et qu'on élabore ce qu'on ressent dans notre transfert face aux manifestations de leur souffrance, nous pouvons les repérer quand elles se manifestent en présence de l'enfant. Nous sommes moins dépassés et nous pouvons l'exprimer.

- **Le 2ème axe moteur** : C'est la pratique même des rencontres médiatisées. Pour la vingtaine d'enfants qui bénéficient de nos familles d'accueil, nous réalisons par an plus de 150 rencontres. Elles sont souvent mensuelles, parfois bi-mensuelles, ou au contraire plus espacées, selon les capacités de l'enfant et de ses parents. Nous avons rapporté cette expérience dans notre contribution au livre « Se construire quand même... » d'Hana Rottman et Pascal Richard (4), et récemment dans un article de la revue « Institutions », sur la « fonction psychique du soignant » (5).

L'espace matériel des rencontres bien

aménagé est un outil important à notre disposition. Mais le principal outil de travail, c'est notre psychisme, notre subjectivité, que nous mettons en présence de celles de l'enfant et de son parent. Dans un espace matériel peut s'installer un « champ psychique partagé », dont l'effet thérapeutique évident a été théorisé par Antonino Ferro, partant des concepts de Bion.

- **Le 3ème axe moteur** : C'est la continuité dans le temps, l'élaboration et l'articulation de la médiation avec l'accueil (analyse des pratiques, analyse et synthèse institutionnelle).

Quand ce soin fonctionne, l'enfant pourra un jour dire : « Ma mère est malade » (Et sachez que c'est un exploit pour lui). La première partie de l'énoncé : « ma mère ... (mon parent) » - confirme la reconnaissance de sa filiation et son inscription générationnelle, ouvrant à la capacité d'envisager ses racines proches, puis élargies.

La deuxième partie de l'énoncé : « ... est malade » signe la capacité de l'enfant à déconfusionner la personne et sa maladie, ouvrant les potentialités identificatoires avec les « aspects favorables » du parent, sans la nécessité de dénier les « aspects nocifs » de son fonctionnement.

Car si certains axes des capacités parentales sont préservés, favorisés et perçus par lui, ils confortent les assises narcissiques et identitaires de l'enfant vivant dans un milieu suppléant, et pourront contribuer à sa capacité future à devenir parent à son tour...

### **3/ La relation soignante de l'enfant avec ses référents de l'AFT**

Le troisième vecteur thérapeutique de l'AFT est la relation de l'enfant avec « ses référents » stables de l'équipe. Elle est indispensable pour favoriser l'affaiblissement de la force des multiclivages mutilants, et des conflits secondaires de loyauté. Le référent est une sorte d'auxiliaire du Moi fragilisé de l'enfant. Il traverse à ses côtés tous ses espaces relationnels (en famille d'accueil, lors des rencontres avec les parents, à l'audience chez le juge, etc.), tous ces espaces que l'ordonnance du Juge a délimités, pour en assurer la différenciation.

Ce référent est stable, disponible à bonne distance pour répondre aux questions de l'enfant, pour mettre en mots ce qui se passe, pour exprimer les émotions qu'il perçoit et ressent et pour faire le lien avec ce qu'il a vécu avec l'enfant dans le passé.

C'est un rôle thérapeutique spécifique, soutenant la capacité de l'enfant de percevoir, intérioriser l'effet et les enjeux des mesures de protection dont il bénéficie ; à saisir les différences du rôle et du fonctionnement entre ses parents et sa famille d'accueil, pour qu'il puisse accepter les deux et les faire cohabiter dans sa tête, sans se sentir scindé entre eux.

Par définition, ce rôle ne peut pas être assuré par une assistante familiale. Et malheureusement, il ne peut pas être assuré par une référente de protection, notamment du fait de leurs discontinuités professionnelles.

Ces 3 vecteurs de soin en AFT (les nouveaux liens en famille d'accueil, le soin par médiation du lien avec les parents, la relation thérapeutique avec les référents) peuvent s'exprimer d'autant mieux que la protection s'accorde avec le soin, et vice versa. C'est à dire que l'ordonnance du Juge des enfants tient compte :

- de l'intérêt de l'enfant, de ses besoins en lien avec son développement psychique,
- des exigences du cadre de soins en AFT (rythme des rencontres par exemple)
- protège suffisamment les parents dans leur incapacités parentales en aménageant leurs droits en conséquence.

C'est en ce sens que je parle du « soin sous protection - de l'enfant et de ses parents ». L'AFT doit aussi s'articuler avec un centre ambulatoire du secteur qui permet la mise en place des éventuels soins spécifiques pour l'enfant. Cette articulation est recherchée dès que la demande d'admission à l'AFT parvient aux équipes pédopsychiatriques.

### ***Vous voulez créer un AFT ?***

Tout ce que je dis sur la pratique de l'AFT s'appuie sur le fonctionnement de notre unité et de celles que j'ai rencontrés en 17 ans d'expérience. Mais les AFT ne sont pas tous identiques. Certains peuvent privilégier les accueils partiels, faire office de CATTP ou même d'hôpital de jour pour tout ou partie des enfants accueillis. De fait, ces usages ne peuvent bénéficier aux enfants protégés. Aussi, à mon sens, ils n'exploitent pas les potentialités de ce dispositif (3 vecteurs) et ne correspondent pas à ce à quoi se destinent les assistantes familiales.

La fonction des AFT décrite ici, je la partage avec un certain nombre de professionnels qui ont créé en 2005 un réseau français des AF à dimension thérapeutique, le RIAFET (Réseau d'Intervenants en Accueil Familial d'Enfants à dimension

Thérapeutique : [www.riafet.asso.fr](http://www.riafet.asso.fr)). Son but est de promouvoir les connaissances accumulées au profit des dispositifs actuels en pédopsychiatrie et en protection de l'enfance. Le GREPFA (Groupe de Recherche Européen en Accueil Familial) est une autre association partenaire.

Donc, si vous souhaitez perfectionner vos unités où en créer de nouvelles, vous savez maintenant où vous tourner. Le RIAFET a conçu, co-ordonne et co-finance avec l'ONED une recherche qui vise à évaluer les résultats des AFT en s'appuyant sur une cohorte d'une soixantaine d'anciens accueillis. L'investigateur des deux laboratoires de recherche impliqués (Necker et Antony), Alexandre Novo, va présenter les premiers résultats dans la revue Psychiatrie de l'enfant, et lors du 3ème colloque du RIAFET, co-organisé avec le Laboratoire PCPP, en partenariat avec la WAIMH et l'API le 10 juin 2016. Il s'intitule « L'enfant en accueil familial - son développement psychique : un enjeu essentiel ».

### ***Conclusion***

Les effets du soin en AFT et la forte demande qui leur est adressée, indiquent qu'il ne s'agit pas d'un dispositif délaissé pour son inefficacité. Lors de la préparation de la « loi protection de l'enfance » de 2007, les AFT ont même été évoqués comme une solution préventive aux situations des « incasables ».

Mais si l'AFT fonctionne - et on verra ce qu'en dira la recherche - alors pourquoi cette érosion de places en France, malgré la naissance de quelques nouveaux AFT ? Ne nous cachons pas derrière l'idée de manque des assistantes familiales. Les campagnes actives d'embauche et la souplesse administrative peuvent minimiser cet obstacle.

1/ Alors est-ce pour faire des économies ? C'est intéressant pour les comptes de l'hôpital de réduire sans risques les emplois contractuels des assistantes familiales.

2/ Est-ce à cause de la clinique spécifique dans ce champ partagé ? Cette clinique et la pratique des AFT ont besoin d'être mieux diffusées en pédopsychiatrie, d'être au moins aussi « IN » - voire plus - que l'intérêt pour l'autisme, les TED, l'hyperactivité, ou les attentions focalisées sur la périnatalité, l'adolescent, le trans-culturel, etc.

3/ Est-ce parce que la pratique dans ce champ est bien exigeante, tant psychiquement que par le fonctionnement 24h / 24, 7j / 7 des unités

AFT ? Elle peut susciter l'ambivalence ou le rejet. La restructuration récente de la pédopsychiatrie à St Etienne peut-elle en être la manifestation symptomatique ?

4/ Ou, est-ce parce que, pour les soignants, s'engager dans des situations du champ de la protection de l'enfance, ne correspond pas à ce à quoi ils se sont destinés ? Avons-nous une tendance aux attitudes d'évitement ? De même pour les professionnels de la protection de l'enfance ? Deux souvenirs m'y font penser :

- Le souvenir d'un/une collègue pédopsychiatre, arguant que les enfants protégés par l'ASE ne devraient pas bénéficier de l'AFT, à cause de l'absence de demande de soins préalable formulée par les parents.

- Celui d'une référente de l'ASE, qui suggère – devant les manifestations de souffrance psychique d'un enfant placé en accueil familial – qu'une orthophonie devrait suffire, car « il ne faut pas le psychiatriser ».

Ces deux positions illustrent un fréquent dés-accordage entre nous. Comme si chez les soignants d'un côté, et les socio-éducatifs de l'autre - dans leur destinée professionnelle et la formation qu'ils ont reçue - s'exprimait comme une phobie de l'abord épistémique différent chez leurs partenaires sur les mêmes dynamiques familiales. S'engager ensemble serait-il entrer dans un no-man's-land inquiétant, plutôt que dans un champ partagé et familier ?

Est-il possible d'inverser toutes ces tendances pour ré-irriguer notre champ commun du chevauchement de la pédopsychiatrie et de la protection de l'enfance ? La bonne nouvelle législative dont j'ai parlée, pourrait-elle entraîner cette inversion, favoriser de nouveaux accordages grâce aux connaissances mieux partagées ?

### Bibliographie

- Tony Lainé, *La Psychiatrie est devenue une pratique où le social est toujours présent*, La Revue de l'APAJH, N°11, sept/oct 1986, p18-19.
- Dozier M., Stovall K.C., Albus, K.E., Bates B. (2001), *Attachment for infants in foster care : The role of caregiver state of mind*, Child Development, 72, 1467-1477.
- Fischer P.A., Burraston B, Pears K. (2004). *The Early Intervention Foster Care Program : Permanent Placement Outcomes from a Randomized Trial*, Child Maltreatment, vol.8, No X.
- Hana Rottman et Pascal Richard, *Se construire quand même - L'accueil familial : un soin psychique*, Paris, PUF, 2009.
- Marie-Hélène Borg, Sylvie Denizet, Martin Pavelka, *La fonction psychique du soignant – lors du soin du lien parents/enfant*, Institutions, Revue de psychothérapie institutionnelle, n°56, octobre 2015.

# Le travail en SESSAD : en partenariat et en réseau

**Ce texte à 2 voix a fait l'objet d'une intervention en atelier lors des 4èmes Assises Nationales du Médico-Social, organisées par l'AsPI (Association scientifique de Psychiatrie Institutionnelle) sur le thème « Les liaisons inter-institutionnelles ont-elles un avenir ? », les 23 et 24 juin 2016 à Paris.**

**Dominique ROCHAS-ROUQUETTE**  
directrice  
**Claire PUYBARET-BATAILLE**  
pédopsychiatre  
**SESSAD « La courte échelle »,**  
association AJHIR, Paris 11ème

## Introduction

**D. Rochas-Rouquette**

Ouvert en 97, à l'initiative d'une association de parents, le SESSAD AJHIR «La courte échelle» est le premier SESSAD parisien accompagnant des enfants déficients intellectuels. Il a une capacité d'accueil de 46 enfants âgés de 2 à 16 ans, avec une majorité d'enfants entre 6 et 12 ans. Parmi ces enfants, nous distinguons environ un tiers d'enfants porteurs de trisomie 21, un tiers d'enfants porteurs de pathologies diverses, un tiers d'enfants dont la cause du retard intellectuel n'est pas connue.

## Un service tourné vers l'extérieur et fonctionnant en réseau

Les SESSAD sont, par définition, des services résolument tournés vers l'extérieur. Le D de leur acronyme signifie domicile et élargit cette notion aux différents lieux de l'enfant. Nos interventions ont lieu, pour la plus grande partie d'entre elles, en dehors

de nos locaux. Nous sommes, comme le dit le titre d'un ouvrage, une institution nomade.

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM), vante la capacité de ce type de services à faire lien et leur ouverture vers l'extérieur

Elle déclare: «Il s'agit pour les professionnels de sortir d'approches segmentées structure par structure ou de logiques de filières, fortement construites autour des déficiences, et de mobiliser l'ensemble des ressources pour accompagner des parcours de vie singuliers dans des situations contextualisées.»

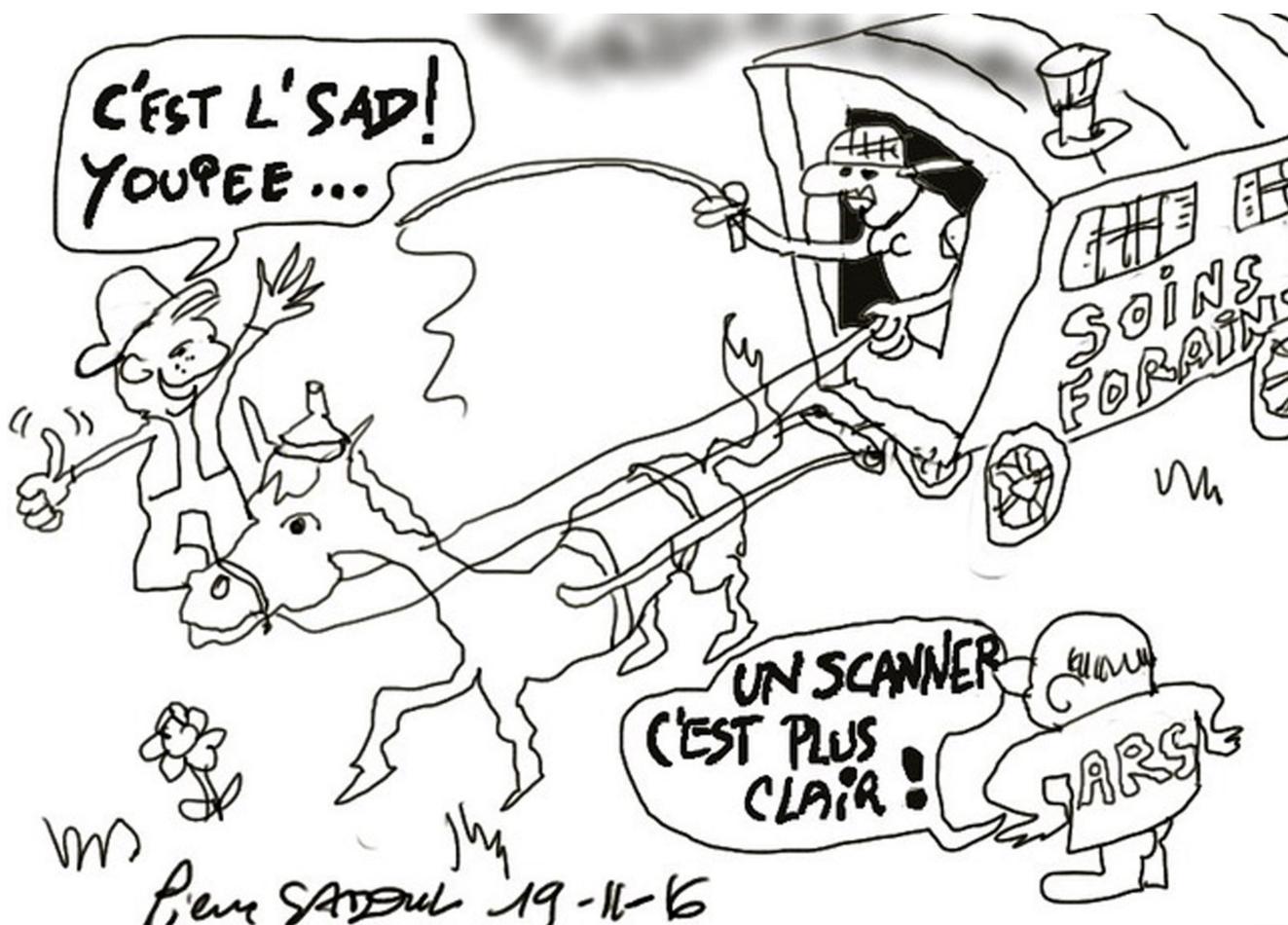
Le SESSAD AJHIR « La courte échelle » s'inscrit dans cette logique ; son projet repose essentiellement sur le travail en réseau, le principe du réseau étant qu'il se construit autour de l'enfant et donc qu'il s'actualise en permanence.

Chaque enfant apporte avec lui un lot de partenaires différents :

- Pour la scolarisation et socialisation : équipe de crèche, de halte-garderie, équipes enseignantes, équipe de centre de loisirs.

- Pour les soins : médecins traitants, services hospitaliers, travailleurs sociaux, CMP, CMPP, praticiens libéraux, autres services de soins.

Ces partenaires, faisant partie du réseau de l'enfant et de sa famille sont invités aux synthèses annuelles au SESSAD.



## **Des partenaires singuliers, les parents**

Au tout début du SESSAD, je me souviens de débats animés sur le thème : « les parents sont-ils des partenaires ? ».

Je dirais oui parce qu'ils construisent avec nous le projet de leur enfant, en énonçant leurs attentes, en refusant certaines de nos propositions, en suggérant d'autres. Mais ce sont des partenaires singuliers parce qu'ils apportent un éclairage précieux sur leur enfant, au-delà de ce que tout professionnel peut apporter et que sans leur accord, rien n'est possible.

Mais cette co-construction n'est réelle que si chacun peut y apporter sa part et elle est mise à mal si les parents délèguent tout (« vous êtes les professionnels, vous savez ce qui est bon pour notre enfant ») ou au contraire s'ils se veulent prescripteurs (« mon enfant a besoin de trois séances d'orthophonie hebdomadaires avec telle méthode »). C'est de la qualité de cette alliance entre professionnels et parents que dépendra en grande partie l'évolution de l'enfant.

## **Des partenaires incontournables, les lieux de scolarisation**

Notre intervention dans les lieux de scolarisation des enfants est variable selon le projet individuel de l'enfant : elle dépend de la façon dont l'enfant vit sa scolarité. C'est une intervention qui se construit lors de rencontres entre les parents et l'équipe de suivi de scolarisation.

Nous travaillons chaque année avec plus d'une trentaine d'établissements scolaires. Après chaque admission au SESSAD, nous allons nous présenter à l'équipe enseignante de l'enfant et expliquer notre projet et nos modalités d'intervention. Ces partenariats donnent lieu à toutes sortes d'échanges : très formels comme ceux qui ont lieu lors des équipes de suivi de scolarisation dans les établissements scolaires ou des réunions de synthèse au SESSAD, échanges plus informels et plus ponctuels entre l'enseignant de la classe et un des intervenants du SESSAD.

La difficulté du travail avec les écoles est que nous n'avons pas la même culture et la même façon d'envisager le travail avec les familles. Les périodes d'orientation sont révélatrices de ce que cette différence de culture et donc de mode de travail peuvent entraîner : l'intervention

de notre service peut être vécue comme complémentaire par les équipes enseignantes, et donc vue comme un enrichissement, ou au contraire être vécue comme une intrusion, un affrontement. Nous pouvons aussi en tant que SESSAD nous sentir instrumentalisés par l'école qui nous demande de trouver un établissement spécialisé bien avant que les parents le souhaitent, ou au contraire être témoins de la souffrance d'un enfant en classe que l'équipe enseignante ne retransmet pas.

## **Des partenaires familiaux, les professionnels de soin**

Nous pouvons également avoir pour partenaires d'autres professionnels libéraux : kinésithérapeutes, ergothérapeutes dont les professions ne sont pas représentées au sein de notre service. Il nous est même arrivé de collaborer avec un autre SESSAD pour déficients visuels pour deux enfants pluri handicapés.

Mais les partenaires les plus réguliers sont les CMP et les CMPP. Je vais laisser la parole à Claire Puybaret-Bataille qui développera ce partenariat spécifique.

## ***Évolution du travail en SESSAD lors des temps diagnostiques, thérapeutiques et au moment de la réorientation***

**Claire Puybaret-Bataille**

Nous constatons qu'en 10 ans, c'est à dire depuis la loi de 2005, la durée de séjour dans notre SESSAD a diminué et que nous avons de plus en plus de demandes. Une des explications est que nous sommes de plus en plus confrontés à des pathologies complexes où la déficience mentale n'est pas avérée, où c'est le retard scolaire d'enfants maintenus de plus en plus à l'école qui amène les professionnels extérieurs à l'orientation dans notre SESSAD. Certains enfants n'ont vu aucun psychiatre ou psychologue qui puisse faire un premier repérage diagnostique permettant de mettre en évidence des troubles de la personnalité ou des troubles du langage complexes pouvant entraver les apprentissages. L'étape diagnostique est donc faite au SESSAD et une réorientation vers d'autres structures médico-sociales ou de soins est tentée, en fonction de l'adhésion des parents au projet, et des places disponibles.

## **Processus d'admission**

Le processus d'admission dans notre SESSAD passe par un premier entretien des parents avec la directrice qui présente la structure, ce qu'elle implique pour les familles et les écoles comme engagement : visites à domicile, rendez-vous réguliers au SESSAD pour les parents avec leur enfant, accompagnements aux rendez-vous de bilans précédents la prise en charge effective, puis accompagnements à certains soins surtout pour les enfants les plus jeunes, nécessité d'un lieu pour accueillir les soignants à l'école...

A ce premier rendez-vous les bilans et courriers des équipes ayant suivi l'enfant précédemment sont demandés. Un test de quotient intellectuel est systématiquement requis.

Après le premier entretien avec la directrice, un autre rendez-vous est fixé avec 3 membres de l'équipe : le pédopsychiatre, le neuropédiatre et une des psychologues de l'équipe. C'est une consultation pour l'enfant et ses parents afin de préciser, autant que faire se peut le diagnostic, de répondre aux questions des parents et de voir si le SESSAD peut répondre à leurs attentes et aider leur enfant à progresser dans ses acquisitions et son autonomie.

Si à l'évidence l'enfant ne correspond pas à notre agrément, nous envisageons avec les parents d'autres structures de soins possibles et accompagnons la réorientation d'un courrier ou d'un appel téléphonique. Si l'indication nous semble à la limite de nos possibilités de prise en charge, nous restons sur la réserve concernant une admission et proposons de contacter les personnes qui nous ont adressé l'enfant, afin de mieux comprendre leur demande vis à vis de notre structure de soins dont ils ignorent souvent l'agrément et les limites dans les prises en charge ( il n'y a pas de psychothérapie possible car le temps de psychiatre est d'une journée par semaine et le temps plein de psychologue est dévolu à d'autres tâches).

Il est évident que même avec 3 regards différents en une seule consultation, un grand nombre de choses nous échappent. La lecture des bilans antérieurs à l'admission qui n'ont pas toujours été faits dans des conditions adéquates, ou de courriers pas toujours très explicites concernant la pathologie de l'enfant et son expression singulière, ne nous aident pas forcément à affiner notre première perception clinique.

Certains enfants se montrent inhibés

durant la première consultation et révèlent ensuite des troubles du comportement ou de la personnalité préoccupants, ou bien des troubles du langage complexes qui ont masqué une intelligence normale.

Parfois nous percevons d'emblée que notre équipe ne pourra pas répondre à tous les besoins de l'enfant, mais aucune autre solution de prise en charge satisfaisante n'a pu se dessiner et nous acceptons d'admettre l'enfant dans notre SESSAD avec une perspective de réorientation future ou de suivis extérieurs complémentaires souvent pédopsychiatriques ou psychothérapeutiques.

Une fois le processus de pré-admission finalisé, quand une place se libère après une attente de plusieurs mois, l'enfant est présenté en réunion d'équipe et quatre soignants se proposent pour la prise en charge (orthophoniste, psychomotricien, éducateur et psychologue qui coordonnent le travail avec la famille et l'école).

## **Après les bilans et quelques mois de prise en charge**

Dans certaines situations c'est seulement après les premiers bilans ou après plusieurs mois que nous percevons que la prise en charge sera difficile et insatisfaisante pour l'équipe du fait de l'intrication de troubles de la personnalité et de troubles des apprentissages, mais les parents ne comprennent pas toujours nos doutes sur la possibilité d'aider leur enfant, malgré nos explications. La réorientation est alors souvent longue, parfois douloureuse et difficile à appréhender pour les familles, et parfois impossible à réaliser concrètement du fait des listes d'attente des IME et des hôpitaux de jour.

Malgré les réunions d'équipe où la parole circule librement, le travail de supervision et les temps de reprise possibles avec les psychologues du service, l'illusion groupale d'être efficace pour aider un enfant à progresser disparaît et l'équipe peut se déprimer. Ils en veulent parfois aux professionnels qui ont adressé l'enfant et à ceux qui gèrent le processus d'admission de s'être « trompés » dans leur appréciation des troubles de l'enfant. Notre équipe qui comprend des professionnels de grande qualité, est cependant capable d'une créativité impressionnante et des prises en charge groupales ou en binôme sont souvent proposées afin de ne pas travailler seuls avec un enfant évoluant lentement, ou

présentant des troubles de la personnalité et une désorganisation de la pensée qui rendent difficile la progression dans les apprentissages et l'autonomie. Parfois ce sont aussi les parents qui s'avèrent très malades psychologiquement et se montrent en difficulté pour soutenir le développement de leur enfant.

Lors des réunions de synthèse avec des équipes de pédopsychiatrie de CMP ou de CMPP, nous sommes cependant parfois désarçonnés de constater que ces équipes se sentent aussi impuissantes et peu outillées que nous pour proposer une prise en charge plus adéquate en hôpital de jour, en CATTP ou en CMP. Ils semblent trouver que nos prises en charge ne sont pas aussi inefficaces que l'on serait tenté de le croire et je ne peux parfois que les approuver, étant moi-même aussi par ailleurs responsable d'un CMP de secteur qui n'a pas d'hôpital de jour et peut difficilement proposer des aides aussi intensives qu'en SESSAD.

Nous constatons aussi que les troubles du langage complexes dits « dysphasiques » ne sont souvent pas diagnostiqués aisément. Ces enfants peuvent passer pour déficients intellectuels et présentent souvent des troubles secondaires à leurs troubles du langage comme un retrait relationnel, une inhibition ou des troubles du comportement du fait de l'inadaptation des réponses à leurs difficultés de compréhension et d'expression verbale. Une fois repérés, nous tentons d'orienter ces enfants vers des structures plus adaptées que les nôtres comme des SESSAD ou des EMP spécialisés, quand ils ont de la place pour les accueillir.

## **La scolarisation**

La loi de 2005 prône la scolarisation des enfants porteurs de handicap et certains parents s'en saisissent pour refuser toute orientation en établissement médico-social ou sanitaire. La plupart des enfants que nous suivons sont scolarisés en ULIS école ou collège, mais leur scolarité n'est pas toujours opérante et les enseignants ne sont parfois pas formés. Certaines écoles se sentent coincées par cette obligation de scolarisation et ont du mal à dire aux parents que leur enfant ne progresse pas dans le cadre scolaire, voire même régresse, car l'enfant ne peut s'adapter au groupe-classe et à la grande collectivité de l'école, il a besoin de plus d'attention dans un groupe plus restreint. Certains enfants développent ainsi des troubles du comportement qui se surajoutent à leur pathologie initiale

du fait d'un environnement inadapté. Il est parfois impossible de se coordonner avec l'école en ESS (Equipe de Suivi de Scolarisation) pour faire passer un message clair aux parents sur ce point, malgré d'éventuelles réunions avec l'école en amont. Nous percevons parfois que nos formations différentes entre le médico-social et l'éducation nationale rendent le dialogue difficile car nos références théoriques ne sont pas les mêmes et la souffrance de l'enfant n'est pas perçue et comprise de la même façon.

Nous allons maintenant illustrer avec 2 cas cliniques notre travail de partenariat et de réorientation des enfants ne correspondant pas à notre agrément de SESSAD pour déficients intellectuels.

## ***Vignette clinique : Tina T., une enfant dysphasique avec des troubles du comportement*** **D. Rochas-Rouquette**

### **Contexte de début du suivi**

Tina est une petite fille âgée de 5 ans qui, lorsque nous la rencontrons pour la première fois, vit avec sa mère et est scolarisée en grande section de maternelle dans l'école de son quartier. Elle nous a été adressée par le CMP de son secteur ; elle a un suivi orthophonique libéral depuis l'âge de trois ans.

La WPPSI III passée en 2013 à l'hôpital Debré met en évidence une déficience légère avec peu de différence entre QI verbal et QI performance, mais une vitesse de traitement correspondant à la moyenne des enfants de son âge.

L'orthophoniste libérale soupçonne un trouble expressif sévère du langage, mais suite au bilan fait à l'hôpital Robert Debré qui évoque une déficience intellectuelle, elle ne s'autorise pas à porter un diagnostic de dysphasie dans le compte rendu qu'elle nous adresse en novembre 2014.

Au vu du bilan orthophonique, notre pédopsychiatre et une de nos psychologues s'interrogent sur la pertinence de l'entrée de Tina dans notre service mais sur la foi du bilan hospitalier effectué, la MDPH nous adresse une notification en décembre 2014.

### **Premières observations**

Nous commençons alors une période d'observation en janvier 2015 et l'éducatrice rencontre Mme T. à plusieurs

reprises. Lors de ces premières rencontres Mme T. confie qu'elle est la seule à comprendre sa fille et qu'elle est souvent convoquée dans l'établissement scolaire suite aux crises de colère de Tina.

Nous nous présentons à l'école ; l'enseignante nous décrit une petite fille très colérique, intolérante à la frustration. Elle est souvent exclue des sorties scolaires de ce fait. Pour l'enseignante, les principales difficultés de cette petite fille sont ses troubles du comportement, même si elle a bien sûr repéré les troubles du langage.

Très vite, nos propres observations nous amènent à prendre pour hypothèse que les troubles du comportement sont secondaires, dus à de l'incompréhension et/ou à une impossibilité de communiquer de façon suffisamment intelligible.

L'orthophoniste commence ses séances d'observation et de bilan, met en place un agenda avec photos, dessins, collages, pictogrammes, agenda qui sert à donner à Tina sous forme visuelle les informations la concernant, permet de tisser des liens entre ses lieux de vie, de raconter des sorties, des changements dans sa vie quotidienne et de les anticiper. Il s'agit de l'aider à comprendre ce qui se passe autour d'elle pour lui permettre d'y adhérer et d'en être active et de minorer les manifestations comportementales.

L'éducatrice spécialisée se rend une fois par semaine à l'école où elle propose de mettre en place des supports visuels, favorise l'utilisation de cet agenda et échange régulièrement avec l'enseignante. L'orthophoniste la rencontre également.

Peu à peu les crises de colère s'estompent. Mme T. déménage dans un autre quartier et Tina a une chambre à elle pour la première fois.

Entretemps nos bilans avancent et la date de la réunion de synthèse de Tina approche ; compte tenu de l'âge de Tina, il va falloir se prononcer sur le meilleur lieu de scolarisation pour l'année suivante.

## Bilans

La psychologue référente de Tina propose de lui faire passer un KABC, compte tenu de ses difficultés langagières, car c'est un test particulièrement adapté aux enfants présentant des difficultés du langage. Cet outil psychométrique met en évidence :

- un déficit des processus séquentiels visuels et verbaux
- une mémoire à court terme /mémoire de travail chutée
- des réelles compétences d'analyse et de traitement visuo-spatial

- des capacités d'apprentissage efficaces

Le bilan de l'orthophoniste met en évidence une expression orale très perturbée. Elle dispose de la plupart des sons de la langue en isolé. La répétition n'apporte guère d'amélioration.

Nous concluons donc à une dysphasie.

## Projets de réorientation

Lors de l'ESS, l'équipe enseignante a constaté la diminution des troubles du comportement et l'efficacité des supports visuels ; la psychologue et l'orthophoniste du SESSAD font part de leurs conclusions. Les membres de l'ESS concluent que du fait des troubles spécifiques du langage de Tina et de son peu de confiance en elle, le maintien en grande section fragiliserait encore son estime de soi et le passage en CP demanderait de trop grandes adaptations du milieu scolaire. La solution idéale serait la scolarisation en ULIS école « troubles des apprentissages ». Lors de notre réunion de synthèse, peu après, nous décidons parallèlement de demander une orientation vers un SESSAD « troubles des apprentissages », mais ce service n'a pas de place pour la rentrée 2015.

Tina entre donc en ULIS « troubles des apprentissages » avec un suivi par un SESSAD « déficience intellectuelle ». Les troubles caractérisés cessent totalement, ce qui confirme notre hypothèse que les troubles du comportement de Tina étaient en grande partie dus à l'inadaptation des réponses de l'école face aux troubles de la compréhension et d'expression. Mme T. nous confie que les premières semaines de septembre elle attendait anxieusement chaque jour un appel téléphonique du nouvel établissement scolaire.

## En attendant une réorientation

Cette période d'attente est un « entre deux » dont nous ne maîtrisons pas la durée. Il nous faut à la fois accompagner cette enfant le mieux possible en attendant sa réorientation vers un service qui est plus adapté que le nôtre, contenir l'angoisse de sa mère face à cette période sans durée précise, maintenir la mobilisation de l'équipe pour une enfant en partance.

Pour Tina, les principaux axes sont d'améliorer socialisation et langage.

- Les séances d'orthophonie se poursuivent. Avec Tina, un travail est mené sur la logique, les structures de pensée et l'étagage du langage. Les échanges avec

Mme T. portent sur les stratégies à mettre au point pour structurer la pensée de Tina et en permettre l'expression verbale. Les contacts avec l'enseignant permettent la mise en place d'une pédagogie des apprentissages adaptée.

- En ce qui concerne la socialisation, l'éducatrice propose un groupe de jeux hebdomadaire avec des enfants de l'ULIS. - Par ailleurs un séjour de quatre jours lui est proposé et Tina accepte bien cette première séparation.

L'éducatrice se rend fréquemment à domicile pour rencontrer Mme T. Des points familles réguliers associant éducatrice, psychologue, orthophoniste et psychomotricienne ont lieu au service. L'orthophoniste qui voit Mme T. chaque semaine en début de séance nous alerte régulièrement en réunion d'équipe quand Mme s'inquiète de ne pas avoir de nouvelles du nouveau service ; nous prenons alors le relais pour appeler nous-mêmes le service et rassurer Mme T.

En ce qui concerne l'équipe, contrairement à mon idée initiale, je pense que c'est le départ de Tina qui va être difficile à vivre. La séparation sera difficile vu l'investissement autour de cette petite fille et de sa mère.

Ce n'est pas la première enfant dysphasique que nous accueillons, mais la première diagnostiquée si tôt. Nous avons accueilli précédemment deux enfants présentant des troubles spécifiques du langage. L'un d'eux passait pour autiste avec des comportements de retrait et des stéréotypies. L'autre présentait une inhibition massive. Ces deux enfants avaient été diagnostiqués beaucoup plus tard et avaient conduit le SESSAD « troubles des apprentissages » à nous demander de continuer jusqu'à la limite d'âge de notre service en insistant sur l'autonomie, l'orthophonie et la mise en place de moyens de communication adaptés.

**Vignette clinique : Sarah, une enfant psychotique et déficiente**  
**Claire Puybaret-Bataille**

## Contexte de début du suivi

Sarah est suivie dans notre SESSAD depuis 2 ans. Elle nous a été adressée par un CAMSP à 5 ans ½. Elle y a bénéficié d'une prise en charge en psychomotricité et en orthophonie depuis l'âge de 3 ans ½. Elle a présenté une hypotonie motrice

et n'a marché qu'à 2 ans. Les parents ont consulté en neuropédiatrie quand elle avait 1 an. Sarah a eu un bilan somatique de son retard, mais pas de bilan génétique, les parents l'ayant refusé. Mme semble perdue face aux difficultés de sa fille qui ne répondent pas à un diagnostic précis. Sarah est l'aînée de 4 enfants d'âges très rapprochés et les parents se montrent débordés par cette situation. Ils ont du mal à fixer un cadre éducatif cohérent ; ils ont des demandes et des exigences contradictoires à l'égard de leur fille. Sarah réclame beaucoup d'attention et se montre tyrannique avec sa mère. A la maison elle est décrite comme très opposante à certains moments et comme cherchant à faire plaisir en rendant de petits services à d'autres moments. Elle cherche à contrôler le passage aux toilettes de toute la famille, se place derrière la porte et en limite l'accès. Sarah est scolarisée en grande section de maternelle dans une école confessionnelle à son arrivée au SESSAD. Elle vient de changer d'école car la petite et la moyenne section de maternelle se sont mal passées dans une école précédente. Mme a trouvé la directrice malveillante vis à vis de Sarah qui présentait un retard dans les apprentissages et dans l'acquisition de la propreté. Sarah a un niveau de petite section et des difficultés importantes de concentration ; elle se montre souvent opposante et coléreuse en classe et a de petits accidents d'énurésie et d'encoprésie. Elle va encore une fois changer d'école en cours de grande section car l'école refusait la possibilité d'une AVS. Mme est facilement en conflit avec les écoles, souvent blessée de ce qui lui est rapporté des difficultés de sa fille en classe et a du mal à leur faire confiance.

## Premières observations

A la première consultation je constate que les dessins de Sarah sont peu représentatifs ; elle dessine des formes fermées, mais ne complète pas un bonhomme. Elle n'écrit son prénom que si elle est très étayée. Sur le plan langagier elle fait des phrases simples et a des difficultés de prononciation.

Elle joue à la dinette et à la poupée avec sa petite sœur mais ne peut jouer seule. Elle est intéressée par les livres et peut faire des commentaires sur les images. Elle s'inquiète vis à vis de certains événements et en parle en boucle. Elle a une peur panique des gros animaux et du noir.

Elle fait tomber des jouets durant la consultation et ne s'occupe pas d'où ils sont. Elle tombe souvent, ne fait pas attention aux obstacles.

L'acquisition de la propreté a été très difficile et reste aléatoire avec des moments d'énurésie et d'encoprésie quand ses capacités d'adaptation sont débordées avec trop de changements.

A notre première réunion de synthèse deux mois après son admission, nous constatons que les éléments d'immaturation affective, l'absence de continuité de la pensée et les angoisses massives sont prégnants et entravent ses possibilités de progression dans les apprentissages.

Le bilan psychologique est très hétérogène, la situe autour de 3 ans ; il révèle un discours incohérent avec des coqs à l'âne, beaucoup d'opposition alors que les épreuves proposées sont à sa portée. Elle peut être bien organisée par moments, effondrée à d'autres.

Nous proposons une orientation en CMP

pour des soins psychiques, en parallèle à la prise en charge au SESSAD ; un maintien en grande section de maternelle est par ailleurs décidé à l'école.

Quelques mois plus tard, la famille est reçue dans un premier CMP ; dès la première consultation, le psychiatre parle d'orientation en hôpital de jour. Les parents n'y retourneront pas et il faudra attendre trois mois de plus pour qu'ils acceptent de consulter dans un autre lieu, un CMPP, où une thérapie va pouvoir se mettre en place.

Mme cherche des méthodes pédagogiques et éducatives miraculeuses ; elle en essaye plusieurs et se déplace même à l'étranger.

## Un an après l'admission

A la réunion de synthèse un an après son admission, il est noté que l'incohérence de la pensée persiste, mais Sarah est plus en lien avec les autres et supporte mieux les frustrations. A l'école elle peut imiter les autres enfants et faire des acquisitions de moyenne section.

Elle est dans une quête affective vis à vis de l'adulte et crie encore beaucoup. Elle commence à raconter de petits événements, mais ses jeux sont encore très stéréotypés.

Elle investit la prise en charge en équithérapie proposée par le SESSAD, y réclame beaucoup d'attention et exprime sa peur d'être dévorée par le poney.

Un passage en CP est décidé, une ULIS-école étant refusée par les parents.

## Deux ans après l'admission

A la réunion de synthèse deux ans après son admission, il est noté que son comportement s'améliore à l'école, elle s'intéresse aux apprentissages, même si ses acquisitions ne sont pas celles d'un CP. Elle peut lire quelques syllabes simples et additionne jusqu'à 10.

A la maison elle est toujours « gardienne des WC » et il y a beaucoup de conflits. Elle crie beaucoup, Mme aussi et le couple parental s'est séparé. Sarah commence cependant à pouvoir verbaliser ses peurs et sa colère.

En équithérapie, Sarah se montre moins angoissée et plus en lien avec les autres enfants. Elle pose moins de questions répétitives et parle de ses peurs. En orthophonie, elle se montre plus disponible, mais a besoin de maîtriser les situations. En psychomotricité elle a un meilleur tonus, mais se montre encore souvent opposante. Elle peut maintenant dessiner un bonhomme complet.



Mme est plus consciente des limites de la scolarisation en CP et accepte l'idée d'une orientation en ULIS-école.

## **Conclusion et perspectives d'avenir pour Sarah**

Au fil du temps Sarah semble moins angoissée, sa pensée se structure et son comportement est plus adapté ; mais elle se montre toujours tyrannique à la maison et ses parents sont encore en difficulté pour proposer un cadre éducatif cohérent et stable. Il y a une bonne alliance entre l'école et le SESSAD qui se rencontrent régulièrement, mais son retard scolaire est préoccupant.

Le psychiatre du CMPP ne propose rien de plus qu'une thérapie et ne semble pas envisager un hôpital de jour, mais il insiste sur le travail de réseau avec nous et se déplace volontiers à nos réunions de synthèse.

Il nous aura finalement fallu un an pour que la famille accepte des soins psychiques, deux ans pour l'acceptation d'une ULIS-école. Les parents nous font maintenant un peu plus confiance et ont plus ou moins cessé de chercher des méthodes miracle. La question de l'orientation de Sarah à moyen terme reste cependant entière.

Pour l'équipe du SESSAD, il est évident qu'elle est plus psychotique que déficiente ; les professionnels sont parfois désarçonnés par ses manifestations d'angoisse, son manque de disponibilité pour les apprentissages et son opposition. Ils sont persuadés qu'une équipe d'hôpital de jour ferait mieux qu'eux, mais la famille n'accepterait pas cette orientation actuellement. La prise en charge se poursuivra donc dans notre SESSAD tant que la famille s'opposera à une orientation plus adaptée, probablement en IME dans quelques années.

## **Le travail avec les enfants psychotiques en SESSAD « déficience intellectuelle »**

Pour d'autres familles que nous suivons, l'acceptation de soins psychiques et d'une orientation scolaire spécialisée peut être bien plus longue. Notre SESSAD accueille ainsi un certain nombre d'enfants psychotiques, soit parce que l'inhibition a masqué les troubles de la pensée, soit parce que les parents ont refusé un suivi pédopsychiatrique antérieurement à l'admission de l'enfant au SESSAD.

Le groupe d'équithérapie s'avère particulièrement opérant pour ces

enfants ; d'autres groupes se mettent aussi en place en fonction des besoins ressentis. Les psychomotriciens développent un travail de contenance corporelle et les orthophonistes adaptent au mieux leurs outils pour aider ces enfants à structurer leur pensée et leur langage. L'ensemble de l'équipe est attentive à la verbalisation des affects et au repérage des émotions, si besoin avec des images pour les enfants qui ont peu de langage.

Ce type de travail s'avère aussi opérant pour les enfants présentant des troubles autistiques ou psychotiques s'ajoutant à leur déficience mentale d'origine neurologique ou génétique, du fait de leurs difficultés de communication, de troubles sensoriels, ou de troubles relationnels qui se sont souvent développés dans l'interaction avec leurs parents bouleversés par l'annonce d'un handicap avéré. La grande majorité de ces enfants bénéficient d'un suivi psychologique régulier en dehors du SESSAD dans un CMP, un CMPP ou chez un psychologue privé. Malgré la lourdeur de leur handicap d'origine génétique ou neurologique associé à des troubles relationnels, ils sont cependant mieux tolérés par l'équipe car ils correspondent mieux à notre agrément de « déficients intellectuels » et sont en théorie plus facilement orientables vers des IME à moyen terme. Dans la pratique, ce n'est évidemment pas si simple !...

## **Conclusions de ces journées, pistes de réflexion**

- La différence théorique entre les structures sanitaires et médico-sociales (soins / accompagnement du handicap) se concrétise par des règles administratives différentes. L'HAS oppose soins psychiques et éducatifs, alors que les valeurs sont les mêmes : privilégier la personne, sa position subjective plutôt que son adaptation à des cadres contraignants.

- Mais l'hétérogénéité des institutions tient souvent à la personnalité de leurs dirigeants et la séparation entre sanitaire et médico social est parfois illusoire (c'est Mr Laforcade de l'ARS Aquitaine qui le dit !). Il est important de travailler sur l'inter-institutionnel et la transversalité.

- Les orientations sont de plus en plus précoces (surtout pour les autistes) alors que des prises en charge conjointes seraient souvent plus pertinentes (IME / HJ, ITEP / HJ / PFT). Le système tarifaire doit s'adapter aux besoins et non l'inverse. Les CMP et CMPP gardent une

place importante (quand ils en ont les moyens) car ils sont porteurs de l'histoire de l'enfant et doivent permettre la coordination des soins.

- Au niveau de la scolarité, il y a une confusion entre « droit » et « obligation » de scolarisation. L'accessibilité des savoirs implique des réponses pédagogiques adaptées et les enseignants se sentent souvent impuissants par rapport à « l'obligation de réussite » réclamée par les familles.

- Il a évidemment beaucoup été question des passages entre les institutions. Comment les penser ? Les ritualiser ? Les changements d'institution provoquent une précipitation émotionnelle chez les patients ; la temporalité se réactive, ainsi que les inquiétudes par rapport à l'avenir et les angoisses d'arrachement. Le mouvement d'individuation de l'enfant doit être soutenu et matérialisé par le changement ; il est important qu'il soit donc accompagné par les soignants des institutions, en concertation avec les parents pour faciliter son autonomie, sa participation et son insertion. Ce mouvement se heurte souvent aux difficultés de communication entre des institutions qui n'ont pas le même langage, pas les mêmes cultures professionnelles. Qu'est ce qu'on se transmet ? Dans la pratique, force est de constater que les troubles du comportement de l'enfant lors des passages diminuent si les 2 institutions font l'effort de se rencontrer.

- Ritualiser les passages, penser les liens entre institutions est un moyen de revisiter la clinique de l'enfant, de précipiter les questions des parents (levier dans le travail avec eux). Les discontinuités permettent de symboliser quelque chose dans le développement psychique et la mise en mouvement d'éléments disjoints peut créer la continuité. « Un outil se fabrique à sa main ».

- Les réseaux permettent de penser l'espace de chacun et la mise en place de rencontres cliniques pluri-institutionnelles peut aider à la réflexion, notamment concernant nos « patates chaudes ».

- Par ailleurs les temps de formation communs sont essentiels ; la théorie vient y éclairer la clinique. C'est ce à quoi ces journées ont contribué, elles ont été fortes en rencontres, en mises en lien et en sens.

# Une médiation à travers les bois : «Petit explorateur, dessine ton chemin»

**Ce texte a fait l'objet d'une intervention lors de la 3ème Journée d'Etude du Centre d'Etudes en Psychopathologie de Bourgogne, sur le thème « Médiations thérapeutiques », le 7 juin 2016 à Dijon.**

**Sandrine CAMPANA, infirmière  
Cécile JACOB, pédopsychiatre  
Martine JANNOT,  
psychomotricienne  
Centre de jour pour enfants  
«L'ombrelle», Beaune (21)**

## Une médiation sensori-motrice

Nous allons vous raconter l'histoire d'une médiation thérapeutique un peu particulière, un soin dans le cadre d'une structure de jour qui accueille des enfants entre 2 ans et 6 ans : c'est un atelier thérapeutique pour un groupe de 5 enfants qui présentent des difficultés dans leur développement psychomoteur, en lien avec des troubles psychiques et relationnels.

Une infirmière, Sandrine et une psychomotricienne, Martine sont engagées depuis plusieurs années dans sa mise en œuvre. Lors de nos échanges dans le cadre notamment des réunions de synthèse, leur travail m'a beaucoup intéressée ; elles m'ont embarquée dans cette aventure et son élaboration, dont nous aimerions témoigner.

Il s'agit d'une médiation groupale pour une promenade, une aventure, une expédition, aux alentours de Beaune, dans les bois. Cette médiation met en jeu pour chaque enfant le déplacement et donc sa motricité, faisant appel au corps, susceptible d'éveiller des sensations sensori-motrices plus ou moins complexes dans cette confrontation avec ce qui pourrait être le médium : un territoire.

Un territoire avec ses « bosses », montées et descentes, ses cailloux et morceaux de la nature, ce qui se voit, s'entend, se touche, se respire. Un environnement particulier à l'extérieur du lieu de soins connu dont il faut partir. Un espace à la fois inconnu, donc étrange mais aussi pouvant devenir peu à peu protecteur. Un cadre d'expérience pour le sujet mais

aussi d'expérience partagée où enfants et soignants sont engagés. Il s'agit d'un trajet à réaliser, parcours accompagné, pouvant figurer, représenter un trajet de vie qui amène les enfants à mobiliser leur corps, ressentir, verbaliser, raconter, jouer ce qui peut être traduit par ces propos : « et si on disait que... je suis un pirate », ouvrant ainsi une élaboration commune et un espace de jeu partagé et mémorisable.

Nous citons Anne Brun : « Le cadre thérapeutique se définit par une interaction entre cette implication du corps, l'utilisation du médium, la dynamique transférentielle, et la verbalisation. »

## Historique et cadre

Cet atelier thérapeutique, nommé "Groupe plein air" s'inscrit dans une histoire née il y a une dizaine d'années, à l'initiative de soignants du centre de jour « L'Ombrelle » : groupe thérapeutique se risquant "hors les murs" de l'institution et dont les modalités et donc le cadre se sont modifiés, transformés du fait des changements de soignants, des enfants accueillis, de leurs expériences et des histoires qui se sont tissées, des élaborations mises en œuvre dans les réunions de synthèse et avec les parents. Nous sommes parties de l'idée que l'enfant développe ses compétences motrices en s'adaptant à l'environnement, à partir de schèmes moteurs acquis et de la répétition de ses expériences dans un cadre où il est accompagné, étayé par les soignants et le groupe qui peu à peu se construit comme une enveloppe opérante.

Les relations qui se tissent au sein du groupe, mettent en jeu un autre processus de transformation: l'enfant peut trouver, prendre une place parmi les autres, il peut s'approprier une légitimité à "être au monde".

"Notre but n'est pas uniquement moteur, il est d'agir sur le corps unificateur des expériences et des actes. Il faut

permettre à l'enfant de sentir son corps comme objet total dans le mécanisme de relation. Le corps qui se joue subit l'expérience tonique et le dialogue avec autrui... L'enfant vivra le dialogue et les mécanismes d'identification et de distanciation comme une continuité des expériences et celles-ci seront assimilées et intégrées au moi en les modifiant et lui permettant de s'exprimer plus librement" ( J. de Ajuriaguerra et G. Bonvalot-Soubiran ).

Mettre en place un groupe thérapeutique, c'est déjà penser un cadre, physique mais aussi psychique. Le mot cadre vient du latin : "quadrus" qui veut dire "carré". C'est une bordure autour d'un espace qui va permettre de séparer un dedans d'un dehors, un avant d'un après. Le cadre matérialise des espaces de temps et de rencontres par le biais de supports et de médiations. Le cadre est l'élément fondamental permettant l'élaboration d'une confiance, d'une alliance thérapeutique. Il faut que, dans le respect du cadre, l'enfant se sente libre d'expérimenter, de s'exprimer, et qu'il se sente en même temps contenu et sécurisé. Cette médiation de "découvertes des différents espaces extérieurs" a été choisie en raison d'une part de l'intérêt que nous portions pour la nature et les espaces variés à explorer, et d'autre part il nous a semblé que les chemins, vignes et bois pouvaient constituer un bel espace de travail, riche en expérimentations possibles.

Le cadre est celui d'un atelier thérapeutique : il est matérialisé par l'invariance de l'heure, de la durée, et du rythme hebdomadaire des séances, et de la présence des deux mêmes soignantes. Nous accueillons l'enfant sujet, à l'écoute de ce qu'il exprime avec son corps, ses émotions, les mots qu'il risque; nos paroles l'accompagnent. Nous sommes garantes du groupe et des règles énoncées. Nous nous mettons aussi à l'épreuve avec notre corps dans ce parcours qui est donc partagé avec eux. Une séance s'organise selon plusieurs séquences :

1- L'accueil qui est aussi un temps de retrouvailles avec les soignants et entre les enfants. C'est un temps d'échanges, d'élaboration d'un plan, d'un projet : "Où va-t-on aujourd'hui ?"; suscitant l'expression de désirs de la part des enfants : "On va grimper dans les pierres ?". La première séance de l'année a toujours lieu dans un espace facile bien sécurisé permettant d'observer les enfants, de faire connaissance.

2- Le trajet et l'exploration du territoire

choisi. La sortie se fait quelque soient les conditions météo (ou presque...). Nous avons choisi de toujours proposer un chemin en boucle.

3- Les règles énoncées : elles sont constantes et immuables afin d'être structurantes et sécurisantes pour le groupe et pour chaque enfant. Quelques exemples : « on peut partir devant, courir, explorer les abords du chemin mais il faut toujours voir le groupe et les soignants... Chaque enfant procède devant une difficulté de la manière qu'il imagine... Il n'y a pas de premier ou de dernier, nous allons tous au même endroit... Il faut toujours faire attention à son corps et au corps des autres... ».

4- Le retour, l'au revoir, la séparation.

## Histoires d'enfants

L'enfant est confronté à ses vécus sensorimoteurs que suscitent le déplacement, l'inconnu, toutes les composantes de cet environnement parcouru, "reviviscences de vécus corporels qui n'ont pas été symbolisés" (Anne Brun).

Il est question d'une mobilisation corporelle dans ses composantes sensorielles conscientes et inconscientes image inconsciente du corps, sensations proprioceptives, au gré des variations du territoire impliquant de monter, descendre, être déséquilibré, glisser, se cogner, avoir peur (pouvant réveiller les angoisses archaïques de chute, d'effondrement, de liquéfaction, de disparition).

La présence des soignants, leurs paroles adressées à l'enfant, la contenance parfois physique vont faire "holding", vont permettre à l'enfant de se rassembler pour pouvoir continuer à avancer. L'enfant est accompagné dans la découverte de cet environnement avec toutes ses composantes sonores, visuelles, olfactives, le vent, le froid ou le chaud. La parole qui lui est adressée en tant que sujet le situe comme acteur de son parcours, acteur et donc explorateur que l'on accompagne et que l'on encourage ; il expérimente comment à partir de ses sensations corporelles confuses, dissociées et angoissantes, il peut grâce à l'autre et à sa parole expérimenter qu'il existe et qu'il peut s'engager dans cette aventure, tracer son chemin et s'ouvrir à des expériences nouvelles et à sa créativité.

## Le parcours d'Adrien

Adrien et sa maman sont arrivés au début de l'année 2013 pour une première consultation. Je rencontre un enfant âgé de 3 ans ½, effrayé, accompagné d'une maman inquiète pour son fils mais exprimant d'emblée sa réticence à l'idée de confier son enfant. Le retard majeur de parole et de langage qui avait motivé la demande de la maman et l'ébauche d'une rencontre révélée par un regard plus apaisé que m'adresse Adrien en fin de consultation m'amènent à leur proposer de voir ensemble l'orthophoniste du service. Ce premier parcours - premier apprivoisement - s'est déroulé sur plusieurs mois, avec une mise en place très longue ; séances en présence de la maman, puis, peu à peu, Adrien a réussi à investir une relation avec l'orthophoniste, à accepter de la rencontrer seul et d'essayer de réaliser le travail proposé. A la rentrée suivante Adrien a pu se familiariser avec la structure, être moins effrayé et investir d'autres modalités de soin, dont des espaces de groupe.

Dans le cadre de moments informels ou d'activités de groupe, il parle peu, toujours à son initiative, se limitant à des onomatopées se terminant par le mot « maman », beaucoup plus distinct. La relation avec les autres enfants est difficile : Adrien est dans l'évitement. L'approche de l'autre est ressentie comme une agression : le toucher est traduit auprès de l'adulte par « il m'a tapé ». L'adulte est vécu maintenant comme un protecteur à qui il peut s'adresser et auprès de qui il peut se réfugier. C'est dans ce lien tissé avec l'adulte qu'il va peu à peu commencer à expérimenter, dans la continuité de ce qu'il avait déjà parcouru avec l'orthophoniste, ses compétences, sa capacité à exprimer, à écouter, à faire. Puis Adrien se met à réaliser une tâche, seul, par imitation, après avoir observé les autres.

C'est lors d'un séjour thérapeutique au printemps 2015 qu'Adrien montre des capacités d'adaptation à certaines situations. Une séquence nous a vraiment surprises : lors d'une sortie dans un parc d'accrobranche, Adrien, resté près d'un adulte, à l'écart du groupe, observant les autres enfants accrochés à une tyrolienne dit soudain : « Moi, je veux voler », puis il va s'engager dans le parcours, encouragé par l'adulte, dans un effort important pour surmonter ses appréhensions et sa peur ; il va alors faire l'expérience du plaisir ressenti avec son corps en mouvement. Ceci a amené l'idée de lui proposer cet atelier thérapeutique à la rentrée suivante (2015).

Adrien arrive à nouveau avec ses peurs, ses protections, ses inhibitions, cadenassé dans son corps, fermé aux ressentis éventuels qu'ils soient internes ou externes. Il reste près de l'adulte et est toujours très maladroit, couvert de plusieurs couches de vêtements ; les ressentis chaud-froid ne semblent pas l'atteindre. Peu à peu il tente quelques petits éloignements mais revient très vite vers l'adulte laissant les autres devant. Il butte sur le moindre obstacle, le regard dirigé vers le sol ; il observe les autres tout en faisant quelques commentaires. Si un enfant le touche, il crie : « il m'a fait mal » et quand il décide d'aller vers un autre enfant, c'est dans un corps à corps brutal nécessitant l'intervention des soignants. Il va naviguer ainsi entre nous et les autres enfants, dans des mouvements d'aller-retour, se confrontant à la riposte des autres et se restaurant avec nous. Sur le plan moteur, il s'est d'abord appuyé sur l'imitation, se plaçant systématiquement derrière un autre enfant, suivant le même chemin, copiant ses gestes, ses appuis. Nous avons constaté que lorsqu'il était devant les autres, il pouvait puiser dans ses ressources, alors que lorsqu'il était derrière un autre enfant, il l'imitait et qu'il perdait de sa spontanéité et de sa créativité ; nous l'avons accompagné pour qu'il prenne cette place. Nous avons veillé à ce qu'il se retrouve souvent devant afin qu'il puisse au mieux utiliser ses richesses personnelles.

Les progrès qu'il a réalisés l'ont progressivement valorisé. Nous avons en même temps assisté à une explosion du langage spontané, il a commencé à répondre avec des phrases courtes à nos questions. Parallèlement, il a développé de meilleurs appuis, il s'est redressé, sa motricité s'est déliée. Adrien a montré ensuite un désir de s'intégrer au groupe, cherchant le contact de manière maladroite, parfois brutale. Il a pris plaisir à faire peur aux autres notamment quand il ne pouvait pas courir aussi vite qu'eux, s'appropriant un « rôle de loup » que les autres lui ont proposé, véritable co-création. Il est entré dans la peau du personnage jouant à crier pour leur faire peur, puis les agrippant, les faisant rouspéter. Il prenait manifestement plaisir à faire peur, apprivoisant ainsi ses propres peurs, son loup intérieur de manière symbolisée, prenant une place et s'inscrivant dans un récit possible où il pouvait se mettre en jeu parmi les autres. Ce « rôle de loup » lui a permis de prendre une véritable place dans le groupe. Les contacts sont moins brutaux et il peut relâcher la prise, de même qu'il peut dire qu'il ne veut plus être retenu. Les

enfants sont nommés ainsi que nous. Son corps a continué à se redresser et il parle de ce qu'il voit, il a pu dire « regarde » en pointant le doigt vers le ciel. Il commence à collecter des petits trésors pour sa maman mais aussi pour d'autres personnes. Il peut aujourd'hui exprimer qu'il a mal au ventre, dire « j'ai faim, j'ai chaud », retirer ses vêtements.

On voit bien pour cet enfant comment les diverses explorations de l'espace, l'amenant à s'adapter à l'environnement lui ont permis d'enrichir son schéma corporel sur lequel il a pu prendre appui pour aller à la rencontre de lui-même puis des autres. Le cadre sécurisant du groupe lui a permis d'exprimer ses peurs, de s'autoriser à lâcher certaines défenses, de se saisir de nos mots et de ce que les autres lui renvoyaient.

### Autres parcours : moments choisis

Nous pensons à Etienne, coincé dans des vêtements trop serrés, dont la mobilité est empêchée, peu résistant à l'effort, préoccupé par sa maman et par des ressentis corporels douloureux, qui dans les sous-bois un peu sombres pouvait parler de ses angoisses internes. Il s'est montré disponible à notre écoute, à l'enveloppe rassurante du groupe, aux mots que nous mettions sur ses maux. Un jour Etienne a grimpé avec le groupe un sommet qu'il pensait inaccessible et avec un sourire à la mesure de sa victoire, il a levé la tête puis regardé le chemin parcouru en disant "c'est extraordinaire". Louis, petit être fragile, malhabile, qui au fil des séances se déplaçait d'un pas aérien, et qui d'un bâton, s'est construit une épée, devenant le courageux chevalier, prêt à affronter toutes les bêtes féroces rencontrées sur les chemins, se cachant derrière les arbres tout en entraînant d'autres enfants dans son histoire. Nous nous souvenons aussi de ce jour où tous les enfants, après avoir descendu et gravi dans les pierres un monticule (après avoir franchi leur « Himalaya ») ont construit ensemble un totem avec des pierres, symbole du chemin parcouru et de l'effort accompli.. De ceux qui, au terme du parcours se précipitent de peur de ne pas retrouver le bus, qui vont chercher à regarder derrière un arbre, ceux qui prennent les chemins de traverse ou qui sautent dans les flaques. Les enfants sont attentifs ou pas à l'environnement, aux traces et empreintes ; ils ramassent, collectent, mettent dans leurs poches. Ce sont autant d'éléments cliniques qui

permettront d'apprécier les évolutions et les transformations qui s'opèrent pour chaque enfant tout au long de l'année. L'enfant expérimente ses capacités de résistance et le plaisir qui en résulte, expériences de franchissement, parcours initiatique ? Chacun exprime ce qu'il a de meilleur et suscite l'émerveillement des soignants.

Cette année nous avons observé la création d'un groupe, un groupe de copains. Ils se retrouvent autour d'un jeu : on se fait peur, on se retrouve, on se cache, autour d'un projet individuel auquel les autres se rallient : porter ensemble une énorme branche d'arbre, explorer un chemin de traverse. Les enfants nous quittent le temps d'un instant, celui de la découverte, de la cachette, puis nous retrouvent dans les aller-retours entre le repère de sécurité (le chemin à suivre) et l'inconnu (chemins de traverse, cachettes). Le territoire offre aussi quelques trésors dont la découverte, l'exploration peut susciter l'intérêt des enfants et des soignants, susceptibles d'enrichir l'espace de symbolisation du groupe, dans une ouverture de culture. Nous pensons au sentier des « cabottes », que l'on gravit jusqu'à l'orée d'un sous-bois ou se découvrent plusieurs cabottes (des cabanes de vigneron en Bourgogne), des petites maisons à la taille des enfants, un lieu propice à l'imaginaire.

### Conclusion

C'est une véritable aventure pour l'enfant qui lui permet de s'approprier une expérience mémorable, de s'inscrire sur ces territoires qu'il a parcourus, qui lui appartiennent et légitiment son sentiment d'existence. Nous vous citons un texte qui a éclairé notre travail, extrait du livre de Maylis De Kerangal, *A ce stade de la nuit : une écriture autour du voyage, des territoires, de l'exil, et ici, l'évocation de parcours des aborigènes d'Australie et de leurs chants, les "songlines"* : "A l'origine du monde, un ancêtre créa la piste, engendrant toutes choses en chantant son nom, si bien qu'aujourd'hui l'aborigène qui emprunte de nouveau ce chemin et chante, renouet-il avec son origine tout autant qu'il recrée le monde."

### Bibliographie

- J. de Ajuriaguerra et G. Bonvalot-Soubiran, *Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile*, La Psychiatrie de l'Enfant, 2, 423-94, 1959.
- A. Brun, *Historique de la médiation artistique dans la psychothérapie psychanalytique*, Psychologie clinique et projective 1 (n° 11), 323-44, 2005.
- A. Brun, *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, Ed Dunod, 2nde édition, 2014.
- M. de Kerangal, *A ce stade de la nuit*, Ed Gallimard, Paris., 2015.

# Formation en pédopsychiatrie à Nha Trang (Vietnam)

**Dr Alain BOUVAREL**  
**ancien chef de service à Lorquin**  
**(57)**

Nha Trang est une ville de 300.000 habitants au sud est du Vietnam, capitale de la province de Khanh Hoa peuplée d'un million et demi d'habitants. L'hôpital psychiatrique de cette province est situé à 20 kilomètres de la ville. Les bâtiments sont tout neufs, parfaitement agencés, avec un aménagement intérieur moderne et fonctionnel, climatisation et équipement vidéo pour l'enseignement. A l'extérieur les zones de verdure fleuries sont bien entretenues. L'hôpital est dirigé par le médecin directeur psychiatre le Dr Thanh. Celui ci, après s'être formé aux Etats Unis, en Angleterre et en France a privilégié l'abord français de cette discipline. Pour cela, il a été aidé par l'association ARPSYDEMIO en la personne du Dr Dolores Lina Torres, psychiatre marseillaise qui, depuis 6 ans, l'aide, lui et son équipe, à appréhender une prise en charge hospitalière des patients selon le modèle psychiatrique français ([http : // www.arpsydemio.org](http://www.arpsydemio.org)).

## Un hôpital superbe, mais des patients enfermés...

En arrivant dans cet hôpital, j'ai d'abord découvert avec admiration les protocoles de médiation et de travail thérapeutique récemment installés pour les patients : culture de légumes « bio » dans les espaces entre les pavillons, culture de légumes en technique « hors sol » en hauteur dans des serres modernes , culture hors sol dans un dispositif en circuit fermé utilisant les déjections de poissons comme nutriment des plantes., et enfin culture moderne de champignons comestibles (pleurotes) dans des locaux adaptés faisant appel à une technique très moderne permettant un bon rendement régulier. Ces cultures nécessitent une main d'œuvre importante et diversifiée pour les patients, sous la supervision d'éducateurs formés. Il existe aussi des ateliers d'ergothérapie fabriquant divers objets et bijoux, ainsi qu'une salle de yoga et une cafétéria

nommée « Dolores » !

Cet aménagement moderne et opérationnel intra hospitalier ne cache pas cependant une difficulté pour laquelle se mobilise le Dr Dolores Lina Torres : en effet aucune liberté n'est donnée aux patients pour se promener librement entre les pavillons, encore moins de bénéficier de sorties extérieures quelque soient leurs pathologies. La maladie mentale est encore très stigmatisée par la population.

## Première approche de la pédopsychiatrie

Dans ce contexte le Dr Lina Torres a par ailleurs perçu une méconnaissance des psychiatres concernant la pédopsychiatrie. C'est à ce titre que l'on m'a proposé de faire une sensibilisation à cette discipline pour une durée de 15 jours en juillet 2016. Je leur ai proposé pour cela une approche de la pédopsychiatrie de façon chronologique en commençant

par la périnatalité et en terminant par l'adolescence avec, en préambule, une rapide sensibilisation aux données actuelles des neurosciences pour montrer l'importance de l'environnement dans le développement du cerveau de l'enfant. Le premier jour à 8h30 précises, le Dr Thanh, ses collègues psychiatres, les infirmiers et éducateurs disponibles étaient réunis autour d'une grande table. J'ai précisé d'emblée que mon but n'était pas de leur enseigner la pédopsychiatrie française mais de leur montrer notre pratique qui ne devait pas être prise pour modèle mais pouvait leur donner des idées pour aménager à leur convenance leur prise en charge des enfants vietnamiens, compte tenu de l'importance dans ce domaine des dimensions culturelles, sociales et éducatives, ce que j'ai pu par ailleurs progressivement découvrir au cours de ces journées. Ils étaient particulièrement intéressés. Habitué dans ce genre de situation de formation à une libre prise de paroles pour d'éventuelles questions, je fus surpris qu'elles ne surviennent qu'à la fin de mes exposés et qu'elles soient régulées par le médecin directeur. Une pause de 5 minutes à 10h pour prendre un café glacé et reprise jusqu'à 11h 30. Repas à l'hôpital et, surprise, sieste pour tout le personnel jusqu'à 13H 30. J'en ai fait de même sur les tapis de la salle



de yoga. Reprise du travail de 13h30 à 15h30. Ce protocole s'est déroulé tous les jours exceptés samedi et dimanche, me permettant de découvrir la ville et les plaisirs du bord de mer.

Avant d'aborder la pédopsychiatrie proprement dite, il m'est apparu important de parler du développement affectif de l'enfant, de la naissance à l'adolescence, en ayant préalablement évoqué l'importance de la période prénatale, en deçà des périodes orale et anale qu'ils semblaient connaître. En effet, un psychanalyste français était déjà venu dans cet hôpital pour les sensibiliser aux concepts psychanalytiques. Cependant l'abord de la période œdipienne et la notion de sexualité infantile ont entraîné des discussions animées autour de la question de la sexualité qu'ils ne peuvent qu'attribuer aux adultes. Des exemples concrets de situations cliniques rencontrées au cours de mes consultations et de l'intérêt de ce sujet perçu dans les écoles maternelles par les enseignants (découverte du sexe de l'autre) leur ont permis de comprendre cette notion et de la repérer dans cette période de l'enfance. Passé l'explication de la période de latence, j'ai rencontré les mêmes difficultés en abordant la clinique de l'adolescence. J'ai pris rapidement conscience de la dimension culturelle du pays : la sexualité des adolescents est un sujet tabou ; elle est culturellement inscrite dans la perspective du mariage qui survient très tardivement dans les coutumes vietnamiennes. La sexualité avant le mariage reste donc un sujet délicat à aborder. Les collègues psychiatres sont toutefois parfaitement conscients qu'une évolution très rapide est en cours, facilitée par internet et les différents médias. On retrouve cependant la même panoplie de troubles du comportement des adolescents qu'en France, à la différence cependant de l'utilisation de drogues, exceptionnellement rare, du moins dans cette région.

J'ai ponctué mes exposés par la projection de documents audiovisuels traduits avec habileté à chaque séquence par Nga la jeune traductrice, psychologue en formation. Le film L'ADBB que j'avais réalisé avec Antoine Guedenet m'a paru pertinent pour les sensibiliser aux signes de retrait du bébé, origine précoce parfois de plusieurs pathologies que j'ai pu aborder par la suite (dépressions, douleur physique, troubles de l'attachement, autisme ...). Il a, semble-t-il, été très apprécié et ils envisagent de le sous-titrer pour servir à l'enseignement.

La question de l'autisme était très

attendue. En effet, l'autisme et le TDHA m'ont paru être les deux pathologies connues par mes collègues vietnamiens mais, à mon avis, maladroitement et systématiquement appliquées à l'enfance. J'ai donc resitué le champ précis du diagnostic d'autisme par la présentation du film « le CHAT », celui-ci a été perçu comme un outil facilement utilisable, il sera lui aussi traduit en Vietnamien. Je n'ai pas manqué de préciser que ce test n'apportait pas la confirmation absolue du diagnostic mais, à mon avis, permettait de ne pas mettre sur le compte de l'autisme tout trouble du développement de l'enfant.

J'ai complété la discussion sur l'autisme en présentant le film « Petits morceaux de lumière » que j'avais réalisé avec Jacques Constant il y a 20 ans. Il garde cependant un intérêt certain car il présente longuement 6 cas d'enfants autistes, du plus déficitaire au plus performant. J'ai, à plusieurs reprises, insisté sur le temps nécessaire chez l'enfant avant de poser un diagnostic formel, ce qui semble avoir été entendu en lien avec mon discours sur le fait qu'un enfant est en évolution constante du fait de la maturation progressive de son cerveau et de l'interaction avec son environnement.

### **Consultations avec des enfants vietnamiens**

Dès le deuxième jour, les collègues m'ont proposé d'effectuer des consultations d'enfant. J'avais préalablement précisé que j'acceptais de les faire en présence des parents et bien sûr avec l'aide de la traductrice. Les parents et l'enfant ont accepté d'être équipés d'un micro, la traductrice et moi-même également. Une caméra vidéo filmait et transmettait images et son dans la salle contigüe où se trouvait l'ensemble des participants. Ils pouvaient éventuellement intervenir pour poser une question, ce qu'ils n'ont jamais fait.

La première patiente fut une jeune fille de 14 ans accompagnée de ses deux parents m'expliquant d'emblée leur souci de voir leur fille s'isoler, se désintéresser de tout, mais restant néanmoins une bonne élève à l'école. Elle avait le regard triste, un peu fuyant et j'eus beaucoup de mal à entrer en relation avec elle en présence de ses parents. Le contact fut d'emblée plus facile après avoir demandé aux parents de me laisser seul avec elle. Nga m'a alors beaucoup aidé dans cette triangulation pour faciliter le contact. Je découvris que cette jeune patiente apprenait l'anglais et elle pu me dire quelques mots d'anglais

avec le sourire. Limitant à une heure cette consultation, au retour des parents je me suis autorisé à les rassurer sur l'état psychique de leur fille, écartant à priori toute pathologie mentale.

La discussion avec les collègues ayant suivi la consultation m'a conforté dans ma réponse aux parents car j'ai appris de la part d'une psychologue, qui avait vu l'adolescente quelques jours avant, pour lui faire passer des tests, qu'elle s'était confiée en racontant qu'elle était tombée amoureuse d'un garçon, ce qui, dans le contexte familial, ne pouvait en aucune manière être évoqué.

Une deuxième consultation me mit en présence d'une jeune fille de 17 ans accompagnée de sa mère, celle-ci, très loquace d'emblée, me raconta les difficultés qu'elle avait eu pour mettre au monde sa fille, enfant unique, qui avait toujours été un bébé merveilleux, sans problème, brillante à l'école, mais qui, depuis quelques temps, était triste et avait des insomnies. J'appris également que ce retrait social serait la cause de l'impossibilité pour sa fille de rentrer à l'université. Une fois la mère sortie, sa fille a pu me dire qu'elle pensait à la mort. J'ai conclu en insistant sur la nécessité qu'elle se fasse aider par un psychiatre ou un psychologue, ceci fut bien accepté par la mère et la fille.

La discussion qui s'ensuivit posa bien évidemment la question d'un traitement par antidépresseur, prescription paraissant largement utilisée au Vietnam et l'hypothèse d'entrée dans un processus schizophrénique a été abordée et, là encore, j'ai proposé de ne pas se précipiter pour valider cet éventuel diagnostic, dans la mesure où aucun élément clinique en ce sens n'était apparu dans cette trop courte consultation.

La troisième consultation fut celle d'un garçon de 8 ans, n'ayant pas acquis le langage ; les deux parents étaient très inquiets. Cet enfant avait le regard vif, manifestement écoutant attentivement ce que disaient ses parents, comprenant quelques consignes simples de ma part, s'inscrivant cependant dans un contexte déficitaire que je n'ai pas pu explorer longuement. J'ai terminé cet entretien en expliquant aux parents la nécessité de poursuivre une prise en charge médicale et éducative adaptée à ses compétences actuelles.

La discussion qui suivit cette consultation aborda la question de l'étiologie de ce déficit. En effet, une radio du crâne de cet enfant révélait une zone inquiétante

sans pour autant être significative d'un processus précis : lésion ? tumeur ? cicatrice ? Le débat est resté ouvert. J'en ai profité pour rappeler, d'une part, que cette image cérébrale pouvait ne pas être en lien avec les troubles de l'enfant, et d'autre part, qu'il restait un pourcentage non négligeable de retard mental chez l'enfant sans étiologie reconnue.

La dernière consultation fut celle d'un garçon de 8 ans avec ses parents exaspérés par sa turbulence, son agitation incessante, son instabilité scolaire. Effectivement, il bougeait sans cesse, arrachant les micros, quittant sa chaise à tout instant, fabriquant un avion en papier et le faisant voler dans la salle, dessinant très rapidement une maison à ma demande, n'obéissant pas à sa mère qui tentait en vain de l'arrêter alors que le père ne bougeait pas. Je me suis volontairement fâché à un moment pour remarquer que cessait immédiatement son agitation et qu'il devenait plus attentif, stoppant pour un temps son instabilité !

Bien que réticent dans mes consultations en France à prescrire de la Ritaline et à ne le faire que de façon exceptionnelle, sachant de plus, récemment, que l'hypothèse biologique d'un déficit en dopamine était fautive (cf. François Gonon), j'ai reconnu que ce cas clinique pouvait relever de ce traitement en précisant aux confrères que cette prescription, à mon sens, devait être purement symptomatique et à court terme.

Au delà de ces consultations, j'ai poursuivi un panorama de la pédopsychiatrie : le spasme du sanglot, les coliques idiopathiques du nouveau né, l'énurésie, ainsi que les retards de langage, les difficultés d'apprentissage, les phobies scolaires souvent rencontrées dans nos consultations. Ces dernières ont fait l'objet de discussions passionnantes ; elles furent souvent évoquées par des infirmières ayant connu personnellement ces situations et m'obligèrent à un devoir de réserve quant à des réponses ciblées.

## Dispositifs de soins et perspectives d'avenir

Une dernière matinée fut consacrée à l'explication des différents dispositifs de soins que nous utilisons en France, CMP, hôpitaux de jour. Nous avons illustré ces pratiques par plusieurs documents audiovisuels, insistant sur la prise en charge à temps partiel des enfants, leur

nécessaire scolarisation et la collaboration avec les parents.

Nous avons abordé également les lieux de prise en charge des enfants qui ne peuvent pas suivre un cursus scolaire dans les classes normales de l'éducation nationale. La notion d'intégration ou d'inclusion scolaire n'est pas encore imaginée au Vietnam. Les enfants présentant des difficultés en regard de leur scolarisation sont d'emblée exclus du circuit éducatif normal et pris en charge dans des institutions pour enfants en situation de handicap. J'ai pu visiter la maison pour enfants handicapés de Nha Trang où sont accueillis des enfants sourds, des enfants autistes de tous niveaux, des enfants trisomiques et tout enfant présentant un déficit cognitif. Aucun lien n'est actuellement envisagé entre ce type d'établissement, l'école et la psychiatrie publique. Intéressé par cette politique, le Dr Thanh souhaite construire une articulation entre ces partenaires, en souhaitant que je puisse revenir pour l'aider.

Au terme de ces journées bien remplies, la dernière après-midi fut consacrée au bilan de cette formation et de son intérêt pour

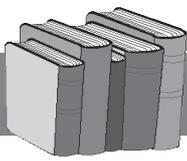
l'ensemble des psychiatres, infirmières et psychologues. J'ai eu le sentiment qu'ils avaient apprécié nos échanges. Ils m'ont remercié de façon très chaleureuse en m'offrant deux statuettes en bois et le Dr Thanh a souhaité que je puisse revenir.

Un CMP-enfant est déjà en cours d'installation en ville. A ce propos, j'ai dit au Dr Thanh que deux champs de la pédopsychiatrie pour lesquels je serais prêt à intervenir seraient à développer : d'une part, les liens avec les lieux éducatifs et, d'autre part, le champ de la périnatalité. Pour cela j'ai manifesté le souhait que des partenaires concernés participent à cette formation : pédiatres, gynécologues, puéricultrices, sages-femmes.

Pour conclure, je tiens à remercier particulièrement Pierrette Lamoulette qui m'a accueilli comme elle le fait tous les ans pour Dolores Lina Torres. Cette française, d'origine vietnamienne, est un personnage incontournable de l'hôpital psychiatrique, connue de tous pour son travail bénévole dans le soutien des actions de modernisation de l'hôpital, relayant de plus la traductrice Nga.

### Vidéographie :

- Le C.H.A.T., un outil de dépistage précoce de l'autisme infantile.  
Année 2000, 28 minutes.  
Auteurs-réalisateurs : A. Bouvarel, P. H. Tremblay, R. Martin  
Production CNASM, CECOM
  - Neurobiologie et psychiatrie : entre doute et espoir, un entretien avec François Gonon.  
Année 2016, 33 minutes  
Auteurs réalisateurs : A. Bouvarel, M. Spreng, P. H. Tremblay  
Production CNASM, CECOM
  - Soins dans un jardin d'enfants.  
Année 2006, 35 minutes  
Auteurs-réalisateurs : Jean-François Verdiel, Jean-Claude Blanchon. Production CHU St Etienne.
  - L'ADBB (Alarme Détresse Bébé) présenté par Antoine Guédénéry. Année 2000, 24 minutes  
Auteurs-réalisateurs : A. Bouvarel, P. H. Tremblay, R. Martin  
Production CNASM, CECOM
  - Petits morceaux de lumière, autisme et psychoses : Le travail de la pédopsychiatrie publique.  
Année 1997, 52 minutes  
Réalisation : Alain Bouvarel, Régis Caël  
Auteurs : Alain Bouvarel, Jacques Constant
- Ces films sont disponibles au CNASM : [cnasm@orange.fr](mailto:cnasm@orange.fr)
- Autre film non distribué par le CNASM :  
Vivre et grandir, réalisation Rémi Batteault, coproduction « Beau comme une image » / France 3 Bourgogne Franche Comté



**Laurent SEKSIK,**

## L'exercice de la médecine

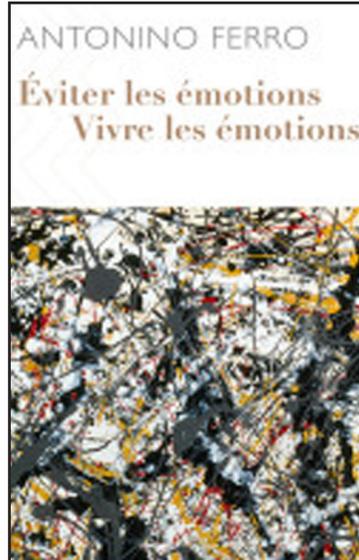
**Editions Flammarion, 2015**

**Claire Puybaret-Bataille,  
PH, Paris**

Ce roman se déroule sur 4 générations de médecins et 3 pays. En Russie au début du siècle à l'époque des pogroms, en Allemagne pendant la montée du nazisme, en France pendant l'occupation, pour se terminer à Paris de nos jours.

La passion de la médecine habite cette famille juive, parfois douloureusement, comme un fardeau incontournable. Les liens familiaux sont magnifiquement décrits avec leurs aspects affectifs aliénants, mais aussi parfois dynamisants.

Malgré le lourd poids du passé traumatique familial, l'histoire se termine finalement sur une note d'espoir inattendue, mais je vous laisse découvrir laquelle...



**Antonino FERRO,**

## Éviter les émotions, vivre les émotions

**Collection Psychanalyse,  
Ithaque, Montreuil-sous-Bois,  
2014.**

**Martin Pavelka,  
PH, Etampes 91**

"Il sogno del giorno e il sogno della notte" (Le rêve de jour et le rêve de nuit) est le titre d'une conférence donnée à cette rentrée à Genève par Antonino Ferro, psychanalyste et président de l'autre API (Association Psychanalytique Internationale).

Dans son livre « Éviter les émotions, vivre les émotions » ce sujet de la rêverie diurne, plus précisément de « l'état onirique de la veille », est justement développé de façon très inattendue pour moi, à partir de la conceptualisation de W.R. Bion. C'est mon regard sur le fonctionnement psychique - et plus particulièrement sur le travail de notre psychisme dans les situations professionnelles que nous vivons au quotidien - qui a

changé après cette lecture.

L'apport de Ferro au concept de Willy et Madeleine Baranger concernant l'existence et l'action du champ émotionnel partagé dans la conception psychodynamique de la relation soignant-soigné est très stimulant. Il permet de comprendre les moyens d'« alphabétisation » dont nous pouvons disposer dans la clinique, même extrême, pour élaborer les émotions/sensations primaires confuses qui nous envahissent.

Ce qui est très précieux, c'est que ce volume est truffé de vignettes cliniques passionnantes et contient même un chapitre original d'exercices psychanalytiques !

Désormais, je comprends la pertinence de l'inquiétude que Ferro partage avec d'autres, que tant de richesses de la constellation conceptuelle produites à ce jour par la psychanalyse restent souvent recouvertes dans notre culture par cette « pollution lumineuse » du complexe d'Œdipe.

## Nom et Prénom (en majuscules)

## Fonction (rayer les mentions inutiles)

PH temps plein

Chef de service                      Chef de pôle

PH temps partiel

Autre statut (préciser)

Retraité

## Coordonnées professionnelles

Région

Département                              code secteur

Lieu principal d'exercice (adresse, téléphone, fax, email)



## Coordonnées personnelles (si vous le souhaitez)

## A quelle adresse souhaitez-vous recevoir La Lettre de l'API ?

Etes-vous intéressé par l'envoi d'informations et de la lettre de l'API par email ? oui  non

Si oui, indiquer l'adresse email à utiliser :

Avez-vous déjà participé à des activités organisées par l'API ? oui  non

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de l'association.

**Fiche à retourner accompagnée du chèque de 60 € au secrétariat de l'API :**

**Unité Ado 93, CHI André Grégoire • 56 Boulevard de Boissière • 93100 MONTREUIL**

**secretariat@api.asso.fr • www.api.asso.fr**

## REÇUS FISCAUX

Si vous souhaitez un reçu fiscal pour votre cotisation, n'attendez pas. Vous pouvez dès maintenant envoyer un mail à [secretariat@api.asso.fr](mailto:secretariat@api.asso.fr)

**Attention : bien préciser votre adresse postale actuelle.**

## Si vos coordonnées ont changé

- adresse postale
- adresse électronique

merci de nous adresser un courriel à [adhesion@api.asso.fr](mailto:adhesion@api.asso.fr)

## La lettre de l'API est une publication de l'Association des Psychiatres de Secteur Infanto-juvénile

Responsable de la Lettre      Roger Teboul  
Coordination                      Claire Puybaret-Bataille  
Illustrations                      Pierre Sadoul  
PAO                                      Pierre Jacob

Imprimerie Ateliers Malécot, 59160 Lomme

## La lettre de l'API

Unité Ado 93, CHI André Grégoire  
56 Boulevard de Boissière  
93100 MONTREUIL

Tel : 01 49 20 35 58 • Fax : 01 49 20 35 67