

- 1** Éditorial
- 3** Sur l'agenda
- 4** Hommage à Catherine Isserlis
- 5** - Annonce de parution
- Quand vivre ensemble au quotidien est impossible
- 12** Le concept de cycle de vie familiale et son application clinique
- 17** Quand la prescription d'un mode de transport interroge la pertinence du soin
- 20** Notes de lecture
- 24** Bulletin d'adhésion

Nos prochaines journées nationales, les 34èmes, vont être organisées à Montreuil les 20, 21 et 22 juin 2019. Yvonne Coinçon, lorsqu'elle a quitté la présidence de l'API en 2010, avait souhaité organiser ces journées à Grenoble, sur le territoire où elle exerçait. Je reprends à mon compte cette idée et, avec l'accord du CA, j'ai proposé d'organiser nos prochaines journées sur le territoire où j'exerce au moment où, après 9 années de présidence, je transmets le flambeau. J'ai souhaité, avec le comité d'organisation local et compte tenu des enjeux actuels de la pédopsychiatrie, réfléchir à un thème très politique. Le territoire de la Seine-Saint-

Un pédopsychiatre tout seul, ça n'existe pas !

L'éditorial de Roger Teboul

Denis s'y prête à merveille, là où se sont organisés en décembre 2005 les premiers états généraux départementaux de la pédopsychiatrie avec un retentissement national dans le contexte de l'événement survenu un mois plutôt à Clichy-Sous-Bois qui avait mis le feu aux poudres dans les banlieues.

n°46
12/2018



Le collectif Pédopsy 93 qui en était l'organisateur est toujours bien implanté et a délégué de jeunes collègues pour organiser nos 34èmes journées, placées sous l'égide de la Communauté Psychiatrique de Territoire de notre département, la CPT 93 et soutenues par l'EPS de Ville Evrard, l'un des 11 hôpitaux encore dérogeant pour ne pas faire partie d'un GHT. L'idée du titre, encore provisoire, de ces prochaines journées nous est venue en inversant la proposition : « Un enfant tout seul ça n'existe pas ! » dans ce département où les questions des migrants, de la précarité, de la violence nous obligent à réfléchir à l'accueil, l'asile, la solidarité et le travail du lien.

« Un pédopsychiatre tout seul ça n'existe pas ! » pourrait devenir un slogan afin de montrer aux pouvoirs publics la nécessité d'un travail collectif qui demande un investissement du champ social qui ne soit pas seulement économique et que l'organisation sectorielle soutient et favorise.

L'article d'Annick Le Nestour reprend sa présentation orale faite à La Rochelle en mai dernier. Son titre est évocateur : *Quand vivre ensemble au quotidien est impossible*. Nous n'en sommes pas encore à ce point dans notre société, mais cette question du vivre ensemble se pose aujourd'hui avec une acuité que l'actualité ne dément pas.

L'exemple de nos aînés est toujours là pour nous guider, comme dans une famille où le passé compte et où le dialogue entre les générations est fécond. C'est pourquoi, nous tenons dans ce numéro à vous inciter à lire ce livre posthume de Tony Lainé où sont rassemblés des textes qui témoignent de l'engagement d'un clinicien conscient du caractère politique de la condition faite à la folie. L'API avait soutenu le colloque organisé en son hommage en 2014 auquel Martin Pavelka et moi-même avons largement collaboré avec les CEMEA et l'Institut Mémoire de l'Édition Contemporaine (IMEC). Martin Pavelka a poursuivi ce travail en réunissant les textes de ce livre pour notre plus grand plaisir. Tony Lainé nous a quittés en 1992. Catherine Isserlis, membre éminent de l'API, défenseuse inlassable de la pédopsychiatrie publique vient de disparaître prématurément à l'aube de sa retraite, le 16 septembre 2018 après s'être vaillamment battue contre la maladie. Nous lui rendons ici hommage.

Si l'API est une grande famille, elle devrait être soumise avec le renouvellement du CA en 2019, et comme le soutient Sylvain Dupont, à un cycle de vie familiale. Je cite un extrait de son article *Le concept de cycle de vie familiale et ses applications cliniques* : « Passer à une autre étape, tout en restant la même famille. Mettre en parole le parcours d'une famille c'est la faire exister comme groupe, lui permettre de construire un récit commun de son histoire et l'aider à se tourner vers

son avenir. » Je crois que les Lettres de l'API servent à la construction de ce récit commun, c'est en tout cas dans cette perspective que toute l'équipe de rédaction travaille depuis de nombreuses années.

Le partage d'expériences est une des caractéristiques de l'API avec le compagnonnage comme valeur commune. Marie-Christine Fouquay-Picard se livre, comme elle le fait depuis plusieurs Lettres, à cet exercice en proposant une réflexion clinique sur la question des modes de transport vers un lieu de soin : *Quand la prescription d'un mode de transport interroge la pertinence du soin*. Cette réflexion est d'actualité puisque, depuis le 1er octobre 2018, la CNAM demande aux hôpitaux de financer directement les transports sanitaires en dehors de ceux liés à l'entrée et à la sortie d'une hospitalisation. Les négociations sur le choix des compagnies et la nécessité de défendre la pertinence d'un transport vont sans doute apporter un lot de problèmes aux équipes de pédopsychiatrie dont elles se passeraient volontiers.

Dans les familles qui fonctionnent, il est important d'avoir des rêves communs. C'est, d'une certaine façon, ce que montre le livre présenté par Sylvie Barreteau, *Les médiations thérapeutiques, des outils au service du soin* sous la direction de Charlotte Marcilhacy qui souligne la démarche collective d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, soutenue par l'institution toute entière, pour écrire ce livre à plusieurs voix.

Mais faire famille ne veut pas dire se perdre dans un groupe qui ôterait toute individualité. Christian Guibert, autre fidèle contributeur de La Lettre, nous le rappelle en nous incitant à réfléchir à la fusion groupale, mécanisme à l'œuvre dans les processus de radicalisation, thèse que soutient Thomas Bouvatier, l'auteur du *Petit manuel de contre-radicalisations*, dont il a rédigé la note de lecture.

Marie-Claude Bossière, elle aussi fidèle pourvoyeuse de notes de lectures, nous présente le livre de Maryanne Wolf, *Proust et le calamar*. Ce professeur de neurosciences cognitives décrit dans son ouvrage comment le cerveau humain a appris à lire, ce qui nous entraîne sur un chemin bien intéressant qui, s'il fallait le rappeler, montre à quel point, tout seuls, nous n'existons pas.

Bonne lecture !



CARREFOURS DE LA PEDOPSYCHIATRIE

Ils auront lieu le vendredi 8 février 2019, à la FIAP–Jean Monnet, 30 rue Cabanis, 75014 Paris, sur le thème « Les CMP et les troubles des apprentissages ». Ils sont organisés conjointement par l'API et la SFPEADA.

► Extrait de l'argument

De nouvelles recommandations ont été publiées par l'ARS : comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages.

Les équipes de CMP sont très fréquemment consultées pour des troubles des apprentissages, le plus souvent non spécifiques, mais cependant en lien parfois avec des troubles neuro-développementaux ou des facteurs bio-psycho-sociaux entravant la scolarité. De par leur composition pluridisciplinaire, elles constituent des lieux d'évaluation, de diagnostic et d'accompagnement des troubles avérés, persistants malgré les aides.

Notre connaissance du développement psychoaffectif, des structures de personnalité, notre habitude d'évaluer le fonctionnement psychique de l'enfant et celui de son environnement avec ses potentialités et ses fragilités nous permettent de contribuer de façon utile à l'analyse des situations cliniques et de donner des repères pour les approches thérapeutiques.

Notre formation clinique et théorique nous permet d'évaluer comment un sujet se construit en prenant en compte ses troubles, et aussi ses capacités préservées, son environnement et les possibilités réelles de soin. Cela devrait permettre de mieux identifier les leviers permettant de mobiliser les ressources tant de l'enfant que de l'environnement.

Cela suppose aussi que nous fassions le point sur nos connaissances, sur les compositions de nos équipes, sur les spécificités techniques minimales nécessaires pour construire nos diagnostics et nos préconisations thérapeutiques.

► Pour toute demande de renseignement, s'adresser à sfpeada@gmail.com

LES JOURNÉES DU COLLÈGE DE PÉDOPSYCHIATRIE DE LA FFP

(nouvel intitulé des rencontres annuelles de perfectionnement)

Elles devaient avoir lieu en mars 2019 au ministère de la santé sur le thème « De l'évaluation à la rencontre clinique », mais seront finalement probablement reportées à septembre 2019 du fait d'une indisponibilité de l'amphi Laroque.

► Extrait de l'argument

On a beaucoup opposé la rencontre clinique dans ses aspects phénoménologiques et relationnels à l'usage des évaluations standardisées. On a ainsi présenté comme deux logiques inconciliables celle qui se réfère à la connaissance de la souffrance par la rencontre intersubjective et celle qui objective et expertise les comportements.

La démarche évaluative fondée sur des outils standardisés appartient à une démarche dite plus médicale. Elle participe de la volonté de classer, elle est sous tendue par une certaine orientation théorique, qui conduit d'ailleurs à des classifications diverses. Dans sa construction méthodologique, elle recherche fiabilité et fidélité, alors même que la validité des catégories peut être discutable.

De nombreux outils d'évaluation sont apparus dans les dernières décennies en pratique pédopsychiatrique. Ils sont venus s'ajouter aux explorations classiques psychométriques ou projectives. Ils répondent à un souci de précision clinique. Leur usage témoigne d'une pratique qui n'est pas dichotomique. Ils viennent contribuer à la démarche diagnostique propre au pédopsychiatre. Ils peuvent réaliser une investigation spécifique des difficultés, permettre une meilleure compréhension du fonctionnement psychique ou cognitif dans une pratique d'équipe qui fait appel à des professions différentes au sein de la discipline. Ils peuvent formaliser un recueil clinique déjà connu en organisant et chiffrant les données d'observation. Ils peuvent aussi soutenir le lien et le partage des données avec la famille, facilitant leur compréhension, incluant éventuellement une interview des parents.

Comment resituer la démarche évaluative dans une approche globale ? A quel moment recourir aux outils d'évaluation ? Doit-on les utiliser une fois les hypothèses diagnostiques formulées ou bien pour les construire ? Viennent-ils prolonger et compléter la démarche clinique ? Permettent-ils d'étayer un diagnostic, de l'affiner (diagnostic fonctionnel), de fonder et conduire le projet thérapeutique, de donner une aide à la décision ? Que penser de la normalisation et la standardisation du recueil des « informations », de la traduction en chiffres des données sémiologiques ?

Les journées du collège de pédopsychiatrie de la FFP aborderont les questions épistémologiques soulevées par la démarche évaluative. Elles étudieront différents outils d'évaluation appliqués à diverses catégories cliniques aux différents âges : bébé, enfant, adolescent. Elles présenteront l'éventail de leurs possibilités et rechercherons leur intérêt dans la pratique clinique et leur possible contribution aux capacités de synthèse et de jugement clinique propres à la fonction du pédopsychiatre.

► Pour toute demande de renseignement, s'adresser à : ffpsychiatrie@wanadoo.fr

LES JOURNÉES DE L'API

Elles auront lieu les 20, 21 et 22 juin 2019 à Montreuil (93) sur le thème encore provisoire « Un enfant tout seul ça n'existe pas ! ».



Hommage à Catherine Isserlis

Catherine a été chef du service de pédopsychiatrie à l'hôpital de Versailles, elle a dirigé la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale pendant plusieurs années avec beaucoup d'énergie et de clairvoyance. En fin de carrière elle avait été nommée médecin conseil à l'ARS d'Ile de France, poste qu'elle a occupé plusieurs années, tout en gardant une fonction clinique à l'hôpital de Versailles. Son engagement sans faille pour la pédopsychiatrie de service public et la finesse de ses analyses vont nous manquer.

Elle se souciait autant du travail des équipes dans l'intérêt des enfants et de leurs familles que de la mise en œuvre d'une action publique guidée par des valeurs et non des objectifs économiques ou des exigences réglementaires.

Elle a également beaucoup contribué au développement des soins précoces en direction des tout-petits et à la promotion de la psychiatrie périnatale, ainsi qu'au dynamisme de la Société Marcé Francophone.

Elle a coordonné pendant plusieurs années le groupe des pédopsychiatres de la région Ile de France, groupe de réflexion en lien avec l'ARS Ile de France. C'est elle qui nous a incité début 2017 à créer l'association AFPP (l'Association Francilienne des Pédopsychiatres) qui réunit pédopsychiatrie publique, privée et associative.

Catherine était une passionnée de santé publique et elle nous accompagnait volontiers, si nous le souhaitions, dans la réalisation de nos projets et créations professionnelles.

C'était aussi une amie précieuse avec qui les conversations psychiatriques ou autres pouvaient se prolonger autour d'un plateau de fruits de mer, un moment sur sa terrasse de la Celle Saint Cloud, une balade en forêt, une soirée au théâtre, une visite de musée.

Catherine nous a quittés le 16 septembre 2018 à l'issue d'une grave maladie qu'elle a affrontée avec courage et à l'aube d'une retraite bien méritée dont elle n'aura malheureusement pas pu profiter.

Véronique Chebat, vice-présidente de l'API

Catherine était bien plus pour moi qu'une collègue de travail. Nous avons partagé de nombreuses actions.

Elle était un membre actif de l'API dont j'ai assuré la présidence pendant plusieurs années avec son soutien éclairant sur les enjeux en matière de politique de soins de nos organisations et des pratiques. Elle est restée très présente auprès de l'actuel Président, Roger Teboul. Lorsqu'elle dirigeait la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, j'ai eu la chance de mener avec elle plusieurs missions et de constater ses capacités d'écoute de tous, son intérêt majeur pour le rôle de l'institutionnel dans le soin, sa créativité pour proposer des solutions d'organisation respectueuses de l'intérêt des patients et des soignants.

Au cours d'un séjour à Cuba, pour un congrès organisé par l'Association Franco Cubaine de Psychiatrie et de Psychologie, son ouverture à la diversité des pratiques et à leur adéquation tant à la diversité culturelle qu'à la permanence de la clinique au-delà des frontières s'est conjugée avec ma découverte d'un regard d'artiste traduit dans ses photos aux cadres originaux tandis que nombre d'entre nous répétaient les mêmes points de vue.

La dernière mission qu'elle a remplie, en 2017 et 2018 se déroulait dans l'hôpital où j'ai terminé ma longue carrière en 2010, à Saint-Egrève dans l'Isère. Les échos que j'en ai eus confirmaient aux yeux de tous sa capacité à se réjouir de la nouveauté, tout en étant capable d'émettre des critiques constructives et d'aider les acteurs à s'apaiser autour de solutions pratiques.

**Yvonne Coinçon,
past présidente de l'API**

ANNONCE DE PARUTION



Le défi de la folie, Psychiatrie et politique (1966-1992), Tony Lainé, Ed Lignes, 2018

Disponible en librairie et sur le site www.editions-lignes.com

L'édition de ce livre doit beaucoup à la ténacité de Martin Pavelka, membre du CA de l'API qui l'a coordonnée et avait organisé des journées en mémoire de Tony Lainé, avec l'aide de Roger Teboul, de la famille de Tony Lainé et de bien d'autres, en novembre 2014 à Paris.

Psychiatre depuis 1960, puis psychanalyste, Tony Lainé (1930-1992), fut, à partir de 1971, chef du service de psychiatrie infantile de l'hôpital Barthélemy-Durand à Étampes (91). Spécialiste des problèmes de l'enfance, notamment de l'autisme, il publia de nombreux articles dans des revues spécialisées, comme *la Revue de neuropsychiatrie de l'enfant, Perspectives psychiatriques*, et incarna ce qu'on a appelé la « psychiatrie alternative ». Mais ce sont surtout ses réalisations de films diffusés à la télévision (et les livres qu'il en tira) avec le cinéaste Daniel Karlin qui le firent connaître du grand public (*La Raison du plus fou* en 1970, *La Mal Vie* en 1978, *L'Amour en France* en 1986).

Politiquement engagé au parti communiste, Tony Lainé présida la Commission de la santé du comité central du PCF. Praticien, militant, il est l'auteur de nombreux articles liant psychiatrie, psychanalyse et politique.

À l'heure où l'activité des soignants en psychiatrie est toujours davantage soumise à des considérations gestionnaires, la lecture des textes de Tony Lainé apparaît salutaire. Il s'est employé sans relâche à défendre la nécessité d'un service public de santé mentale attentif non seulement aux souffrances psychiques des patients, mais aussi à leur condition socio-économique.

Le Défi de la folie réunit ses textes parus dans la presse et dans des revues spécialisées ou militantes. Il s'accompagne d'inédits issus des archives du fonds Tony Lainé conservé à l'IMEC. L'ouvrage permet de se replonger dans les débats d'une période décisive, celle de l'après mai 1968 et la poursuite active des utopies, à la bureaucratisation et la gestion managériale des hôpitaux-entreprises. Les analyses et les réflexions de Tony Lainé éclairent ainsi les enjeux actuels de la psychiatrie.

« *Le traitement du traumatisme et de ses effets résiduels ne peut faire l'économie d'un long travail qui, à l'opposé des logiques opératoires et des rationalisations gestionnaires, ne peut se soutenir que d'une pensée nourrie d'imaginaire et d'utopie, de dispositions à l'accueil de l'imprévu et à la subversion de la norme et de la mise en mouvement des conflits et contradictions.* » (citation de Tony Lainé).

Quand vivre ensemble au quotidien est impossible

Annick LE NESTOUR

pédopsychiatre honoraire des hôpitaux, ancien chef de pôle, membre de la SPP

Ce texte a fait l'objet d'une présentation orale sous l'intitulé *Des bébés sans parents / des parents sans enfance*, lors des journées de l'API à La Rochelle du 17 au 19 mai 2018, sur le thème *Les séparations : vers un meilleur a-venir*.

Il rend compte du travail délicat sur la relation parents-bébé qui se fait dans les unités de soins pédopsychiatriques en périnatalité. Les observations cliniques sont issues de l'ouvrage *Des familles et des bébés troublés, prévention et soins précoces*, sous la direction de Annick Le Nestour (1).

« [...] *J'explique ! [...] Les peurs de mes parents m'ont tellement fait peur !*

Ils m'ont donné leur peur et le sol a vacillé [...]

Quand les parents sont tétanisés par une peur, ils ne protègent pas [...] ils projettent leur peur sur leurs petits. [...]

Lorsqu'on s'est trouvée perdue dans les angoisses de ses parents, on veut les dominer, on est même prête à devenir la mort [...]

Je suis l'Ankou. Je domine et c'est extraordinaire [...] Il n'y a pas d'affectif [...] C'est moi la peur. [...] Je ne voulais plus avoir d'attaches affectives »

Jean Teulé, *Fleur de Tonnerre*, 2013

Les intérêts du développement et de la construction psychique du bébé entrent, parfois, en une sévère concurrence avec une potentielle mobilisation de leurs parents. Des défaillances graves de compétences parentales ne permettent pas, dans une temporalité acceptable pour le devenir du bébé, d'espérer leur croissance immédiate ou à court terme.

Dès le début de la vie du bébé, l'aide professionnelle précocement apportée et en particulier le soutien et la valorisation des compétences des parents peuvent demeurer grandement insuffisants pour permettre l'accueil et l'ajustement des soins nécessaires au développement d'un bébé. Cette aide s'avère parfois inopérante malgré des prises en charge pluridisciplinaires intensives, pour que Parents et Bébé vivent ensemble au quotidien.

Nous avons dû nous résigner à employer le terme d'« a-parentalité », même s'il peut paraître choquant, quand les ressources parentales ne se mettent pas en place, quand le bébé ne peut se construire avec elles, sinon

de manière très pathologique et parfois en intégrant en lui-même « l'inhumanité » de ses parents. Nous avons écrit sur les parents pervers (2), non pour les disqualifier mais pour envisager leur puissance de destruction, renforcée par l'importance insupportable des soins à prodiguer à leur bébé. Ils en sont peu conscients. Nous tentons de comprendre les origines de leurs tourments. Nous avons en effet régulièrement eu la conviction que « la relation perverse » qui s'ébauche avec leur bébé avait déjà existé et existait encore entre eux et leurs parents, quasiment inchangée depuis leur enfance...

« L'immutabilité des relations perverses offre toutefois un versant positif pour la clinique, elle nous permet d'intégrer le récit d'éventuels sévices subis dans une vue d'ensemble des relations actuelles et passées de nos patients [...] c'est une forme de reproduction compulsive de ce qui s'exerce entre eux et leurs parents. » explique Maurice Hurni (3).

Protéger les parents d'eux-mêmes dans l'actuel n'est pas leur faire violence. « Ils auront, sinon une ultime tentation d'exercer une violence qui les détruit en retour. Les liens de contrainte et d'assujettissement sont instables, ils doivent être continuellement confirmés, leurs désirs se voient retournés contre leur intérêt, comme autant de failles. » (*Ibid.*). En paraphrasant les auteurs, nous ajoutons que ceci permet aux parents de jouer avec les sentiments profonds du bébé, comme on s'est joué des leurs.

Envisager avec eux ces aspects effrayants d'eux-mêmes, leur impuissance à les combattre, ce n'est pas leur faire violence, mais essayer de les empêcher de sortir de l'humain. Ils entrevoient parfois un soulagement de n'avoir pas à exercer au quotidien l'Impossible : faire vivre et faire grandir un enfant, leur enfant. Parfois le déni l'emporte et c'est aux professionnels de ne pas les aider à se leurrer, à tomber dans un désespoir plus terrifiant encore. Il faut parfois protéger le bébé et ses parents par une séparation entre eux.

Quand vivre ensemble au quotidien est impossible d'emblée

Tina est placée par le juge des enfants en pouponnière quelques jours après sa naissance, en raison de la décompensation psychiatrique de sa mère et de la fragilité de son père. Mme était suivie attentivement à



la maternité et par une unité d'urgence psychiatrique. Elle était très opposante aux soins et refusait le projet des professionnels d'un accueil en unité mère/bébé spécialisée dès la naissance de sa fille.

Les deux parents et Tina ont été adressés à l'Aubier en raison du retard majeur de développement de Tina à 6 mois, bien que vivant en pouponnière, afin également de soutenir les parents dans un investissement de meilleure qualité de l'enfant. Les professionnels de l'aide sociale à l'enfance s'inquiétaient du manque de réactivité de Tina, malgré leur attention et leurs sollicitations relationnelles. Les visites médiatisées parents/enfant très régulières apportaient peu de changement. Une audience avec le juge des enfants approchant, ils doutaient de la possibilité d'accueil de Tina par ses parents, si la sortie de la pouponnière était décidée par lui.

L'alliance thérapeutique s'est révélée d'emblée très difficile à mettre en place, tant avec les parents qu'avec Tina. Les consultations hebdomadaires à l'Aubier étaient extrêmement « houleuses ». Mme occupait tout l'espace dans ses revendications hostiles à tous les professionnels, les injustices dont elle était victime, noyée dans son leitmotiv permanent de « reprendre » sa fille.

Le père « frileux » n'osait prendre place auprès de Tina, Mme la lui arrachant. Pour la reposer au sol ! Dans de brefs moments où il s'intéressait à elle dans un ajustement d'assez bonne qualité, Mme le dénigrait violemment.

Les relations directes de Mme avec Tina étaient pauvres, anarchiques, intrusives. Elle lui présentait un jouet, mais le lui retirait immédiatement. Tina se dérobaît, s'éteignait, inerte et d'une passivité impressionnante. Elle s'endormait très rapidement...

Mme, monolithique, affirmait se battre pour avoir sa fille rapidement, « je la connais si peu ». Étonnamment, dans la consultation post-audience, Mme ne se montra pas en souffrance, malgré le peu obtenu : « droits de sortie avec Tina à réguler par les professionnels de l'ASE, sans droits d'hébergement ». Un expert psychiatre avait été nommé par le juge des enfants pour évaluer les compétences parentales.

La prise en charge hebdomadaire au sein de l'Aubier se poursuivant, il est apparu plus clairement :

- L'intensité des conflits conjugaux, la disqualification permanente de la mère à l'égard du père ;
- Mr n'arrivait pas à se dégager du contrôle permanent de Mme, alors que, fugacement, il pouvait être dans une relation tendre avec sa fille, toujours brutalement interrompue par madame ;
- Mme investissait peu nos commentaires concernant les manifestations de son enfant, elle ne la voyait pas entrer en relation avec l'éducatrice présente. Celle-ci tentait des approches prudentes sollicitant Tina qui demeurait très passive ;
- Mme s'emparait de Tina brutalement pour changer sa couche, curieusement centrée sur cette occupation ;
- Mme « meublait » le temps par des anecdotes actuelles ou passées totalement inadaptées. Elle apportait par exemple des photos non pas de Tina mais d'elle enfant.

Nous pressentions mieux ses traumatismes infantiles, qu'elle livrait par bribes : perte de son père, assez jeune, beau-père incestueux, mère indisponible... Mais ces éléments, livrés sans affects, ne prenaient pas sens dans la relation à sa fille ;

- Pourtant, le père pouvait commencer à évoquer ses insuffisances et ses peurs actuelles pour élever son enfant. Notre découragement était immense face à notre impossibilité de mobiliser, un tant soit peu, les interactions entre les parents et Tina, et la persistance des inhibitions majeures de cette enfant quasi figée était prégnante. Nous constatons quelques semaines plus tard, dans une analyse conjointe entre la pouponnière et l'Aubier, l'inefficacité des appuis donnés aux parents. Les préoccupations majeures persistaient : le peu de progrès de l'enfant (se présentant toujours comme un bébé de 3 mois au niveau moteur) sans initiative propre, avec un gel émotionnel très difficile à lever.

Les soins pour Tina furent complétés, à la pouponnière, par une prise en charge en psychomotricité. La prise en charge hebdomadaire à l'Aubier renforçait l'attention de l'éducatrice et son engagement relationnel direct auprès de Tina. La mère ne s'en offensait pas, ne semblant pas vraiment voir son enfant et ses élans pour entrer en contact. Tina renforçait elle-même ses liens avec l'éducatrice, comme si elle avait renoncé à intéresser sa mère.

Serait-il possible qu'une enfant si jeune ait l'intuition d'un humain disponible sur lequel s'appuyer, et renoncer à faire de sa mère, une Mère, selon l'expression heureuse de S. Lebovici, « C'est le bébé qui crée La Mère » ?

Quelques mois plus tard, chacun s'accorde sur l'amélioration notable de Tina, tant au niveau psychomoteur (son retard se réduit notablement) que relationnel et affectif. Elle se montre même enjouée, curieuse et manifeste plus d'initiatives.

Le soutien aux interactions entre les parents et Tina reste peu efficace. Le père ne s'autorise pas plus d'échanges avec elle, et continue à « la lâcher », aux prises avec ses propres difficultés, ou lorsque sa conjointe le discrédite.

Les relations de Mme avec Tina restent à l'identique ; Tina se fige avec sa mère et s'anime avec l'éducatrice. Les comportements chaotiques et intrusifs maternels persistants vis-à-vis de sa fille ne permettent pas d'imaginer une vie au quotidien ensemble sans risques majeurs de négligences, voire de violences.

Malgré une proposition très floue des parents de confier Tina à sa grand-mère maternelle, la réalisation d'un placement en famille d'accueil reste un projet cohérent. Comment Tina pourra-t-elle, sans dommage pour elle, rencontrer par la suite ses parents, après l'inefficacité des visites médiatisées par l'ASE et le travail impossible avec eux à l'Aubier ?

Un bébé affolé par la turbulence de sa mère (quand les soins ambulatoires insuffisants posent l'indication d'une hospitalisation mère-bébé)

Mme T est hospitalisée avec son fils Milo (3 mois), après un long suivi ambulatoire à l'Aubier, hebdomadaire depuis le milieu de sa grossesse.

En effet, dès le cinquième mois de sa grossesse, les professionnels de PMI, inquiets de son état, craignaient une dépression périnatale, en raison du contexte de cette grossesse. Dans une aisance très artificielle, pseudo-mondaine, Mme T se disait heureuse de la venue de l'enfant, malgré ses difficultés professionnelles (rupture de contrat imprévue) et personnelles. Mme T avait conçu ce bébé avec un homme dont elle disait être très amoureuse, mais vivant à l'étranger et n'acceptant le bébé que si elle venait vivre avec lui. Elle décrit progressivement, sans inquiétude, voire avec triomphe, des relations très éphémères, dans une vie commune irrégulière, avec ruptures, tromperies, attentes non satisfaites. Elle attend le père de l'enfant, sa venue, son aide et est sans cesse déçue ponctuellement. Elle claironne : « De toute façon, ma vie est un échec, surtout si je n'avais pas d'enfant. »

Son insouciance et son immaturité occultent puissamment son malaise interne, tout est toujours lié aux autres : le père de l'enfant, ses parents, sa sœur, les professionnels qui veulent tout savoir... Ses relations avec sa propre famille sont complexes, avec là aussi des ruptures incessantes et des relations houleuses.

Elle a rompu les liens à plusieurs reprises avec ses parents, ne comprenant pas leur « vie si tranquille », leur peu d'attention à son encontre : « Mes parents préféraient ma sœur, plus conforme. » Elle aurait eu une vie professionnelle qu'elle dit prestigieuse, par rapport à eux. Ses investissements, son apparence, sont toujours sous le sceau du « paraître », elle veut briller, bien qu'elle y échoue actuellement.

Elle continue d'avoir une vie « trépidante », sans souci d'elle-même, et du bébé à venir. Très volubile, elle pérore, se masquant son mal-être, elle tourbillonne, incapable de faire face à sa solitude.

Après son accouchement, bien que très entourée par les professionnels reliés, elle commence peu à peu à présenter des affects dépressifs. Elle lutte à sa façon, reprend ses dispersions, peu soutenue par sa famille, et par le père de l'enfant, qui le reconnaît à distance.

Sa lutte pour ne pas s'effondrer lui devient un peu perceptible. Elle accepte une unité d'hospitalisation mère-bébé (UHMB), faute de pouvoir se réfugier chez ses parents, dont elle n'attend plus de compréhension.

Dans l'unité, elle ne se montre pas dépressive. Elle continue ses conversations superficielles, sans aucun affect, ni signe patent de souffrance.

Milo vit des moments de désorganisation importante, menaçant sa sécurité interne. Sa mère tente d'accaparer les adultes dans ses propos volubiles. Elle n'est pas ajustée à son fils, ne peut adapter un portage contenant pour lui. L'allaitement continue à être très décousu avec peu d'accordage et de satisfaction. Milo est extrêmement souriant, avide de relations, avec les professionnels, dans une présence étonnante pour son âge.

Progressivement, la mère s'installe dans l'unité, tisse des liens de plus en plus affectifs ; elle commence à entendre les autres. Elle comprend mieux les propositions d'adaptation de ses postures selon les signaux de son bébé, lui devient plus attentive. Elle trouve des rythmes, d'abord

pour elle-même, puis en fonction des besoins de son fils. Elle peut difficilement s'exposer psychiquement dans les entretiens, mais s'interroge en partie en dehors d'eux. Elle prend conscience peu à peu de l'importance d'un enfant, de son enfant. Cet intérêt naissant est probablement en liaison à l'attention des professionnels vis-à-vis d'elle. Ils pressentent le déficit d'investissement des parents de Mme quand elle était petite fille. Ses parents ne se manifesteront d'ailleurs pas durant l'hospitalisation.

Elle est sécurisée progressivement dans sa relation à Milo, avec des moments d'échanges très adaptés affectivement. Sa séparation avec les membres de l'unité à sa sortie est douloureuse. Deux rendez-vous lui seront proposés, malgré la reprise de ses entretiens à l'Aubier.

Mme revient peu à l'Aubier mais exprime sa reconnaissance des soins à l'UHMB : « Je me suis sentie exister vraiment et devenir mère. »

La suite de la prise en charge à l'Aubier demeurera « houleuse ». Mme reste ambivalente vis-à-vis des soins. Les discontinuités organisées par elle témoignent d'un idéal omnipotent d'indépendance. Elle dira d'ailleurs, malgré ses soins plus adéquats à Milo : « Il faut en baver pour survivre et se débrouiller seule »... Le suivi à la PMI se maintiendra cahin-caha, Mme continuant à dénigrer les soutiens « trop proches ».

Milo entrera en crèche, où il a poursuivi un développement actif, au grand plaisir de sa mère, malgré ses revendications auprès des travailleurs de la crèche. Mme s'engouffre alors dans un projet professionnel complexe, mais qui tiendra ! Les observations de la PMI ont permis d'affirmer que Milo est devenu un petit garçon curieux, vif, sans aucun retard de développement, peut-être un peu hyper-mature.

Une faillite parentale différée :

Laurence, un bébé tant attendu

Nous avons été sollicités par un service de psychiatrie pour prendre en charge deux futurs parents, suivis par ce service depuis de nombreuses années. Les deux référents psychiatres inquiets des futures capacités parentales souhaitaient une prise en charge précoce permettant de préparer au mieux l'accueil du bébé et de ses soins par le couple, dès le début du deuxième trimestre de grossesse de Mme.

La réticence de Mme pour cette prise en charge était atténuée par la confiance immédiate du futur père. Pourtant, malgré ses oppositions violemment affirmées, nécessitant une extrême souplesse, voire délicatesse du thérapeute, l'attente de l'enfant si désiré mobilisait les deux parents. Mr s'engageait dans le suivi de manière régulière et patientait quand l'impulsivité de sa conjointe provoquait des ruptures.

Mr présentait un lourd passé d'addictions multiples, mais souhaitait « devenir vraiment père », après le délaissement d'un enfant précédent lié à sa pathologie. Mme voulait à tout prix « un enfant de l'Amour », même si Mr (physiquement et psychiquement épuisé) était encore très fragile. Elle avait des antécédents familiaux très lourds, une enfance et une adolescence chaotiques.

Prise en charge par des hospitalisations en psychiatrie dès l'adolescence, elle avait bénéficié de soins intensifs. Elle les rompait fréquemment et recourait à des passages à l'acte auto et hétéro-agressifs.

L'illusion « qu'un enfant peut tout changer et réhabiliter ses deux parents » était partagée entre eux.

Celle-ci n'endigait pas les conflits permanents du couple ; l'exclusivité exigée par Mme était en partie contrecarrée par une passivité de Mr. Les liens passionnels qui unissaient le couple étaient à la fois préoccupants et, paradoxalement, permettaient la poursuite de l'alliance concernant l'enfant à venir.

Les professionnels situés (psychiatres, neurologues, obstétricien...) se reliaient au maximum à chaque « tourmente », Mme faisant monter parfois l'inquiétude au niveau maximum. La préoccupation commune des professionnels, outre la sécurisation somatique de la grossesse elle-même (Mme se mettant en danger), se portait sur la capacité de chacun et du couple à être parents, et à offrir une sécurité suffisante pour le développement d'un enfant.

Bébé Laurence, dès sa naissance, ravit les deux parents, chacun assurant au mieux sa sécurité non seulement au niveau de ses besoins vitaux mais aussi affectifs. Il fut difficile de faire accepter l'entrée en crèche de Laurence, Mme forçant Mr à s'en occuper en continu, au-delà de ses possibilités. De manière sous-jacente, elle acceptait très mal de ne pas retrouver un travail « valorisant ».

La première année, Laurence présentait un développement étonnamment de qualité, malgré les péripéties de la vie conjugale, probablement grâce à l'investissement affectif des deux parents, et à la qualité des professionnels de la crèche, rassurés par la croissance harmonieuse de l'enfant. La prise en charge (pas toujours aussi intensive que souhaitée à l'Aubier) se poursuivait, toujours un peu « acrobatique ». Mais Laurence se montrait enjouée, curieuse, peut-être un peu vigilante et craintive par moments.

Un espacement des séances durant des congés fut prétexte pour diminuer le rythme bimensuel de la prise en charge. Les conflits de Mme avec sa famille et surtout sa sœur avec laquelle elle entretenait une jalousie puissante et ancienne ainsi que ses revendications projetées sur Mr réactivèrent les divergences entre les parents. Mr commence alors à s'essouffler.

L'année suivante, les tempêtes font rage. Les conflits de Mme avec sa sœur n'occulent plus sa rivalité latente avec sa fille, qui se tourne plus volontiers vers son père. Mme multiplie les passages à l'acte, quittant sans prévenir le domicile, laissant l'enfant à la charge du père qui s'épuise. Il faut une grande persévérance des psychiatres pour que ses soins ne soient pas totalement interrompus.

Le suivi à l'Aubier se poursuit néanmoins et permet de confirmer qu'étonnamment la fillette continue à se développer sans souffrances apparentes. Elle s'appuie beaucoup sur les thérapeutes qui verbalisent le plus souvent possible les difficultés de ses parents. Laurence se tourne toujours plus volontiers vers son père pour se



sécuriser quand sa mère explose, en particulier contre son conjoint en le disqualifiant. La jalousie maternelle se décuple, contre le père, contre l'éducatrice qui joue avec sa fille, et contre le thérapeute qui « devrait mieux excuser ses troubles » !

Quelques mois plus tard, Mme rompt le suivi. De nouveau, Mme passera à l'acte gravement contre elle-même, refusant tout soin et agressant même des soignants. Mr s'inquiète d'un éventuel passage à l'acte de sa femme « avec son enfant ».

Les services de l'ASE, saisis en urgence organisent immédiatement l'accueil de l'enfant dans la famille maternelle. Le père, que nous recevons en urgence, confirme avec honte qu'il ne peut plus faire face aux tempêtes de Mme et qu'il ne peut gérer seul la vie avec sa fille au quotidien.

Quelques semaines plus tard, le juge des enfants maintient la solution provisoire d'accueil, avec larges droits de visite du père. Le juge est bien en peine pour fixer les possibilités pour Mme de rencontrer sa fille en dehors de l'hôpital où elle est finalement hospitalisée longuement. Mme, demandant le divorce, l'avenir des rencontres mère-fille devient très problématique.

Soutenir la parentalité atteint parfois ses limites, quand les parents demeurent trop vulnérables, malgré un développement satisfaisant de leur enfant. Le père a pu en convenir. Mme a fui ses responsabilités au niveau de l'enfant. Ses détresses infantiles ne pouvant pas être reconnues et gérées, ses passages à l'acte en témoignent, pouvaient-ils être considérés comme des appels à l'aide pour elle-même certes, mais probablement, avait-elle conscience qu'elle ne pouvait protéger son enfant comme elle ne l'avait pas été elle-même enfant ?

Quand vivre ensemble redevient impossible : l'implacable répétition

Madison est âgée de 3 mois lorsque son père contacte l'Aubier en ces termes : « On est obligé sur ordre de l'ASE, pour des problèmes avec notre fille. »

Nous découvrons un bébé rose, souriant, et apprêté. Ses parents affirment d'emblée avoir été contraints de venir par le médecin de la PMI, lui-même « forcé » par l'ASE, alors que « tout va bien ». Nous apprendrons secondairement que le travailleur social de l'ASE en charge de cette famille aurait présenté le placement de l'enfant comme

incontournable en l'absence de prise en charge.

Nous tentons de recueillir des éléments biographiques. Mme a cinq enfants placés, deux ans auparavant, dans un village d'enfants. L'aîné de Mme (14 ans) est né alors qu'elle n'avait que 17 ans, et n'a pas été reconnu par le père. Avec un autre compagnon, elle aura quatre enfants : deux fils, puis des jumelles. A l'occasion de l'hospitalisation de son aîné pour des douleurs de hanche, des faits de maltraitance perpétrés par le compagnon de Mme sur tous les enfants seront mis à jour. Elle affirmera n'avoir jamais eu le moindre soupçon de maltraitance de la part de son concubin, attribuant les ecchymoses de son fils aux bagarres à l'école. Elle sera pourtant condamnée (au cours du placement) à une peine de sursis moins importante que l'auteur des faits, mais sur une période probatoire plus longue. Elle bénéficie actuellement d'un droit de visite bimensuel des enfants.

Mr, père de Madison, est un voisin de Mme, divorcé et père d'un enfant. Ils se sont mis en ménage après la séparation de Mme. Mme est une jeune femme peu apprêtée, lisse et figée, au regard fuyant et à la voix monocorde. La présentation de Mr est en tout point opposée : aussi rouge, marqué et logorrhéique que sa femme est pâle et éthérée. Il se présente avec une cheville plâtrée, conséquence « d'un accident du travail », pour lequel il ne respecte pas les prescriptions orthopédiques, et ne compte pas reprendre le travail rapidement. Son faciès évoque un éthyliste actif.

Mme nous assure « aller très bien », ce que Mr affirme aussi. Madison présente des troubles du sommeil, banalisés par ses parents. Elle ne dort que dans leur lit, présentant des réveils fréquents attribués à des troubles digestifs. Elle serait également irritable, avec des accès de pleurs inconsolables et un collage permanent. Les parents se détendent au fur et à mesure de la consultation. Nous leur indiquons qu'avec leur accord nous allons nous mettre en lien avec la PMI. Ils obtempèrent, assurant qu'ils n'ont rien à se reprocher.

Au deuxième rendez-vous, nous observons un bébé tendu, hypervigilant, accroché au regard des adultes. Les parents nous indiquent qu'elle « ne dort jamais, gigote tout le temps, ne tient pas en place ». Mme revient sur les conditions de placement de ses aînés (séparation dans l'urgence par la brigade des mineurs), n'exprimant que peu d'affects en dépit du caractère dramatique de son récit. Elle nous confie pourtant sa dépression sévère peu après, compliquée d'une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse. Elle aurait alors bénéficié d'un suivi au CMP et d'une médication anxiolytique, interrompue au début de la grossesse.

Mr, lui, nous parle de son fils de 8 ans vivant chez son ex-femme avec qui il entretiendrait de bons rapports. Son enfant est décrit assez instable sur le plan moteur, ce que Mr relie à son propre passé « d'enfant sportif, incapable de s'endormir ».

Madison a des réactions toniques hétérogènes, des décharges motrices anarchiques : agitation désordonnée, pédalage. Elle peut répondre de manière explosive. Elle se présente en effet toujours hypertonique, sur la pointe des pieds,

sautillant, peu contenue par le portage lâche de ses parents. La communication orale de Madison avec ses parents est à l'image de l'accordage général, non ajustée. Le babillage n'est pas repris par les parents. On note peu d'incitation sonore et vocale des parents, pas d'imitation mimétique, pas de jeux vocaux. Le babillage de Madison s'apparente plutôt à une décharge d'excitation et de tension par les cris. Elle apparaît avoir très tôt investi la voie motrice et comportementale comme un outil de maîtrise du monde extérieur. Elle refuse activement une position de regroupement, où elle serait passive et relaxée. Face à cette alliance parentale si opposante et en raison des troubles de l'enfant, nous optons pour une prise en charge en psychomotricité pour favoriser son endormissement. Mr et Mme acceptent passivement cette proposition.

Les autres consultations mettront en évidence des éléments d'inquiétude croissante : Mme nous révélera l'alcoolisme de Mr quand Mr ne se présentera pas, ainsi que les régulières crises de violence intrafamiliale. Mme aurait donc congédié Mr transitoirement du domicile familial. Madison dormirait plus paisiblement la nuit en l'absence de son père. Au cours de cette séance où Mme se présentera seule, nous lui ferons la proposition de participer à un groupe parents/bébé. Ce groupe a pour but de nourrir l'imaginaire des mères et d'offrir un bain de langage porteur pour les dyades. Mme, avec émotion, s'est exclamée : « J'aimerais beaucoup ! ». Le bébé en elle que nous imaginions carencé semblait se saisir de cet étayage. Cette proposition avait également pour but de proposer à Madison des échanges avec d'autres enfants, elle restait en permanence au domicile.

Lors des séances avec la psychomotricienne, les parents de Madison se montreront plus disponibles pour observer leur enfant. Il est encore noté un manque d'identification des signaux émis par Madison, entraînant des réponses peu nuancées et inadaptées aux réponses du bébé. C'est l'occasion pour les parents d'évoquer leurs propres troubles du sommeil. Madison, dormant dans leur lit, apparaît comme un « doudou » pour ses deux parents, de même qu'un rempart contre la vie conjugale.

Mr évoque ses angoisses et ses multiples réveils nocturnes durant lesquels il s'assure que Madison « respire toujours », dans une chambre où persiste, de jour comme de nuit, un éclairage suffisant afin « de garder un œil sur elle ». Mme exprime moins d'angoisses, mais ne peut dormir sans être collée physiquement à elle.

Madison se présente comme hypertonique, toute en tension et raideurs. Elle manifeste une certaine méfiance à la rencontre avec la psychomotricienne. Par son agrippement dans le regard, Madison exerce une mise à distance, un contrôle de l'autre, empêchant une véritable mutualité des regards soutenante.

En séance, grâce au travail sur le tonus et aux massages, Madison peut progressivement se sentir contenue et se relâcher dans les bras de la psychomotricienne. Elle fait preuve de détente, contrairement à l'environnement familial où l'on « tombe de fatigue et l'on s'endort brutalement ». Soutenue par le holding physique, visuel et verbal, sous le regard de ses parents, elle s'appuie sur la

thérapeute. Émerge un babil à visée non communicante et non repris par les parents. Madison semble « commencer à parler », et à rêver. Son sommeil s'améliore et elle peut profiter de temps de repos, d'intériorisation au milieu de cette agitation et de cette sur-stimulation permanente. Mr peut « la rêver en petite fille », impatient qu'elle partage avec lui les activités physiques qu'il réserve à son fils.

Madison semble, en revanche, difficile à décrypter pour sa mère, voire persécutrice, tant ses réponses deviennent énigmatiques, lors de ses échecs d'ajustement. Mme nous explique l'agacement suscité par Madison lorsqu'elle ne veut pas dormir ou manger aux heures prévues, avec une note persécutrice : « Ce matin, après avoir refusé de dormir toute la matinée, elle s'endormait sur la chaise haute. Je l'ai forcée à manger au lieu de la coucher en lui disant : "Ça, tu dois" ».

Mme en a-t-elle trop dit ? La soumission passive au projet thérapeutique des parents aura tôt fait de s'effriter après l'ébauche de lien avec leur passé traumatique et la question de la pathologie de couple. Suit, en effet, une période de quelques semaines où Madison et ses parents ne se présentent ni aux consultations, ni aux séances de psychomotricité, ni au groupe parents-bébé qui débute. Aucune nouvelle : l'inquiétude grandit. La discontinuité dans cette prise en charge nous laisse très pessimistes.

Revus, après de nombreuses sollicitations, ils s'excusent de façon très expéditive de leur absence prolongée en invoquant les conditions climatiques hivernales. Madison (7 mois) est toujours dans les bras de son père, très tonique, debout, et nous scrute avec son habituel regard intense et interrogatif. Elle explore de façon satisfaisante et reprend les objets investis lors des séances précédentes dans une certaine continuité. Le babillage est intense, non repris par les parents. Elle quête par moments le regard de son père. Il y a peu d'interactions visuelles avec sa mère. Madison dort enfin dans son lit, fait des nuits complètes, et, depuis peu, est sevrée du sein maternel. Mme peut difficilement exprimer ses affects, mais annonce : « Elle commence à s'éloigner, il va falloir que j'en refasse un » ! Mr riposte ironiquement : « Hors de question ! »

Mme annonce qu'une synthèse avec les services sociaux va bientôt avoir lieu à leur sujet, elle nous invite à nous y rendre pour leur signifier que « tout va bien ». Elle entend récupérer de façon imminente la garde de ses cinq enfants à l'issue de la prochaine audience. Elle évoque des « bavures judiciaires » à l'origine de ce long placement : « C'est pour ça que ça s'accélère maintenant : ils s'en veulent parce que ça a trop traîné. » Le déni massif semble sa seule protection pour ne pas souffrir. Mr doit reprendre son travail, Madison restera seule avec sa mère. Inquiètes, nous abordons la possibilité d'un lieu d'accueil dans la journée (halte-garderie).

Une synthèse avec les professionnels de la PMI et de l'ASE rassemble les éléments majeurs de préoccupations : le vécu chaotique familial qui perdure, la pathologie persistante des deux parents (éthylisme du père, apragmatisme maternel lié à une sidération traumatique implacable), les troubles de développement de Madison...

En audience, le juge des enfants maintient le placement des

ainés, soulagés de retourner au village d'enfants. Toutes les propositions d'aide actuelles pour Madison, (TISF, halte-garderie, soins à l'Aubier) ayant été trop discontinues et mises en échec, un signalement pour enfant en danger immédiat est aussi effectué pour Madison.

Les troubles conjugaux croissants alimentant la disqualification réciproque ont contribué au chaos et à la désorganisation de la cellule familiale déjà vulnérable pour accueillir un bébé. Le défaut de traduction émotionnelle et de capacités d'échange de la mère de Madison avec son bébé semble relié à ses expériences traumatiques de la toute petite enfance. Madison lui apparaît, en effet, comme un bébé difficile qui contribue à entretenir le sentiment d'incompétence maternelle. Ce bébé, fusionné ou persécuteur, lui renvoie sans cesse mésestime, honte et humiliation.

L'évolution importante des troubles de Madison couplée aux troubles conjugaux, à leur dysparentalité et à la massivité de leurs dénis parentaux a conduit à une séparation parents-enfant.

Notre travail de soins n'a pas été totalement inutile, Madison semble avoir profité des scénarios relationnels que nous lui avons proposés, par notre attention conjointe et continue. L'espace de rencontre entre Madison et ses parents n'a pas pris une forme suffisamment acceptable mais il existe d'ores et déjà des « îlots » de rapprochement et d'identification à ses besoins, notamment du côté paternel. Le placement judiciaire à temps plein de Madison permettra-t-il la croissance d'une parentalité à distance de ces parents, qui a échoué avec sa fratrie ?

Conclusion

Notre propre et longue expérience professionnelle nous a appris à rester humbles, mais non passifs, dès que nous nous engageons pleinement avec des parents au passé traumatique majeur. Nous arrivons parfois emphatiquement à survivre patiemment là où ils auraient pu sombrer, pour tenter de lever des répétitions aliénantes pour l'enfant, toxiques encore pour le parent.

Aucun de ces parents ne nous a réellement permis de « revisiter » sa propre enfance, et d'établir des liens de compréhension entre son passé infantile et ses relations actuelles avec son. Le « blindage parental » lié au passé n'a pas permis d'espérer des changements suffisants. Le gouffre est trop profond, les conditions de sécurité insuffisantes pour tous, et nous devons penser que vivre ensemble et être parent dans l'immédiat ou plus tard .

Une question lancinante reste sans réponse immédiate : quelles représentations ces parents avaient-ils d'un enfant et de sa construction ? L'énigmatique de leur enfance perdurait, favorisant probablement des répétitions implacables.

Toute tentative « prudente et délicate » d'aborder ces thèmes a avorté brutalement, ne trouvant aucune résonance pour ces parents, les condamnant à se figer dans des identifications à leurs propres figures parentales maltraitantes et toxiques. Le déni reste permanent. Monsieur M ne disait-il pas : « Ce que j'ai enduré enfant par mon père... personne n'est venu m'en protéger. »

Il persistait, par ses négations, à refuser la proposition de protéger son propre enfant, rien ne pouvait donc le « réparer » comme enfant et comme père. L'observation des débuts de séances d'orthophonie de son fils avait cependant montré une autre forme de relation établie avec son fils à laquelle il avait été sensible. Elle lui avait fait ressurgir une image familière plus apaisante pour lui, enfant. Toutefois, s'il souhaitait pouvoir s'en rapprocher dans sa relation à Maël, l'intériorisation de ce modèle n'était sans doute pas suffisante pour lui permettre de s'en servir comme appui, en l'absence de tout travail sur lui-même.

L'accès à une parentalité est comme « mis en panne ». Le refus passif ou actif de tout engagement parental, auquel se couplent des expressions émotionnelles crues, ne permet pas aux parents de se centrer sur leur bébé. L'identification des parents à la fonction d'observation empathique du bébé ne s'est pas mise en place et n'a donc pas fonctionné comme « levier thérapeutique ».

L'inexistence de l'enfant dans la vie psychique parentale, dans sa propre singularité, persiste. Les parents s'accrochent pourtant à présenter une image d'eux-mêmes acceptable (aux yeux de qui ?)

Des propos trop brièvement dépressifs ou angoissés sont vite réprimés. L'absence de culpabilité « ordinaire » faite de doutes de toute parentalité, ne nous permet pas l'accès aux souffrances sous-jacentes, et donc à des remises en question essentielles à la croissance d'une parentalité authentique.

Les mécanismes de déni particulièrement actifs, une extériorisation permanente de la violence interne passive ou active sur les professionnels sont une constante qui protège peu l'enfant de la destructivité potentielle. Des mises en acte de délaissement, pour éviter une violence active verbale, voire comportementale, ne tiennent pas au fil du temps.

L'enfant lui-même donne des signes de l'inutilité de notre prise en charge. Il arrive parfois que dans un premier temps il grandisse suffisamment sans risques mais que la pathologie parentale le mette en échec plus tard. Les souffrances qu'il manifeste alors clairement montrent l'impuissance des thérapeutes pour continuer à l'aider suffisamment. Une séparation d'avec ses parents, dans le quotidien, reste la seule indication.

Bibliographie

1. *Des familles et des bébés troublés, prévention et soins précoces*, sous la direction de Annick Le Nestour, Ed Erès, 2018.
2. Annick Le Nestour, Gisèle Apter, *Bébés de parents aux fonctionnements pervers : blessures et meurtrissures*, L'information psychiatrique 2012/3 (Volume 88), p. 181-5.
3. Maurice Hurni, Giovanna Stoll, *La haine de l'amour : la perversion du lien*, Ed L'harmattan, 1996.

Le concept de cycle de vie familiale et ses applications cliniques

Sébastien DUPONT

Psychologue, thérapeute familial (CH Erstein, secteur 67104), chercheur associé à l'Université de Strasbourg

Ce texte a été proposé aimablement par Sébastien Dupont à la suite de sa conférence sur « La fratrie dans le cycle de vie familiale », dans le cadre des journées de l'API à Strasbourg, en juin 2017, sur le thème de la clinique des fratries.

Chaque famille est un groupe dynamique qui évolue et se transforme au fur et à mesure de son développement. Dans les années 1960 et 1970, les psychiatres, les psychologues et les sociologues se sont beaucoup intéressés à cette dimension longitudinale de la vie familiale et ont identifié les grandes étapes de son « cycle de vie » : l'autonomisation du jeune adulte, la formation du couple, la famille avec des enfants en bas âge, la scolarisation des enfants, la famille avec des adolescents, le départ des enfants, la retraite du couple... (Kellerhals et al., 1984). Les professionnels et les chercheurs ont décrit les changements qui s'opèrent dans le fonctionnement familial aux différentes étapes de son évolution et les crises de transition qui peuvent émerger dans le passage d'une étape à une autre. Dans les prises en charge psycho-médico-sociales, la référence au cycle de vie familiale est devenue centrale. Elle a notamment été essentielle pour les pionniers de la thérapie familiale. Plusieurs d'entre eux, comme Salvador Minuchin, Jay Haley ou les représentants de l'École de Rome, l'ont mise au cœur de leurs modèles, que ce soit au niveau de la définition des problèmes familiaux comme à celui de la stratégie thérapeutique (Andolfi et al., 1982 ; Dupont, 2017b). Dans l'approche stratégique

notamment, les problèmes de la famille sont généralement recadrés comme une difficulté à franchir une étape de développement. Le but de la thérapie et sa réussite sont définis comme l'adaptation de la famille à une nouvelle phase de son cycle de vie.

Mais, à partir des années 1980, cette notion a perdu de son attrait, en même temps que les trajectoires familiales devenaient de plus en plus « incertaines » : augmentation des divorces, des séparations, des recompositions familiales, etc. Il est en effet apparu de moins en moins pertinent de considérer la situation d'une famille au regard d'un modèle du cycle de vie familiale étroit et normatif, qui ne correspondait en définitive qu'à une partie des familles réelles.

Pourtant, l'étude des familles contemporaines réhabilite la pertinence du concept de cycle de vie familiale (Dupont, 2017a). En effet, plus les familles sont fragiles et changeantes, plus il est utile de les appréhender comme des trajectoires familiales et de considérer les étapes de leur évolution. De plus, s'il est vrai que toutes les familles ne restent pas unies dans la traversée des étapes classiques du cycle de vie familiale, toutes y sont néanmoins confrontées (par exemple : adolescence des enfants, départ des enfants, fin de vie...). Enfin, les ruptures et les recompositions familiales sont en elles-mêmes des trajectoires dynamiques qui peuvent être décrites étape par étape (Dupont, 2016a).

Le concept de cycle de vie familiale reste ainsi très pertinent, à condition d'être flexible et actualisé au regard des évolutions contemporaines. Pour les professionnels, il demeure une référence utile pour comprendre le parcours d'une famille et cerner les étapes où ont émergé ses difficultés relationnelles. Plusieurs études ont en effet montré que nombre de problématiques conjugales, familiales

ou psychopathologiques s'articulent à des difficultés rencontrées dans la transition d'une étape du cycle de vie familiale à une autre (Bradley, Pausé, 2008).

Étapes du cycle de vie et dynamique familiale

Le cycle de vie familiale oscille entre des périodes de rapprochement et d'interdépendance qui resynchronisent les temps individuels (par exemple : la naissance d'un enfant) et des périodes d'autonomisation de chacun qui permettent une plus grande désynchronisation (par exemple : l'adolescence des enfants) (Goldbeter-Merinfeld, 2007). Le niveau de cohésion familiale est ainsi plus ou moins élevé selon l'étape du cycle de vie.

À chaque étape correspond un certain nombre de « tâches développementales » que le groupe familial doit réaliser (Minuchin, 1974). Cette notion désigne la réorganisation relationnelle, affective et psychologique demandée à la famille par chaque transition. En effet, le passage d'une étape à une autre exige de la famille qu'elle renégocie ses frontières internes et externes, ses règles de vie, ses rituels, ses relations hiérarchiques ou encore le degré d'autonomisation de ses membres. Il s'agit, chaque fois, de « redéfinir les relations » au sein de la famille.

Chaque transition suscite des sentiments d'insécurité, réactive les besoins d'attachement entre les membres de la famille et met à l'épreuve le groupe dans ses capacités à protéger ses membres et à préserver les liens d'attachement. Chacune de ces périodes de transformation expose la famille à la perte de l'équilibre précédent et à un nécessaire travail de deuil. Il peut ainsi arriver que certains membres de la famille ne parviennent pas à faire le deuil d'une étape, s'opposent au changement ou restent immobilisés par la nostalgie. Par exemple : un parent continue de voir ses grands enfants comme des petits ; un jeune adulte peine à s'éloigner du cocon familial ; un ancien en perte

d'autonomie refuse de se laisser aider par ses enfants ; etc.

Le cycle de vie familiale implique toutes les générations d'une même famille. La notion de « cycle » - qui renvoie à l'idée de circularité - nous rappelle en effet que la fin du cycle pour une génération correspond au milieu du cycle pour celle qui la succède et au début du cycle pour la troisième. La référence au cycle de vie familiale permet ainsi aux professionnels de prendre en compte l'évolution parallèle de toutes les générations. Lorsque l'on considère trois générations, on perçoit aisément la superposition des cycles. Par exemple : les adultes de la génération du milieu ont un double statut ; ils sont enfants dans le cycle familial supérieur et parents dans le cycle inférieur. Penser en termes de cycle de la vie familiale permet ainsi de garder à l'esprit que, dans une famille, toutes les générations sont contraintes d'évoluer en même temps. Par exemple : pour un adulte, devenir parent, c'est nécessairement rendre son propre parent grand-parent. Ce point de vue pluri-générationnel peut mettre en évidence les collusions entre des étapes de la vie situées

à des générations différentes. Par exemple : la « crise d'adolescence » des enfants se produit fréquemment au même moment que la « crise du milieu de vie » chez leurs parents ; les parents deviennent souvent grands-parents au moment où leurs propres parents entrent dans la fin de vie et la dépendance (ils peuvent ainsi être très sollicités par plusieurs générations à la fois) ; etc.

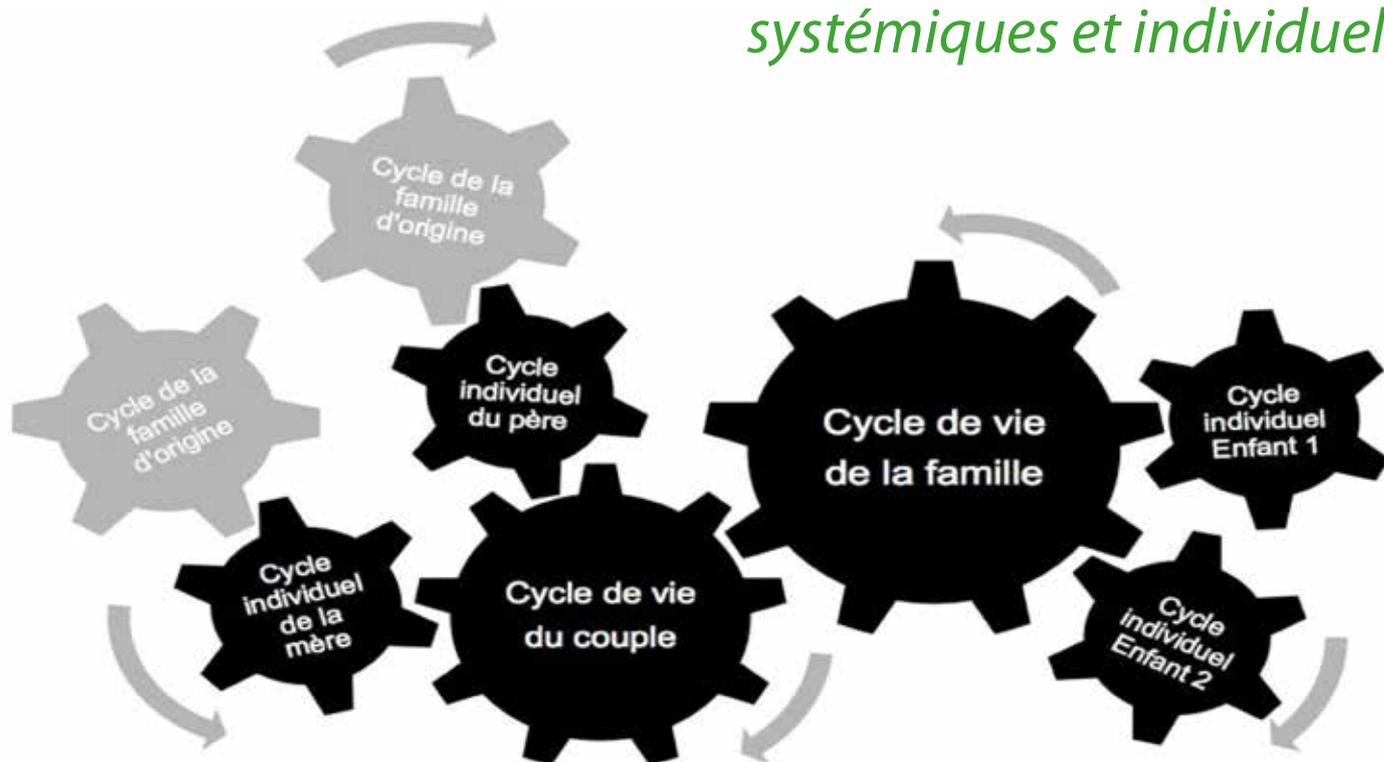
Chaque trajectoire familiale est singulière. Néanmoins, il est possible d'identifier les grandes étapes du cycle de la vie familiale, qui ponctuent le parcours de la majorité des familles. La plupart des auteurs contemporains distinguent ainsi huit étapes (McGoldrick et al. 2016 ; Bradley et Pauzé, 2008 ; Dupont, 2017a) :

- L'autonomisation du jeune adulte vis-à-vis de sa famille d'origine
- La formation du couple
- La famille avec de jeunes enfants
- La famille avec des enfants d'âge scolaire
- La famille avec des adolescents
- Le départ des enfants (ou « nid vide »)
- Le 3ème âge des parents
- La fin de vie

Cette description schématique ne sous-entend pas que la succession des étapes du cycle de vie familiale soit universelle, linéaire et entièrement prévisible. Le cycle de vie familiale est par nature un processus dynamique et conflictuel. Il est parcouru de périodes de crise qui permettent le passage d'un équilibre à un autre. Ces crises peuvent être plus ou moins fortes et plus ou moins longues selon les familles et les étapes concernées. Certaines perdurent et ne permettent pas la mise en place d'un nouveau fonctionnement familial ; d'autres peuvent entraîner la séparation conjugale ou une rupture de lien parent-enfant.

Au-delà de ces crises de transition, on observe d'autres perturbations possibles du cycle de vie familiale : un événement familial (accident, maladie, licenciement, migration, relation extraconjugale, séparation...) peut par exemple perturber le développement de la famille et entraîner une crise, une régression à une étape antérieure ou une fixation ; une étape peut être éludée ou peut chevaucher l'étape suivante ; deux étapes peuvent être interverties ; etc.

L'emboîtement des cycles systémiques et individuels



Les évolutions contemporaines du cycle de vie

Depuis les années 1980, l'augmentation des divorces et des séparations a donné aux professionnels le sentiment que les trajectoires familiales étaient devenues de plus en plus imprévisibles et que la notion de cycle de vie familiale perdait de sa pertinence. Pourtant, s'il est vrai que la rupture conjugale représente une bifurcation dans le développement d'une famille, elle demeure intéressante à analyser en tant que processus (D'Amore, 2010) et elle n'annule pas la pertinence d'autres étapes (départ des enfants du domicile familial, retraite des parents, etc.). Il peut ainsi être pertinent d'identifier les principales étapes des ruptures et recompositions familiales, de même que les problématiques psychologiques et relationnelles qui leur sont associées : les difficultés conjugales, la séparation des parents, la répartition des temps d'hébergement de l'enfant, la rencontre entre le parent et un nouveau conjoint, la rencontre entre l'enfant et ce nouveau conjoint, la cohabitation dans un même logement, l'éventuelle rencontre entre deux fratries, l'éventuelle naissance d'un enfant du nouveau couple, etc. (Dupont, 2016a). Traverser ces étapes tout en préservant au mieux les liens et la place de chacun suppose de la famille une prise en compte, voire une anticipation des difficultés (Dupont, 2018). Les adultes et les enfants n'avancent par ailleurs pas au même rythme et n'ont pas les mêmes besoins. Il semble important que les professionnels aient à l'esprit ces différentes étapes et les épreuves qu'elles représentent lorsqu'il rencontre une famille qui traverse - ou a traversé - une rupture ou une recomposition. Dans une logique thérapeutique ou préventive, cette attention lui permet de considérer les enjeux sous-jacents aux difficultés familiales, présentes ou potentielles. D'autres facteurs socio-culturels ont également transformé le cycle de vie des familles au cours des dernières décennies : la libération

de la sexualité, la raréfaction des mariages, le rétrécissement des fratries, l'allongement de l'espérance de vie, le nouveau statut de l'enfant, l'émancipation des femmes et leur entrée sur le marché du travail, etc. (McGoldrick et al., 2016 ; Dupont, 2017a). La succession des étapes classiques a été profondément bouleversée. On observe par exemple un « étirement » de l'étape dite du départ des enfants (en anglais : *launching children* : le « lancement » ou le « décollage » des enfants), qui se situe entre l'adolescence des enfants et la stabilisation des jeunes adultes dans la vie de couple. Ce phénomène résulte notamment de l'allongement des études, de la succession des unions conjugales informelles, du chômage de masse et de la dépendance prolongée des jeunes vis-à-vis de leurs parents (Dupont, 2016b). À l'autre extrémité du cycle de vie familiale, l'étape qui correspond à la retraite des parents s'est subdivisée en deux phases : le 3^{ème} âge et la fin de vie. L'augmentation de l'espérance de vie « sans incapacités » (c'est-à-dire sans maladie ou déficience invalidante) a recomposé les rapports entre générations et a modifié l'image de la vieillesse. De façon générale, les étapes de la vie familiale sont de plus en plus réversibles : l'engagement conjugal bien sûr, mais aussi la recomposition familiale (qui peut être éphémère), le départ du jeune adulte (ce dernier peut revenir vivre chez ses parents après une déconvenue professionnelle ou sentimentale, par exemple) ou encore la rupture conjugale (il arrive de plus en plus fréquemment que des couples séparés se reforment après une période de séparation) (Dupont, 2017c).

La référence au cycle de vie familiale comme levier thérapeutique

Aborder les étapes de la vie familiale apparaît comme l'un des moyens les plus accessibles pour mobiliser une famille comme unité (et non pas seulement comme somme d'individus

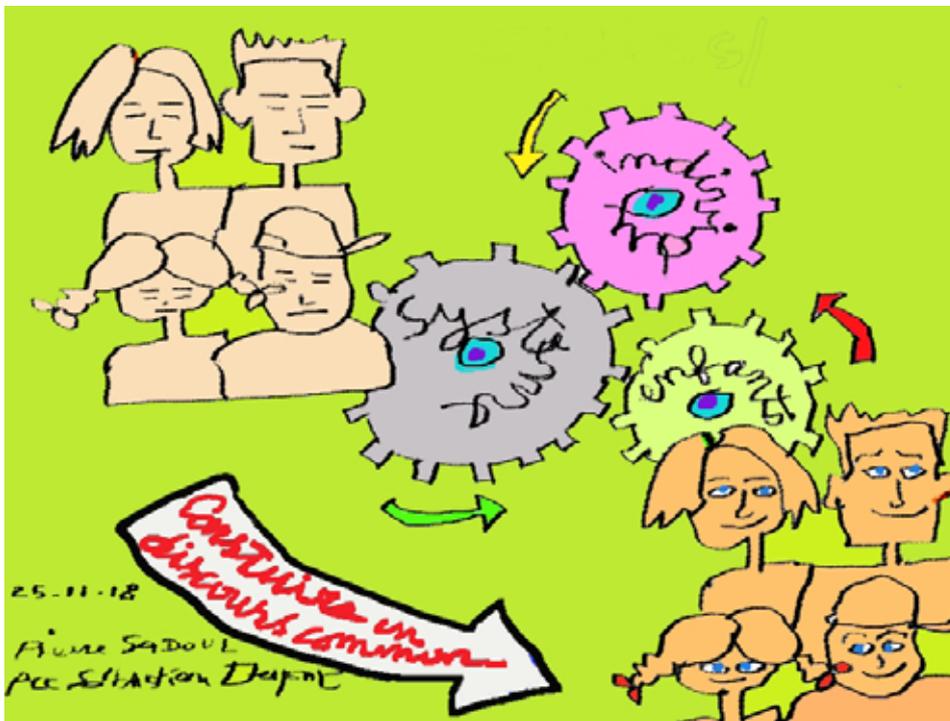
ou de relations). Les familles adhèrent généralement bien à cette approche, qui met en rapport leurs difficultés avec des problématiques auxquelles d'autres familles - sinon toutes les familles - sont confrontées.

La référence au cycle de vie familiale nous permet de garder à l'esprit la trajectoire familiale et de rester vigilant au fait que nous découvrons une famille à un moment donné de son histoire. Quels que soient les patterns interactionnels que nous observons ici-et-maintenant, nous devons rester ouverts à l'idée que la famille n'a peut-être pas toujours fonctionné de la sorte et qu'elle est certainement capable d'interagir autrement. Cette prise de recul est d'autant plus importante qu'elle manque souvent à la famille, qui finit par se convaincre elle-même qu'elle est ainsi, irrémédiablement. Considérer la famille dans une perspective temporelle, c'est se concentrer moins sur ce qu'elle est, que sur ce qu'elle vit.

La référence au cycle de vie permet souvent de déculpabiliser la famille, ne serait-ce qu'en lui renvoyant que ses modalités de relation ne sont pas dysfonctionnelles en elles-mêmes, mais qu'elles ne sont pas adaptées au contexte actuel (bien qu'elles aient pu l'être dans un autre contexte). Aucune solution relationnelle n'est compatible avec tous les contextes et toutes les périodes de la vie. Une famille est nécessairement amenée à changer.

Il existe de multiples manières d'invoquer le cycle de vie familiale en thérapie, comme par exemple le recadrage (proposer une redéfinition d'un problème comme participant d'une crise dans le cycle de vie) et la mise en récit (accompagner la famille dans l'élaboration d'une nouvelle narration de sa propre histoire).

Fréquemment, les troubles qui émergent dans une famille (conflits, symptômes, problèmes de comportement, etc.) sont associés à des difficultés à passer d'une étape du cycle de vie à une autre. Le principal rôle du professionnel est parfois d'accompagner la famille dans cette transition, qui se produit parfois sous ses yeux.



Un couple séparé depuis deux ans consulte avec ses deux garçons adolescents pour divers problèmes de comportement et des conflits familiaux. Les deux adolescents vivent en résidence alternée chez leurs deux parents, restés célibataires. Après quelques séances, les parents veulent faire une annonce à leurs garçons devant les thérapeutes : ils vont se remettre ensemble. Cette annonce soulève des craintes et des oppositions chez les deux adolescents, qui ont de très mauvais souvenirs de la vie commune et des conflits conjugaux incessants. Les parents leur révèlent alors qu'ils ont décidé de renouer leur relation mais de ne pas revivre ensemble, car ils ne s'en sentent pas capables. Au cours de cette séance, la famille inventa, avec l'encouragement des thérapeutes, les modalités de leur prochaine étape de vie : les adolescents continueraient de vivre en résidence alternée chez leurs deux parents ; les parents conserveraient leurs logements respectifs et ne se verraient que durant les week-ends et parfois pendant la semaine sans leurs enfants. Les parents, qui avaient honte de l'image qu'ils allaient renvoyer à leurs enfants et à leur entourage avec ce revirement, ont pu proposer cette solution - en effet assez originale - à leurs enfants, l'assumer, reprendre confiance en eux et regagner celle de leurs enfants.

L'exploration de la mémoire familiale

est importante, surtout lorsque la trajectoire de la famille a été parsemée d'épreuves et de crises. Dans les familles qui ont vécu une (ou des) rupture(s) et une (ou des) recomposition(s) familiale(s), il est parfois délicat d'aborder certains épisodes de l'histoire collective. Pourtant, la mise en récit est nécessaire à l'évolution de chacun et au travail de deuil. L'enfant de parents séparés est parfois en souffrance de mémoire familiale. Lorsque ses parents veulent tirer un trait sur le passé du couple séparé, l'enfant ne peut plus évoquer ses souvenirs de la vie commune avec eux ou il fait attention à tout ce qu'il dit pour ne pas les contrarier. Dans des cas particulièrement difficiles de conflits parentaux persistants, voire d'aliénation parentale, l'enfant est amené à transformer ou à cliver sa mémoire, sous l'influence de son (ses) parent(s) qui réécrit (réécrivent) l'histoire commune et noircit (noircissent) le rôle que l'ex-conjoint y a joué. Dépossédé de ses racines familiales, l'enfant est privé d'une part de son identité.

Même s'il est difficile d'écrire un récit commun d'une rupture ou d'une recomposition familiale, il semble souvent important de permettre à chacun d'évoquer ses souvenirs, selon le point de vue qui est le sien. Évoquer en détail ces événements familiaux permet souvent de recontextualiser les problèmes qui se

sont installés à un moment ou à un autre. Qui a souhaité la séparation ? Comment l'autre conjoint a-t-il réagi ? Comment l'enfant a-t-il été mis au courant ? Les deux parents lui ont-ils annoncé la séparation ensemble ou séparément ? L'ont-ils fait en mettant en avant les mêmes motifs ou des motifs différents ? Qui est parti vivre où et avec qui ? etc.

Parfois, des aspects matériels apparaissent comme des éléments de contexte qui ont exercé un fort impact sur les relations familiales dans les suites de la rupture.

Dans les mois qui ont suivi son divorce, le père de Nicolas - alors âgé de 9 ans - n'a pas eu les moyens de louer un nouvel appartement et a vécu pendant un an chez ses propres parents. Après quelques mois, Nicolas a refusé de venir passer ses week-ends chez ses grands-parents, la relation avec son père est devenue conflictuelle et le lien s'est distendu. Plusieurs années plus tard, en thérapie familiale, l'enfant a expliqué devant son père qu'il avait mal vécu cette période pendant laquelle il ne pouvait le voir qu'en présence de ses grands-parents, qu'il avait eu l'impression que son papa « n'avait plus de maison à lui » et que sa grand-mère parlait à son père « comme s'il était un enfant ». Des éléments du contexte matériel et relationnel expliquaient ainsi pourquoi Nicolas avait fui une situation qui le mettait mal à l'aise et qui dévaluait l'image qu'il avait de son père.

Dans le champ de la protection de l'enfance, les familles ont souvent des histoires sinueuses, parcourues de traumatismes, de ruptures, de jugements, de placements, etc. Là aussi, il peut être utile de retracer ces histoires compliquées avec les familles, non pas pour qu'elles se sentent accablées par le poids de leurs mauvais souvenirs, mais au contraire pour les aider à percevoir à quel moment du cycle de vie familiale leurs difficultés ont émergé, et éventuellement pour valoriser les périodes heureuses, qui peuvent représenter des ressources mémorielles pour l'estime de soi (des

enfants, des parents et de la famille comme unité).

Explorer le passé familial, c'est aussi considérer la mémoire de chaque génération et les échos qu'une difficulté actuelle peut avoir dans l'histoire des ascendants. Une crise de transition dans le cycle de vie familiale entre en effet souvent en résonance avec une crise comparable vécue par la génération précédente.

Virginie, 15 ans, a été hospitalisée après plusieurs fugues et une tentative de suicide. Une thérapie familiale est proposée à la famille (les deux parents, Virginie et sa sœur cadette). Les thérapeutes découvrent alors une famille repliée sur elle-même, dont le fonctionnement est resté figé depuis l'enfance de Virginie : la vie familiale est faite de nombreuses habitudes partagées qui ne correspondent plus à une adolescente de 15 ans (rituels du lever et du coucher, dessins animés regardés ensemble, langage enfantin...). Les parents peinent à voir leur fille comme une jeune femme et à la laisser grandir et gagner en autonomie. Pendant des années, la famille a vécu ainsi, paisiblement, jusqu'à ce que les comportements de Virginie provoquent une crise familiale.

En interrogeant la mère sur sa propre histoire, les thérapeutes découvrent qu'elle est née dans un pays étranger, au sein d'une famille très attachée à ses traditions, et que ses parents ont essayé de la marier lorsqu'elle était adolescente. La seule façon qu'elle a trouvée pour s'opposer à ses parents a été de fuir sa famille et de rompre les liens. Pour elle, le passage à l'âge adulte rime ainsi avec la douleur et la perte. Il lui est donc difficile d'accompagner sa fille vers l'autonomie. Virginie, qui ne connaissait que très peu de choses sur le parcours de sa mère, a été très attentive à ce récit.

Cette séance a permis d'apaiser les relations familiales, de restaurer la communication - rompue depuis plusieurs mois - et d'engager tous les membres de la famille dans un travail de réorganisation de leurs relations, tout en tenant compte des craintes et des besoins de chacun.

Conclusion

Le concept de cycle de vie familiale reste très pertinent pour appréhender les familles contemporaines, dans la diversité de leurs configurations et de leurs parcours. Plus les familles sont changeantes et instables, plus il est utile de les regarder comme des trajectoires familiales, ponctuées par des crises, des événements de tous ordres, des bifurcations et parfois des ruptures. Les familles d'aujourd'hui sont plus que jamais des systèmes dynamiques en évolution permanente, ne serait-ce que parce que chaque individu qui les compose est lui-même plus instable (désinstitutionalisation des rôles familiaux, liberté de mœurs, quête d'épanouissement personnel, ouverture des possibles pour les adultes comme pour les enfants...). Le cycle de vie familiale apparaît enfin comme une porte d'entrée dans la complexité de la vie familiale : les mythes et rituels familiaux, les traumatismes et événements marquants du passé, les résonances transgénérationnelles, etc. Elle ouvre

également un espace possible pour le changement : passer à une autre étape, tout en restant la même famille. Mettre en paroles le parcours d'une famille, c'est la faire exister comme groupe, lui permettre de construire un récit commun de son histoire et l'aider à se tourner vers son avenir.

Bibliographie

- Andolfi M., Angelo C., Menghi P., Nicolò A.-M. (1982), *La Forteresse familiale. Un modèle de clinique relationnelle*, Paris, Dunod, 1985.
- Bradley M.-F., Pauzé R. (2008), « Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches développementales et apparition de l'anorexie à l'adolescence », *Thérapie familiale*, vol. 29, n° 3, p. 335-353.
- D'Amore S. (dir.) (2010a), *Les Nouvelles familles*. Bruxelles, De Boeck Supérieur.
- D'Amore S. (2010b), « Les nouvelles familles comme systèmes relationnels endeuillés : pour une clinique de la perte », *Thérapie familiale*, vol. 31, n° 1, p. 13-25.
- Dupont S. (2016a), « Le cycle de vie des familles recomposées », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 56, p. 79-98.
- Dupont S. (2016b), « Les jeunes adultes et leurs parents face à l'entrée dans la vie : une nouvelle étape du cycle de vie familiale ? », *Thérapie familiale*, vol. 37, n° 4, p. 407-420.
- Dupont S. (2017a), *La Famille aujourd'hui : entre tradition et modernité*, Auxerre, Ed. Sciences Humaines.
- Dupont S. (2017b), *La Thérapie familiale*, Paris, PUF.
- Dupont S. (2017c), « La famille M. face à la séparation et aux retrouvailles du couple parental : recadrage et mise en récit du cycle de vie familiale », *Thérapie familiale*, vol. 38, n° 4, p. 349-361.
- Dupont S. (2018), « Maintenir le dialogue entre les parents : la priorité de l'après séparation », *Recherches familiales*, n° 15, p. 95-108.
- Goldbeter-Merinfeld É. (2007), « Temps individuels et temps familial aux différents âges de la vie », *Thérapie familiale*, vol. 28, n° 4, p. 329-247.
- Kellerhals J., Troutot P.-Y., Lazega E. (1984), *Microsociologie de la famille*, Paris, PUF.
- McGoldrick M., Garcia Preto N. A., Carter B. A. (2016), *The Expanding Family Life Cycle : Individual, Family, and Social Perspectives*. 5th ed., United States, Pearson Education.
- Minuchin S. (1974), *Familles en thérapie*, Toulouse, Erès, 1998.

Quand la prescription d'un mode de transport interroge la pertinence du soin

Marie-Christine FOUQUAY-PICARD
PH en CMP et en CAMSP,
Dreux (28)

Les conditions du transport pour aller à des soins interroge notre équipe CAMSP depuis plusieurs années, tout comme ce qui concerne les entours des soins. Quelles sont les conditions à la pertinence des soins ?

Vécus de terrain :
ce que nous fait comprendre Victor

1. Histoire de Victor

Victor est reçu au CAMSP à l'âge de 2 ans pour un retard psychomoteur. Il vit seul avec sa mère de 23 ans séparée du père quand il avait 8 mois. Celui-ci vit à 80 km et assure des visites irrégulières et ponctuelles auprès de son fils. Les relations entre les 2 parents sont conflictuelles.

La mère travaille dans le commerce et le confie à une crèche collective avec des amplitudes horaires importantes, du fait de ses horaires de travail difficiles. L'équipe de la crèche est interpellée par cet enfant qui se situe en périphérie du groupe, déambulant, avec un langage difficilement compréhensible ; il semble sans initiative et en état d'alerte permanent avec des manifestations d'angoisse importantes.

Un suivi hebdomadaire est mis en place avec Mme H, psychomotricienne expérimentée, qui reçoit Victor et sa mère après une phase d'observation-bilan. Le père a été reçu, il est d'accord pour les soins, il va essayer d'être plus régulier autour des rencontres avec son enfant et accepte des rencontres ponctuelles avec notre équipe.

La mère va avoir beaucoup de difficultés à tenir la régularité des séances. Les venues sont aléatoires, sans anticipation pour Victor. Mme est envahie par des préoccupations personnelles qui ne lui permettent pas de se sentir disponible ; un soutien individuel sera possible sur sa pause déjeuner et à la carte. Cette jeune femme n'accepte pas sa condition de mère « célibataire ».

Les séances ne pourront pas se poursuivre dans la régularité et la sérénité nécessaire. Nous conviendrons d'arrêter temporairement, tout en continuant d'accompagner les parents selon leurs disponibilités. Reçus séparément, concernés malgré les nombreuses difficultés pour poser les RV, ils conviennent de leurs difficultés respectives.

Sous la pression de la mère qui souhaite un suivi psychomoteur pour son fils à tout prix, un transport en taxi est évoqué puis prescrit, presque contre nous-mêmes ! Comment concevoir qu'un petit enfant voyage seul sans parent ou référent d'attachement pour des soins aussi intimes qui touchent à son développement global ?

2. Mise en place d'un transport taxi

Victor va avoir 3 ans et un transport taxi est mis en place. Quand il arrive dans la salle d'attente du service avec « son » chauffeur de taxi, il exprime d'emblée son mal-être, il réclame son doudou, répète des phrases incompréhensibles en boucle. Le chauffeur ne reste pas avec lui et repart rapidement. Victor réclame sa mère, pleure, reste au sol ou à la fenêtre, son regard lointain semblant chercher un appui. La puéricultrice qui a participé à toutes les rencontres avec les parents, prend soin de l'accueillir et la venue à sa rencontre de la psychomotricienne qu'il connaît bien permet tout juste de se sentir un peu mieux. La séance de psychomotricité va commencer dans ce contexte émotionnel. La durée de la séance est de 45 mn, Victor connaît bien la psychomotricienne et sa salle, il va petit à petit s'apaiser. A peine a-t-il repris ses marques et retrouvé un peu d'appui qu'il est temps de se dire au revoir. Mme H l'accompagne pour quitter sa pièce et rejoindre la salle d'attente ; à nouveau, Victor est envahi d'angoisses. Pour Mme H c'est insoutenable ; ce qu'elle ressent est à la hauteur de ce que nous percevons pour Victor. Que représente ce temps-là pour lui ?

Nous observons que les transports sont assurés par plusieurs chauffeurs différents. Certaines compagnies de taxi ne peuvent s'engager à ce que ce soit toujours le même chauffeur ; ce turn over génère imprévisibilité et insécurité. Ainsi Victor, va à sa séance de psychomotricité et ne sait jamais qui va venir le chercher à l'école, ni même qui va venir le raccompagner après sa séance. Il arrive que le chauffeur de l'aller ne puisse pas nommer la personne qui va assurer le retour. Et Victor de se demander, peut-être : « est ce qu'il sait où est le CAMSP ? », « est ce qu'il sait où elle est mon école ? » ; peut-être même est-il si sidéré et envahi d'angoisse qu'il ne peut rien se raconter.

Un jour où Victor arrive en retard et plus angoissé que d'habitude, le chauffeur nous explique que son collègue a crevé avec Victor dans la voiture et l'a appelé pour assurer le relai. Mme H passera le temps de la séance à le rassurer tant il est perturbé.

Nous observons aussi que les chauffeurs ont une oreillette et conversent parfois avec leur compagnie ou leurs collègues. Victor ne comprend pas, s'inquiète que son chauffeur se mette en colère ou se mette à rire... Qu'est ce que cela lui fait ?

Mme H est démunie, ne voit plus la mère et ne peut échanger avec celle-ci. La puéricultrice veille à maintenir un lien téléphonique avec la mère et la tient informée de nos observations et questionnements. Quel sens ont ces venues au CAMSP ? Autant de vécus qui confrontent l'enfant à de l'imprévisible et du non fiable. Nous avons

repris cela avec chacun des parents et avons décidé de l'interruption des séances. Des liens seront maintenus avec la famille, l'enfant et l'école de façon ponctuelle et adaptés au possible de la famille.

La mère n'en peut plus, elle est fatiguée. La garde de son fils devient compliquée, elle se décide à arrêter de travailler dans le commerce et s'engage dans une formation puis des stages, des petits contrats font suite ; son nouveau travail lui plait.

3. Trouver une autre modalité de transport

Un an et demi après l'interruption des séances régulières avec la psychomotricienne nous envisageons avec les parents une autre modalité de transport. Le suivi s'est poursuivi à la carte sous forme d'un accompagnement ponctuel et global. Après concertation avec l'équipe, Aline, l'ASHQ (agent spécialisé en hygiène et qualité du service), s'engage de façon exceptionnelle à assurer les transports de Victor entre le CAMSP et l'école (proche de notre service), avec le véhicule de service, l'autorisation des parents et de l'administration.

Tout un travail de lien et d'accordage est mené par la puéricultrice avec Aline, l'école, les parents et Victor. Par exemple, nous avons pris soin d'organiser une rencontre entre Victor et sa mère et Aline (ASHQ) ainsi qu'un trajet école-CAMSP avec la voiture de service en présence de sa mère. Nous avons aussi organisé une rencontre avec l'enseignante pour réfléchir à comment aider Victor à anticiper, se repérer et éviter qu'il vienne juste de s'engager dans une activité quand Aline arrive à l'école pour venir le chercher ; de même pour le retour convenir de qui l'accueille et comment il rejoint le groupe, ce qui est expliqué à ses pairs... Il est convenu qu'Aline l'accompagne dans la salle d'attente du service quand il arrive et reste auprès de lui jusqu'à ce que la psychomotricienne vienne le chercher, et elle se tient prête dès lors que la séance est terminée pour le raccompagner à l'école.

Elle devient pour lui une personne repérée sur laquelle il peut s'appuyer. Victor sait à quoi s'attendre ! Toujours la même personne, le même véhicule, le même trajet, pas d'imprévu comme d'autre passager dans la voiture, un appel téléphonique à l'oreillette, la radio, les bonbons, voire les écrans... Il peut se reposer sur quelqu'un qui sait où il doit aller, connaît son école et sa psychomotricienne, et surtout dont le travail d'accompagnement est soutenu par l'équipe du CAMSP et ses parents.

Un travail de supervision a été mis en place par une psychologue auprès d'Aline, ce qui nous a permis de mesurer la complexité de cet accompagnement : Aline, personne très observatrice, discrète et sensible, nous a raconté combien cet enfant s'accrochait à tous les détails du trajet comme par exemple les panneaux de signalisations, les bâtiments, les ronds-points devenus des rituels rassurants du parcours.

Nous mesurons grâce à Victor combien les conditions de « l'avant-séance » et de « l'après-séance » interrogent la pertinence du soin : soin bien-traitant ou mal-faisant ? Co-incidence entre le monde externe de l'enfant et son monde interne.

Ce que d'autres enfants nous ont aussi permis de comprendre

- Parfois le chauffeur assure plusieurs courses en même temps et sur le trajet il passe prendre Mme X pour sa séance de chimio et le jeune Y qui va au CMP d'à côté. Paul se retrouve alors avec d'autres qui ne savent pas pourquoi il est là dans le taxi et quels sont ses besoins et qui vont même l'interpeller et lui dire « mon petit chou » ou « ha bah t'as pas de chance toi » etc... Qui sont-ils pour lui parler ainsi ? Qu'est ce que cela fait à Paul qui ne peut s'exprimer ?

- Le chauffeur en souci de maintenir ses « petits clients » au calme a installé des écrans et passe des vidéos.

- Le chauffeur a mis sa radio et ça crie ou ça chante fort, et Paul qui a une hyperacousie est dans l'inconfort.

- Le chauffeur vient d'intercepter une course pour Paris pour un client qu'il connaît bien et doit faire vite, il vient juste de repartir avec Paul du CAMSP, il s'arrange avec un collègue pour le retrouver dans le village tout proche afin qu'il se charge de raccompagner Paul car il n'a pas le temps... et Paul change de véhicule et de chauffeur sans explication...

Comment partager ce vécu de terrain ?

1. Au niveau des rencontres des responsables des CAMSP de notre région

Nous partageons ce questionnement autour des transports taxi et VSL en réunion de délégation de l'association ANECAMSP de notre région (Centre). Au début nous ressentions une certaine surdité de nos collègues ; ce questionnement dérangeait. Au fil des années nous partageons de douloureuses anecdotes :

- A C., ville moyenne de la région, un jour un petit garçon est retrouvé seul dans la salle d'attente, il ne parle pas, personne ne le connaît... Secrétaire et équipe mettront du temps à comprendre qu'il a été déposé par un chauffeur de taxi qui s'est trompé de CAMSP ! (il y a 2 CAMSP dans la ville)

- A M., autre ville d'un département voisin, c'est un chauffeur qui arrive pour venir chercher un enfant après sa séance, il ne sait pas qui il vient chercher, il ne connaît ni le nom, ni le prénom...

- A G., autre ville de la région, c'est un chauffeur qui arrive avec un enfant, chauffeur que reconnaît la secrétaire ; elle se souvient que cet homme a été condamné dans une affaire d'abus sexuel et que sa licence lui a été retirée il y a quelques années. Le directeur passera beaucoup de temps avec la préfecture pour démêler la situation.

2. Sur le groupe de réflexions éthiques du pôle des établissements médico-sociaux de notre CH

L'évocation de ce vécu clinique a résonné de suite auprès des professionnels s'occupant des personnes âgées (en EPHAD, CAJA...) :

- Ainsi une des psychomotriciennes présentes a relaté ce qui est arrivé à un résident du CAJA (Accueil de

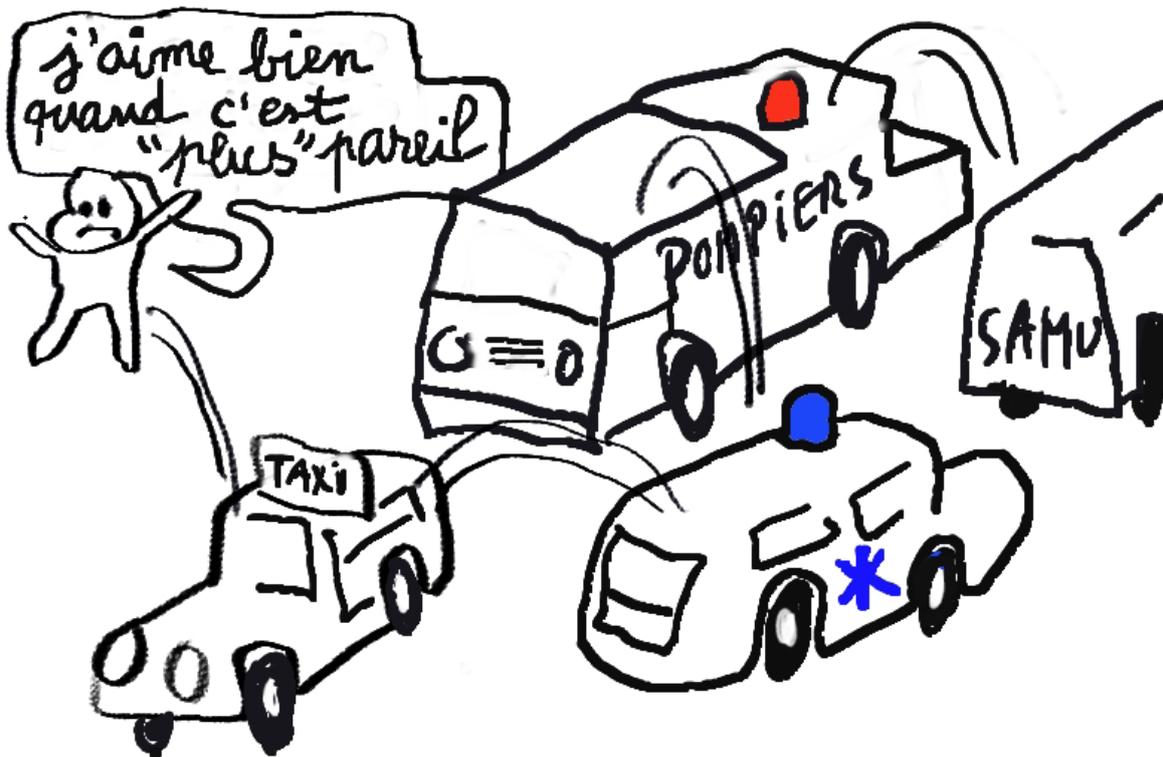
jour pour personnes avec Alzheimer) : Plusieurs de ces résidents arrivent de leur domicile, en taxi avec un accueil autour de 9h-9h30. Le personnel est sensibilisé à l'accueil et les attend, mais lorsque le taxi est en retard, ce n'est pas facile d'être attentif à ceux qui sont arrivés et d'être en alerte vis à vis de celui qui va peut être encore arriver. L'un d'eux est ainsi arrivé vers 10h semble-t-il. C'est incidemment que quelqu'un s'est rendu compte qu'il était dehors, déposé par le taxi reparti aussitôt ; il était hagard, ne savait pas où il était, touchant mur et porte sans savoir comment entrer. Qu'est ce que cela lui a fait de vivre ce moment perdu et sans appui ?

- De nombreux médecins ont fait part de leur vécu auprès de patients vulnérables venus seuls en consultation externe et de leur désarroi face à ces patients perdus, démunis, hagards en salle d'attente, sans accompagnant ou aidant à leur côté pour renseigner, raconter leur quotidien et les soutenir.
- Un chauffeur du pôle s'occupant des personnes âgées de l'EPHAD associe avec la question suivante : « Qu'est ce que ça fait que d'être en fauteuil roulant ? ». Il explique avoir essayé lui-même et raconte combien il n'est pas évident de se laisser conduire parfois sans être informé, sans que cela se parle, sans être informé par un : « je démarre » ou « je vous conduis là » etc... et même sans être regardé.

Quel type d'accompagnement prescrire ?

Nous sommes co-acteurs de ce qui se passe dans les transports puisque nous les prescrivons. Les chauffeurs de taxi sont majoritairement des personnes responsables et font au mieux de leurs possibilités. Mais assurer le transport d'un petit enfant, ou d'une personne vulnérable, ne se résume pas au déplacement physique d'un point A à un point B. Ces temps de transport contiennent du relationnel et du contextuel qui se doit de répondre aux besoins de fiabilité et de sécurité de ces individualités naissantes ou de ces individualités fragilisées.

Au CAMSP le choix d'un accompagnant systématique (parent ou référent parental) permet de garantir une sécurité et de préserver le sens du soin ambulatoire. Notre souci est le respect de l'intégrité (corporelle et psychique) de l'enfant et le respect des besoins fondamentaux de son être en devenir. Ce qui est vrai concernant les transports se décline aussi pour toutes les modalités de départ de l'enfant : de l'école, de la halte-garderie, ainsi que ce qui se vit dans les familles. Nous allons jusqu'à penser qu'il vaut mieux moins de suivis ambulatoires (quantitatifs) pour plus de qualitatif. Nous privilégions une clinique du milieu.



ON COORDONNE TRANSPORTS & DIGNITÉ DE L'ENFANT

Le plus n'est pas le mieux...

Ailleurs, nous voyons de plus en plus les prescriptions se multiplier dans divers lieux (Centre ressource, médecine libérale, hospitalière, scolaire ou de PMI). Sous pression, les parents souhaitent le plus pour leur enfant, en espérant le mieux ; les prescriptions de soins ambulatoires et de transports se mettent en place parfois de façon parallèle et cloisonnée.

La coordination des soins ne suffit pas à préserver la sécurité de l'enfant. Il est confronté à autant d'ambiances émotionnelles que de personnes et de lieux, autant de façon de faire et d'être. Seule une clinique de concertation qui prenne en compte l'enfant, ses parents et le milieu peut espérer assurer à l'enfant l'accès à un sentiment continu d'exister.

Cela nous amène à revoir nos façons de concevoir le soin et à privilégier par exemple la requalification parentale (chère à Didier Houzel, *Les enjeux de la parentalité* ; Ed Erès, 1999), le partage des savoirs comme en parle bien Régine Scelles (<http://www.revuecliopsy.fr/wp-content/uploads/2015/04/RevueCliopsy13-Scelles-Dayan-007.pdf>), ou la clinique de concertation selon Jean Marie Lemaire (concertation.net/).

Pour être pertinente, la qualité des soins auprès d'un très jeune enfant (ou de personnes vulnérables) doit s'accompagner de préoccupations sur les entours du soin. Les transports sont un aspect de cette question ! Une personne en situation de vulnérabilité toute seule, ça n'existe pas ; elle existe grâce et avec son environnement humain dans une clinique complexe. « *Un enfant tout seul ça n'existe pas* » dit Donald Winnicott (1896-1971).



Les médiations thérapeutiques, des outils au service du soin

Sous la direction de Charlotte
Marcilhacy
Editions In press, collection
SEPEA

Sylvie Barreteau,
PH, Hauts de Seine (92)



Cet ouvrage sur le thème des médiations se veut un témoignage du « savoir-faire » construit par les équipes d'un service de pédopsychiatrie depuis la création du secteur dans les années 70 : près d'un demi-siècle traversé par les grands courants de la psychiatrie désaliéniste, le développement du secteur, la psychiatrie institutionnelle, la psychanalyse, puis les avancées des recherches neurodéveloppementales. Près d'un demi-siècle à la rencontre des populations, des enfants et de leurs familles pour construire un soin qui s'adresse à la personne, au sujet, qui s'inscrit dans l'histoire particulière de chacun. Travail souvent effectué dans des conditions difficiles : précarité, paupérisation, pluriculturalisme, carences éducatives et affectives, traumatismes de certaines populations. Il a fallu inventer des chemins vers le soin à partir des outils théoriques à disposition, créer de nouveaux outils, construire des équipes capables de résister par leurs liens et leur créativité au risque mortifère de la rencontre avec la psychose. Les médiations ont souvent été ce chemin.

Démarche collective d'un secteur de pédopsychiatrie de banlieue parisienne, ce livre a été rêvé par un service, puis écrit à plusieurs voix avec le soutien de toute une institution. Il a pris appui sur une précédente expérience participative des professionnels de cet intersecteur,

ayant abouti à une communication au Congrès Français de Psychiatrie, puis à la publication d'un article (*). Il atteste de la vitalité et de la créativité de soignants qui, dans un contexte de contraintes budgétaires et administratives, malgré l'afflux des demandes, maintiennent l'idée d'une clinique vivante, humaniste (non « protocolisable » car sans cesse à réinventer), ancrée dans la psychanalyse et la psychiatrie communautaire, en même temps qu'ouverte à d'autres approches. Pris dans l'actualité des pratiques, il montre comment, au quotidien, des acteurs du soin s'appuient sur un cadre interne qui inclut aussi une institution soutenante et en évolution permanente, une élaboration entre soignants et des valeurs partagées malgré la diversité des équipes, la mixité des formations et des repères théoriques. Il s'agit pour plusieurs d'entre eux d'une première expérience de publication : l'occasion en tout cas de s'inscrire dans une transmission des savoirs confiée jusqu'alors à d'autres, par réserve, retenue à communiquer et à conceptualiser un savoir-faire, nourri par une pratique de terrain et le travail de pensée qu'il implique.

L'ouvrage se structure en quatre parties complémentaires qui déclinent chacune, dans leurs effets thérapeutiques, une palette d'approches en fonction de médiations spécifiques, illustrées par de nombreuses vignettes cliniques : évaluations, groupes d'expression ou thérapeutiques, dispositifs d'accueil, prises en charge individuelles auprès d'enfants de tous âges. Au fil des chapitres, les auteurs, loin d'apporter des réponses modélisables, des recettes, témoignent de la manière dont le soin se construit pour eux et leur patient à travers cette clinique de « l'entre-deux » qu'ils sont amenés à aménager ou à inventer, au fur et à mesure de leur rencontre avec les enfants, leurs familles et les différents partenaires impliqués. Ils nous proposent ainsi des repères transposables à d'autres contextes institutionnels.

Dans une première partie, l'institution est envisagée comme médiation et partie intégrante du dispositif du soin. Le chapitre 1 décrit un dispositif proposant un mode d'action original autour d'ateliers artistiques, ouvert à des adolescents en voie de rupture. Le chapitre 2 témoigne d'une pratique d'un groupe piscine au travers des temps d'entre-deux, à la fois

en dehors du bassin et de la consultation. Le chapitre 3 invite à penser le recours associatif comme médiation possible entre un service de pédopsychiatrie, la société civile et les usagers. Enfin, dans un contexte marqué par les soins standardisés et le quantifiable, le chapitre 4 expose une réflexion autour de la nécessité de supervision pour les équipes de soin.

La seconde partie replace l'accueil, espace de médiation, comme temps central et souvent implicite du soin. Le chapitre 5 relate l'expérience d'un espace d'accueil en CMP qui s'appuie sur des pratiques institutionnelles. Le chapitre 6 explore le même chemin avec l'évocation d'un dispositif qui, dans le cadre d'un partenariat entre PMI et pédopsychiatrie, soutient le développement de très jeunes enfants et la relation parent-bébé au sein de familles souvent en grande difficulté. Le chapitre 7 expose un accueil groupal créé à partir des réticences de parents à venir consulter pour leur enfant, et qui permet de frayer un chemin vers le soin.

Les contributions de la troisième partie abordent le corps comme étayage et levier à une dynamique de symbolisation. Le chapitre 8 propose une réflexion sur la relaxation dans le cadre de prises en charge psychomotrices en pédopsychiatrie. Le chapitre 9 évoque la pratique psychomotrice auprès d'enfants, faisant la part belle à l'émotion, au sensoriel et la créativité. Le chapitre 10 présente un dispositif thérapeutique qui utilise l'eau comme médiation. Le chapitre 11 témoigne du parcours d'un petit garçon reçu en CATTP, dans l'objectif d'enrichir l'observation clinique et de proposer une alternative à une institution plus lourde. Le chapitre 12 concerne le packing : les auteurs partagent leur expérience de l'enveloppement humide, les difficultés rencontrées mais aussi ce qui les a convaincu de l'intérêt de cette médiation.

Enfin, dans la quatrième et dernière partie, les médiations culturelles et artistiques sont présentées comme vecteur de l'activité expressive, cognitive et relationnelle. Le chapitre 13 aborde la fonction de la voix, du souffle, du rythme et des sonorités, tant sur le plan de la clinique que chez les soignants, au sein de dispositifs thérapeutiques très variés. Le chapitre 14 se situe autour de l'écriture au sens large, à la fois comme trace graphique et maniement symbolique

de la langue, mais aussi expression singulière dans une adresse à l'autre. Le chapitre 15 apporte un éclairage théorico-clinique sur l'utilisation du jeu dans le processus thérapeutique, plus particulièrement dans le psychodrame. Le chapitre 16 propose le conte comme médiation groupale à même d'aborder les questions universelles de l'humain, tout en traitant de l'archaïque de chacun. Le chapitre 17 traite de la médiation théâtrale à partir de l'expérience de deux ateliers thérapeutiques, l'un ouvert à des enfants d'âge de la latence et l'autre à des adolescents. Le chapitre 18 présente les différents usages de la vidéo, comme médiation dans la relation avec les patients, les familles, les partenaires, mais aussi support de formation et de transmission.

La vocation de transmission et de partage de ces différentes pratiques cliniques pensées au plus près des problématiques actuelles, préside à la rédaction du présent ouvrage, afin que chaque lecteur, quelle que soit sa fonction, trouve matière à penser et à construire une pratique des médiations qui, dans un plaisir et une inventivité partagés, soutient chez les patients l'intégration de niveaux très archaïques de la psyché et la possibilité de jouer au dehors des expériences difficilement abordables d'emblée dans une relation thérapeutique directe.

* FERREIRA C., GARNIER A.M., MEUNIER E., NAUROY M., ZANN M. (2015). « Quarante années d'histoires et de questionnements dans un secteur de pédopsychiatrie. "Créer c'est résister" ». *L'Information Psychiatrique*, Vol. 91, N°10, Décembre 2015, p.861-869.

Petit manuel de contre-radicalisations

Thomas Bouvatier

Ed PUF, 2017

Christian Guibert
Pédopsychiatre à Uzès (Gard)

C'est à un parcours intéressant que nous convie Thomas BOUVATIER, psychanalyste et romancier, à partir du thème de la radicalisation, radicalisation islamique certes d'une brûlante actualité, mais aussi à travers d'autres formes de pensée radicale, pour en montrer les risques

présents chez tout homme ou femme à certains moments de leur existence, même si elle est plus présente chez ceux qui ont été confrontés à une éducation fusionnelle durant leur enfance.

La radicalisation implique une fusion groupale

La radicalisation est sur toutes les lèvres, mais que veut dire réellement ce terme ? Etymologiquement c'est le retour aux racines. L'islam radical ne promet pas autre chose, de même que l'ultra gauchisme, le fascisme, les sectes... Tous proposent aux individus de se fondre dans un groupe soudé, à la fois victime et tout puissant. Ce qui s'y oppose sera combattu, à commencer par les différences, jusqu'au sacrifice ultime.

Par définition, la radicalisation offre à ses membres de nouvelles racines, une nouvelle famille, mythifiée cette fois, aimante, reconnaissante, parfaitement soudée, protectrice, glorieuse. Une seule condition pour y adhérer : il faut fusionner.

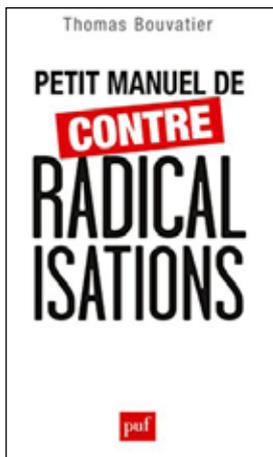
Les études sociologiques et psychologiques démontrent que le lien fusionnel est la clé du phénomène d'adhésion à une association terroriste, quelle que soit son idéologie.

Il s'agit d'un chemin régressif, vain et nécessairement destructeur, car une telle fusion est impossible, d'où le sentiment de culpabilité ; les sacrifices ne sont jamais assez grands. L'individu radicalisé, abandonne sa vie d'avant, les lieux, les gens, la nourriture qu'il avait, les vêtements qu'il portait, et ses habitudes. Il adopte les coutumes et les règles de ses frères, se plie à la volonté d'un chef. Mais tout cela ne suffit pas. Seul le sacrifice total peut légitimer l'authenticité de sa démarche. Le martyr en est un exemple.

Il y a donc radicalisation quand un groupe se présente comme une famille idéale, quand le passéisme devient projet collectif organisé, quand il y a un désir de fusion de soi dans un nous, supposant nécessairement des sacrifices et des devoirs à accomplir, une lutte contre tout ce qui s'y oppose, en soi, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'ensemble, enfin quand s'exprime la volonté d'être à la hauteur d'un guide qu'il faut imiter en tous points. Les djihadistes sont dangereux car ils sont porteurs d'un projet de civilisation,

aussi violent soit-il ; ils sont inscrits dans une temporalité bien précise. Ils sont capables de vivre en harmonie avec la communauté qu'ils se sont choisis. Ils visent à long terme l'accomplissement de projets complexes, dont celui de vouloir vous ôter la raison à force d'effroi. Ils veulent détruire le sujet, cet autre, afin de n'en faire qu'un tout fusionnel.

Leur démarche intellectuelle est la suivante : se victimiser pour culpabiliser l'autre et légitimer sa propre haine, quelle que soit la cause dans laquelle elle se drap. Pour ces individus tout ce qui n'est pas total, absolu, radical, n'a pas de valeur.



Bénéfices de la radicalisation

Quels sont les bénéfices ? Justifier la Haine de l'autre qui existe déjà chez le futur djihadiste, avant sa radicalisation. La famille observe alors que son enfant radicalisé se sent plus calme, car sa haine ne part plus dans tous les sens.

Les autres bénéfices sont nombreux : ressentir une toute puissance réelle (comme au cours d'un concert ou d'un match de

football), trouver une deuxième famille, consolider son identité, recevoir de l'amour (mais peut-on parler d'amour là où il y a de l'attachement passionnel ?), identifier ses souffrances à celles du groupe (la propagande joue un grand rôle dans cette identification), donner un sens à sa vie, ressentir moins d'angoisse.

Origine du désir fusionnel

L'origine du désir fusionnel se trouve dans le développement du nourrisson, en relation avec la « mère primaire » : « c'est un autre sans altérité, non différencié, qui fait le lien entre lui et le monde, ce monde qui l'arrache à elle et menace de détruire leur entité ». Les premiers mois sont passés dans la jouissance quasi fusionnelle et le désespoir absolu d'en manquer. L'humeur du bébé varie en fonction de l'une et de l'autre. Ensuite toutes les configurations possibles d'attachement ou de rejet vont jouer d'un côté sur l'humeur du petit, sur ses « crises d'abandon », et de l'autre sur son besoin urgent de retrouver un sentiment de totalité, de fusion.

Thomas Bouvatier décrit un certain type de parent fusionnel qui refuse l'autonomisation de l'enfant. Par la violence et la séduction, il le poussera à

se soumettre à ses désirs, afin de reformer avec lui une totalité. L'enfant devenu adulte risque de vouloir reproduire par la suite ce type de relation.

Rôle de la dépression

Il décrit aussi le rôle de la dépression, pathologie de l'humeur qui ôte quasiment tout désir à la personne qui en souffre et ce pendant un grand laps de temps. Si on étudie attentivement l'attachement de ces patients dépressifs à ce qu'ils ont brutalement perdu, il est évident que cette perte est celle d'un lien d'ordre passionnel qu'ils avaient cru tisser dans une communauté parfaite : le couple, la famille, l'entreprise, le genre humain... Les dépressifs ont rejeté, combattu et haï tout ce qui y faisait opposition, avant de s'effondrer en constatant l'impossibilité d'une telle réalisation.

Autres pistes de réflexion

Cet ouvrage comporte beaucoup d'autres pistes, notamment au niveau de la compréhension du développement de l'enfant, « de l'AUTRE à l'autre » (accès progressif à l'altérité) et de ses aléas, entraînant ce désir fusionnel.

Son livre se termine sur l'importance de l'éducation des parents vis à vis de leurs enfants : en acceptant eux-mêmes d'être imparfaits, en acceptant de ne plus être dieu pour leur enfant, en montrant à leurs enfants que dans le fait de grandir, il y a plus à gagner qu'à perdre.

Enfin il parle joliment de l'écoute : « On n'écoute jamais l'autre si on croit seulement ce qu'il dit. Mais on écoute réellement quand on cherche à saisir où il en est, dans quel état affectif il se trouve. Alors on peut commencer vraiment à répondre, en essayant d'être le plus juste possible, et discuter, c'est à dire échanger entre sujets et non entre deux images qui cherchent à s'incarner. »

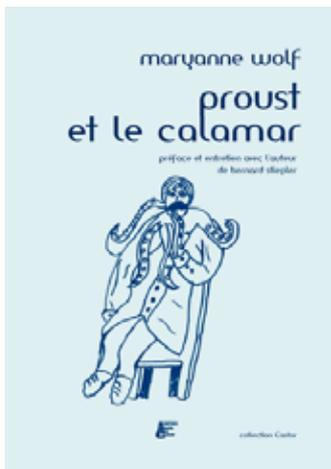
Quelques questions en guise de conclusion...

Qui peut dire qu'il n'est pas lui même un peu radical ?

Qui peut dire qu'il ne fait jamais de généralités ?

Qui n'a pas le désir, parfois, de fusionner dans un projet ?

Qui accepte entièrement l'altérité ?



Proust et le calamar

Maryanne Wolf,
Ed Abeille et Castor, 2015

Marie-Claude Bossière,
Pédopsychiatre, Paris

Maryanne WOLF est professeur de développement de l'enfant et de neurosciences cognitives aux Etats Unis, et chercheur en linguistique.

Elle décrit dans son ouvrage comment le cerveau humain a appris à lire, en se transformant, en s'adaptant, et en particulier comment l'écriture alphabétique lui a permis de libérer son travail de mémorisation pour développer ses capacités de réflexion et de symbolisation.

En effet, les premiers symboles pictographiques sumériens utilisant des formes empruntées au monde extérieur ont « recyclé » les circuits utilisés pour la reconnaissance et la dénomination d'objets, mais avec un nombre très important de pictogrammes mobilisant toutes les capacités de mémorisation du lecteur. L'avantage extraordinaire du système alphabétique grec est la réduction du nombre de symboles pouvant transmettre tout le répertoire des sons d'une langue, favorisant ainsi l'efficacité cognitive. En effet, la reconnaissance quasi instantanée des symboles permet de consacrer davantage de temps aux processus mentaux, et au lecteur de nourrir sa réflexion.

Le cerveau humain n'était pas programmé pour la lecture. Celle-ci mobilise de nombreuses zones cérébrales: l'aire temporo-occipitale permet une discrimination visuelle, l'aire de Broca et la région frontale l'analyse des phonèmes et de leur signification, sans compter la mise en jeu des zones affectives motrices,

sensorielles... A partir de ses structures originelles et à chaque nouvelle étape, le cerveau humain, depuis les traces laissées sur des tablettes d'argile, des carapaces de tortue, jusqu'à l'écriture alphabétique, a développé un niveau d'abstraction supplémentaire.

Le développement de la pensée intellectuelle a été encouragé par l'écriture, l'acte consistant à transformer les mots prononcés et des idées muettes en mots écrits permet de libérer ses pensées et ainsi, de les transformer.

Socrate était inquiet au sujet de la transition d'une culture orale à une culture écrite; ce qui nous rapproche des inquiétudes que l'on peut avoir quant à l'immersion de nos enfants dans un monde numérique. Nous vivons aussi une période de transition, celle d'une culture écrite vers une culture numérique et visuelle. Comment une attention à la fois continue et partielle, et un comportement multitâche vont-ils modifier l'accès aux connaissances ?

L'auteur décrit chronologiquement le processus qui permet à un enfant d'accéder à la lecture, processus ontologiquement semblable au processus phylogénétique. En quelques années, le cerveau de l'enfant doit :

- relier entre elles les différentes parties du cerveau impliquées dans la lecture: zone occipitale d'association visuelle et temporelle, région temporo-pariétale gauche, aire de Broca, avec établissement de nouvelles connexions entre des zones à priori faites pour d'autres tâches (vue, motricité, et autres aspects du langage);
- lier l'intégralité des systèmes perceptuels, cognitifs, linguistiques et moteurs nécessaires à la lecture,
- développer la capacité de ces systèmes à s'intégrer et à se synchroniser. Se construit ainsi la relation dynamique entre la contribution du cerveau à la lecture et la contribution de la lecture aux capacités cognitives du cerveau.

Deux indicateurs permettent de prévoir si un enfant va acquérir facilement la lecture: la vitesse de dénomination des objets (faculté apparaissant vers 18 mois, avec développement des liens et le l'intégration des informations provenant de la vue, de l'apprentissage et du langage) et la prise de conscience des unités sonores dans le langage (développée en particulier par les comptines).

Maryanne Wolf décrit scientifiquement

l'intérêt de faire la lecture aux enfants : celle-ci favorise le développement sémantique, le développement syntaxique, la compréhension des émotions, les métaphores et les comparaisons, et cela dans un contexte de stabilité émotionnelle qui permet à l'enfant de s'aventurer vers de nouvelles connaissances, avec une maîtrise croissante du lien entre les lettres et les sons du langage. L'auteur rappelle que l'une des principales contributions au développement de la lecture est tout simplement « le temps passé à discuter au cours des repas»!

Un long chapitre est consacré aux caractéristiques de la lecture chez les personnes dyslexiques, avec quelques pistes thérapeutiques.

Au total, même si nous avons le même cerveau que nos ancêtres sumériens et égyptiens, la manière dont ses structures sont liées a changé, et les nouveaux circuits et voies créées par le cerveau pour pouvoir lire sont le fondement même de la capacité à penser différemment et de façon innovante. Dans le contexte d'accès immédiat et infini aux informations, d'une lecture caractérisée par une lecture en diagonale et de recherche de mots-clés, avec le besoin de vitesse qui laisse de côté la question du temps nécessaire à la formation des processus de lecture profonde, comment ne pas enrayer les lents processus délibératifs permettant d'approfondir notre connaissance de concepts plus complexes ?

Maryanne Wolf conclut son ouvrage par un échange avec Bernard Stiegler, qui en a rédigé la préface. Ils s'inquiètent tous deux de l'absence d'études sur les effets de la technologie numérique sur le développement de la mémoire, sur l'internalisation de la connaissance et sur la lecture profonde (celle décrite par Proust : « la lecture, dans son essence originale, (est) ce miracle fécond d'une communication au sein de la solitude »...) Bref, un ouvrage passionnant où l'on suit les processus d'apprentissage comme une belle histoire grâce au talent narratif de l'auteur, qui enrichit la connaissance que l'on peut avoir des relations entre cerveau et technique. Maryanne Wolf nous invite à une réflexion basée sur le passé de l'écriture, le présent de l'apprentissage et nous projette vers un avenir plus incertain lié aux technologies numériques.

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

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

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