

Synthèse des cinq réunions organisées par l'IWSM et le Gerseau autour de la question de l'intervention clinique en milieu de vie adressée au jeune enfant de 0 à 6 ans.

Les séances s'articulent autour des notions clés de **précarité** et de **complexité**. Celles-ci sont l'occasion de découvrir les dispositifs de chaque service, ce qui fait la spécificité de leur pratique et les difficultés auxquelles ils sont confrontés. Au fil des débats, les notions de **précarité symbolique** et de **discontinuité** viendront affiner notre réflexion. Notons que ces « portes d'entrée » au partage des idées se croisent et se recouvrent en partie. Si elles sont fort larges, elles semblent néanmoins évoquer une expérience partagée par les intervenants présents.

A la première réunion, les équipes se sont présentées et ont présenté leur orientation de travail qui relève de la psycho dynamique. Dès ce moment, les dimensions suivantes ont pu être dégagées :

- L'attention prêtée à l'accueil de la demande venant des partenaires de première ligne, ou des parents.
- La dimension transférentielle qui est d'emblée mobilisée du fait que la demande nous est adressée. Le praticien engage sa responsabilité propre et celle de l'équipe ou du service auquel il se réfère. Cela traduit la logique du cas par cas caractéristique des méthodes relevant de la psycho dynamique.
- Les interventions des services sont pensées à partir du lieu de vie de l'enfant et de sa famille.
- La complémentarité de l'ambulatoire et du résidentiel lorsqu'il est question d'accompagner un enfant de 0 à 6 ans et sa famille. L'alliance entre l'ambulatoire et le résidentiel permet de traiter la précarité des intervenants.
- L'intervention auprès d'un enfant de 0 à 6 ans avec sa famille relève toujours d'un accompagnement dont la durée ne peut être établie que dans l'après-coup. Les dimensions de précarité et de complexité toujours présentes dans les interventions qui nous sont adressées n'apparaissent en effet pas toujours au moment de l'accueil de la demande.

Sur la précarité

La précarité sociale est en augmentation ; celle-ci s'enracine dans un contexte socio-économique défavorable ainsi que dans la fragilisation du lien social et des structures familiales. Par exemple, les familles monoparentales, de plus en plus nombreuses, sont particulièrement précarisées aussi bien économiquement qu'en termes de bien-être.

Précarité sociale, précarité du lien, précarité du diagnostic, précarité des situations où le réseau judiciaire intervient ; très rapidement les équipes ont mis en avant le fait que la précarité est avant tout du côté des intervenants.

À côté de la notion de précarité entendue dans son acception « socio-économique », le Gerseau identifie la notion de **précarité symbolique** comme étant celle qui fait sens pour éclairer sa pratique.

« Hugo FRED A a nommé « précarité symbolique » ce à quoi les praticiens du CPCT-Chabrol ¹ étaient confrontés au départ de leur expérience il y a quatre ans. Selon son élaboration, cette précarité est une conséquence directe du déclin de la fonction paternelle dans la société moderne. Elle concerne

¹ CPCT-Chabrol, Centre psychanalytique de consultation et de traitement ouvert à Paris à l'initiative de l'ECF proposant une aide limitée dans le temps, gratuite, un traitement par la parole et fondé sur la participation non rémunérée des praticiens, tous psychanalystes.

aussi bien la position subjective des patients que le tissu social dans lequel les institutions se trouvent prises en difficulté pour faire face aux nouvelles modalités de souffrance.

Cette précarité se manifeste de façon multiple : instabilité du lien au travail, mal-être, manque de repères causant une impossibilité de se projeter dans l'avenir, situation d'irrégularité par rapport aux exigences administratives, absence de question sur sa situation subjective...

Pour l'individu, cette fragilité a comme conséquence une difficulté à tisser un lien social gratifiant, ce qui peut dériver vers la rupture : une marginalité inéluctable par rapport à la communauté peut alors s'installer.

Nombreux sont ceux qui tentent de sortir de cette marginalité sans faire appel à l'aide psychosociale ; d'autres font appel, mais ne trouvent pas ce qu'ils attendent. D'autres encore trouvent un lieu où l'accueil fait à leur parole peut modifier la donne...

Une maternité ou une paternité peut se présenter pour certains comme une possibilité de retisser le lien rompu et ces nouveaux parents peuvent alors ne pas mesurer les difficultés à surmonter pour faire face aux exigences de soins et d'accompagnement d'un petit enfant. Telle est la dimension contingente présente chez un nombre important d'enfants que nous recevons au GERSEAU depuis de nombreuses années déjà. »²

La précarité est une question commune à tous les services ; il faut se donner les moyens de la traiter. Celle-ci peut être mise en lien avec **l'accessibilité**. S'il y a des situations précaires qui parviennent dans les services, il y a aussi pas mal d'obstacles réels et imaginaires ; c'est pourquoi travailler sans cesse la fonction d'accueil est essentiel.

Le Gerseau veut offrir un accompagnement qui se propose de traiter la question de la précarité symbolique en prenant appui sur la parole, dans **le respect de la position subjective de l'enfant**. C'est ainsi que, si le Gerseau utilise une classification diagnostique (visant un diagnostic d'inclusion), c'est en écartant la question pronostique. Elle doit se concevoir comme une hypothèse qui abandonne toutes velléités prédictives. L'équipe du service s'interdit de « dire le vrai » sur la position de l'enfant ou celle de sa famille, ou encore sur la valeur du lien et des relations établies entre les différents participants. Elle se refuse également à prédire l'avenir de la position subjective de l'enfant.

Il n'est donc pas question, pour le Gerseau, de prendre appui sur ce que l'on sait de l'histoire, mais plutôt d'éclairer ce que l'on peut savoir de l'histoire à partir de l'actuel de la situation. Il ne s'agit pas d'une offre articulée à une « histoire sue », mais d'une offre articulée à la question que la personne/la famille amène à un moment donné, parce qu'elle peut savoir que dans ce lieu existe un dispositif sur lequel elle peut compter. La relation transférentielle nouée ne donne aucun droit sur le fait de savoir ce qui se passera après, mais elle ouvre à la possibilité de rester présents comme point d'appui pour le sujet constituant ainsi une offre ouverte dans le temps.

Un autre point commun aux services est qu'ils sont amenés à traiter la dimension de **discontinuité** intrinsèque à tout accompagnement réalisé par plusieurs intervenants. *Comment rester, comme intervenant, présent dans l'absence ? Comment s'articule cette constance³ ?*

² Citation du texte de Maria Sueli PERES, rédigé en complément de son intervention dans le groupe de travail le 02/12/2008.

³ Réf. à l'exemple clinique présenté par Martine Delporte

Sur la complexité

La question de la complexité est consubstantielle à la santé mentale, à l'humain, à son fonctionnement psychique et aux systèmes dans lesquels il évolue. Vu de cette manière, le thème de la complexité risque d'être trop vaste !

Les équipes, à travers leurs dispositifs, tentent, tant que faire se peut, de trouver des modes de traitement de la complexité, une complexité qui, par ailleurs, est étroitement liée à la précarité symbolique. La complexité du travail clinique est souvent associée à la difficulté qu'il y a pour les bénéficiaires d'arriver à porter une demande et à subjectiver le « ça ne va pas ! ».

Il est également intéressant d'ouvrir cette réflexion sur **la complexité du côté de l'offre à faire, et donc du côté des intervenants**. Par exemple, comment faire avec la complexité des réseaux, dans le travail avec différents services, qui n'ont pas tous les mêmes attentes ni les mêmes objectifs ?

La notion de **complexité** est associée par le groupe à celle de disponibilité (par exemple, être présent au moment où la situation se (re)présente) et de **discontinuité** ; cette dernière notion prenant toute sa dimension problématique au regard du caractère dit « chronique » de certaines situations.

*« **La discontinuité est de structure chez l'humain**. Quand on parle, la parole produit, dans son mouvement même, une perte. Il y a polysémie signifiante ; on ne distingue pas de causalité psychique linéaire, il y a plusieurs déterminations à un événement de corps repéré chez l'enfant. Il n'y a aucun déterminisme dans la causalité. **Il nous faut faire avec cette discontinuité structurelle du parlêtre**. La continuité du discours des intervenants peut se faire à partir de la discontinuité des lieux et des liens. C'est cette même discontinuité des lieux et des liens (réseau organisé autour de l'enfant) qui nous donne, dans l'après-coup, la possibilité de repérer la constante qui a pu opérer.*

*La complexité est un tissu de constituants hétérogènes inséparablement associés, elle pose le paradoxe de l'un et du multiple. Pour Edgar MORIN, **le simple est l'unité que l'on ne peut pas simplifier sauf à en déformer l'intégrité**. La simplification fabrique le simplifié et croit trouver le simple. Il différencie donc complexe de compliqué. Le compliqué, on peut le décrire dans le détail. Le complexe reste imparfaitement connu. On pense à l'observation de FREUD au père du petit Hans : « Ne cherchez pas à tout comprendre ». Consentir à ne pas comprendre, c'est permettre à la subjectivité du sujet d'émerger, à ne pas suturer ce qui est en jeu chez lui.*

*Il nous semble que le traitement de la complexité est une question nodale dans chacune des situations cliniques présentées lors de la dernière réunion : **chacune des équipes a pris soin de ne pas simplifier la situation dans des explications de cause à effet, chacune a tâché de relever le paradoxe entre un dispositif qui ne peut se déplier qu'au cas par cas et l'appui pris sur le diagnostic à fonction épidémiologique** (cf. récit de ces situations en annexe).*

L'abord de la complexité actuelle chez un sujet nous fait renoncer à maîtriser et à expliquer et, comme pour les sciences actuelles, nous fait faire le deuil d'une élucidation totale. La complexité nous pousse à reconstruire l'intégrité du savoir par la connaissance multidimensionnelle qui distingue pour lier et relier et non pas pour séparer des dimensions de plus en plus précises d'un savoir sur le sujet.

Nos dispositifs doivent nous permettre d'aborder et de traiter la complexité. Nous ne pouvons nous parler en équipe et avec nos partenaires qu'en orientant notre parole à partir des manifestations symptomatiques de l'enfant et de ce que l'entourage en dit. »⁴

Dans le cadre du groupe de travail⁵, en plus de se référer à la notion de **discontinuité**, la notion de **complexité** s'est déclinée de différentes façons :

↳ La **complexité systémique**, complexité des familles, de leur configuration, de leur mode de fonctionnement (redéfinition des coordonnées de la normalité, mutation du rapport à la norme). Cette mutation contextuelle est à mettre en lien avec une complexité liée à la **fragilisation du lien social**, de ses capacités à soutenir et à contenir, ou non.

↳ La **complexité résultant d'un phénomène d'exclusions multiples**. Processus global qui concerne différentes dimensions de la vie des enfants et des familles (enseignement, institutions, famille). Au niveau des champs qui nous concernent, le manque de places et l'hyperspécialisation des institutions sont deux causes à souligner. Paradoxalement, l'exclusion s'organise au départ d'une prétendue prise en compte de la spécificité de l'individu. Être ou ne pas être l'institution ad hoc pour une problématique précise.

↳ La **complexité du travail en réseau** : mais il est aussi une réponse à la complexité des situations. Cette complexité des réseaux peut se décliner par rapport au nombre des intervenants en présence, de la variété et de la discontinuité de leurs missions, etc., mais aussi dans l'articulation de ceux-ci avec le contexte familial. Par exemple, au sein d'une même famille, il arrive que des décisions différentes soient prises pour chaque enfant de la fratrie (ce sont « des dossiers différents⁶ »)

En lien direct avec la question du réseau, la multiplication des référents (notion valise pouvant se décliner de différentes façons) et le phénomène de diffusion des responsabilités qui en résulte participent à la complexité et à la discontinuité.

↳ La complexification des manifestations symptomatiques est un constat controversé ! Nous pourrions néanmoins postuler un lien entre l'augmentation de la complexité contextuelle et une forme d'inflation de la symptomatologie et nous poser la question de l'engagement des institutions sensées traiter la complexité.

↳ La complexité peut aussi être associée à l'absence d'élaboration dans le champ de la santé mentale des possibilités laissées à une famille de formuler une demande d'aide. Le travail sur le lieu de vie est souvent lié à une demande qui a du mal à se formuler (cf. la notion de précarité symbolique).

Les réponses à la complexité

D'une façon générale, les réponses apportées à la complexité ont souvent été marquées par une tentative de la réduire, là où il y a probablement « des dispositifs complexes à inventer ». Notons que la nature conflictuelle des débats d'écoles au sein du secteur de la santé mentale peut créer la tentation d'un consensus de surface qui évite soigneusement les conflits. Le fronton commun de la psychiatrie se réduit à une liste de troubles mentaux définis par leurs signes, leur forme, et non plus par leur fond, leur nature précise et leurs causes, sujettes à polémiques internes.

Le travail en réseaux ainsi que l'intervention en milieu de vie sont deux pistes intéressantes évoquées pour répondre à la complexité.

⁴ Texte préparatoire aux deux réunions sur la complexité et la discontinuité élaboré par Nathalie Hublet, Angélique Mamaïs et Maria Sueli Peres et Valérie Spielmann.

⁵ Synthèse réalisée par Pascal Minotte

⁶ Exemple clinique du Tournaisis, Anne-Françoise Gérin.

La maturité (et donc le temps nécessaire pour y parvenir) du travail en réseau semble permettre de traiter certaines dimensions de la complexité, notamment au niveau de la demande. Lorsque les acteurs d'un réseau se connaissent bien, ils orientent, formulent et peuvent préciser leur demande... Cette maturité permet aussi un nouveau mode de traitement du secret professionnel : elle exige que la parole de chacun soit circonscrite à l' « ici et maintenant » de la question du patient.

Comment s'assurer qu'un dispositif qui s'adresse à des jeunes enfants et qui se déploie dans le milieu de vie ne devienne pas un outil trop intrusif voué au contrôle social ? Cette fonction doit être occupée par les services d'aide et de protection de la jeunesse, raison pour laquelle il est important de bien articuler les actions des uns et des autres. Le fait, pour le service, de ne pas être seul à travailler avec la famille est un élément important.

Nous avons constaté que pour certains services, le travail avec les familles passe aussi par un travail social de type recherche de logement, etc. Ceci rajoute à la complexité du travail, mais répond à la complexité de la situation.

La complexité amène aussi à entretenir l'humilité des travailleurs et des services. Parfois, « on ne peut proposer que ça... » et c'est déjà bien. Les situations rencontrées par les services sont toujours complexes et parfois peu « gratifiantes » pour les équipes en terme de résultats. L'expérience de la rencontre de la « chronicité »⁷ de certaines situations peut s'avérer décourageante pour les intervenants. A se sujet les expériences de concertation autour du patient⁸ peuvent constituer pour les services un laboratoire fertile.

⁷ La notion de chronicité ouvre à une réflexion nécessaire sur le traitement des psychoses par les équipes ambulatoires.

⁸ Cf. par exemple le Réseau-Concertation-Enfance au quel le Gerseau participe.

Conclusions

Tout en constatant une saine variété dans les pratiques, certaines notions semblent faire sens de façon transversale pour les services participants. Nous répondons ici à la question du « plus petit commun dénominateur » entre ces services qui articulent travail thérapeutique et travail en réseau.

- un pari initial ;
- une certaine approche de la complexité ;
- des interventions conjointes ;
- à partir du lieu de vie ;
- dans le cadre d'un travail en réseau qui se construit ;
- la permanence du dispositif malgré la précarité et la complexité présentes ;
- le désir des intervenants comme seul opérateur possible ;
- les pouvoirs de la parole comme outil incontournable.

Au départ, il y a un pari sur les possibilités d'énonciation, sur la mobilisation des ressources et des compétences de l'enfant, des parents et des intervenants. Par exemple, le pari de Fil-à-fil est que le soin apporté au lien va laisser une trace psychique suffisamment solide, et sera source d'autonomie dans le futur.

Le traitement de la complexité est comparable dans chacune des situations cliniques présentées lors de la dernière réunion : les équipes ont pris soin de ne pas chercher à simplifier la situation dans des explications de cause à effet et ont tâché de relever le paradoxe entre un dispositif qui ne peut se déplier qu'au cas par cas et l'appui pris sur le diagnostic. La question s'est posée, de la nécessité d'accueillir la demande sans faire appel à un savoir préétabli.

La notion de tandem et/ou d'intervention conjointe, qu'elle soit formalisée ou non dans des procédures, est mise en œuvre par plusieurs services. Le dispositif veille ainsi, d'emblée, à diffracter le transfert. Nous avons pu constater que le traitement de la complexité de chaque situation exige la référence à l'équipe tout au long de l'accompagnement. C'est ainsi que pendant nos débats, l'importance du rôle de l'équipe ainsi que l'intérêt qu'il y a à ne pas être « seul dans une situation » a fait consensus.

Nous avons aussi constaté que, pour l'ensemble des services, le fait d'avoir les moyens de **sortir des murs de l'institution** à la rencontre d'une demande qui se formule difficilement est essentiel dès lors que n'évitons pas la question de la précarité.

La mise en place d'un travail en réseau, qui se construit véritablement sur le long terme s'est imposée à nous comme une exigence.

Le réseau d'une institution et d'un travailleur s'édifie patiemment au fil du temps tandis que le réseau qui accompagne une situation se construit autour de la réalité de celle-ci.

Le réseau est constitué par l'ensemble des personnes avec lesquelles une parole peut se construire : **une parole autour de l'enfant**, une parole qui se déploie en fonction de l'évolution de la question de l'enfant.

Une des difficultés consiste à articuler le travail thérapeutique et le travail en réseau.

Le réseau, c'est aussi potentiellement de la complexité et du morcellement dans l'intervention. Observons le « polymère » constitué de l'enfant et de sa famille, du tandem d'intervenants, de

l'équipe institutionnelle de ce tandem, des autres intervenants du réseau dont notamment celui qui a formulé la demande lorsque celle-ci n'émane pas directement des parents... et la fonction de la supervision / ou de l'intervision. Nous percevons intuitivement que cette complexité (dont on peut se demander comment elle est perçue – subjectivée – par les usagers) peut s'avérer être un fabuleux « levier » comme une angoissante cacophonie...

L'équipe du Gerseau a pu constater que le travail réalisé depuis de nombreuses années avec et sur le réseau, et tout particulièrement le travail d'accompagnement des intervenants de première ligne auprès de la petite enfance, permet de faire évoluer la nature et le traitement des demandes qui parviennent au service. Celles-ci se « précisent » avec le temps et sont moins souvent formulées dans l'urgence. C'est aussi dans ce sens que nous pouvons dire qu'un travail de réseau *peut* « traiter la complexité ».

Le travail en réseau se propose souvent en réponse crédible face à la complexité des situations rencontrées, complexité qu'il s'attelle à traiter sans la réduire.

Le travail en réseau implique une réflexion sur le *territoire* (l'espace) et la *temporalité* (le temps).

- Concernant la notion de territoire, les distances ont leur importance. Intervenir sur un territoire étendu peut complexifier le travail de réseau et donc lui nuire... (l'Impromptu a par exemple choisi de travailler dans un rayon d'action de 25 km maximum). Néanmoins, la notion de distance est relative en fonction que l'on est en territoire urbain ou rural, la seconde situation impliquant généralement un rayon d'action plus large.
- Concernant la temporalité, le temps est spécifique à chacun. Le temps de l'enfant n'est pas celui des parents, qui n'est pas celui des différents intervenants du réseau. Notons également que le travail en milieu de vie prend également un temps spécifique qui doit être pensé dans l'organisation du service. De plus, il faut pouvoir consacrer du temps à accueillir un dire et construire une offre, repérer ce qui est important pour l'enfant et sa famille. Il n'y a pas d'urgence à aller vers le symptôme ; il faut pouvoir mettre en suspens l'illusion que nous allons « réparer les gens ». Le travail de soutien des membres du réseau est très important.

Pour le Gerseau, le secret partagé n'est pas le secret médical. L'équipe est très attentive à tout ce qui se dit sur un enfant en dehors de sa présence. La règle est que tout ce qui se dit autour et sur un enfant doit lui être utile.

Pistes pour la suite du travail

C'est la **question du diagnostic dans l'accompagnement thérapeutique précoce d'un enfant avec sa famille** qui sera abordée et développée lors du prochain cycle du groupe de travail. Des passerelles pourront évidemment être faites avec ce qui a été débattu cette année.

Nous nous proposons d'aborder le thème du traitement de la souffrance chez le petit enfant : comment à partir d'une approche de l'intervention précoce et de la question du diagnostic, passer d'un diagnostic par exclusion propre à la logique médicale à l'inclusion de l'enfant avec sa famille dans un dispositif thérapeutique ? À partir de quelques exemples cliniques, nous tâcherons de mettre à l'épreuve notre hypothèse de travail.

En médecine on parle de diagnostic d'exclusion lorsqu'il est posé par élimination des autres affections possibles auxquelles les symptômes du patient renvoient. Cette exclusion se fait par le raisonnement ou par les examens complémentaires.

Le plus souvent, le médecin traitant, généraliste ou pédiatre, évoque un trouble psychique chez l'enfant par exclusion de tout autre diagnostic. Cette exclusion du cadre nosologique médical

ordinaire, fait paradoxalement critère d'inclusion en psychothérapie, là où les manifestations symptomatiques et les événements du corps ne « disent plus rien » au praticien et aux parents, mais où chacun reconnaît que « ça ne va pas ».

Le dispositif thérapeutique peut permettre alors chez un enfant une modification de la lecture diagnostique sur laquelle les praticiens se sont appuyés pour engager l'accompagnement thérapeutique. Cela nous permettra de montrer que réalité psychique et réalité sociale ne peuvent être disjointes ni dans l'espace, ni dans le temps propre à chaque enfant.

Modalités :

Le groupe de travail : cinq séances de deux heures à l'IWSM. Chaque séance serait animée par l'IWSM et un Service associé à notre recherche à partir de la présentation d'une situation clinique prise dans sa pratique.

Le séminaire clinique et le cycle de conférences : nous mettrons à l'épreuve notre pratique actuelle et les avancées théoriques de la psychopathologie du nourrisson et du petit enfant. Cela, à partir de la nouvelle version de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA 2000) et des recherches psychanalytiques de quatre services invités pour l'occasion ayant une expérience de travail résidentiel, ambulatoire et en réseau avec les enfants de 0 à 6 ans. Les propositions concernant les invités sont les suivantes : (1) le Prof. Bernard GOLSE ; (2) le service du Prof. Pierre Delion ; (3) Graciela CULLERE, auteure, entre autres, de « l'Epopée symbolique du nouveau-né » ; (4) Le CPTC – famille (Paris - Yasmine GRASSER).

À partir des quatre exposés présentant chacun le fonctionnement d'un service concernant sa pratique diagnostique, autour de situations cliniques, nous tenterons de soustraire des éléments de réflexion sur le plan éthique et psychologique afin d'une part d'orienter les choix pour notre pratique diagnostique actuelle et d'autre part d'en rendre compte à la Région Wallonne.