



Cerep

**PREMIERE JOURNÉE
D'ETUDE DU CEREP
17 NOVEMBRE 1998**

*Sous la présidence du Président du CEREP
Monsieur le Professeur Guy ATLAN*



SOMMAIRE

Présentation	p.	3
I. Le CMPP		
Introduction	p.	5
Le travail en petits groupes	p.	13
Une journée du CEREP sur les groupes 1998	p.	19
II. IMP- IMPRO		
Présentation de l'établissement	p.	21
III Hôpital de Jour Centre André Boulloche		
Du soin à l'apprentissage, de l'apprentissage au soin	p.	27
IV - Hôpital de Jour du Parc Montsouris		
Un outil de travail subjectif	p.	31

**Première Journée d'Étude
du Cerep - 17 novembre 1998**

PRÉSENTATION

LES exposés regroupés dans ce document constituent les traces de la demi-journée «cérépienne», du 17 novembre dernier.

Cette demi-journée avait un double objectif :

- développer entre les établissements de l'association une information, voire une communication qui ne s'opère trop souvent que de façon ponctuelle, occasionnelle, hâtive et inévitablement partielle.
- amorcer un échange inter-institutionnel sous la forme de «séances d'études», éventuellement ouvertes par la suite à des intervenants extérieurs.

L'idée qui a sous-tendu l'organisation de cette demi-journée mérite d'être resituée dans son contexte:

Le CEREP - comme d'ailleurs l'ensemble des institutions des secteurs sanitaire et médico-social - va devoir formellement justifier que ses actions s'inscrivent dans un champ clairement défini et que les moyens de ces actions - comme tout aussi bien leurs résultats - sont cohérents avec les principes et les méthodes dont il se réclame.

Les projets d'établissements, dès maintenant attendus par nos Tutelles, les procédures d'évaluation et d'accréditation qui vont se mettre en place sont les témoins concrets de ces nouvelles exigences. Devant cette évolution, il importe que le CEREP se présente à la fois dans sa diversité et comme un «tout» dont la cohésion ne soit pas seulement administrative mais fonctionnelle et fondée sur des valeurs communes.

Les exposés de cette première rencontre vont dans ce sens.

De manière implicite ou explicite, ils font ressortir que, si la référence à la psychanalyse reste la référence fondatrice, ses applications concrètes se nuancent, d'un établissement à l'autre, selon les besoins des populations traitées et le mode de fonctionnement d'équipes qui ont elles-mêmes leur histoire, leur structure et leurs options méthodologiques. Il reste qu'un tel débat doit être replacé lui aussi dans le contexte socio-culturel et idéologique du moment.

À cet égard - et pour nous situer le plus clairement possible vis-à-vis d'une ligne directrice qui a été et demeure celle du CEREP - il y a lieu de souligner les points suivants :

- la réaffirmation de notre référence psychanalytique nous paraît d'autant plus nécessaire que cette référence perd progressivement de son crédit, soit dans des milieux spécialisés où elle a été longtemps quasi exclusive, soit de façon moins évidente - parce que moins directe - dans le champ éducatif où se développent aujourd'hui des conceptions plus ou moins modelées sur celles qui prévalent dans l'entreprise et en particulier dans la formation et qui s'inspirent des théories comportementalistes et cognitivistes.

Des pressions à la fois techniques et idéologiques s'exercent dans le même sens sur les institutions à travers des mesures à visée gestionnaire dont la légitimité peut parfaitement servir de couverture à une restriction de la pensée éducative, rééducative et thérapeutique.

Les spécificités mêmes des quatre établissements du CEREP peuvent également jouer contre la communauté d'une référence dont on a vite fait d'opposer les modalités - précisément spécifiques - d'application.

Il est donc important de réexprimer notre référence à la psychanalyse en montrant qu'aujourd'hui comme hier elle s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire qui n'exclut en particulier, ni les apports des autres sciences humaines, ni ceux de la pédagogie, spécialisée ou non, y compris sous les formes qu'elle prend dans les rééducations dites instrumentales.

La tradition du CEREP témoigne d'une volonté - toujours actuelle - de n'enfermer ni les conceptions ni les méthodes dans un abord réducteur qui ne ferait que renforcer les «difficultés à être» du sujet de l'éducation.

Dans cette perspective, la référence à la psychanalyse, si elle est commune aux différentes équipes techniques du CEREP, n'en laisse pas moins à chacune la liberté de créer ses propres pratiques, à charge pour elle de rester attentive à ce que la réalité complexe du sujet et de sa situation soit précisément restituée par la pluralité des points de vue.

Dans cette nécessaire diversité, il reste que la communauté de référence à la psychanalyse se recoupe avec d'autres proximités qui dessinent, entre les institutions, une certaine communauté méthodologique. Il en est ainsi de quatre lieux (parmi d'autres) où s'investit une pratique qui, sans se modeler sur la forme de la cure psychanalytique, n'en prend pas moins, peu ou prou, en compte la réalité de l'inconscient.

C'est ainsi que :

- 1) l'institution comme lieu de partage convivial,
- 2) le groupe et sa dynamique,
- 3) la place des familles,
- 4) l'espace des apprentissages,

pourraient constituer des points de rencontre inter-institutionnels et interdisciplinaires pour une réflexion visant à la réaffirmation de notre référence psychanalytique.

Jean-Pierre Bigeault



**Première Journée d'Étude
du Cerep - 17 novembre 1998**

**LE CENTRE MÉDICO
PSYCHO - PÉDAGOGIQUE**

**Première Journée d'Étude
du Cerep - 17 novembre 1998**

POUR ceux qui ne le sauraient pas encore, le centre médico-psycho pédagogique est un établissement médico-social qui reçoit en ambulatoire des enfants, des adolescents et leurs parents.

Actuellement nous suivons **490 familles** et nous recevons, en moyenne, **300 nouvelles demandes** par an.

Les demandes et les situations psychopathologiques sont très variées et sans entrer dans les détails, relèvent pour 90 % de pathologies névrotiques. La trajectoire thérapeutique de chaque enfant ou adolescent est également très variée et dépend de nombreux facteurs.

Nous avons choisi de vous présenter aujourd'hui les petits groupes d'enfants et d'adolescents parce qu'ils concernent quasiment tous les membres de l'équipe. Ils ont d'ailleurs tous participé par écrit et oralement, à l'élaboration de cette présentation qui est donc un travail collectif.

Les techniques de groupe sont maintenant bien connues et largement pratiquées principalement en raison de la rapidité et de la qualité de leurs résultats thérapeutiques.

Une photographie instantanée pour la première semaine de novembre montre que sur un total de 490 enfants et adolescents, 58 sont suivis en groupe, concernant des tranches d'âge de 3 à 15 ans, alors que 110 autres sont suivis en séance individuelle hebdomadaire.

Actuellement nous pratiquons 3 groupes avec médiation :

- psychomotricité (P. Jouas) ;
- groupe «roman» (V. Gardeux-Zanotti) ;
- et à la limite du groupe des duos psycho-pédagogique (L. Bastide).

Ce sont des groupes à visée psychothérapique.

Ils sont donc différents des psychothérapies en petits groupes qui sont au nombre de 8.

- 2 groupes de 3 à 6 ans (D. Goldstein) ;
- 3 groupes de début de latence (H. Danglard - D. Goldstein) ;
- 2 groupes de fin de latence (H. Danglard - D. Goldstein) ;
- 1 groupe de pré ou début d'adolescence (H. Danglard).

Pour finir cette énumération, il y a un psychodrame collectif d'adolescents de 13 à 16 ans 1/2 actuellement (D. Goldstein - N. Rambourg).

Les groupes existent depuis longtemps au CEREP et il nous paraît intéressant que Luc Bastide nous en raconte l'histoire....

Historique de M. Luc Bastide - pages 15 à 18

Il nous paraît essentiel de souligner que le processus thérapeutique d'un enfant ou d'un adolescent au sein d'un groupe prend place dans l'ensemble du trajet thérapeutique parcouru par ces familles qui consultent au Centre.

Le trajet commence toujours par les premières consultations, à visée diagnostique certes, mais où, dès le début, s'engagent un mouvement transférentiel et une dimension thérapeutique. L'indication de groupe peut-être posée à des moments divers de la prise en charge et ce moment a un sens dans chaque trajet particulier.

La participation d'un enfant ou d'un adolescent à un groupe est toujours corollaire d'un travail familial en consultation thérapeutique. La rapidité de la mobilisation initiale, en groupe, permet de légers changements dans les relations intra-familiales qui, à leur tour, facilitent la mobilisation des fonctionnements parentaux en consultation.

Cette participation s'articule de façon variée avec les autres traitements, soit conjointement, soit l'un étant l'aboutissement logique de l'autre. Quels que soient les cas de figure, ils s'inscrivent tous dans les liens ajustés, questionnés, élaborés, tissés par les discussions très nombreuses, formelles et informelles, entre tous les protagonistes de l'équipe.

I - LES GROUPES THERAPEUTIQUES

Si chaque groupe a sa propre dynamique et sa «coloration» particulière, Hélène Danglerd et Christian Gérard ont dégagé pour nous les traits communs à toutes ces aventures.

- Il s'agit essentiellement de groupes ouverts, c'est-à-dire avec un renouvellement au fil des mois des participants (la durée moyenne de traitement étant d'environ 2 ans).
- L'éventail des symptomatologies et des pathologies est très large.

Le seul élément assurant une certaine homogénéité est la tranche d'âge qui elle aussi fluctue, puisque l'âge des nouveaux arrivants se greffe sur ceux du noyau restant.

- Cette technique offre une réelle alternative au colloque singulier ou à la situation duelle rééducative.
- En effet, dans un petit groupe, une grande variété de positions est possible pour les participants. L'enfant ou l'adolescent peut être, tour à tour et dans une même séance d'ailleurs, spectateur ou acteur, commentateur ou auditeur.

Les autres participants offrent un rôle de miroir au fonctionnement de chacun. La médiation ludique et humoristique permet un étayage narcissique aux mouvements libidinaux. Le parent, au moins pour un temps, est désinvesti en tant qu'objet sexuel.

- Le groupe permet de construire la représentation d'un contenant psychique où les conflits internes pourront être représentés et élaborés. Il permet un travail au niveau du dedans et du dehors, à l'image de l'utilisation des murs et des ouvertures de la pièce où il a lieu.
- Par la vérification constante de la solidité du cadre se met en place peu à peu cet espace psychique suffisamment tranquille pour produire de la pensée et de la mise en mots.

Ce sont toujours les groupes les plus tumultueux qui, à un moment de leur histoire, décident d'écrire (ou de faire écrire s'il s'agit d'enfants très jeunes) les règles nécessaires pour éviter le débordement pulsionnel et l'excitation destructrice.

- Grâce à la multiplicité des identifications possibles et des représentations qui y circulent, le groupe apporte une grande richesse de matériel, constamment renouvelé dans sa forme ; ce qui évite le piège de la répétition défensive dans lequel s'enlisent parfois les thérapies individuelles.
- Au-delà des âges et des pathologies, se mettent en jeu, en images, en mots, de façon souple et mouvante, les éléments de la problématique de chacun.
- Ce sont aussi régulièrement les problématiques infantiles classiques : les difficultés de séparation, les aspirations à la régression ponctuelle, les jeux de séduction active et subie.

Le partage et l'alternance de ces problématiques chez les participants les leur rendent plus supportables. Cette extrême flexibilité permet aux thérapeutes d'utiliser au maximum le potentiel d'assouplissement des défenses. Les grands inhibés se dégèlent, les grands déprimés trouvent un étayage revivifiant leur activité psychique, les pseudos déficits s'atténuent; quant aux grands agités ou aux enfants qui «n'existent» que dans la co-excitation, ils y trouvent un contenant solide qui est propice au développement de la pensée. Il en est de même pour l'absorption de certaines angoisses archaïques des enfants psychotiques.

- C'est un espace ludique, abritant le plaisir de la régression, le plaisir de créativité, la relance de l'activité fantasmatique et de l'élaboration.

On retrouvera bien sûr les mêmes dimensions ou presque dans le psychodrame de groupe animé par Nicolas Rambourg et Danièle Gojdstein. Celui-ci s'adresse à des adolescents de 15-17 ans, présentant également une

grande diversité des organisations, même si là encore ceux-ci se situent le plus souvent, soit sur le versant de l'inhibition, soit du côté d'une trop grande excitation difficile à contenir. Mais il n'y a pas, semble-t-il, d'indication type. À noter que ce sont les adolescents eux-mêmes qui se sont prononcés lors de la consultation ou au cours d'un entretien préliminaire avec le psychologue.

II - LE PSYCHODRAME - Texte de Nicolas Rambourg et Danièle Goldstein

Le groupe de psychodrame que nous animons actuellement s'est mis en place il y a environ cinq ans dans les circonstances suivantes : Il répond à un besoin de l'institution, proposer à certains adolescents (le plus souvent sur le versant de l'inhibition ou parfois du côté d'une trop grande excitation difficile à contenir), une prise en charge en groupe.

A l'origine, Josette Meunier, orthophoniste, formée au psychodrame, animait seule un groupe centré sur la technique de la relaxation à laquelle s'ajoutait un temps de verbalisation. Nicolas Rambourg, psychothérapeute, s'est formé au groupe puis au psychodrame, ayant le projet de travailler avec Josette Meunier; ils ont mis en place le groupe de psychodrame d'adolescents qui, en quelque sorte, s'est trouvé prendre le relais du groupe précédemment mentionné. De son côté, Danielle Goldstein, actuellement psychothérapeute avait, dans le cadre de son stage à l'hôpital de jour pour enfants, suivi pendant deux ans, en tant qu'observatrice, les séances de psychodrame analytique individuel auxquelles participaient alors certains enfants de l'institution - Josette Meunier étant une des co-thérapeutes du psychodrame. Après cette première expérience, Danielle Goldstein a poursuivi cette expérience dans le cadre du CMPP de l'OSE, où elle est devenue co-thérapeute dans le psychodrame analytique individuel. Après le départ de Josette Meunier, Nicolas Rambourg et Danielle Goldstein ont décidé de poursuivre ensemble cette activité. Nous allons brièvement tenter de définir ce qu'il en est de ce groupe aujourd'hui : objectifs, cadre, indications, fonctionnement.

a) Objectifs :

Nous citerons D. Anzieu définissant les principes de sa pratique du psychodrame analytique :

- Créer une situation qui permette au patient d'être.
- Lui proposer des situations qui l'amènent à éprouver.
- Favoriser un travail psychique qui fait surgir le sens de l'éprouvé.

b) Indications :

En ce qui nous concerne, il n'y a pas d'indication-type :

- Une diversité des structures va enrichir la dynamique des séances; cependant afin de garantir une certaine homogénéité du groupe, nous avons fixé une tranche d'âge (actuellement 15-17 ans).
- En ce qui concerne les consultants (à voir avec eux).
- En ce qui concerne les adolescents eux-mêmes, bien souvent, ils se sont prononcés pour une prise en charge de groupe plutôt qu'individuelle dans le cadre d'une consultation.

c) Cadre et fonctionnement :

Durée de la séance : 3/4 d'heure. Nombre de participants : 5 à 8.

Dans un premier temps à partir des associations, remarques, commentaires, qui circulent librement dans le groupe, nous construisons ensemble un scénario et définissons les différents rôles. Ces rôles sont proposés et choisis par les participants, un des deux thérapeutes pouvant se voir attribuer un rôle, l'autre demeurant en dehors du jeu, comme gardien du principe de réalité.

Dans un deuxième temps, le scénario est joué - libre aux acteurs de laisser surgir ce qu'il advient.

Dans un troisième temps, il s'agit de reprendre et d'analyser ce qui a été représenté et éprouvé.

Les thérapeutes s'adressent d'abord aux participants qui n'étaient pas dans le jeu, puis aux autres. Il nous arrive à cette occasion de proposer de rejouer la scène en modifiant la répartition des rôles. Ce temps d'analyse permet de relancer d'autres associations qui donneront lieu à leur tour à d'autres constructions de jeu.

III - ILLUSTRATION D'UN GROUPE THÉRAPEUTIQUE

J'aimerais vous présenter maintenant une illustration de type évolution. Il s'agit d'un groupe de 5 enfants (2 filles et 3 garçons) de 9 à 11 ans, animé par Anne Maupas. Ce groupe a été constitué en septembre 1996 et est animé une fois par semaine, pendant une heure, par une psychothérapeute et une psychologue stagiaire, qui continue à venir uniquement pour ce groupe. Ce groupe s'est créé parce que quatre consultants du CEREP avaient dans leur cohorte des enfants dont l'indication posée était celle de groupe et que les autres groupes du CEREP étaient pleins. C'est donc le regroupement de ces cinq enfants et de leur thérapeute qui a véritablement donné corps, vie et sens à l'action thérapeutique.

Il faut dire que de ce regroupement a d'abord jailli le «chaos». Est-ce dû à la conjonction d'excitation de ces enfants (sauf une enfant très inhibée, élément calmant du groupe) ? Est-ce dû au peu de médiations proposées (feutres, crayons, animaux, quelques jeux de sociétés à la demande) ? Est-ce dû au temps qu'il a fallu aux deux thérapeutes pour apprendre à fonctionner ensemble et à partager un même cadre et un même projet autour de ce groupe ? Toujours est-il que le «chaos» a duré plus d'un an et qu'il a eu paradoxalement une action thérapeutique importante.

En effet la mise à l'épreuve systématique du cadre, des thérapeutes (qui avaient très souvent l'impression de sortir de leur rôle de thérapeute et de se transformer en «agents disciplinaires»), et des enfants entre eux, a fabriqué une sorte de ciment qui aujourd'hui constitue la base de notre histoire commune.

Toutes ces tempêtes traversées ensemble sans casser le navire nous ont rendus forts, fiers et complices. Il serait trop long d'analyser dans le détail les mouvements internes au groupe, les moyens de faire face à l'agitation et de garder le cap thérapeutique et le retour au calme; une des choses essentielles a été de donner sens à leur décharge en jouant et en faisant une histoire groupale. En tout cas, le travail de réflexion effectué entre les deux thérapeutes et entre les thérapeutes, les consultants des enfants, et les tiers que sont les autres membres de l'équipe, nous a permis une élaboration progressive en après coup. Au bout de ces deux années nous pouvons dire que les cinq enfants ont bénéficié de leur passage dans ce groupe.

- Antoine, l'enfant le plus agité, a pu canaliser son agressivité, raconter quelques bribes de son histoire et s'appuyer sur les autres pour faire des liens. Plutôt que de lancer des projectiles sans pouvoir s'arrêter, il a réussi à dessiner des armes et des munitions et à se fabriquer un dossier complet.
- Fatou est sortie de sa provocation pour rappeler les règles aux autres, même si elle use encore souvent de ses attitudes provocatrices pour tester notre patience et constance face aux règles.
- Stéphanie a lâché ses pliages solitaires pour venir jouer et rire avec les autres.
- Samuel a tiré profit de son rôle de leader. Il est souvent l'élément de cohésion du groupe et s'exprime sur ses doutes, ses questionnements.
- Manuel a quitté ses attitudes de petit oiseau blessé et est devenu drôle, séducteur et très actif dans le jeu. Il défend sa place et prend beaucoup de plaisir à être là.

Aujourd'hui le temps du groupe se passe, autour de la table, à jouer essentiellement à un jeu de carte : «le Uno». Jeu très riche où l'on doit accepter d'être piégé par l'autre et où l'on prend un immense plaisir à piéger l'autre. Les règles du jeu et du groupe sont respectées, les rires fusent et des dialogues s'engagent. Alors peut-on dire qu'accepter le «chaos» (comme s'il était une organisation de départ), y résister, puis finalement le mettre en forme, (c'est-à-dire le contenir) joue véritablement un rôle thérapeutique au sein de ce type de groupe?

IV - LES GROUPES AVEC MEDIATION

Voici une illustration des **articulations entre le groupe et la rééducation orthophonique** que nous devons à Françoise Taravet. Françoise repère trois types de situation :

- + Le premier est celui de l'enfant dont les troubles marqués du comportement liés à un trouble de la personnalité empêchent tout investissement des apprentissages. C'est donc l'amélioration du fonctionnement mental qui vient en préalable d'un réinvestissement. En l'occurrence par le groupe psychothérapeutique et le travail avec les parents, cet enfant devient capable de curiosité et d'autonomie nécessaire à l'acquisition d'un savoir.
- + Le deuxième est la rééducation préalable d'un trouble instrumental d'un enfant inhibé et déprimé. Dès lors que son articulation lui permet de communiquer et qu'un lien thérapeutique s'instaure avec ses parents, cet enfant peut trouver au sein d'un groupe thérapeutique l'étayage et l'amorce d'un plaisir de fonctionnement qui lèvera l'inhibition en milieu scolaire, avec lequel il a fallu un gros travail de liaison.
- + Le troisième est l'exemple d'une enfant dont l'inhibition hystérique a nécessité la mise en place conjointe de la rééducation et du groupe dont les effets respectifs se renvoyaient l'un à l'autre.

D'autres groupes animés par Patricia Jouas et Valérie Gardeux-Zanotti partagent aussi un certain nombre de traits communs : on y retrouve une même variété et un certain nombre de traits communs. Par contre l'attitude du thérapeute est plus cadrante: il axe son travail vers des objectifs rééducatifs à l'aide de médiations appropriées :

- Jeux psychomoteurs pour l'un,
- Relaxation pour l'autre,
- Ecriture en différé d'un roman pour le roman pour le 3^e, qui en garde la trace afin de la pérenniser.

Il existe une cohésion du groupe autour de ces objectifs et l'élaboration des règles nécessaires pour les atteindre, mais là aussi, un temps est toujours consacré à la verbalisation. Il va sans dire que le travail thérapeutique avec tous ces groupes est souvent difficile, engendre doutes, interrogations et discussion avant de déboucher sur de nouvelles modalités de fonctionnement individuel ou collectif, signe d'une évolution positive. J'aimerais vous présenter maintenant une illustration de ce type d'évolution.

V - LES INDICATIONS

D'une certaine façon ce sont les expériences accumulées dans ce travail de l'équipe qui permettent de parler de ce qui préside aux indications que nous posons, et qu'Hervé Movschin résume ainsi: comme l'a souligné L. Bastide, les indications de groupes ont donc dès le départ découlé d'un souci empirique d'adaptation à certains types de demande, demande au demeurant explicite ou implicite. Ceci ne saurait vouloir dire que les thérapeutes de groupe se situeraient dans une position d'adaptation à de prétendus besoins, dans une perspective qui serait alors plus réparatrice que psychothérapeutique, ni que les groupes en question soient des solutions «palliatives», des pis-aller face à des psychothérapies jugées impossibles, même si ces questions se trouvent régulièrement remises en chantier. Si les indications sont bien réelles et spécifiques, elles sont aujourd'hui moins liées à un diagnostic nosographique ou de structure qu'à l'évaluation du fonctionnement psychique d'un enfant ou d'un adolescent à un instant donné. par rapport à la demande d'aide qu'il est en mesure de formuler.

On peut résumer schématiquement ces indications selon trois domaines principaux qui sont le mode de fonctionnement propre de l'enfant, son environnement, et les nécessités d'observation.

D'abord les indications liées au fonctionnement. Plutôt que de tenter d'en dresser un catalogue, nous en citerons les aspects les plus fréquemment rencontrés :

- **L'inhibition massive**, entravant radicalement toute possibilité associative, toute expression même de souffrance.

La possibilité du groupe à supporter le poids de cette inhibition sans en être gêné dans sa dynamique, de permettre dans un premier temps la simple présence de l'enfant sans autre mode de participation, permet bien souvent à cette inhibition d'être intégrée comme élément nouveau de cette dynamique, et non comme une simple résistance. Là où un thérapeute pourrait être vécu comme l'allié d'une persécution interne, le groupe permet, de la part des participants, par les mouvements divers d'identification, des interventions qui ne soient pas vécues comme une effraction.

On a ainsi pu voir un nombre non négligeable d'enfants, étiquetés au départ déficitaires, s'engager après la levée de leur inhibition dans un processus thérapeutique particulièrement riche.

- Une incapacité à vivre une relation de transfert autrement que sur un mode de **«tout ou rien»**, fusions annihilant toute différenciation entre soi et l'autre, ou abandon dramatique avec risque d'effondrement.

Le groupe exerce alors pleinement sa fonction de pare-excitation, tout en maintenant le cadre. Il est par exemple assez remarquable de constater à quel point l'intervention du groupe pour signifier à un participant le caractère insupportable de tel comportement qu'il peut avoir à un moment, peut être entendue et reprise spontanément ultérieurement par l'intéressé lui-même.

- Citons encore la **prééminence des mécanismes projectifs**, ainsi que les fonctionnements sur un mode de défense maniaque, vis-à-vis desquels le groupe acquiert un rôle irremplaçable de contenant, absorbant les manifestations d'omnipotence sans se laisser détruire dans ses facultés de penser, et accompagnant l'enfant dans leur deuil progressif.

Ensuite les indications liées à l'environnement.

Il s'agit d'enfants ou d'adolescents pris entre deux demandes contradictoires, demande de psychothérapie, s'opposant au caractère insupportable pour un parent de la relation de l'enfant avec un thérapeute : soit que cette relation soit vécue sur un mode de rivalité («Que dit-il à cette personne qu'il refuse de me dire à moi ?»), soit qu'elle constitue une frustration insupportable pour un parent se trouvant dans une relation de fusion régressive avec son enfant, soit encore qu'elle vienne déposséder le parent de l'emprise qu'il exerçait jusqu'alors sur son enfant. On sait le danger de telles configurations, souvent à l'origine de stagnation dans les psychothérapies individuelles ou d'arrêts brusques de traitements. Dans des cas plus extrêmes, l'enfant ou l'adolescent est porteur de l'ambivalence de la demande familiale, allant parfois jusqu'à de véritables situations de double-lien qui peuvent aboutir à la destruction du cadre psychothérapeutique.

La proposition d'une observation au sein d'un petit groupe thérapeutique peut être une indication lors des situations que nous venons d'évoquer. Elle permet à l'enfant de trouver un espace de liberté de parole et de pensée qui, par son statut transitoire, ne met pas en danger le fonctionnement familial. Elle permet surtout un travail parallèle de consultations thérapeutiques familiales, préalable indispensable dans ces cas, à toute psychothérapie. Dans d'autres cas, l'observation s'avère nécessaire pour affirmer une indication, voire un diagnostic. Elle aboutit alors, selon les cas, à l'intégration «définitive» dans le groupe, ou à une demande de l'enfant ou de l'adolescent de psychothérapie individuelle, ou bien à une orientation (vers l'hôpital de jour, par exemple) ou encore à la mise en place d'une rééducation efficace. Mais cette observation - et ceci nous semble capital - a pour principe d'être bilatérale. Elle doit aussi permettre à l'enfant ou encore plus à l'adolescent de mettre en observation un cadre thérapeutique, de s'y essayer, de se donner les éléments d'un choix pour évoluer vers une demande la plus libre possible.

LE TRAVAIL EN PETITS GROUPES

Les réflexions suivantes sont issues de l'analyse des rapports d'activité du CMPP du Cerep de 1964 à 1997 inclus.

I - EVOLUTION DE LA TERMINOLOGIE

Le terme de groupe (et sa comptabilisation en actes) apparaît pour la première fois en 1969. Il s'agit alors de «groupes réguliers d'observation» destinés essentiellement à des enfants en vue d'une éventuelle entrée en hôpital de jour. La rubrique disparaît l'année suivante pour ressurgir en 1971 sous le vocable d' «ateliers» et retrouve en 1972 et 1973 son appellation d'origine. A partir de 1974 apparaissent les «traitements de groupe» au sein desquels se distinguent ou non, selon les années, les psychodrames et les «ARR» («Approche Relationnelle Restructurante») élaborée par R. Cahn, H. Danglard et A. Dumesnis). En 1978 la terminologie se stabilise sous le vocable de groupes sans distinguer la nature de ceux-ci. A partir de 1984, seront différenciés les «psychothérapies de groupe» et «les groupes autres que psychothérapiques» et en 1994 les psychodrames seront comptabilisés en même temps que les psychothérapies de groupe.

II - LES DONNÉES QUANTITATIVES

La variabilité des rubriques, du mode de présentation des données, les effectifs fluctuants ne permettent pas de réaliser rigoureusement d'une année sur l'autre l'étude de l'évolution. Par contre si l'on fait des regroupements sur plusieurs années, certaines phases semblent se dessiner avec quelque netteté.

- De 1969 à 1973 les actes de groupe ne constituent que 3 à 4 % des actes de traitements (hors consultations et bilans)
- 1974 verra une véritable explosion des groupes, atteignant plus de 15 % des actes de traitement, cette augmentation croissant les années suivantes pour arriver à plus de 25 % des actes en 1977.
- A partir de 1978 survient une nette diminution, suivie d'une stagnation jusqu'en 1985. Pendant cette période, les actes de groupe constituent en moyenne moins de 14 % de l'ensemble. <
- 1985 voit un nouveau départ des groupes, cet essor se poursuivant jusqu'à ce jour (20 % des actes en moyenne jusqu'en 1997).

III - COMMENTAIRES RELATIFS À CES DONNÉES

A partir de 1973-1974, «l'air du temps» s'avère très favorable à toutes formes de groupe et dans tous les domaines. Dans les mouvances post-soixante-huitardes, de nombreuses valeurs sont associées aux groupes (liberté, démocratie, expression collective, créativité, auto ou co-gestion; etc.), expliquant, en partie du moins l'engouement pour ces pratiques et leur utilisation tous azimuts.

J'écrivais en 1994, à l'occasion du trentenaire du CEREP que l'ensemble de l'institution dans les années 1970 effectue de multiples tentatives pour trouver solution à ses problèmes, à travers la constitution de groupe dont l'histoire et les avatars étaient dignes d'intérêt. Il convient de distinguer les différentes institutions. Dans les Hôpitaux de jour la nécessité est d'abord de faire vivre à temps complet des enfants et des adolescents répartis en petits groupes. Mais comment se constituent ceux-ci ?

Note

< Une pointe isolée en 1981 (20,9 %) ne peut être reliée apparemment à aucun autre phénomène particulier survenant cette année-là.

A partir de 1968 la constitution des groupes connaît de perpétuelles modifications, quant à leur nombre, leur taille, la nature des activités, les critères d'admission, leur temps et leur mode de fonctionnement, leur homogénéité ou leur hétérogénéité, et la spécificité de plus en plus marquée des techniciens. Ils s'appelleront tantôt groupes de vie, ateliers, unités thérapeutiques «individuéés» pour lesquelles l'objectif est «la continuité psychique du contenant institutionnel» (1989). Ce type d'organisation est actuellement conservé.

Le recours à la groupalité est également utilisé en ce qui concerne les parents. Dès 1965, sont organisées des réunions de parents (par groupe d'enfants), dont les finalités sont précisées en 1969: il s'agit moins d'une action thérapeutique que d'un échange d'information, d'une démystification du vocabulaire technique, d'une introduction des familles à la vie matérielle de l'établissement. En 1973, cette activité se double d'entretiens de groupe de l'équipe avec les parents d'un seul et même enfant ; formule qui paraît être à l'origine, plusieurs années après, de prises en charge de type «thérapie familiale». En 1983 les groupes de parents, peu fréquentés, sont abandonnés, puis repris l'année suivante et poursuivis à ce jour.

La place et le rôle de groupes appellent, bien entendu, plusieurs remarques :

- 1- Les multiples oscillations, modifications, suppressions, créations, retour à des solutions antérieures, etc. épousent de très près les interrogations, les hésitations et les insatisfactions de l'institution relatives à l'insertion de la pédagogie et des activités éducatives dans le processus thérapeutique. Bien sûr la réalité de l'évolution et de la mouvance des cas pris en charge peut expliquer du moins en partie la variabilité de ces phénomènes par souci d'adaptation, ou souvent encore traduire les différentes orientations des directions successives...
- 2- La liste de ces activités proposées et utilisées, toutes institutions confondues, s'avère impressionnante : en dehors des groupes à visée rééducative «classique» (type orthophonie et psychomotricité) ou à orientation vers la scolarité (groupes de niveaux dans les principales disciplines, visant parfois à la préparation d'un examen ciblé, mais aussi ateliers de mathématiques modernes, géométrie, sciences, philosophie...) on trouve également des groupes utilisant la terre, le papier, le dessin, la peinture sur différents supports, la musique, les textiles, la photo, le cinéma, la vidéo, la bande dessinée, la poterie, la sérigraphie, la sculpture, la céramique, le tissage, les émaux sur cuivre, la menuiserie, la serrurerie, la maçonnerie, la mécanique, la couture, le cartonage, la cuisine, l'observation et les enquêtes, le pré-apprentissage professionnel, l'expression corporelle, la piscine, le poney, le judo, la pyrogravure, les masques, etc. *«Tout semble se passer comme si, à certains moments on attendait que la multiplicité des groupes et des médiations vienne résoudre les problèmes en suspens. Mais ensuite, devant les phénomènes de saturation, d'éparpillement, on s'interroge sur la pertinence de cet activisme tous azimuts».* (L. Bastide, 1994).

C'est ainsi que, personnellement, après avoir mis sur pied et instauré en situation d'usage une technique d'utilisation de l'audio-visuel dans une perspective rééducative et psychothérapique qui semblait prometteuse (L. Bastide, 1979), je fus amené avec H. Coulon, à l'appliquer dans de petits groupes. Après quelques années nous décidâmes de cesser cette activité dans la mesure où l'hétérogénéité de ces groupes (âge, nature des difficultés, intérêt pour l'audio-visuel, etc.), l'absence de critères bien définis quant à l'indication, et surtout peut-être le fait que le fonctionnement (en raison notamment des facteurs précités) devenait de plus en plus centré sur la tâche (produire un message audio-visuel) au détriment de l'expression, de la verbalisation, de l'élaboration et de l'exploitation du «matériel» apporté, alors que ces limitations n'intervenaient pas ou beaucoup moins en situation individuelle. Bref, nous éprouvâmes, pour faire allusion aux travaux de D. Anzieu (1971), un sentiment de désillusion groupale auquel venaient faire écho les termes critiques utilisés alors par certains pour dénoncer cette «mode» : groupite, groupinaire, réunionite, etc.

A dater de 1984-1985 les groupes connaissent un nouvel essor, mais à partir d'une réélaboration des références conceptuelles, des objectifs, des choix thérapeutiques et aussi de l'évolution de la population consultant au CMPP.

Il semble que l'on parvienne alors « à un consensus sur la conception des groupes autour des notions de contenant, d'enveloppe, d'aire transitionnelle ainsi que sur leurs fonctions, non seulement thérapeutiques et éducatives, mais encore d'observation, de préparation à une entrée, une sortie, un traitement individuel, de maintien des liens avec l'institution. Apparaît alors une multifonctionnalité de ces groupes tantôt considérés comme une propédeutique, tantôt comme un aboutissement » (L. Bastide, 1994, p. 13).

C'est ainsi que le rapport d'activité de 1990 signale que : «Les approches thérapeutiques de certains échecs scolaires ont pu être mieux définies. On en retrouve la trace dans l'augmentation des interventions psychorééducatives de groupe, mieux adaptées au moins dans un premier temps ou au blocage des investissements qui caractérise une partie de notre population » (p. 20).

Celui de 1991, que : «L'augmentation des interventions en groupe est liée aux problématiques actuelles des enfants qui consultent et qui ont besoin de l'enveloppe groupale, au moins dans un premier temps (1) pour retrouver des bases sécurisantes, des repères identificatoires avant d'aborder un travail rééducatif ou psychothérapeutique individuel » (p. 27).

Celui de 1992, que : «L'obligation de faire face à une demande importante, dans des délais raisonnables, liée à notre réflexion et à nos élaborations antérieures, a donné naissance à des solutions originales d'aménagement des approches thérapeutiques et des traitements. Notamment une meilleure utilisation de l'ensemble des techniciens de l'équipe pour des observations individuelles ou de groupe, sorte de «sas», d'espace tiers, entre a) la demande et la réponse thérapeutique possible, a été mise en œuvre » (p. 29).

Celui de 1993, que : «Les groupes thérapeutiques (avec ou sans médiation) ont continué de fonctionner de façon sensiblement comparable à 1992. De plus, la mise en place d'un psychodrame de groupe a permis d'offrir une réponse de choix pour les pré-adolescents au fonctionnement mental pris en masse, pour lesquels les psychothérapies classiques n'étaient pas une réponse satisfaisante » (p. 28).

Celui de 1996, que : « La diversité des familles qui consultent n'est pas seulement satisfaisante sur le plan de l'adéquation de l'offre avec la demande. Au moment où certaines indications, liées à la qualité de la souffrance d'un enfant ou d'un adolescent et à son contexte familial particulier, sont posées, en l'occurrence les indications de groupe, la diversité va jouer un rôle supplémentaire au processus thérapeutique proprement dit. Il se trouve en effet que notre politique d'inventivité de réponses pertinentes, nous amène à créer beaucoup de traitements en petits groupes (3 groupes psychothérapeutiques d'enfants autour de la latence, 1 de pré-adolescents, 2 groupes de tout-petits, 1 groupe psycho-rééducatif centré sur l'écriture et le roman (pour des pré-adolescents) 1 psychodrame d'adolescents, 1 groupe de psychomotricité et de relaxation, et des petits groupes de psychopédagogie...). Le nombre et le profil de ces groupes varient bien sûr au fil des indications. Et dans ces groupes, nous observons l'effet très positif de la construction de la capacité à accepter l'autre. Comprendre que l'autre existe dans l'objectif psychothérapeutique amène les enfants, dans la confrontation de leurs origines différentes, à reconnaître ce qui leur ressemble chez des autres parfois si différents. C'est la qualité de l'investissement psychique dans la démarche psychothérapeutique qui fonde les bases des qualités sociales de leur relation » (p. 24).

Le rapport de 1997 signale par ailleurs que : «(Probablement du fait du caractère ouvert et souple de certains groupes), la durée moyenne d'attente entre la décision thérapeutique et sa mise en place est de 6 mois pour une psychothérapie individuelle et de 1 à 4 mois pour la fréquentation d'un petit groupe. Il faut noter enfin que l'extension actuelle des groupes, ne se fait plus sous le signe d'une certaine idéalisation de ceux-ci, d'une ruée vers l'or, d'un nouveau far-west rééducatif et psychothérapeutique mais sous celui d'une certaines limites ou de certains risques ».

==
Note

d C'est nous qui soulignons

Au sein même du CEREP, des mises en parole ont été formulées, Comme le rappelle J. Meunier (1994, p. 30) : En collaboration avec G. Testemale, J.B. Chapelier, psychanalyste, psychodramatiste et formateur en psychothérapie psychanalytique de groupe, publie en 1984 un article intitulé «*Groupes thérapeutiques et institutions soignantes*». Les auteurs mettent l'accent sur la difficulté de survie d'un groupe thérapeutique en milieu institutionnel en raison de l'interaction entre groupe, thérapeute (ou thérapeutes) et l'institution soignante. «*Ces trois éléments forment un système vivant, ce qui implique des tensions et des conflits normaux ; mais les possibilités de manipulation de ces groupes par l'institution ou le psychothérapeute peuvent conduire à l'attaque même des liens*» ce qui, ajoutent les auteurs, entraîne une éventuelle construction du groupe thérapeutique. A cette époque, J.B. Chapelier qui a appartenu un temps à l'équipe du Centre Médico-Psycho-Pédagogique est psychothérapeute-analyste à l'Hôpital de jour Poissonnière.

En 1998, en collaboration cette fois avec C. Neuville, également psychothérapeute-analyste au CEREP depuis de nombreuses années, il publie «*Quelques hypothèses sur le phénomène de bouc émissaire*», Ce mécanisme groupal est supposé procéder tant des vécus familiaux individuels que de l'histoire institutionnelle elle-même - conflits institutionnels en l'occurrence - ce qui ne saurait occulter pour autant le rapport entre le vécu dépressif des thérapeutes et ce phénomène de bouc émissaire.

De même, il reste parfois malaisé de situer les groupes entre le pôle rééducatif et le pôle psychothérapique, entre l'observation et l'action curative. C'est ce dont semble témoigner l'utilisation de certains adjectifs pour les caractériser. On peut ainsi trouver en 1995 (p. 26) les termes de «groupes intermédiaires», notion qui montre bien la complexité du problème mais qui serait à expliciter davantage.

IV - EVOLUTION DE 1984 À 1997 DE LA PLACE DES PSYCHOTHÉRAPIES DE GROUPE (y compris psychodrame)

Par rapport à l'ensemble des groupes.

Si l'on regroupe les données de 1984 à 1990 (soit 7 années) d'une part et de 1991 à 1997 (soit sept années également) d'autre part, on constate que la place des psychothérapies de groupe a nettement augmenté puisque celles-ci sont passées de 42 % environ pour la première période à 50 % pour la seconde, Le recours au groupe revêt donc, de plus en plus, une dimension thérapeutique.

Par rapport à l'ensemble des thérapies (individuelles et de groupe).

L'évolution se fait également au bénéfice des thérapies de groupe. En prenant en compte les mêmes périodes que précédemment, on remarque en effet que les groupes thérapeutiques constituent :

- de 1984 à 1990, 16 % des prises en charge thérapeutiques,
- de 1991 à 1997, 22 % de ces mêmes prises en charge.

Lorsqu'une indication de thérapie est posée, elle a de plus en plus souvent recours au groupe. Il faut également noter, au sein de cette évolution générale, certains phénomènes plus ponctuels de compensation : par exemple, de 1986 à 1987, le nombre d'actes de psychothérapies individuelles baisse (de 1814 à 1213) alors que dans le même temps celui des psychothérapies de groupe croît (de 299 à 525). Inversement de 1987 à 1989, le nombre d'actes de psychothérapies individuelles augmente (1213, 1518, 1791) et celui des psychothérapies de groupe décroît (525, 421, 320).

Dans l'évolution générale signalée, semble donc se dessiner un certain équilibre destiné à maintenir la prédominance des prises en charge thérapeutiques.

ANNEXE DES ACTES

	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97
Nb. total d'actes	2460	3293	5456	6827	6902	6012	5333	5004	5128	5063	5404	5171	4784	4924	5103	5782	5887	5973	5857	5617	5565	5500	5762	5950	5835	5928	5729	5966	5767
Actes Traitements	1972	/	4839	5617	4979	4693	4212	/	3726	3904	4353	4092	3886	3998	4164	4601	4686	4337	4113	4355	4087	4002	3512	4342	4624	4535	4118	4337	4186
Actes psycho-thérapeutiques individuels	470	/	854	1692	1468	1387	1097	/	1183	1116	1267	1090	891	1196	1259	1647	1392	1814	1213	1518	1791	1548	1373	1594	1859	1813	1788	1707	1608
Actes groupe	108	/	117	/	/	739	782	/	940	584	548	526	812	594	445	537	645	659	636	816	635	837	1062	1064	786	863	798	976	1056
Actes psycho-thérapeutiques de groupe																71	91	299	525	421	320	297	309	298	211	481	499	700	752
% actes de groupe/ actes de traitement	5,5	/	2,4	/	/	15,8	18,6	/	25,2	15	12,6	12,9	20,9	14,9	10,7	11,7	13,8	15,2	15,5	18,7	15,5	20,9	30,2	24,5	17,0	19,9	19,4	22,5	25,2
% actes de psycho-thérapie de groupe / actes de groupe																13,2	14,1	45,4	82,6	51,6	50,4	35,5	29,1	28,0	26,8	55,7	62,5	71,7	71,2
% actes de psycho-thérapie de groupe/ actes psycho-thérapeutiques																2,4	6,4	14,1	30,2	21,7	15,1	16,1	17,6	15,7	10,2	20,9	21,8	20,7	31,8

Bibliographie

- ANZIEU Didier (1971), *L'illusion groupale : un Moi idéal commun*, Nouvelle Revue de Psychanalyse, n° 4, pp. 73-93.
- BASTIDE Luc (1979), *I comme Maxime ou quelques réflexions sur une utilisation pédagogique et thérapeutique de l'audiovisuel*, Revue Medico-Psycho-Pédagogique, ANCMPP, n° 4 pp. 1-17.
- BASTIDE Luc (1994), *Histoire et Images du CEREP d'après les rapports d'activité de 1964 à 1992*, Les trente ans du CEREP, CEREP, pp. 9-21.
- MEUNIER Josette (1994), *L'histoire du CEREP à travers le survol des publications de ses intervenants*, Les trente ans du CEREP, CEREP, pp. 23-32.

UNE JOURNÉE DU CEREP SUR LES GROUPES 1998

I - UN GROUPE DE PSYCHOMOTRICITÉ

L'arrivée, au CMPP, d'une psychomotricienne date de septembre 1995. En novembre 1995, un groupe de psychomotricité est mis en place : 4 enfants, âgés de 7 ans 1/2 à 8 ans 1/2, y participent. Ces enfants viennent consulter pour des difficultés scolaires.

L'indication de psychomotricité et de groupe est posée en synthèse, chaque enfant a passé un bilan psychomoteur et d'autres bilans. Ces enfants présentent donc, entre autres, des difficultés psychomotrices : instabilité, inhibition, difficultés spatio-temporelles, bégaiement, dysgraphie. De ce point de vue, le groupe est hétérogène.

Dans les premières séances, le cadre est directif : je propose, sous forme de jeux, d'appréhender des situations psychomotrices dynamiques où des notions spatio-temporelles sont abordées. Un travail sur la verbalisation des consignes est demandé aux enfants. Après quelques séances, je les invite à modifier ces propositions, à en inventer d'autres, à les proposer au groupe, à les expliquer aux autres participants, à élaborer les règles nécessaires. Un thème par séance sera retenu, le groupe est donc amené à discuter, à choisir, à négocier. Les participants vivent des moments de frustration ou d'échec. Ils sont soutenus pour médiatiser leur violence. Pour se faire comprendre, on peut utiliser la parole, le mime, le dessin ou l'écrit.

Le groupe fonctionnera 2 ans avec trois enfants venant régulièrement depuis le début, un quatrième se joindra au groupe à partir de la deuxième année. Globalement on peut parler d'un fonctionnement en groupe fermé. Le contenu des séances évoluera avec le temps : beaucoup de jeux dynamiques à composante motrice (voir de décharge motrice), des jeux de sociétés, des constructions collectives, enfin des petits scénarios inventés et joués par les enfants, une chanson et vers la fin des conversations de plus en plus longues entre les enfants. Le temps de parole prend alors plus de place, les règles du groupe sont intégrées. Je prends la décision d'arrêter ce groupe en novembre 1997, parce qu'il me semble que le travail en psychomotricité est arrivé à son terme.

II - UN GROUPE DE RELAXATION 1997/1998

Parallèlement à une pratique de relaxation avec des enfants suivis en séances individuelles, j'ai mis en place un petit groupe de relaxation dont voici résumées les modalités de fonctionnement. Le groupe pouvait accueillir un maximum de trois enfants, et ce, pour des raisons matérielles de place et de disponibilité de relaxateur. Deux enfants, l'une âgée de 9 ans 1/2, l'autre de 11 ans 1/2 ont participé à ce «groupe-duo» car il n'a pas été possible de trouver une troisième participante dans cette fourchette d'âge, et inclure un seul garçon me semblait difficile pour lui. La technique utilisée est la relaxation thérapeutique de Berges/Bouines.

Les indications : Cette technique est utilisée en psychomotricité pour aborder les troubles du schéma corporel, les troubles tonico-émotionnels, certaines inhibitions et instabilités. Il existe deux contre-indications à cette forme de relaxation : les névroses obsessionnelles et la déficience intellectuelle.

Le cadre: Du temps de parole est proposé en début de séance: les enfants peuvent parler de leur séance de la semaine précédente ou de celles faites chez eux au cours de la semaine.

Le temps de relaxation : Proprement dit avec des mobilisations faites par la relaxation.

La reprise : La fin de la séance où l'on se dit simplement au revoir.

ORTHOPHONIE ET GROUPES PSYCHOTHÉRAPIQUES

Quelques observations concernant les liens entre orthophonie et groupes psychothérapeutiques

Cas n° 1 : Rééducation orthophonique, puis groupe psychothérapeutique.

Il s'agit d'un petit garçon de 5 ans présentant des troubles massifs d'articulation, entraînant des difficultés de communication, liés à un problème d'hypoacousie.

Cet enfant se présente tantôt inhibé, tantôt instable, sur un fond anxieux et dépressif. Perturbation de la première relation mère-enfant (mère dépressive). L'orthophonie est d'abord proposée afin de lui donner les moyens de communiquer. L'articulation se mettra en place, puis dans un deuxième temps, la lecture (gravement entravée par des problèmes phonétiques), D. peut communiquer avec ses pairs, la classe de perfectionnement est évitée. Parallèlement bien sûr, un lien s'instaure entre l'orthophoniste et les parents, l'orthophoniste et l'école, qui permet de nouveaux modèles de communication dans l'organisation globale enfant-parents-école.

Consultations régulières du médecin avec le père, puis la mère. Celle-ci pourra accepter que se tisse un lien et quel'on s'occupe d'elle. Mais D. reste dans un état d'inhibition extrême; il ne peut exprimer aucun affect. Et c'est cette impossibilité d'expression, cette impression de souffrance qui engendrera l'indication d'un groupe psychothérapeutique. Il y pourra dire qu'il est malheureux et qu'on lui demande des choses impossibles. Actuellement, il est en CMI, il n'est pas en échec, et on constate une levée de l'inhibition; il arrêtera le groupe en décembre.

Cas n° 2 : Groupe psychothérapeutique, puis orthophonie.

Il s'agit d'un petit garçon de 7 ans, vu en orthophonie à la fin de son 1^{er} CP, pour ses difficultés d'apprentissage de la lecture. Au départ L. présentait un trouble de la personnalité, avec retentissement sur les acquisitions. On notait une agitation importante, une opposition, une agressivité. Egalement, trouble du sommeil, trichotillomanie, sur un fond d'immaturité globale. Scolairement, L. n'avait aucune appétence, montrait passivité, désintérêt, manque total d'autonomie.

Il fallait d'abord que le groupe psychothérapeutique mette en place, par une mise en mots, la circulation et l'expression de ses affects, permettant un passage de l'imaginaire au symbolique. Parallèlement à un sevrage progressif du groupe, l'orthophonie a pu commencer, L. ayant acquis ce désir indispensable de curiosité et d'autonomie, nécessaire à toute acquisition du savoir.

Cas n° 3 : Groupe + orthophonie.

Il s'agit d'une fillette de 7 ans, présentant une inhibition massive, intellectuelle, scolaire, donnant une impression de dévitalisation. Troubles associés du langage, d'acquisition de la lecture, et de repérage.

Au début, piétinement de la rééducation orthophonique. Puis peu à peu, au sein du groupe, levée de l'inhibition, apparition d'une problématique hystérique plus classique. Expression de l'agressivité vis-à-vis du petit frère. Des relations ont pu se créer entre les différents éléments du groupe et lui permettre de nouveaux modèles de communication. Rapidement on a assisté à un réinvestissement des activités d'apprentissage.

**Première Journée d'Étude
du Cerep - 17 novembre 1998**

**IMP. IMPRO
CASSETTE VIDÉO**

Première Journée d'Étude
du Cerep - 17 novembre 1998

PRÉSENTATION DE LA CASSETTE VIDÉO EN VUE DE LA RENCONTRE ASSOCIATIVE DU 17 NOVEMBRE 1998

..... **C**ETTE vidéo relate une journée à l'IMPro, l'idée d'une présentation de l'établissement d'un point de vue global ayant été retenue.

Bien qu'il s'avère que ce travail n'y réponde pas de manière exhaustive, il a néanmoins pour objectif de présenter la population accueillie, le fonctionnement de la prise en charge quotidienne, le rythme d'une journée, les options professionnelles et différents aspects du projet qui, bien que parcellaires, laissent entrevoir l'espace dans lequel les adolescents évoluent.

Au travers de cet ensemble dont les éléments précités apparaissent de manière succincte, nous souhaitons susciter des questions voire proposer des thèmes de réflexion propices aux échanges attendus lors de cette rencontre associative.

Le rapport au temps nous a amenés à penser davantage au contenu et au sens qu'à la forme. Concrètement, tout en respectant le rythme et le déroulement d'une journée, les activités ont été filmées sur une semaine et choisies parmi celles qui se complètent pour exprimer au mieux la teneur du projet pédagogique sans pour autant parler de chacun de ses aspects, estimant que les différents documents existants (projet pédagogique, tableau d'activités, organigramme et bulletin) sont complémentaires. Une journée a été consacrée au montage.

Les adolescents ont été prévenus du projet ; ils se sont laissés filmer en se montrant à l'aise et en coopérant pour la plupart ou ont demandé à participer en personne à certains passages, un très petit nombre a exprimé son désaccord. Dans l'ensemble, le résultat a suscité leur satisfaction. Certaines familles informées de cette vidéo lors d'une réunion de parents ont souhaité la voir, ce qui pourra se faire prochainement. Cette cassette nous laisse l'idée de la reprendre de manière plus élaborée afin d'en faire un document d'informations et d'échanges, peut-être un jour, avec des professionnels extérieurs.

I - COMMENTAIRE DE LA CASSETTE

Une journée à l'IMPro

Il est bientôt 9 heures, les adolescents et les adultes se réunissent dans la salle d'accueil pour partager un moment de retrouvailles et d'échanges avant de commencer les activités quotidiennes.

Les activités sont en général au nombre de quatre par demi-journée. Chaque groupe d'activités, fixe sur une demi-journée ou une journée, est composé de 9 adolescents encadrés par deux adultes le plus souvent des éducateurs, parfois un seul. L'emploi du temps de chaque adolescent est déterminé en fonction de son projet individuel pour une année sauf exception, à partir de ses choix, de ses besoins supposés par les adultes et bien sûr, compte tenu des limites institutionnelles.

Sport

Ce matin-là, un groupe, encadré par le professeur de sport et un éducateur va au gymnase en empruntant les transports en commun. Après s'être détendus et échauffés, les adolescents peuvent y pratiquer différents sports dont le basket. En dehors de l'importance du travail corporel que le sport représente, c'est aussi un contexte d'apprentissage des règles du jeu collectif qui s'inscrit par conséquent dans le rapport à l'autre et au groupe, dans la communication et l'expression.

Dans l'institution, trois groupes d'activités se forment :

Péri-scolaire

Il est proposé ici un certain nombre d'activités de type scolaire qui visent à faire accéder à une plus grande autonomie des actes de la vie quotidienne dans le but de favoriser la démarche de socialisation des adolescents.

Danse - Expression artistique

Dans la salle polyvalente, le groupe d'expression artistique s'échauffe avant de passer à la chorégraphie. Le travail est axé sur les repères spatio-temporels, la coordination, la latéralisation, la conscience de son corps et celle du groupe, la notion de rythme au niveau individuel et collectif. Par la médiation de la chorégraphie qui sera représentée, il s'agira de permettre aux adolescents de découvrir leurs potentialités tout en prenant du plaisir et se situant dans l'échange.

Couture

Nous sommes maintenant dans l'atelier couture et repassage qui, comme tous les ateliers techniques, ne propose pas une formation dans ce domaine mais une mise en situation qui sollicite les capacités de chacun et introduit les bases nécessaires au travail. Ici, les adolescents apprennent à coudre à la main et à la machine, à tricoter, à repasser et ont la possibilité d'effectuer les réparations de leurs propres affaires.

Pendant les activités, certains adolescents sont pris en charge à l'intérieur de l'institution par l'orthophoniste d'une part et par la psychologue d'autre part, ou se rendent à leur rendez-vous à l'extérieur (CMP ou autres).

Prise en charge par l'orthophoniste

L'orthophoniste leur propose des rencontres régulières pour faire un travail d'élaboration qui participe à leur projet au singulier et au pluriel, en lien avec leur propre histoire. D'autres rencontres ponctuelles sont possibles suivant leur vécu institutionnel.

Un temps leur est aussi réservé dans la semaine pour qu'ils expriment leurs demandes personnelles.

Prise en charge par la psychologue

Les adolescents vont voir la psychologue pour parler de leurs préoccupations et des difficultés qu'ils rencontrent dans l'institution, avec leurs camarades et dans leur famille.

Certains adolescents ont des entretiens réguliers une fois par semaine, ce qui les prépare à investir plus tard un espace thérapeutique à l'extérieur, notamment dans des CMP. D'autres expriment leurs souhaits de leurs problèmes lors des entretiens ponctuels proposés tout au long de leur parcours.

Le cadre étant aménagé en fonction de la problématique de l'adolescent, des médiations sont parfois nécessaires.

Repas

A midi, c'est l'heure du repas, moment convivial lors duquel les adolescents déjeunent pour la plupart à la cantine qui est aussi un lieu de stage, souvent le premier pour certains, avant d'en effectuer d'autres à l'extérieur qui leur permettront de concrétiser un jour leur projet d'insertion. D'autres adolescents prennent le repas qu'ils ont préparé dans l'atelier restauration en se chargeant de l'ensemble des étapes de sa réalisation : le menu, les courses, les préparations des plats, toutes les tâches ménagères ainsi que la gestion du budget.

Pause

Un temps de pause dans des lieux différents permet aux adolescents de se détendre. Dans la salle polyvalente le plus souvent autour des baby-foot ou dans un lieu où ils se retrouvent pour danser, écouter de la musique ou voir une cassette vidéo, un autre endroit est prévu pour pouvoir être au calme. C'est aussi à ce moment de disponibilité qu'il est possible de demander un papier à la secrétaire ou bien d'exprimer une demande d'activités ou de vacances à l'assistante sociale par exemple.

L'après-midi, quatre autres groupes d'activités permanents se forment:

Équitation

Un groupe part au centre équestre encadré par la psychomotricienne et un éducateur qui rejoignent sur place un maître de manège.

Il ne s'agira pas de former de «bons cavaliers» mais de permettre aux participants de faire un travail qui sollicite le corps et ses limites en leur donnant l'occasion d'avoir à se maîtriser en respectant l'autre, de se dépasser eux-mêmes au travers de la relation au cheval qui rappelle en permanence par ses réactions son caractère bien distinct.

Dans ce cadre émotionnel important, tout un travail psychomoteur et thérapeutique s'effectue dans un vécu, un ressenti propre à chacun.

Musicothérapie

Dans l'institution, la musicothérapie est conçue comme un outil thérapeutique qui va permettre le rétablissement de la communication quand un processus de déstructuration et de rupture envers l'environnement et le monde extérieur se produit. C'est un moyen d'être à l'écoute de soi-même et de l'autre. Ici la musique devient un support transitionnel dans un processus relationnel.

Atelier technique

Dans l'atelier technique polyvalent, un travail qui diffère selon les jours est proposé le plus souvent en rapport avec la réalité de la vie quotidienne institutionnelle. Parfois, il s'agit d'effectuer de petites réparations dans les locaux tandis qu'à d'autres moments le travail sera axé sur le lien entre la théorie et la pratique à partir de différents matériaux et de la réalisation d'objets.

Espace Jeu

Les adolescents sont inscrits dans « l'espace jeu » lorsqu'il est difficile de soutenir leur participation durant toute la semaine dans les groupes d'activités. Le rythme hebdomadaire étant en effet trop soutenu pour certains qui pourraient subir une sollicitation trop importante, il existe donc la possibilité là, d'évoluer dans un cadre où le jeu peut rassembler ou permettre un espace individuel.

Mosaïque et Peinture

Deux artistes proposent une fois par semaine aux adolescents des quatre groupes permanents de peindre ou de faire une mosaïque en s'engageant sous forme de contrat pour un nombre variable de demi-journées, l'exigence étant la réalisation de l'objet.

Mis à part l'intérêt du champ d'expression artistique que représentent ces deux activités animées conjointement qui sans solliciter directement la parole lui permet d'émerger, celles-ci sont à la fois dans la complémentarité et dans la rupture du rythme quotidien de la prise en charge tout en restant en liens.

Scolaire

L'instituteur spécialisé prend en charge de manière plus individualisée des groupes de faibles effectifs exceptionnellement en individuel.

Compte tenu du peu de temps de présence des deux instituteurs (6 heures x 2), ce cadre est réservé en priorité à ceux qui sont déjà dans l'apprentissage ou dans la démarche, en tout cas capables d'aborder la question scolaire dans les conditions de la classe bien que celles-ci soient très adaptées.

Lieu d'accueil

Pour souffler, les adolescents peuvent aller dans un lieu d'accueil qui est ouvert depuis peu de temps dans l'établissement et fonctionne deux demi-journées par semaine. Il a pour but de permettre aux adolescents pour qui la structure groupe devient trop difficile, pour diverses raisons, de pouvoir sortir momentanément et d'être accueillis par un adulte afin de réintégrer leur groupe d'activités dans d'autres dispositions.

Cette possibilité offerte aux jeunes peut venir de leur propre initiative ou de celle de l'éducateur.

Journal

A un autre moment de la semaine, les adolescents réalisent un journal avec l'aide des éducateurs. C'est l'occasion pour eux de s'exprimer sur des thèmes qui sont au centre de leurs préoccupations. Au travers d'un questionnement, après avoir échangé leurs idées, ils effectuent des recherches et élaborent le texte avant que ceux qui le peuvent l'écrivent, travaillent sur l'ordinateur et effectuent la mise en page.

Temps de séparation - Sortie

Après avoir récupéré leurs affaires personnelles dans les casiers individuels, les adolescents se dirigent vers la salle polyvalente, cette fois-ci lieu de séparation avant la sortie. Autonomes pour la plupart, un très petit nombre est accompagné par leur famille ou les compagnons du voyage.

... Après leur départ, le personnel se réunira pour tenter de comprendre davantage la problématique de chacun et échanger sur les avis, les questions et les problèmes individuels ou institutionnels.

Première Journée d'Étude
du Cerep - 17 novembre 1998

**HÔPITAL DE JOUR POUR ENFANTS
CENTRE ANDRÉ BOULLOCDE**

Première Journée d'Étude
du Cerep - 17 novembre 1998

DU SOIN À L'APPRENTISSAGE, DE L'APPRENTISSAGE AU SOIN

Pourquoi ce thème ?

C'est en cherchant à définir la spécificité de notre travail à l'hôpital de jour que nous avons été amenés à centrer notre réflexion sur la question de l'articulation entre le soin et l'apprentissage.

Notre visée d'amener les enfants de l'hôpital de jour à accéder au monde, comme tout enfant, par le biais de l'éducation, de la scolarité et de la culture, constitue en même temps le principal obstacle auquel nous nous heurtons. Notre fonction soignante ne serait-elle pas dès lors d'essayer de comprendre d'une part pour quelles raisons ces enfants ne parviennent pas à investir les apprentissages de la vie, et d'autre part de les accompagner sur cette voie en utilisant différents moyens comme le font les parents pour que leur enfant trouve sa place dans le monde ?

Nous sommes également partis du constat que notre travail s'est éloigné de la suprématie d'un certain modèle où la psychothérapie d'orientation psychanalytique était considérée non seulement comme la voie royale mais également comme le passage obligé avant toutes autres formes d'intervention. On mettait en avant le fait qu'on ne devait pas soigner le symptôme sans comprendre ce qui le sous-tendait, ni tenter de rééducations avant que l'enfant ne devienne sujet de son désir.

A ce propos, nous citerons quelques réflexions des tenants de cette position. Par exemple : si graves que soient les troubles psychomoteurs, les désordres du langage, écrit ou oral, présentés par l'enfant, il semble nécessaire d'en comprendre la cause avant quoi que ce soit d'autre, ou encore : il serait idéalement raisonnable de faire bénéficier tout enfant atteint de psychose d'une cure psychanalytique afin que le mal soit traité à sa racine.

En réfléchissant au parcours de certains enfants de l'institution, nous nous sommes posé la question de savoir ce qu'il serait advenu de leur évolution si n'avaient pas été introduites d'autres modalités de traitement ? Ne pourrait-on pas considérer, inversement, que la psychothérapie d'un enfant ne peut être entreprise qu'une fois certains apprentissages mis en place et reconnaître ainsi les limites du traitement psychanalytique des psychoses ?

- Nous pensons en particulier à un enfant qui, à son entrée à l'hôpital de jour, ne parlait quasiment pas. En revanche, il couvrait des feuilles et des feuilles de papier, de lettres et de chiffres. Dans le groupe où cet enfant a été accueilli, nous n'avons pas cherché à donner un sens dans l'immédiat à ses productions graphiques car nous ne parvenions pas à déchiffrer la signification qu'elles avaient pour lui. Parallèlement, cet enfant suivait une rééducation orthophonique qui lui a permis, petit à petit, de substituer à sa propre grille un code commun. Cette rééducation nous a semblé thérapeutique en ce sens qu'elle a permis à cet enfant d'accepter de renoncer à ses productions autistiques pour accéder à un autre mode de fonctionnement plus en relation avec l'autre, mouvement que nous avons accompagné, émergence du symbolique que nous avons reconnu, rendant possible à partir de là un travail psychothérapeutique. Par ailleurs, cet enfant a pu être intégré à l'école et sa scolarité se développe de façon satisfaisante.

Si quelque chose s'est dénoué, c'est peut-être dans la rencontre qui s'est faite dans une relation privilégiée autour d'une médiation très centrée sur le symptôme initial.

Notre hypothèse est que ces rencontres entre l'enfant et des personnes capables d'entrer en relation avec lui dans la mesure où elles répondent, parfois à leur insu, à ce que l'enfant adresse, permettent que les apprentissages s'inscrivent dans le symbolique et sortent du cercle de la répétition. Contrairement au psychothérapeute censé interpréter le transfert, ces personnes l'utilisent pour tenter de mettre en œuvre leurs objectifs pris au sens large.

Dans cette perspective, l'institution apparaît comme un contenant psychique recevant des fragments, des énigmes, des échos, des appels, ayant vocation de les transformer en leur donnant sens. C'est en permettant de tels remaniements psychiques qui s'appuient sur des parties saines de l'enfant qu'ils donnent des effets de sens et jouent un rôle structurant.

Ainsi trouvent leur place dans l'institution soignante diverses médiations éducatives, pédagogiques qui même si elles sont limitées, offrent à l'enfant différentes possibilités de support relationnel avec des effets thérapeutiques.

En conclusion, il est important de souligner que l'un des rôles d'une institution soignante serait d'offrir différentes modalités de prise en charge au carrefour de l'éducatif et de la psychothérapie, lieu à partir duquel nous devons nous interroger sur les échecs et les réussites que nous rencontrons dans notre travail. En d'autres termes, il nous appartient de repenser le rééducatif à la lumière de la psychanalyse et la psychanalyse à la lumière du rééducatif.

Quant à la question de savoir si un enfant va mieux parce qu'il est capable d'apprendre ou s'il est capable d'apprendre parce qu'il va mieux, nous vous invitons à y réfléchir avec nous.

Daniëla Venturini

Nicole Mazaltarine

Danielle Goldstein

et la collaboration de :

François Simonnet

Catherine Bendelac

Nathalie Renault

Sophie Massoulié

**Première Journée d'Étude
du Cerep - 17 novembre 1998**

**HÔPITAL DE JOUR
POUR ADOLESCENTS
DU PARC MONTSOURIS**

**Première Journée d'Étude
du Cerep - 17 novembre 1998**

UN OUTIL DE TRAVAIL SUBJECTIF

Un hôpital de jour, c'est bien sûr les locaux et du matériel, mais c'est surtout une équipe de professionnels ; et comme tout organisme vivant, il connaît une constante évolution qui comporte ses avantages et ses inconvénients.

De l'aventure du Cerep-Montsouris, depuis quelque vingt-cinq ans, il me semble que trois tendances majeures se dégagent qui s'avèrent représenter de fait trois options de base de cet établissement.

Je voudrais tenter d'en rendre compte très succinctement ici.

I - Quelle conception de l'hôpital ?

Il y a eu d'abord de la part de l'ensemble de cette équipe pluri-professionnelle (soignants, enseignants, travailleurs sociaux, artistes...) la conscience de plus en plus nette, et le propos de plus en plus délibéré, de concevoir l'hôpital de jour avant tout comme *un lieu pour vivre*. Avant d'être un cadre distributeur d'actes techniques, de séances diverses, il est conçu d'abord comme un *asile* - terme terriblement déprécié mais qui conserve tout de même sa lettre de noblesse dans l'expression *droit d'asile* - un asile donc pour des adolescents rejetés et rejetants par rapport aux lieux de sociabilité normaux pour leur âge, parmi lesquels l'école au premier chef, bien sûr.

L'effort des divers professionnels de l'équipe se mobilise donc avant tout dans le sens de rendre une vie partagée possible dans la journée, entre adolescents et avec les adultes ; et c'est au sein de cette convivialité que les actes plus spécifiquement thérapeutiques ou pédagogiques vont devoir être dégagés en tant qu'indications, à partir de l'investissement de vie de l'adolescent (au double sens d'investir et d'être investi). Quelle que soit l'importance des actes thérapeutiques individuels, des divers ateliers de médiation (dont la liste est longue et variée) et des entretiens individuels, l'emploi du temps de chaque jeune comportera toujours des temps informels propices à des échanges spontanés, plus ou moins sérieux ou ludiques, entre adolescents et avec des adultes rendus disponibles à ce moment.

C'est là une donnée de base pour les trente-trois jeunes formant l'effectif de la *cure* de l'hôpital de jour, mais aussi pour la dizaine qui vient à *temps partiel* (une ou plusieurs demi-journées par semaine) de manière à maintenir une insertion dans un milieu pédagogique non spécialisé - ceux-là aussi sont partie prenante de l'expérience de convivialité, leur temps n'étant pas non plus saturé par des actes techniques.

Cette optique est encore radicalisée à l'occasion des *transferts* : expérience de vie à temps plein pendant plusieurs jours d'une douzaine de jeunes avec des adultes.

Cette option donnant priorité à la fabrication d'un lieu pour vivre souligne évidemment la différence structurelle entre un hôpital de jour et un CMPP d'avantage centré sur *l'acte*. D'autre part, une communauté d'adolescents sans déficit intellectuel se gère nécessairement selon des modalités différentes d'un établissement pour enfants.

II - Quelle articulation avec les autres cadres de vie ?

Corrélativement à cette option de travailler à offrir un investissement de vie en rupture avec le vécu *traumatique* antérieur de la plupart de ces jeunes, l'équipe du Cerep-Montsouris a été amenée à percevoir très vite la nécessité d'articuler systématiquement son action avec l'autre cadre de vie simultané du jeune, c'est-à-dire le milieu familial pour la plupart.

C'est le propre de la formule hôpital de jour que d'offrir une prise en charge à *mi-temps*, partageant le temps hebdomadaire du jeune avec son milieu familial - c'est-à-dire entre deux systèmes de vie a priori fort dissemblables, voire peu compatibles. Travailler dans le sens d'une articulation plus explicite entre ces deux cadres se présente comme un impératif majeur, ne serait-ce que pour ne pas réitérer le clivage plus ou moins disqualifiant, et bien sûr mutuel, qui a formé le terrain de base de ces cas, présidant à la genèse de leurs troubles.

Outre les contacts d'accueil informels parfois quotidiens avec les parents, notre travail avec le milieu familial s'effectue selon deux modalités principales.

- Il y a d'abord les séances réunissant chaque famille avec le psychiatre et les référents de chaque jeune (un couple homme-femme, psychologue ou éducateur, étant pour chacun une référence personnelle et non pas groupale au sens d'un programme d'activités). Les rencontres en viennent le plus souvent à être posées de façon régulière (mensuelle) et constituent de fait une forme de *thérapie familiale* sur plusieurs années. Là-dessus une option s'est assez vite dégagée dans notre pratique thérapeutique des familles, celle de ne pas les confier à des thérapeutes spécialisés pour cela dans l'hôpital, mais au contraire que les adultes les plus effectivement engagés durant la semaine avec l'adolescent soient les interlocuteurs thérapeutes des parents et de la famille.

Deux raisons majeures soutiennent ce choix.

Dans la mesure d'abord où nous pensons que l'établissement *d'identifications* mutuelles, par-dessus la barrière soignants-parents, va dans le sens d'une dé-psychotisation du cas, l'expérience partagée, au jour le jour, entre l'équipe et la famille, est évidemment ce qui peut favoriser cela au mieux.

De plus, la tâche qui s'impose souvent à nous comme prioritaire est de susciter la *naissance d'un discours possible* chez des jeunes pris dans des pathologies plus ou moins comportementales ou délirantes ; et c'est en pratique à partir de l'expérience vécue au quotidien et de sa mise en commentaire partagé que l'on peut le mieux développer la capacité du jeune à se représenter mentalement et à mettre en discours ce qu'il produit de façon plus ou moins dépersonnalisée.

Mais pour progresser dans ce sens, il est essentiel que cette mise en discours se fasse simultanément avec le milieu familial. Le jour à jour de symptômes plus ou moins éprouvants pour l'entourage donne matière à leur reprise verbalisée entre soignants et famille. A partir de quoi nous pourrions souvent réactiver des fragments de l'histoire du jeune et de sa famille - verrous transgénérationnels à caractère traumatique - selon le modèle dont procède classiquement une cure psychanalytique prenant appui sur la réactualisation *transférentielle* du refoulé traumatique plus ou moins occulté.

Nous nous efforçons ainsi d'aider chaque famille à évoluer d'une attitude défensive anti-douleur, couvrant par le *déni de sens et de parole* une blessure narcissique plus ou moins ancienne et plus ou moins cachée, vers sa mise-en-discours-commun à partir de l'expérience partagée au quotidien des difficultés symptomatiques du jeune.

- C'est aussi dans le sens de favoriser une certaine socialisation dans un discours partageable que travaille essentiellement le *groupe de parents* (mensuel). Le symptôme psychotique tend à y changer de valence en devenant l'objet d'un lien social entre parents plutôt qu'un facteur d'isolement honteux et d'exclusion de la famille. Les parents trouvent l'occasion ensemble de restaurer leur fonction endommagée par l'échec et même de retrouver un peu de citoyenneté au travers de l'association de parents mobilisée vers une meilleure politique de la santé.

Il convient toutefois de mentionner au passage les inconvénients possibles de chacune de ces options qui sont les nôtres. Ainsi la première, en faveur d'un hôpital-de-jour-lieu-pour-vivre, n'amène-t-elle pas des

personnels hautement qualifiés à consacrer beaucoup de temps et d'énergie à l'établissement de rapports somme toute banaux, simplement humains ? D'autre part, le visiteur, un peu distant, pourrait retirer l'impression que nos jeunes patients tendent à se comporter, dans ce lieu thérapeutique, comme tant d'adolescents le font au seuil des cités : se regroupant entre eux pour des conciliabules et des manigances interminables auxquels les adultes ont bien du mal à participer. Enfin, n'est-il pas dangereux de redonner un rôle et une participation effective à des parents soupçonnés d'avoir exercé un effet pathogène sur leur progéniture?

III - Du travail clinique de l'équipe elle-même

Je laisse ces questions ouvertes, et je parlerai maintenant de ce qui constitue la troisième option de notre établissement - peut-être la plus spécifique - et qui concerne une modalité du travail clinique de l'équipe elle-même sur les pathologies qui lui sont confiées.

Notre équipe pluriprofessionnelle se rassemble plusieurs heures par semaine pour un *travail de pensée en commun* autour de ce que les adolescents souffrants lui font vivre. C'est sans doute ce troisième point qui justifie le mieux l'intitulé général de cet exposé - *un outil de travail subjectif*. Au-delà du travail technique spécifique de chacun de ses membres, en effet, l'équipe dans son ensemble pense avoir vocation de constituer elle-même le lieu d'une restitution systématique des données plus ou moins éparses de la personnalité mal intégrée - plus ou moins clivée, voire schizée - de chacun des jeunes admis à l'hôpital de jour. «Restitution» traduit le terme allemand «wiederherstellung» employé par Freud à la fin de son texte-clé, «*Constructions dans l'analyse*» (1937), et dont il est intéressant de remarquer qu'il peut signifier aussi: restauration, réparation...

Nous nous sommes en effet assez vite rendu compte (sensibilisés au départ par le travail pionnier du Docteur Xavier Jacquey dans sa thèse de 1972) de la survenue régulière parmi nous d'un phénomène étrange. Dès lors qu'un jeune souffrant de symptôme psychotique se trouve admis dans l'établissement, et ainsi *pris en charge*, nous observons souvent de façon assez rapide que les adultes de l'équipe, qui s'en occupent le plus directement, vont connaître une difficulté particulière: au fur et à mesure de l'investissement du jeune (et proportionnellement à son degré de psychotisation interne) va tendre à se produire *entre* les adultes un certain mode d'incompréhension. Autrement dit, des professionnels travaillant ensemble de longue date et se créditant mutuellement d'une certaine estime vont se trouver suscités, dans une sorte d'évidence, à une forte disqualification mutuelle. Ils tendent à exprimer dans la synthèse des positions subjectives, non seulement contradictoires mais de fait incompatibles au sujet du jeune en question ; et les tiers moins impliqués sont alors témoins de la remarquable impossibilité où se trouvent tels de leurs collègues pour s'identifier tant soit peu l'un à l'autre.

Encore faut-il qu'il soit possible de s'exprimer de la sorte dans la synthèse - c'est-à-dire que les porteurs de tels vécus divergents osent en faire part sans craindre un blâme ! C'est, me semble-t-il, un impératif majeur pour un établissement psycho-thérapeutique de faire en sorte que l'idéal professionnel spécifique de chaque professionnel s'y trouve effectivement sub-sumé par un consensus d'ensemble autorisant ou plutôt prescrivant comme nécessaire l'expression dans l'équipe de cette *vérité en morceaux* qui est au départ le lot de nos jeunes patients (et de leurs familles). On doit bien sûr abandonner pour ce faire l'optique habituelle de chercher qui aurait raison ou tort, et supposer bien plutôt que les collègues ainsi impliqués sont porteurs chacun d'un *morceau de la vérité* du cas (c'est encore Freud, en 1937, qui met l'accent sur «le morceau de vérité historique» en jeu dans le symptôme psychotique).

On voit bien qu'il s'agit là de faire prévaloir une certaine conception théorique dans l'abord même de la pathologie en question. Le phénomène d'éclatement disqualifiant qu'on observe dans le collectif soignant et enseignant peut être considéré comme induit par la réalité psychique même du cas, étant donné le défaut d'intégration de ses différentes données de base, juxtaposées dans la psyché du jeune en termes de disqualification-destruction réciproque. Il est capital de bien prendre cela comme une donnée constitutive *réelle* du cas et non comme une quelconque production imaginaire qu'il s'agirait en quelque sorte de

démystifier. C'est là l'indication d'un *travail clinique à plusieurs*, et le fait de supporter en équipe, le temps nécessaire, que ces incompatibles co-existent en s'explicitant est déjà en soi un travail thérapeutique essentiel, dans le sens de progresser vers d'avantage de *représentabilité* des difficultés qui émanent du jeune patient concerné.

C'est là aussi que vient à notre rescousse ce que j'ai présenté plus haut comme notre option numéro deux : à savoir que le travail concomitant avec la famille soit effectué par les soignants les plus directement en charge du cas dans le jour à jour. Les vécus difficiles qui saisissent ces derniers (bien souvent sans beaucoup de rapport avec leur personnalité manifeste ni avec leur fonction dans la maison) s'avèrent correspondre significativement avec des attitudes similaires observables dans la famille concernée (j'ai déjà insisté sur l'utilité d'identifications partielles soignants-parents).

En fait, nous sommes régulièrement amenés à nous apercevoir (dans l'un certain après-coup bien sûr) que tout se passe comme si s'était *transféré* (déplacé) sur et dans l'équipe quelque chose de la réalité des rapports internes à la famille : communauté du déni, désaveu-disqualification verticale (des lignées) ou horizontale (des générations). La tâche clinique prioritaire est alors, dans ces cas, d'effectuer un travail suivi de *mise en pensée* - en mots et en images - au sein de l'équipe et si possible avec la famille. Dans la pratique, un tel travail doit le plus souvent s'effectuer d'abord (et longtemps) *autour* de l'adolescent plutôt que s'adresser à lui. On conçoit en effet qu'à ce niveau d'aliénation des symptômes délirants ou comportementaux qui sont les siens, il ne soit pas pertinent d'adresser quelque interprétation *ad hominem* que ce soit à un tel sujet en souffrance.

Aussi convaincu qu'on puisse être du bien fondé méthodologique d'une telle approche du transfert psychotique, utilisant l'outil subjectif du collectif soignant (c'est aussi d'ailleurs une raison d'être du psychodrame psychanalytique) et confortés en cela par la plupart des résultats évolutifs obtenus, il reste que cette option de travail comporte en elle-même de considérables difficultés. Elle connaît d'abord ses limites dans les dispositions personnelles et les capacités de chacun des soignants, enseignants, travailleurs sociaux, moniteurs de l'équipe. Il est clair que l'institution soignante ne peut que respecter les limites de chacun des professionnels impliqués sans prétendre s'occuper de les changer, le recours thérapeutique et psychanalytique éventuel de chacun à titre personnel ayant à prendre place au dehors.

D'autre part, le parti-pris dans notre travail de synthèse clinique d'envisager les positionnements subjectifs comme *induits* par le cas dont on traite, comporte aussi sa limite en tant que méthodologie : il nous faut bien traiter à certains moments de la réalité institutionnelle en tant que telle - des rapports de réalité dans l'établissement. Si l'on peut considérer comme *suffisamment vrai* dans le temps de la synthèse clinique que nos attitudes subjectives soient induites par le cas considéré, il faut bien qu'à d'autres moments (réunions d'équipe) nous traitions de l'institution dans sa réalité matérielle et humaine. On peut seulement décider par convention de faire prévaloir une approche ou l'autre, à tel ou tel moment institué de notre travail de réflexion en commun.

Au travers de cet exposé succinct de nos options de travail en équipe, on peut se rendre compte que la référence à la *psychanalyse* y demeure essentielle ; mais à condition bien sûr de ne pas limiter celle-ci à son modèle initial de la cure des névroses. La quasi totalité de nos jeunes patients, en effet, quoique non déficients intellectuels, pâtissent des effets d'une carence en matière de vie fantasmatique personnelle et d'un défaut d'intégration intra-psychique. C'est ce qui rend indiqué un travail psycho-thérapeutique à plusieurs, de manière à permettre le déploiement dans la psyché des soignants, et la reprise élaborative *entre eux*, des éléments d'un transfert d'empreintes *réelles* (à caractère perceptif) en défaut de symbolisation au départ chez le jeune et plus ou moins dissociées par la virulence du *désaveu* qui a prévalu dans son histoire.

**Première Journée d'Étude
du Cerep - 17 novembre 1998**

Ont participé à cette journée :

- Jean LORENCEAU Président d'Honneur
- Denise WEILL Vice-Présidente d'Honneur

- Le Professeur Guy ATLAN Président
- Hervé HAMON Secrétaire

- Jean-Pierre BIGEAULT Conseiller technique
- Françoise PICARD Directrice

- Le Docteur LE FRANÇOIS et Isabelle CAILLAUD
 ainsi que les membres de l'équipe du CMPP
- Joseph BAILINA et son équipe de l'IMP-IMPRO

- Le Docteur BENHABIB et Marie TURPIN
 et leur équipe de l'hôpital de Jour pour enfants Centre André Bouloche

- Le Docteur Bernard PENOT et Dominique LARCHE
 et leur équipe de l'hôpital de Jour pour adolescents du Parc Montsouris



Cerep

**31, rue du Faubourg Poissonnière
75009 Paris**

**Tél. : 01 45 23 01 32
Fax : 01 48 00 90 78
E. mail : cerep@aqw.fr**

