

Equipes éducatives, équipes thérapeutiques en pédopsychiatrie

Les feuillets psychiatriques de Liège
17, 1/2, 7-13 (1984).

par P. LABAR, M.P. CHAPELLE, D. PHILIPPART et C. MORMONT

Nous nous proposons de relater une expérience de travail qui remonte à quelques années, à 1976 très précisément et qui continue encore actuellement

Il s'agit de soumettre à la réflexion d'aucuns nos modes de relation et notre collaboration avec d'autres personnes, d'autres équipes s'occupant d'enfants, à l'exception des familles, des parents.

Ces équipes extérieures sont composées de travailleurs d'institutions diverses, éducatives (écoles, PMS) et rééducatives (centres de réadaptation fonctionnelle). Certains de ces institutions peuvent même avoir, comme nous, une vocation diagnostique (PMS) et thérapeutique (centres de guidance).

De nos rencontres avec toutes ces personnes et ces équipes - rencontres généralement nécessitées par le besoin des enfants - s'est tissé peu à peu au fil du temps et des répétitions une sorte de canevas de fonctionnement, un mode d'aide allant du dépannage dans les urgences à un travail plus élaboré de diagnostic et d'aide psychologique pour des enfants suivis au long cours par nous ou par l'équipe extérieure.

Notre sujet d'aujourd'hui est de vous parler de ces réunions de travail, de leur déroulement, de la population de clients en cause, de dégager les éléments favorisant l'issue positive de ces réunions.

Nous considérons comme favorable le fait qu'une équipe déjà venue nous redemande de l'aide pour de nouveaux enfants.

Nous avons souvent entendu déplorer l'hiatus d'incommunicabilité entre les psy et les non-psy représentés dans notre cas particulier par les psychologues-psychiatres et les enseignants-rééducateurs.

C'est pourquoi il nous a semblé utile de verser au dossier cent fois débattu et rebattu de ces incompatibilités une expérience de travail et de collaboration qui nous a paru satisfaisante pour l'essentiel.

* Ce travail a fait l'objet d'un exposé au séminaire de psychiatrie du jeudi 3 mars 1983.

I. CARACTERISTIQUES DES FAMILLES

Nous avons établi un «profil» des enfants et adolescents concernés par nos contacts avec les équipes dites éducatives.

Il est important de préciser que ce «profil» a été établi a posteriori c'est-à-dire après une certaine pratique de ces réunions d'équipes.

Nous disposons de 13 sujets : 12 garçons — 1 fille.

Notre population est donc presque exclusivement composée de **garçons**.

Nous nous sommes interrogés à ce sujet mais les réponses que nous avons pu apporter ne nous paraissent pas vraiment satisfaisantes. Il semblerait que les garçons en général, posent davantage de problèmes de comportement, ils seraient plus violents, plus difficilement maîtrisables. D'autre part, on conserve encore l'idée qu'un garçon doit pouvoir mieux se «débrouiller» qu'une fille dans la vie. On accorde plus d'importance à l'acquisition d'un métier chez un garçon, dès lors on est plus vite anxieux quant à son avenir et aux problèmes qu'il pose.

Il s'agit en effet, pour la plupart, d'adolescents (9 sujets) de **14 et 16 ans** au moment de la réunion dont ils sont l'objet. **4 sujets** ont entre **7 et 10 ans**.

La dynamique des familles est fortement perturbée. 7 couples sont mariés, 6 couples sont divorcés.

Le divorce s'accompagne chaque fois d'une **séparation brutale** avec un des deux parents. Trois **mères** quittent définitivement leur famille, **deux** lorsque leurs enfants sont très jeunes, le **3ème** disparaît lorsque son fils entre dans l'adolescence. Dans chaque cas, les enfants seront placés en pouponnière ou I.M.P.

Lorsque c'est le **père** qui quitte le foyer (3), il reste absent pendant un temps assez long (3 ans et plus) pour ensuite reprendre sa place auprès des enfants comme s'il ne les avait jamais quittés. Parmi les **7 couples mariés** : 2 couples de parents sont déçus, un père est alcoolique et les enfants connaissent de nombreux placements en institution dès le début de leur vie et par épisodes.

Les relations entre l'adolescent et un de ses parents, parfois les deux sont particulièrement difficiles (8 cas). Le conflit est latent et ancien, il explose brutalement à l'adolescence. L'exemple le plus spectaculaire est celui de ce garçon qui provoque l'emprisonnement de son père.

La collaboration des parents au traitement de leur enfant nous apparaît comme étant «passive». En effet, bien que ces parents se conforment parfaitement aux règles imposées par la psychothérapie (ils nous rencontrent, conduisent leur enfant régulièrement ou l'encourage à venir à ses séances...), ils ne comprennent pas vraiment de quoi il s'agit, on a l'impression qu'ils n'imaginent pas qu'une aide psychologique puisse exister et soit possible. Ils restent étrangers au **sens du traitement**, ils ne savent pas s'impliquer.

Dans deux situations, la famille est **collaborante**. Dans ces deux cas, un soutien intensif a pu être apporté à la mère, personnage responsable de la consultation.

On sait peu de choses sur la **fratrie** de l'adolescent qui consulte. Et d'une manière générale, la matériel que les parents donnent lors des entretiens est pauvre. Ils s'en tiennent à des faits (dans lesquels ils ne se retrouvent pas eux-mêmes !) et donnent l'impression de peu connaître leurs enfants.

Tous nos sujets fréquentent l'**enseignement spécial**, le seul qui y échappe a terminé ses primaires et échoue dans le secondaire. Dans plus de la moitié des cas, on note une dissociation non négligeable entre leurs capacités intellectuelles et leur rendement scolaire.

La demande de consultation émane des parents (11 cas sur 13). Pour 2 adolescents, elle émane directement de l'institution dans laquelle ils vivent.

Il est important de distinguer les parents qui nous consultent **informés** par un tiers (5) de ceux qui nous consultent **vivement conseillés** par une école ou institution. L'école ou l'institution « motive » alors les parents à consulter (6).

A ce niveau, on constate que même si la démarche de ces familles paraît quelque peu « forcée » au départ, cette contrainte initiale n'empêche pas que par la suite ce type de famille continue volontiers ses contacts avec nous.

Nous avons cependant le sentiment que le cadre traditionnel de la psychothérapie n'était pas applicable à ce type de population, la continuité du traitement ne nous paraissait pas garantie par la famille. Or, nous avons été surpris de constater que : sur 10 propositions de psychothérapie, **8 ont reçu une réponse favorable**.

D'autre part, ces traitements sont généralement des traitements au « long court » (durée de 1 1/2 an à 4 ans) et les interruptions sont rares.

Ce qui est notable chez ses familles, c'est que nous ne sommes pas le **premier milieu consulté**. Des rééducations diverses (logopédie, psychomotricité, kinésithérapie ...) ont déjà été conseillées, mais aucune prise en charge n'a été suivie. On peut se demander si toutes ces propositions de traitement répondent à une indication précise ou, si on y a recours à défaut d'autre chose parce qu'on ne sait pas très bien ce qu'il y a lieu de faire.

D'autre part, on constate que si on ne « cadre » pas ces familles c'est-à-dire si on ne coordonne pas l'intervention des différents services qui gravitent autour d'elle, aucune action suivie ne s'avère possible.

II. FONCTIONNEMENT DYNAMIQUE DES FAMILLES

La dynamique de ces familles perturbées présente des caractéristiques que nous allons examiner.

La première caractéristique concerne le nombre important de personnes et d'institutions gravitant autour d'elles. Les unes proposent, les autres imposent des décisions (placement en internat, changement d'école ...), toutes incitent au changement. Or généralement rien ne bouge. Aucune décision n'est prise. Le problème, simplement déplacé, va se répéter plus tard, posé dans les mêmes termes, avec les mêmes solutions à adopter de toute « urgence ».

En regard de l'interventionnisme et de l'impuissance du monde extérieur, les familles présentent une imperméabilité étonnante, mais compréhensible. La multiplicité et l'incohérence des approches leur permettent de se défendre avec efficacité contre toute intrusion. Par exemple, une famille consulte deux centres en même temps, et se ménage les bonnes grâces de l'un en critiquant l'autre, ou s'arrange pour que les interventions de l'un et l'autre s'annulent. Le fonctionnement homéostatique de la relation famille-monde extérieur est préservé. Quelques années plus tard, les parents reconsultent dans les mêmes conditions, pour le même problème « urgent ».

Une autre méthode est l'action préventive. Une mère demande elle-même le placement de son enfant, voleur, pour éviter l'intervention du Tribunal de la Jeunesse. Elle l'en retire quelques mois

plus tard, le jour de son anniversaire. Peu après l'enfant est replacé dans les mêmes conditions. De toute évidence, il ne peut y avoir ni cohérence, ni continuité de l'action éducative. Ces modes de résistance relèvent du passage à l'acte. Le fonctionnement en acting caractérise d'ailleurs ces familles. L'exemple le plus spectaculaire et le plus tragique vient de cette mère, qui a résisté pendant plus de deux ans, aux conseils et pressions de l'école qui souhaitait que son fils soit pris en psychothérapie. Brusquement, elle a disparu, abandonnant mari et enfants, laissant cours aux hypothèses les plus dramatiques (suicide, assassinat ...). Par la suite, l'adolescent a entamé et assumé dans des conditions difficiles une thérapie régulière et d'assez longue durée.

A priori, donc, cette population paraît constituer une contraindication de psychothérapie. Or comme nous l'avons vu, le contraire a été démontré. Nous pouvons donc nous interroger sur la forme de collaboration que les parents ont instaurée. En dépit d'échecs antérieurs, nous les voyons ouverts aux propositions de traitement, assurer la régularité des séances, répondre docilement aux demandes d'entretien, les solliciter même, le plus souvent en catastrophe pour résoudre un problème grave, une situation bloquée, semblable à d'autres vécues antérieurement. Ils demandent une intervention dans l'immédiat. En fait, ils ne semblent pas faire appel à nous pour les aider à faire évoluer l'enfant. Ils vivent hors du temps, comme ces parents qui téléphonent à leur fils, placé en institution, quatre ans après lui avoir promis de le reprendre en famille. Ils n'adhèrent ni à la psychothérapie, ni à l'éducation donnée à l'école. Ils acceptent l'une et l'autre parce que «ça fait du bien !», même si aucun fait ne vient confirmer cette opinion. En fait ils font appel à nous, comme la mère de certains d'entre eux rappelle le père longtemps disparu, décrié et méprisé, pour rétablir l'ordre. Apparemment, ils affrontent la vie sans projet éducatif, sans tirer de leçons des événements, sans perspective d'évolution. Leur vie psychique semble étrangement absente. Sans doute est-ce pour cette raison qu'il n'y a pour les parents ni rivalité à l'égard du psychothérapeute, ni jalousie à l'égard de l'enfant bénéficiaire d'une aide et d'une attention qui leur manquent si manifestement.

Les enfants et adolescents concernés sont eux-mêmes caractéristiques. Ils ne rentrent pourtant pas dans une catégorie nosographique précise. Mais par leurs comportements, ils apparaissent souvent comme des « affreux », avec lesquels on pratique le sauve-qui-peut. Tel cet enfant, que son institutrice ne supportait qu'une demi-journée et qui laissait son psychothérapeute heureux et soulagé en fin de séance de voir qu'il partait sans avoir rien détruit. Ou cet adolescent qui se promenait avec des billes d'acier dans sa malette au cas où il serait victime d'une agression.

En réalité, ils sont moins dangereux qu'inquiétants. Ils surprennent, ne correspondent pas à un modèle attendu. Avec eux, il n'y a pas moyen d'appliquer un canevas éducatif éprouvé, efficace au moins à court terme. On ne les comprend pas. Plus on agit d'une manière écrouvée, plus ça empire.

Leurs symptômes relèvent de l'ordre de l'évitement, de la peur et du passage à l'acte brusque, inattendu et toujours excessif. Par exemple s'ils sont anxieux et qu'on leur ménage un cadre rassurant, ils en deviennent plus anxieux et menaçants, les mesures de protection habituelles confirmant la réalité de la menace. De même un incident banal en soi, s'aggrave. C'est l'escalade. Un processus d'emballement s'instaure. Toutes les interventions consécutives ne font que renforcer les comportements perturbés. A partir d'un acte de maladresse, on aboutit à une menace de renvoi. Le terme final n'a plus rien à voir avec le point de départ. En conséquence, ces enfants et adolescents incitent à prendre des décisions, toujours plus de décisions qui ne modifient en rien les données du problème.

De ces quelques pages sur la dynamique de ces familles et de leurs enfants, nous pouvons dégager une constante : la mise en échec. Mise en échec des enseignants et éducateurs, mise en échec des services sociaux, mise en échec des centres médico-psychologiques. Ces échecs répétés justifient une approche différente. Les réunions, telles que nous les avons organisées et menées, en constituent une. Elles s'inscrivent dans un triple but de cohérence, de continuité et de changement évolutif à opposer avec la dispersion, les ruptures et les répétitions de solutions inefficaces, que ces cas ont connus auparavant.

III. DESCRIPTION DE LA REUNION

Ces réunions sont précédées dans chaque cas de nombreux contacts entre les services sociaux des équipes concernées afin d'unifier des interventions multiples et dispersées.

La réunion aura généralement lieu à un moment de **transition** ou de **crise** (c'est-à-dire lorsqu'il est question d'un changement d'orientation, lorsque la situation familiale se dégrade ou lorsque les troubles sont accrus).

Les éducateurs ou les enseignants sont confrontés à une situation qu'ils ne peuvent maîtriser avec les **moyens habituels**, ils sont dépourvus devant l'adolescent et les problèmes qu'il pose. C'est donc généralement à **leur demande** que la réunion a lieu.

Dans un *premier temps*, un des membres de l'équipe éducative prend la parole et présente l'adolescent à propos duquel on va discuter.

Très vite, à partir de ces premiers éléments, on assiste à un **échange de vues** où chacun fait part de ses observations. A ce stade, on vit une **sorte d'expérience commune** où chacun a quelque chose à dire - il y a un cheminement de travail en commun ici et maintenant.

Après cet échange, on arrive à un **moment « flottant »** où on a accumulé un certain nombre d'informations, d'observations riches et variées qu'on cherche à organiser. On introduit alors une **nouvelle dimension**, le problème est posé en d'autres termes. En fait, à partir de tout ce qui s'est dit, on opère une sorte de **recadrage original** qui nous permet -- dans une dernière phase -- de définir en groupe des **propositions concrètes**. On transpose notre réflexion dans la vie quotidienne. En effet, on dégagne des possibilités d'**interventions originales**, variables d'un adolescent à l'autre, allant dans le sens du **changement** que l'on vise.

IV. ANALYSE DE LA REUNION

Suite à cet exposé succinct du déroulement d'une réunion, nous allons essayer de dégager quelques réflexions que nous avons été amenés à faire au sujet de ce genre de travail.

Ces réunions ne semblent pas inefficaces. Elles donnent plutôt une certaine satisfaction à ceux qui y participent. La question est de savoir si cette satisfaction tient à certaines propriétés de fonctionnement, à certaines caractéristiques, à certaines manières de faire.

Cette analyse que nous faisons est une analyse *a posteriori* -- il faut insister sur ce point. Ces réunions se sont déroulées d'une certaine façon, et ce n'est qu'après-coup que nous nous sommes interrogés sur le « développement spontané » de ce type de travail.

Une des premières conditions qui permet un tel déroulement, est qu'il y a de façon plus ou moins consciente au départ, un recadrage de la relation qui va se passer entre « psy » et « non-psy ».

l'équipe du service et celle de l'institution. Ce recadrage consiste en ceci : au départ, les gens pensent organiser une réunion de ce genre pour se confirmer les uns et les autres dans leurs rôles stéréotypés. Une large motivation à de telles réunions — dans un premier temps — est d'aller voir que les « psy » sont aussi irréalistes qu'on le pense ; et les « psy » attendent probablement que les pédagogues soient aussi « pédagogues » qu'ils le pensent. De toute évidence, ce n'est pas immensément intéressant sur le plan de l'efficacité et du travail. Pourtant nous pensons que c'est de ces idées préconçues que chacun vivait d'abord. Nous croyons que nos réunions ne se déroulent pas de cette manière.

L'analyse précise du déroulement et du mode de déroulement de ces réunions est instructive. Le rythme, une certaine lenteur, joue un rôle essentiel « ça ne peut pas se faire vite ». Il ne peut y avoir ni bousculade, ni hâte, non parce que les participants sont indolents ou endormis, mais au contraire parce qu'il n'y a pas au préalable de rapport précis qu'il suffit de débiter devant les autres. Il faut compter sur les associations libres et demander à chacun d'exposer son expérience, ce qu'il a vu ou observé, les réactions qu'il a eues lui-même, les informations qu'il a pu glâner. Cette phase est assez informelle quant aux données qui vont être mises en commun. C'est informel, mais paradoxalement extrêmement précis. Les données sont concrètes, elles concernent les actes, les comportements, les difficultés actuelles laissant délibérément de côté les causes psychodynamiques de ces conflits mêmes si la démarche psychodynamique nous paraît essentielle en d'autres lieux et en d'autres temps.

Une telle préoccupation de départ permet que s'instaure entre les participants une communication strictement égalitaire, c'est-à-dire qu'il n'y a pas quelqu'un qui sait, et qui serait le spécialiste, et quelqu'un qui ne sait pas et qui serait le non-spécialiste. Ou l'inverse. Peu importe qui sait ou qui ne sait pas. L'important est d'éviter de s'enfermer dans ces rôles préétablis et stéréotypés, tels que nous les définissons plus haut.

En nous tenant sur ce plan du concret, de l'observé et de l'égalité, nous pensons qu'une certaine quantité d'information s'accumule progressivement. Après un certain temps, on peut envisager d'organiser ces informations.

Deuxième étape, étape de flottement, de réflexion, où il est question de relier entre eux les différents éléments apportés, de découvrir un fil conducteur, et d'interpréter tout ce matériel selon des références théoriques pour lui donner un sens accessible à l'ensemble des participants. Il y a certainement des choix à faire, chaque fois différents en fonction des objectifs spécifiques au patient, dans la mesure où il n'y a jamais une recette ou un procédé applicable de manière reproductible et toujours identique. Cette période de réflexion aboutit à ce que nous appelons, conformément à l'école qui travaille sur la communication, un « recadrage ». Ce recadrage est généralement accompagné d'un effet de surprise. Il n'a probablement des chances d'être efficace que dans la mesure où précisément il y a du nouveau, de l'inattendu. Cet inattendu est nécessaire pour ces cas qui ont connu une longue histoire répétitive d'échecs et de dispersion et ont pu vivre en institution depuis pas mal de temps. Il nous paraît capital pour que nos réunions présentent quelque intérêt et efficacité de pouvoir rassembler les éléments épars d'une manière un peu originale et d'arriver à donner un éclairage autre avec pour conséquence d'en arriver à des modes d'action différents. Si on ne répète que la même chose, si « c'est toujours plus de la même chose », pour employer le langage de WATZLAWICK, nous avons toutes les chances d'échouer, de ne pas répondre aux exigences de changement. Ce n'est pas non plus suffisamment motivant pour les équipes d'éducateurs et d'enseignants qui travaillent quotidiennement avec de tels enfants et adolescents.

Il nous est loisible d'essayer de formuler ce recadrage avec nos concepts. Les concepts ou idées théoriques présentent certes pour nous, «psy», un intérêt. Mais si nous en restons là, nous n'avons pas fait grand chose d'utile pour l'avancement du travail.

Troisième étape, il nous incombe de transformer nos hypothèses théoriques en applications concrètes, à élaborer des comportements pour la vie quotidienne. Nous devons soit illustrer un de nos concepts ou une des hypothèses émises, soit définir une intervention qui devrait amener un changement. C'est un des points capitaux de la réunion. Il faut arriver à dire ce que nous avons élaboré en langage abstrait, conceptuel dans le langage de tous les jours, à propos de faits réels. C'est difficile et passionnant. Passionnant, parce que nous croyons que les concepts n'ont d'intérêt que s'ils ont une valeur opérationnelle. Difficile, parce que nous avons bien plus l'habitude de jouer avec des mots et des concepts abstraits, qu'avec la réalité comportementale des gens. Les enseignants ou les éducateurs que nous rencontrons, ont eux, au contraire à faire avec ces garçons qui leur posent des problèmes de réalité, des problèmes de comportements très difficiles. En fait, pas toujours difficiles, mais que faut-il faire avec ce garçon qui est distrait, qui est anxieux ou qui est trop soumis ? C'est en référence à cette vie quotidienne que l'équipe qui nous consulte se trouve. C'est sur ce terrain que nous devons lui fournir des instruments, qui ne sont pas des recettes passe-partout, mais qui sont le plus souvent des formulations originales. Elles sont originales en ce sens qu'elles répondent strictement à ce qui a été dit de l'adolescent, de ses problèmes concrets, spécifiques à chaque cas. Nous formulons ces modes d'intervention en fonction de ces exemples concrets, sur un plan vécu, très personnel et en fonction d'une certaine théorie du changement.

Nous pensons avoir ainsi résumé l'essentiel des réflexions que nous nous sommes faites sur certains points sous-jacents au fonctionnement de ce type de réunion.