

Jean-Paul Matot
Christine Frisch-Desmarez *et al.*

Préface de Maurice Berger

Les premiers
entretiens
thérapeutiques
avec l'enfant et sa famille



DUNOD

| | |
|--|--|
| <p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p> | <p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p> |
|  | |

© Dunod, 2015, 2022 pour la nouvelle présentation
 11 rue Paul Bert 92240 Malakoff
 www.dunod.com
 ISBN : 978-2-10-082695-7

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 3352 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Au professeur Maurice Berger, dont la pensée clinique nous a permis d'avancer dans la conceptualisation d'une pratique intégrée du soin psychique aux enfants, aux adolescents et à leurs familles, et dont les encouragements nous ont permis de mener ce travail collectif d'écriture jusqu'à l'étape finale de sa publication ;

au docteur Danielle Flagey, à Monsieur Siegi Hirsch, à Madame Nicole Minazio, qui, chacun dans le champ où ils excellent, et avec les styles qui les caractérisent, ont contribué, l'une, l'un, ou tous, à la formation clinique de la majeure partie d'entre nous ;

au professeur Nicole Dopchie, dont l'enseignement de la pédopsychiatrie à l'Université Libre de Bruxelles a transmis à nombre d'entre nous, qui avons fait nos premières armes dans son service de pédopsychiatrie à l'Hôpital Universitaire Saint Pierre, le goût d'une démarche clinique rigoureuse ;

ce témoignage de notre reconnaissance et de notre gratitude.

Cet ouvrage collectif a été réalisé dans le cadre du Groupe d'étude en psychiatrie et psychothérapie infanto-juvénile (GEPPIJ), sous la direction de Jean-Paul Matot et Christine Frisch-Desmarez.

Ont collaboré à sa rédaction Thierry Bastin, Claire Bronchart, Michel Cailliau, Charles Coulon, Carine De Buck, Agnès Deconinck, Claire Devriendt-Goldman, Rose-Anne Ducarme, Marie-Paule Durieux, Christine Frisch-Desmarez, Dominique Filosof, Hai Lam, Jean-Paul Matot.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--------------------------|------|
| <i>LISTE DES AUTEURS</i> | XI |
| <i>PRÉFACE</i> | XIII |
| <i>INTRODUCTION</i> | 1 |

PREMIÈRE PARTIE

LE CADRE DE L'ENTRETIEN

| | |
|--|----|
| 1. La définition du champ d'intervention et du mandat | 11 |
| « Madeleine » | 12 |
| Le mandat | 13 |
| Clinique infanto-juvénile et mandat | 14 |
| Clinique infanto-juvénile et « fondamentaux institutionnels » | 16 |
| Revenons à « Madeleine »... | 18 |
| Mandat, fondamentaux institutionnels et société de l'autonomie | 20 |
| Institution familiale et clinique infanto-juvénile | 23 |
| 2. La position du clinicien | 27 |
| Hypothèse de travail | 28 |
| La position du clinicien et son contexte | 29 |
| La position du clinicien et le type de pratique | 34 |
| Le contre-transfert | 36 |

| | |
|--|----|
| 3. L'itinéraire de la demande | 39 |
| Les lieux | 40 |
| Les personnes | 43 |
| L'alliance de travail | 45 |
| 4. Les objectifs de l'entretien | 49 |
| L'accueil de la souffrance narcissique et l'étayage objectal | 52 |
| La fonction de contenant et la bisexualité du cadre | 58 |
| L'objectif de recadrage et de différenciation | 62 |

DEUXIÈME PARTIE

LES INSTRUMENTS DU CLINICIEN

| | |
|---|-----|
| 5. Place et fonctions de l'anamnèse | 67 |
| L'anamnèse comme dégagement d'un espace d'intelligibilité intersubjective | 69 |
| L'anamnèse comme reconstruction narrative | 72 |
| L'anamnèse comme anticipation d'un processus | 74 |
| 6. Les premiers entretiens familiaux | 77 |
| Les premiers contacts avec la famille | 80 |
| La place de la demande | 81 |
| Modèle de travail | 82 |
| Illustration clinique | 85 |
| 7. L'observation de l'enfant | 91 |
| Les différents niveaux d'observation | 91 |
| Quelques aspects théoriques | 93 |
| Illustrations cliniques | 97 |
| Théorisation | 103 |
| 8. L'entretien avec l'enfant | 107 |
| Quand proposer un entretien individuel avec l'enfant ? | 108 |
| Implications de cette proposition | 111 |
| Déroulement de ces entretiens | 111 |

| | |
|--|-----|
| 9. L'utilisation des bilans psychologiques, orthophoniques et psychomoteurs | 115 |
| Mandat et demande | 116 |
| D'une clinique à l'autre | 119 |
| Le diagnostic | 121 |
| Le bilan psychologique | 123 |
| Les bilans orthophoniques et psychomoteurs | 128 |
| Les fonctions des tests | 133 |

TROISIÈME PARTIE

LA CONSTRUCTION DE L'ESPACE THÉRAPEUTIQUE

| | |
|--|-----|
| 10. Les dimensions thérapeutiques dans la rencontre de l'enfant et de sa famille | 139 |
| Effets mobilisateurs des différents temps de la consultation | 140 |
| Mise en place du cadre thérapeutique et indications thérapeutiques | 160 |
| 11. L'espace thérapeutique interne, la formation et la construction de l'identité thérapeutique. Aspects cliniques | 167 |
| Stage et supervision | 171 |
| Le groupe de jeux de rôles psychodramatiques comme paradigme des premiers entretiens en clinique pédopsychiatrique | 178 |
| Le groupe de réflexion sur les enjeux contextuels de la relation clinique | 191 |
| 12. L'espace thérapeutique interne, la formation et la construction de l'identité thérapeutique. Aspects théoriques | 197 |
| Groupes de lecture | 198 |
| Dialectique entre technique et clinique : la place des tests | 205 |
| Formes, rythmes et contenus des exposés théorico-cliniques | 210 |
| 13. Le travail en équipe pluridisciplinaire | 223 |
| Du côté des patients et des familles | 225 |
| Du côté de l'équipe | 230 |
| 14. Le travail en réseau | 237 |
| Conflictualité des logiques et articulation des interventions | 238 |

| | |
|---|-----|
| Le travail en réseau et l'articulation des aspects individuels et groupaux de l'identité | 242 |
| Travail en réseau et théorie du soin psychique | 245 |
| Cadre théorique et pratique de la clinique en réseau | 248 |
| Situation clinique : Sabine | 250 |
| <i>CONCLUSION</i> | 257 |
| <i>BIBLIOGRAPHIE</i> | 265 |
| <i>INDEX</i> | 271 |

LISTE DES AUTEURS

THIERRY BASTIN (Mons), pédopsychiatre, chef de la clinique de pédopsychiatrie du centre hospitalo-universitaire Ambroise Paré (Mons) ; formateur en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent à l'Institut de formation aux interventions en santé mentale (IFISAM).

CLAIRE BRONCHART (Bruxelles), pédopsychiatre, directrice du centre de guidance d'Etterbeek.

MICHEL CAILLIAU (Bruxelles), psychologue au SSM-ULB ; coordinateur-responsable de la formation clinique en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent à l'Institut de formation à l'intervention en santé mentale (IFISAM) ; chargé d'exercices de pratique professionnelle à la faculté des sciences psychologiques et de l'éducation de l'Université Libre de Bruxelles.

CHARLES COULON (Bruxelles), psychologue au centre de guidance d'Etterbeek et au CHU Saint-Pierre ; formateur en thérapie systémique au centre de formation à la thérapie de famille (CFTF, Liège).

CARINE DE BUCK (Bruxelles), pédopsychiatre, directeur médical du centre pédiatrique Clairs Vallons, formatrice en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent à l'Institut de formation aux interventions en santé mentale (IFISAM), formatrice au groupe d'études et de recherche clinique en psychanalyse de l'enfant et de l'adulte (GERCPEA).

AGNÈS DECONINCK (Bruxelles), licenciée en orthophonie et thérapeute du développement au centre de guidance du SSM-ULB.

CLAIRE DEVRIENDT-GOLDMAN (Bruxelles), pédopsychiatre ; consultante au service néonatal de l'Institut Édith Cavell ; formatrice au Groupe d'études et de recherche clinique en psychanalyse de l'enfant et de l'adulte (GERCPEA).

- ROSE-ANNE DUCARME (Bruxelles), assistante sociale au centre de guidance du SSM-ULB ; formatrice au Groupe d'études et de recherche clinique en psychanalyse de l'enfant et de l'adulte (GERCPEA) ; formatrice au groupement pour la formation à la relation psychothérapeutique — adultes — à l'Institut de formation aux interventions en santé mentale (IFISAM) ; membre de la Société belge de psychanalyse.
- MARIE-PAULE DURIEUX (Bruxelles), pédopsychiatre ; consultante au service néonatal du centre hospitalo-universitaire Saint-Pierre ; formatrice au groupe d'études et de recherche clinique en psychanalyse de l'enfant et de l'adulte (GERCPEA) ; membre de la Société belge de psychanalyse.
- DOMINIQUE FILOSOF (Bruxelles), pédopsychiatre ; consultante au centre hospitalo-universitaire Brugmann ; médecin spécialiste à l'Institut médico-pédagogique provincial René-Thone (Marchienne au Pont).
- CHRISTINE FRISCH-DESMAREZ (Luxembourg), pédopsychiatre ; formatrice au groupe d'études et de recherche clinique en psychanalyse de l'enfant et de l'adulte (GERCPEA) ; formatrice en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent à l'Institut de formation aux interventions en santé mentale (IFISAM) ; membre de la Société belge de psychanalyse.
- HAI LAM (Bruxelles), psychologue ; centre de guidance du SSM-ULB ; assistant chargé d'exercices à la faculté des sciences psychologiques et de l'éducation de l'Université Libre de Bruxelles.
- JEAN-PAUL MATOT (Bruxelles), pédopsychiatre ; directeur de l'Association pour le développement des traitements, de la prévention, de la formation et de la recherche en santé mentale à l'Université Libre de Bruxelles (SSM-ULB) ; maître de conférence à l'Université Libre de Bruxelles.

PRÉFACE

CET OUVRAGE offre une telle somme d'idées et d'expérience clinique qu'il est difficile de le présenter en restant dans les limites d'une préface. Je vais donc devoir renoncer aux nombreuses questions qu'il soulève sur des points importants, ne pas chercher à être exhaustif, et je me contenterai de souligner les grandes lignes de pensée qui me sont apparues être les plus essentielles.

Une des forces de ce livre est qu'il est consacré spécifiquement aux *premiers* entretiens familiaux, à leur déroulement, à leur contexte institutionnel, et à la formation spécifique qui est nécessaire pour les pratiquer. Une telle attention se justifie par le fait que les premiers entretiens sont d'une importance majeure à plusieurs titres.

Tout d'abord, ils sont le pivot essentiel de la pratique en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. À moins d'avoir été soi-même dans cette situation, il est difficile d'imaginer le mélange d'inquiétude et d'espoir que génère le plus souvent chez les parents et leur enfant le fait d'entrer dans le bureau d'un psychothérapeute. C'est de la manière dont cette inquiétude va être non seulement accueillie, mais surtout transformée pour chaque membre de la famille en un questionnement non persécutant sur ses sentiments, que va dépendre en grande partie la suite du travail thérapeutique. Le thérapeute va-t-il être capable de faire partager à tous sa curiosité saine et respectueuse des défenses de chacun ? Ceci est le plus sûr moyen de donner le désir aux consultants de s'engager avec lui dans un chemin, parfois long, qui permettra à chacun de nommer et de s'approprier ses sentiments et par là même de se différencier de ses proches et/ou de les reconnaître semblables à soi. On est loin de « l'exploration des antécédents » ou d'une position passive de spectateur d'une scène familiale. Ou le thérapeute cherche d'emblée à être mobilisateur, ou le premier entretien risque de ne pas être suivi d'un second car la famille n'aura pas envie de revenir.

Un autre risque est de faire déboucher ce premier entretien sur une indication trop vite posée de soin individuel ou rééducatif. Ceci se produit souvent lorsque le thérapeute ne perçoit pas à quel point il est dépendant des parents car la première étape pour comprendre le fonctionnement psychique d'un enfant consiste à tenter d'avoir accès à l'histoire passée de ses parents, c'est-à-dire à leur enfance, à la manière dont ils ont accueilli leur bébé, avec ses caractéristiques physiques et comportementales ; et pour saisir les projections dont l'enfant a été et continue à être l'objet, le thérapeute doit écouter et regarder sans jugement de valeur, mais en soulignant le sens et les effets, les échanges actuels entre enfant et parents et l'attitude éducative de ces derniers.

On mesure l'engagement qui est nécessaire de la part du thérapeute, d'où le besoin d'une formation spécifique, nous y reviendrons.

Une deuxième raison pour laquelle les entretiens familiaux sont aussi importants est leur aspect diagnostique. La psychopathologie de l'enfant est un domaine où toutes les hypothèses sont possibles, en particulier en ce qui concerne la cause d'un trouble. Il y règne volontiers le « tout psychogène », avec des théories « prêt-à-porter ». Or face à un trouble instrumental ou cognitif, il n'est pas rare que seule la pratique des entretiens familiaux permette d'affirmer l'origine psychologique ou neuro-développementale ou neurologique ou mixte d'un trouble présenté par un enfant. C'est parce qu'on ne trouve pas de correspondance entre les dysfonctionnements intrafamiliaux repérés — et aucune famille n'en est exempte — et l'importance du trouble du développement cognitif, au sens large du terme, présenté par l'enfant qu'on peut affirmer l'origine neurologique de ce dernier. On peut alors émettre l'hypothèse que les échanges parents-enfants défectueux sont secondaires au trouble neuro-développemental.

Ceci s'articule avec la place fondamentale faite dans cet ouvrage aux bilans (orthophoniques, tests de niveau, etc.) pratiqués simultanément au déroulement des premiers entretiens familiaux et développés d'une manière dynamique, processuelle, c'est-à-dire intégrée dans un raisonnement clinique et dans les capacités d'acceptation des parents : « La technique des tests doit être mise au service de l'art des entretiens. » Ainsi le clinicien accepte que « les démarches diagnostiques et thérapeutiques s'entrecroisent dès les premiers contacts ». Là encore, on est loin de positions idéologiques désignant les tests comme des obstacles à l'exploration du monde interne de l'enfant. C'est la démonstration du contraire qui nous est donnée.

Rien que sur ces deux points, cet ouvrage fournit des réponses qu'on ne trouvait pas jusqu'alors dans la littérature. De plus, je connais suffisamment plusieurs auteurs de cet écrit collectif pour savoir qu'ils obtiennent régulièrement des résultats thérapeutiques importants, y compris dans des situations particulièrement complexes. Il s'agit là d'une des meilleures garanties qui soit : la pratique « hypothético-déductive » des auteurs est ancrée sur une clinique efficiente. Qu'elles sont rares les publications, en particulier psychanalytiques, qui incluent la notion « triviale » de résultat, c'est-à-dire d'amélioration significative et durable de la souffrance psychique pour laquelle parents et enfant sont venus consulter ! C'est ici la vaste question de la relation des analystes à la réalité qui est soulevée, ainsi que celle de l'investissement narcissique de la théorie brillante, du beau discours tenant lieu de fin en soi, sans que cela s'accompagne d'un désir de transmission d'une pratique, compagnonnage au sens le plus noble du terme.

Par ailleurs, les auteurs, et c'est la marque des authentiques chercheurs, n'acceptent aucun élément du cadre thérapeutique comme « allant de soi ». C'est ainsi qu'ils questionnent précisément la nature du « mandat » qui est donnée par l'institution aux thérapeutes, les notions de « réseau » et « d'interdisciplinarité », ces deux derniers termes étant habituellement cités comme des processus naturels, voire comme des incantations alors qu'ils renvoient à des articulations ou même à des conflits qui sont théorisés ici pour la première fois, à ma connaissance.

Enfin le dispositif de formation proposé, là encore le premier qui est décrit dans la littérature, est particulièrement élaboré. Il repose sur quatre piliers : séminaires de lecture et de théorie ; jeux de rôles — ce qui signifie que les participants, pour accepter de se montrer « jouants », n'ont pas une fragilité narcissique excessive ; supervisions d'entretiens familiaux ; et stages cliniques. C'est grâce à ce dispositif que se construit « l'espace thérapeutique interne du clinicien¹ ». Ceci soulève une question de fond : pourquoi un enseignement aussi fondamental n'est-il pas enseigné à l'Université ?

Je suis malheureusement frappé par le nombre des psychiatres en formation qui viennent en stage dans le service dont j'ai la responsabilité pour avoir quelques notions de pédopsychiatrie, mais qui ont déjà décidé de s'orienter vers la pratique avec des patients adultes parce qu'en psychopathologie de l'enfant, « il y a trop de variables », selon leur expression : la nécessité de travailler avec les parents, de s'articuler avec les autres institutions (école, services de protection de

1. Citation extraite du livre.

l'enfance, service de pédiatrie), de connaître l'éventuelle dimension neuro-développementale ou neurologique de certains troubles, de prendre en compte et de comprendre les bilans des rééducateurs et des psychologues, d'intervenir *activement* comme « co-acteur de la consultation » si besoin en interprétant le matériel verbal et gestuel présent. Tout ceci est beaucoup moins confortable qu'une position uniquement d'écoute. Les auteurs de cet ouvrage nous montrent qu'on ne peut pas faire l'économie de cette complexité, mais en même temps, ils nous donnent les moyens et l'envie de la gérer, et nous montrent la richesse de cette approche. Surtout, ils ne sont pas dans un mouvement qui consiste à ramener vers du « connu théoriquement » le matériel déconcertant qui surgit inévitablement au cours d'entretiens familiaux bien menés. Au contraire, ils acceptent le mouvement de déstabilisation auquel le thérapeute est alors soumis et, par là même, donnent aux professionnels en formation les moyens d'accepter cette confrontation à l'inconnu face à un groupe familial.

Maurice Berger
Saint-Étienne, hiver 2006.

INTRODUCTION

« Peu d'ouvrages sont spécifiquement consacrés au premier entretien, probablement parce qu'il est d'une extrême diversité apparente, mais peut-être plus encore parce que parler du premier entretien revient à parler de l'intimité du consultant, de l'intimité de sa pratique sous la possible carapace des constructions théoriques. »
D. Marcelli¹.

CET OUVRAGE est le fruit du travail collectif d'un groupe constitué de pédopsychiatres, psychologues, orthophoniste et assistante sociale, qui exercent une activité clinique dans différents services de santé mentale, en hôpital général, en unité de néonatalogie, en institution thérapeutique pour enfants, en institution médico-pédagogique. Nos intérêts communs, associés à des liens professionnels et parfois amicaux, nous ont amenés à fonder un réseau informel d'intervention et de réflexion sur nos pratiques cliniques. Le GEPPIJ (Groupe d'étude en psychiatrie et psychothérapie infanto-juvénile) est l'association que nous avons créée pour formaliser ce réseau.

Notre intérêt pour l'épistémologie psychanalytique nous a tous conduits à des démarches personnelles et de formation. Quelques-uns ont suivi la formation organisée par la Société belge de psychanalyse et/ou se sont investis dans des associations de formation psychothérapeutique d'orientation psychanalytique.

Nous partageons également un grand intérêt pour l'épistémologie systémique. La plupart d'entre nous avons été en formation auprès de systémiciens confirmés, et certains sont maintenant formateurs dans des centres agréés.

1. *La Surprise. Chatouille de l'âme*, Paris, Albin Michel, 2000, p. 214.

Cet ouvrage collectif, qui expose nos conceptions des premiers entretiens en clinique infanto-juvénile, se fonde sur une réflexion qui prolonge l'expérience d'une formation post-universitaire menée pendant plusieurs années.

Il a été particulièrement stimulant de tenter d'écrire en quoi, selon notre modèle, la démarche diagnostique et d'analyse (aux sens les plus larges) et la démarche thérapeutique s'entrecroisent et se maillent, à de nombreux égards, et ce dès les premiers contacts ; nous montrons leur étroite imbrication mais aussi leur différenciation.

Ce modèle nous paraît opérant, et probablement davantage encore aujourd'hui qu'hier. Les équipes sont, chaque jour davantage, confrontées à des problématiques psychiques, psycho-sociales, familiales et relationnelles dites « multiples », souvent lourdes à traiter. Ceci est assez évident du côté des patients mais est également vrai du côté des professionnels : chacun est amené à « intervenir » au croisement de son propre parcours de formation et d'identité professionnelle, de son lieu d'appartenance professionnelle (où les conditions d'exercice, liées aux politiques de soins et de subsidiation sont parfois loin d'être « limpides » ou univoques), et d'un champ social (incluant le monde judiciaire, scolaire, associatif, caritatif, etc.) selon des modalités de plus en plus subtilement intriquées, et donc interdépendantes. Il nous semble, dès lors, d'autant plus utile, voire indispensable, d'essayer de nous doter d'outils de pensée efficaces dans leur complexité.

Nous concevons la santé mentale comme un processus conflictuel qui se nourrit de ses tentatives de résolution. Vie pulsionnelle et vie sociale, individuation et appartenance, changement et homéostasie n'existent que dans leurs rapports dialectiques. Les créativités biologique, sociale, artistique, intellectuelle... sont autant de voies de résolution qui alimentent le processus en lui traçant un chemin. Les ressources individuelles et relationnelles sont mobilisées. Il arrive qu'elles paraissent indisponibles, insuffisantes ou soient inexistantes. La situation peut alors être vécue comme problématique, voire symptomatique. Un clinicien peut être interpellé.

La clinique infanto-juvénile prend place dans ce mouvement. Elle met trois constellations en présence : la constellation du clinicien, la constellation de l'institution, la constellation du patient.

LA CONSTELLATION DU CLINICIEN

Tout individu a un parcours de développement singulier. Le clinicien n'y échappe pas. Son fonctionnement s'est nourri de représentations spécifiques concernant sa pratique. Tout au long de son parcours se sont posées les questions de savoir quelles perceptions développer, quelles sensations retenir, quelles traces mémoriser, avec quel degré de conscience, quelle valence leur attribuer, quelles émotions exprimer, retenir, quelles stratégies relationnelles privilégier ? Ces éléments métabolisés et combinés aux choix d'insertion sociale (parcours scolaire, appartenances sociales diverses) constituent son principal outil de travail.

LA CONSTELLATION DE L'INSTITUTION

L'interaction clinique ne se déroule pas dans un cadre abstrait mais dans une institution qui lui donne un sens. « Institution » n'est pas compris ici dans l'acception restrictive du bâtiment qui abrite une association mais dans celle de « l'ensemble des règles établies en vue de la satisfaction d'intérêts collectifs » (*Petit Larousse illustré*, 1975). Ce concept recouvre donc des réalités diverses. Les « soins de santé » sont une institution, la « médecine libérale » en est une autre, de même que la « sécurité publique ». Le contexte dans lequel l'intervention clinique ou thérapeutique se déroule, que ce soit en pratique libérale, en institution psychiatrique, en ambulatoire dans un hôpital général ou dans un service subventionné par le ministère de l'Intérieur pour protéger l'ordre public, ouvre des champs de possibilités différents.

LA CONSTELLATION DU PATIENT

En clinique infanto-juvénile, l'appareil psychique du patient désigné, l'enfant ou l'adolescent est, par définition, en phase de construction. Cet appareil psychique se nourrit de représentations véhiculées par son milieu familial et culturel concernant son fonctionnement. Ces éléments culturels et familiaux viennent activer les ressources de l'équipement de base de cet enfant ou cet adolescent et se combinent aux facteurs qui sont liés aux interactions sociales et familiales pour contribuer à le désigner comme « porteur du symptôme ».

Il nous semble important de souligner que pour pouvoir construire une rencontre à but thérapeutique avec l'enfant et sa famille, il est nécessaire

que le clinicien se trouve dans un mandat institutionnel thérapeutique, qu'il soit chargé d'une mission thérapeutique et qu'il rencontre une demande de soin.

- Le mandat thérapeutique est défini, à un niveau structurel, par l'organisation sociale et, lorsque le thérapeute appartient à une institution, par l'objet social de celle-ci.
- La mission thérapeutique est l'application du mandat thérapeutique, dans une situation particulière de réponse à une demande particulière.
- Dans le cadre du mandat thérapeutique, la demande de soin initie la mission thérapeutique du clinicien.

Par exemple, un psychologue clinicien installé en pratique libérale est reconnu socialement comme un professionnel habilité à dispenser des soins psychiques : c'est le niveau du mandat. Si des personnes s'adressent à lui avec une demande de soins, il peut exercer sa mission thérapeutique avec les implications déontologiques que cette mission comporte. Ceci signifie, en particulier, qu'il est tenu au respect du secret professionnel. Par contre, ce même psychologue clinicien peut recevoir mandat d'un tribunal pour effectuer une expertise. S'il accepte cette mission, il est essentiel qu'il précise aux personnes qu'il va rencontrer la nature de sa mission et ses implications, notamment en matière de communication du résultat de ses observations au tiers mandant.

Si ce psychologue clinicien est engagé dans une institution dont le mandat social n'est pas d'ordre thérapeutique, par exemple dans un service d'aide à la jeunesse, il est amené à remplir des missions d'aide éducative correspondant à l'objet social de l'institution. Ce dernier exemple pose le problème de l'existence d'un certain flou quant aux limites des mandats dans un certain nombre d'institutions. Une attention d'autant plus grande devra être portée à en préciser les contours que les demandes auxquelles sont confrontés les professionnels dans ce type d'institution sont elles-mêmes souvent floues et peu différenciées.

Ces trois éléments, mandat, mission et demande, lorsqu'ils sont convergents, constituent les conditions indispensables à l'émergence d'un processus thérapeutique.

Ce processus, dans les conditions ainsi définies, aura toutes les chances de permettre à l'enfant et sa famille, par un changement du fonctionnement psychique individuel et/ou familial, de comprendre l'origine et la signification des symptômes, d'en appréhender les enjeux familiaux et transgénérationnels, d'assouplir les défenses de chacun, de dégager l'enfant des identifications projectives parentales et d'initier une reprise développementale. Ce travail thérapeutique peut, dans certains

cas sur lesquels nous reviendrons, se déployer en quelques entretiens ; dans d'autres situations, une psychothérapie familiale et/ou individuelle à long terme sera nécessaire.

Pour qu'un processus thérapeutique puisse se déployer, il est bien entendu également nécessaire que le clinicien dispose d'une capacité spécifique permettant le développement d'un *espace* thérapeutique. Cette capacité s'acquiert à travers un itinéraire de formation psychothérapeutique.

Avant d'être à même d'aborder des situations cliniques dans un but thérapeutique, le professionnel développe un espace de pensées et de réflexions interne qui lui permettra d'entendre, de recevoir et d'élaborer le matériel amené par l'enfant et sa famille dans les premiers entretiens. Le développement de cet espace interne se fait grâce aux processus formatifs dans lesquels le clinicien s'engage. Les différents niveaux de la formation concernent le savoir, le savoir-faire et le savoir-être.

Cet ouvrage se déploie en trois temps.

La première partie, « Le cadre de l'entretien » s'ouvre avec *la définition du champ d'intervention et du mandat* comme fondement éthique de toute pratique sociale, et *a fortiori* d'une démarche clinique respectueuse du sujet. L'analyse de la demande ne devient pertinente que si elle est replacée dans le cadre de travail du clinicien en rapport avec son mandat et ses objectifs d'intervention. Les chapitres suivants développent les perspectives de *l'itinéraire de la demande*, de *la position du clinicien*, des *objectifs de l'entretien*.

Nous accordons beaucoup d'attention aux éléments signifiants qui précèdent le premier contact entre un clinicien, un enfant et sa famille : du côté des consultants (constellation du patient), *l'itinéraire de la demande* exprime et détermine tout un ensemble de représentations relatives à la démarche de consultation et au(x) professionnel(s) qu'ils vont rencontrer, mais aussi au positionnement de la famille dans son environnement social. *La position du clinicien*, dans laquelle nous incluons son appartenance institutionnelle (constellation de l'institution), son itinéraire personnel et professionnel, sa formation théorique et clinique (constellation du clinicien), prédétermine ses représentations de sa fonction thérapeutique avant même qu'une famille donnée ne s'adresse à lui. Nous montrons également l'intérêt qu'il y a à tenter d'identifier et à prendre en compte les « théories de base » dont consultants et professionnels sont eux-mêmes porteurs, le plus souvent à leur insu.

Enfin, *les objectifs de l'entretien* sont envisagés selon trois axes, celui d'un travail de recadrage et de « déconfusionnement » des positions et attentes des uns et des autres, celui de l'offre d'une fonction contenante

permettant une élaboration éventuelle des contenus, et enfin celui de l'équilibre entre étayage objectal et blessure narcissique, qui rend compte des ressorts et des freins qu'on peut s'attendre à rencontrer, à des degrés et avec des intensités variables, dans toute rencontre clinique.

La deuxième partie traite des « instruments cliniques » dont dispose le clinicien dans sa démarche diagnostique et thérapeutique. Ici aussi, il s'agit de repérer ce qui dans la méthode reste valable dans à peu près n'importe quel contexte ou mandat, et ce qui au contraire doit être réservé à un cadre thérapeutique. *L'anamnèse*, que nous envisageons comme une démarche clinique extrêmement complexe et subtile, peut ouvrir vers une véritable interprétation du cadre de l'entretien ou de la consultation. D'autre part, et simultanément, *l'entretien familial*, *l'observation de l'enfant*, suivi, le cas échéant, de *l'entretien avec l'enfant*, recoupe ce qui est habituellement qualifié en médecine d'analyse sémiologique, mais en l'élargissant à la prise en compte de la subjectivité du clinicien par l'attention portée à ses propres vécus. Seule une visée didactique justifie d'ainsi séparer deux axes cliniques qui, dans la pratique, sont intimement liés et s'influencent réciproquement. Enfin, nous situons la place, les objectifs et les modalités, d'un point de vue dynamique et processuel, de *l'utilisation des bilans psychologiques, orthophoniques et psychomoteurs* au cours des consultations thérapeutiques.

La troisième partie, la « construction de l'espace thérapeutique », traite spécifiquement de la démarche clinique dans un contexte de soins psychiques. Nous explicitons les concepts théoriques qui sous-tendent notre pratique des consultations thérapeutiques, et mettons en perspective les éléments exposés précédemment avec, d'une part, l'exploration des gradients de différenciation des espaces individuels et familiaux et, d'autre part, l'importance centrale accordée à la constitution d'un dispositif de soins associant la restauration d'une transitionalité et, en même temps, d'une fonction tierce.

Nous n'avons pas souhaité, dans le cadre de cet ouvrage, préciser les nuances qui différencient le travail avec des enfants et des jeunes adolescents, de celui qui est mené avec des adolescents plus âgés. Il y a, à cet âge, en effet, des spécificités qui ont une importance dans la configuration comme dans le maniement des entretiens. Toutefois, il nous semble que les questions qui se posent dans le travail du cadre avec les « grands » adolescents ne font finalement que radicaliser celles qui sont déjà présentes dans la clinique de l'enfance et de la première adolescence.

Nous envisageons successivement *les dimensions thérapeutiques dans la rencontre de l'enfant et de sa famille, les aspects cliniques puis théoriques de la construction de l'espace thérapeutique interne du clinicien* (c'est ici que viennent prendre naturellement place nos réflexions sur la formation), et, enfin, *le travail en équipe pluridisciplinaire et le travail en réseau*, qui rappellent une fois encore, mais sous un autre angle, que la construction de l'espace thérapeutique a tout à gagner d'une approche fine et attentive des enjeux déployés entre professionnels impliqués, et, d'autre part, ne peut faire l'économie d'une mise en perspective des étayages institutionnels et sociaux dans lesquels elle doit trouver à s'insérer.

AVERTISSEMENT

Les illustrations cliniques présentées dans cet ouvrage, bien qu'absolument authentiques sur le fond, ont toutes reçu, pour des raisons évidentes de confidentialité, des modifications ne permettant pas l'identification des situations ni des personnes. Ainsi, toute éventuelle ressemblance de nom, d'âge, de lieu ou de circonstances serait purement fortuite.