



▶ Le conseil régional des Services de Santé Mentale Un éclairage - Claudine SOHIE	2
▶ Le protocole d'accord entre le gouvernement fédéral et les autorités fédérées concernant le développement de soins intégrés en santé mentale Lettre du Ministre Thierry DETIENNE	5
▶ Le groupement des IMP 140 se mobilise <i>François Wyngaerden</i>	5
▶ Forum sur la vieillesse "Pratiques innovantes en Région wallonne..." - François WYNGAERDEN	6
▶ Vie affective et sexuelle et santé	9
▶ A consulter	11
▶ "Labiso.be"	11
▶ In Folio-infos	12
▶ Echo de l'Assemblée Générale de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale	14



## DOSSIER :

▶ L'enfant entre ses tourments et ses ressorts - Paul JACQUES	
▶ Un regard sur les changements en pédopsychiatrie - Pierre DELION	
▶ "A l'aube de la vie..." Isabelle DANSE, Sabine LAMBERT et Cécile VERLAINE	17
▶ Accompagnement psychologique spécialisé et "psychiatre périnatale" - Cathérine GUIOT	18
▶ La psychomotricité relationnelle : un décodeur du vécu du petit enfant - Béatrice DEVAUX	20
▶ Réseau familial, réseau de professionnels et prévention précoce - Claire GRANDJEAN	22
▶ FIL-à-FIL - Heidi ALLEGAERT et Michel BOUCHAT	24
▶ Un soin de la relation mère-enfant et parents-enfant - Pascale THIELEMANS	28
▶ Une aire intermédiaire entre réalité interne et réalité externe - Catherine LEBRUN	31
▶ Un travail au carrefour de l'hospitalier et de l'ambulatoire - Isabelle SCHONNE et Docteur G. VAN HEULE	33
▶ Le projet "Espace Entre-Deux" Paul JACQUES et Nouné KARAKHANIAN	35
▶ Compétences Associées - Christine FAYT	37
▶ L'accueil, déracinement ou projet de vie ? - J.P. HAQUIN	37
▶ L'environnement scolaire en pleine ébullition - Jean-Louis SPRUMONT	38
▶ Apprendre, mais encore ? - Vincent BRUCH	40
▶ En écho aux maisons ouvertes : un projet de fédération - Paul JAUMAUX	41
▶ Projet de charte pour une Fédération des Maisons Ouvertes en Wallonie	42
▶ Repères bibliographiques	43
	47
	48





# Le Conseil Régional des Services de Santé Mentale

## Un éclairage

Le deuxième Conseil Régional des Services de Santé Mentale (CRSSM) de Wallonie est en fonction depuis quelques mois. Que s'y passe-t-il, à quoi sert-il ?

Institué le 26 novembre 2002, il a succédé au premier qui terminait son mandat après six années de travail. Son rôle, son fonctionnement, sa composition sont balisés par le décret qui organise l'agrément et la subvention des services de santé mentale (SSM), adopté le 4 avril 1996 par le Gouvernement Wallon. Dès la publication des arrêtés d'exécution du 7 novembre 1996, le premier CRSSM se devait d'inaugurer une fonction essentielle, celle d'un conseil consultatif en matière de santé mentale dans la Région.

---

**Claudine SOHIE**

Présidente du Conseil Régional des SSM

---

### Composition du Conseil

Le Conseil réunit quatre représentants des Pouvoirs Organisateurs de SSM, trois représentants des Plates-Formes de concertation psychiatriques, deux représentants des médecins psychiatres de SSM. Deux personnes représentent des membres du personnels du secteur ; une autre les médecins généralistes. Les pouvoirs locaux sont également représentés par une personne. Le monde associatif est représenté par deux personnes, deux autres sont présentes au nom du Gouvernement et enfin deux personnes au nom de l'Administration.

De plus, le Ministre désigne deux vice-présidents au sein du Conseil et choisit un président.

### Missions du CR

L'article 35 du décret précise les points sur lesquels le Conseil est habilité à donner un avis au Ministre, à la demande du gouvernement ou d'initiative : programmation des services de santé mentale, demandes (de renouvellement) d'agrément et propositions de retrait d'agrément, dérogations relatives au temps de travail minimum de l'équipe de base (art.13), proposition de réduction ou de suspension des subventions attribuées à un SSM, programmes d'études et d'évaluation des SSM qui doivent permettre d'orienter le développement de nouvelles activités et de donner les avis sur la programmation, projets pilotes ou novateurs (missions spécifiques), activités déterminées par le gouvernement en matière d'information et de prévention, application du décret.

### Les groupes de travail

Les avis du CRSSM s'appuient sur les missions définies par le décret et le Règlement d'Ordre Intérieur. On y trouve la possibilité d'initier des groupes de travail. Leurs thèmes sont en prise directe avec les effets du malaise dans la société dont témoignent les équipes sur le terrain. Ils permettent notamment de conforter les missions spécifiques qui font leurs preuves ou de soutenir, dans la mesure des moyens financiers, celles qui s'imposeraient.

Le souhait d'un partenariat actif des SSM aux préoccupations de santé publique est régulièrement formulé par le Ministre, conformément à son éthique. Le premier CRSSM a eu l'occasion de l'apprécier à plusieurs reprises, notamment dans le cadre de la réalisation du '*cadastre des services de santé mentale en Wallonie*'. Ces concertations ne garantissent pas nécessairement une réponse directe aux multiples et légitimes attentes des services mais peuvent favoriser un esprit d'inventivité et d'adaptation face aux divers effets de crise. Les réponses nouvelles proposées au Gouvernement, trouvent par le biais du Conseil Régional et plus particulièrement par ses groupes de travail, son point d'accroche. Le Ministre estime la nécessité d'une réponse et charge le

Conseil Régional d'en étudier la pertinence.

Cette année, quatre groupes travaillent dans ce sens autour de leurs présidents respectifs : "Abus sexuels" avec le Dr Michel Martin, "Epidémiologie" avec Mr Pierre Tempels, "Réseau Urgence" avec le Dr Jean Wilmotte et "Personnes Agées" avec le Dr Philippe Meire.

### L'actualité du CRSSM en 2003 ?

Qu'est-ce qui mobilise le CRSSM aujourd'hui ?

Les nouvelles manifestations mentales s'offrent de plus en plus souvent en forme d'énigmes mouvantes. Le symptôme dans ses effets est de plus en plus fréquemment capté par une impression de fugacité, tantôt là, tantôt absent. La constante et rapide progression des multiples facettes des troubles psychiques fait l'objet de l'attention de notre Ministre de tutelle. Son orientation

politique se réfère à une pratique du dialogue qui favorise la concertation avec la première ligne. Améliorer les réponses possibles eu égard aux ressources existantes implique une pratique de coordination qui favorise le lien entre les instances décisionnelles et les lieux où la clinique se construit, qu'elle soit sociale, psychiatri-

que ou psychologique. C'est au prix d'une dynamique de travail et de connexion sur toute l'étendue de l'échelle d'observation de la santé mentale que l'organisation d'une structure remodelée du terrain pourra s'activer. En tant que maillon actif, le Conseil

ser dans la politique de santé mentale en Wallonie, sont l'Exclusion sociale et le travail de l'Urgence en santé mentale ainsi que l'Intégration dans le réseau des services de santé mentale.

Depuis le début de cette année 2003 les renouvellements d'agrément des 56 SSM et de leurs antennes ainsi que les avis relatifs aux missions spécifiques ont pris une part importante des réunions plénières du Conseil.

Par ailleurs sont aussi à l'étude le rôle, la rémunération et le statut des secrétaires dont la fonction n'est plus à démontrer pour qu'un Service soit effectivement efficace.

Un point abordé à chaque réunion est la présence du psychiatre en SSM avec comme corollaire le manque réel d'heures couvertes par un médecin

formé en psychiatrie.

D'autres sujets sont en cours de discussion, notamment les Réseaux et les Circuits de soins, tels que le Fédéral les propose à la Région Wallonne, qui ont fait l'objet de plusieurs ordres du jour.



Régional agit à la demande du Gouvernement pour émettre des avis actualisés sur les points du Décret. Les propositions mises au travail sont accueillies et traitées afin de favoriser les nouvelles questions cliniques que les équipes rencontrent dans leur pratique quotidienne.

Actuellement les axes à impul-



## Clinique et politique de la santé mentale

En tant que Présidente du Conseil, l'intérêt que je porte aux conditions dans lesquelles s'inscrivent les pratiques dans le champ de la santé mentale en Wallonie se réfère à mon engagement actif au sein de l'équipe du SSM du Tournaisis. Celui-ci impliquait, à mon sens, un pas de plus, celui d'un effort de compréhension des enjeux qui décident, ou ne décident pas, de ce champ. C'est dans ce cheminement que je vous livre, en guise de conclusion, quelques réflexions personnelles.

L'activité clinique, dont le but principal est la personne en difficulté, qui vise à cerner les lignes de forces d'une personnalité ou d'une situation humaine, tient à distance le contexte dans lequel elle s'exerce. Sans évacuer celui-ci, elle le tient à l'écart. Dans le vif de la clinique, ni s'en désintéresser, ni s'en encombrer.

Depuis son origine, le SSM du Tournaisis, avec son médecin-directeur André Denis, s'est défini par une réflexion personnelle et ouverte sur la question de la santé mentale dans le champ de l'ambulatoire. L'action conjuguée de ces deux axes, la pratique de la question humaine et la réflexion d'une spécificité de l'ambulatoire en Wallonie, menait inévitablement à faire ce pas de plus. Celui qui ouvre la question des implications politiques du cadre de travail. Ce cadre qui forge la spécificité des diverses formes de consul-

tations que propose tout SSM.

Dans cette perspective, le travail de terrain et le pragmatisme de son organisation orienté en très grande partie par les contraintes budgétaires, les orientations philosophiques et culturelles, les spécificités régionales avec les multiples facettes des particularités wallonnes, les visions actuelles et les projets à plus long terme sont quelques-unes des pistes qui alimentent la matière du Conseil Régional et ma réflexion personnelle. Au sein du Conseil, chacun des membres se doit de nourrir les réunions par sa vision plus particulière des multiples aspects de la santé mentale en Wallonie, avec, aussi, le souci et l'obligation de s'ouvrir aux perspectives apportées par chacun des secteurs représentés. Il y a une exigence à se faire aux idées, aux pratiques, aux impasses, aux ouvertures de chacun des paysages régionaux en dépassant les attitudes de pure réaction, si l'on cherche à favoriser une pratique qui privilégie un véritable acte clinique.

De la même façon, soutenir les variétés wallonnes dans leurs richesses d'invention avec, hélas, les limites trop grandes quant à leurs réalisations matérielles, fut et reste un point de butée qui a préoccupé le Conseil Régional dès ses premières réunions depuis janvier 2003.

Empêcher que se propage une politique d'idées "prêtes à porter" qui, soit dépouille les

acteurs de leur propres inventions, soit les paralyse ou les démobilise, fut et reste une ligne de conduite du CRSSM, ce qui actuellement est en accord avec notre Ministre de tutelle. Le Conseil a pour fonction principale et c'est, à mon sens, le rôle de la présidence de l'animer, de valoriser ce qui est vivant, ouvert et inventif dans une pratique qui se coltine sans désespérer la misère du monde.

La présidence - puisque *Confluences* m'engage à en dire quelques mots - se doit entre autre tâche de tenir en haleine la complexité des situations dans le respect des particularités. Elle a pour rôle de favoriser la confrontation et la négociation des apports de chacun en ouvrant l'espace à la diffusion des idées ou à défaut, des questions en attente. Soutenir l'aspect pragmatique des situations sans gommer leurs portées symboliques. Veiller, point particulièrement délicat, à ce que le fil d'une éthique propre à la santé mentale, puisse se dégager. Ceci dans le respect d'une culture propre aux variétés de la Wallonie. Il y a le souci d'un pragmatisme qui vise à dépasser les positions personnelles de chacun de ses représentants. ●

# Le protocole d'accord entre le gouvernement fédéral et les autorités fédérées concernant le développement de soins intégrés en santé mentale

## La position de la Région wallonne

Le protocole d'accord n'a pas été signé par la Région wallonne. Celle-ci a estimé que la mise en place durable des soins intégrés en santé mentale nécessitera un véritable accord de coopération qui prendra nécessairement du temps entre les différentes Autorités. Dans un courrier largement diffusé dans le secteur, le Ministre Thierry Detienne explique les raisons de cette décision que nous reprenons ci-dessous. Il continue néanmoins à encourager le "terrain" à rester vigilant et "à l'écoute" voire "à l'initiative en tant qu'acteur" de propositions qui ne manqueront de venir en la matière.

"(...)

1. Ce protocole induit un mécanisme irréversible de réformes en dépit de la valeur expérimentale qu'il exprime. Le gouvernement wallon a estimé que ce protocole préparait le terrain et créait des conditions favorables à une régionalisation des soins de santé.

2. Le gouvernement wallon s'est aligné sur l'arrêt du 31 octobre 2000 de la Cour d'arbitrage qui recommande un accord de coopération pour le développement de soins intégrés en santé mentale. Le protocole qui nous était proposé avec une certaine précipitation n'a pas permis un véritable débat démocratique au sein de chaque instance. A fortiori, le débat n'a pas eu lieu en Région wallonne. C'est le travail de toute une législature. Il est donc actuellement prématuré de s'engager.

3. Le développement des soins intégrés en Santé Mentale nécessite des moyens. Un engagement clair et sans condition doit être pris par le gouvernement fédéral dès la signature du protocole. Cet engagement doit comprendre au minimum les différentes propositions reprises dans le protocole, à savoir l'octroi d'une contribution financière pour couvrir les coûts de démarrage et de coordination des 13 expériences de réseau, l'évaluation scientifique de l'expérience par une équipe inter-universitaire et sous l'égide d'un comité de pilotage composé de la "taskforce" et de représentants des organes consultatifs des différentes Autorités signataires, une première évaluation après la mesure zéro portant sur la capacité de l'offre de soins, l'efficacité et l'efficience, un assouplissement des normes d'agrément et une flexibilité dans l'usage des moyens financiers concernés. Le gouvernement wallon constate que l'engagement de l'Autorité fédérale est actuellement conditionné à l'engagement des Régions et des Communautés.

4. Les circuits de soins poursuivent le double objectif de la qualité des soins et de la rationalisation. A terme, ils visent un moindre recours à l'hospitalisation ainsi que le renforcement de l'ambulatoire et des soins à domicile. Si l'on veut développer la prise en charge ambulatoire, il faut imaginer des mécanismes de transfert financier de l'Etat fédéral vers les Régions. La Région wallonne n'a pas aujourd'hui les coudées franches pour développer l'ambulatoire. Elle ne peut s'engager dans une telle voie sans avoir mûrement réfléchi aux moyens et aux propositions qu'elle pouvait notamment développer. Personnellement, j'estime que la prise en charge de toutes les psychothérapies devrait se faire à terme par l'INAMI.

5. Ce protocole propose une conception circulaire, hiérarchisée et imposée du réseau sans prendre assez en considération les réseaux de soins déjà existants et constitués à partir de l'utilisateur/patient.

(...)" ●

<sup>1</sup>Copie disponible à l'IWSM.



## Le groupement des IMP 140 se mobilise

Depuis sa création, l'AWIPH (l'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées) coordonne l'Action de la Région wallonne dans le secteur du Handicap. Les SRJ et SAJJ (Services Résidentiels pour Jeunes et Services d'Accueil de Jour pour Jeunes) en font partie. Leur travail avec les enfants dits "caractériels" se trouve à la frontière de différents autres secteurs : santé mentale, social, aide à la jeunesse, scolaire, petite enfance, ... Qui dit frontière dit aussi, souvent, insécurité... La position des institutions, comme celle des enfants qu'elles accueillent, est inconfortable. Au risque de ne pas être à la bonne place, ne risquent-ils pas de ne plus avoir de place ? Le groupement des IMP 140<sup>2</sup> s'en inquiète, d'autant plus que les dernières mesures d'application dans le cadre de l'AWIPH semblent questionner, non seulement leur place, mais aussi leurs pratiques. Ils ont interpellé le Cabinet des Affaires sociales et de la Santé, ainsi que la Commission "Hébergement" de l'AWIPH à ce sujet dans une lettre bien étayée. Nous vous en livrons ici quelques éléments ou extraits<sup>3</sup>. Les interlocuteurs n'ont pas été insensibles aux arguments. Le débat est ouvert et la recherche de solutions en cours. A suivre!

(...) Ce que ne comprennent pas les institutions, c'est le rôle que sont aujourd'hui amenés à jouer les équipes des Bureaux Régionaux de l'AWIPH (BR).

Dans son interpellation le Groupement des IMP 140 relève, en effet, que BR, pour traiter des dossiers des jeunes relevant de leur compétence, pourront assister aux réunions dans les institutions sous prétexte qu'une vision "extérieure" est souvent bien utile. Ils seront aussi amenés à rencontrer le jeune et sa famille. (...)

Le groupement des IMP 140 estime que, "techniquement, il n'est pas possible que l'AWIPH soit tiers entre elle-même et les IMP. Ethiquement cette position ne tient pas. Elle est fondée sur la même erreur qui consista à placer l'Agence dans les rôles de celui qui gère, administre la solidarité et de celui qui décide

*de qui peut en bénéficier. Le décideur du bien fondé de l'attribution d'une intervention risque d'en limiter "arbitrairement" l'accès en fonction de son budget. De même l'Agence via les BR risque fort d'écarter (un enfant) du bénéfice d'une aide pour des motifs étrangers à la demande faite par la personne."*

*(...)La fonction tiers est indispensable à l'IMP. (...)Le personnel des services de santé mentale (SSM)<sup>4</sup>, s'il est présent activement dans la demande et la réévaluation peut au passage mettre en œuvre toutes les mesures ambulatoires qui dispenseraient bon nombre de jeunes de séjourner en IMP et raccourciraient le séjour d'autres<sup>5</sup>. Nous (le groupement 140) sommes demandeurs de la restauration de la fonction tiers dans l'IMP, nous soutenons l'idée qu'elle soit rendue indispensable par le processus de réévaluation.*

*Nous insistons pour que l'Agence ne mélange pas les genres.(...) Elle n'a pas à entrer dans le processus d'aide et/ou thérapeutique. Elle est en mesure de questionner la bonne application du projet pédagogique annoncé par l'IMP. (...)*

*Ce (nouveau) dispositif, est une confiscation des missions qui avaient été confiées aux SSM et aux autres centres agréés. Nous sommes conscients que le fonctionnement de ce tiers indispensable nécessitait des aménagements.(...) S'il fonctionne correctement ce tiers offre les garanties de qualité nécessaires. Pour autant que les règles de non collusion entre PO de SSM et d'IMP soient respectées, ce système offre aux familles et aux contribuables les garanties indispensables que les énergies sont utilement dépensées et que les pistes alternatives au "résidentiel" sont mises en œuvre à temps et à heure.*

*Nous redisons avec force que cette 'instrumentalisation' de la notion de tiers, entre l'administration et les services par des agents administrés par l'AWIPH relève davantage d'une fonction d'inspection dont nous ne contestons pas le bien-fondé par ailleurs. (...)* ●

<sup>2</sup>Ancienne appellation des SRJ et SAJJ (Instituts Médico-Pédagogiques).

<sup>3</sup>Le texte complet est disponible à l'IWSM.

<sup>4</sup>Qui était de ceux qui assuraient ce rôle d'orientation et de réévaluation des enfants depuis 1984.


<sup>5</sup>Cette position a été largement débattue par les équipes de terrain (SSM et IMP) au sein des ligues de santé mentale. Différents textes sont disponibles à ce sujet

Infos : IWSM 081 23.50.15 – lbfsm 02 511 55 43

## Forum sur les vieillesse

### “Pratiques innovantes en Région wallonne...”

François WYNGAERDEN  
IWSM

Les 4 et 5 juin derniers se tenait, à l'initiative du Ministre des Affaires sociales et de la Santé de la Région wallonne, le 'Forum sur les vieillesse', sous-titré 'Pratiques innovantes en Région wallonne...'.  


En deux jours, dix tables-ron-des se sont succédées sur le mode “écran-témoin”, rassemblant à chaque fois une demi-douzaine d'intervenants de terrain porteurs d'une pratique innovante dans le domaine du travail avec les personnes âgées. Des plus variées, on pouvait trouver parmi elles des initiatives menées par des maisons de retraites, des innovations en matière de soutien à domicile, des projets de retraités citoyens-actifs, des lieux de vie alternatifs et bien sûr, quelques initiatives touchant au thème de la santé mentale. C'est à cette occasion que le groupe de travail “Personnes âgées et pratiques en services de santé mentale” de l'IWSM a pu présenter son travail, sous la forme d'un texte intitulé 'l'accueil de la personne âgée en service de santé mentale'<sup>6</sup>.

Ce forum était l'occasion, pour le Ministre Thierry Detienne, de mettre en valeur les projets soutenus par la Région. Force fut de contacter le nombre et la diversité des initiatives qui témoignent d'un intérêt important pour la question des personnes âgées ainsi que du dynamisme du secteur. Le document distribué lors du forum<sup>7</sup> rassemblent les fiches signalétiques des 31 projets. Il constitue une base intéressante pour comprendre le sens de l'action du Cabinet en la matière et donner un aperçu des pratiques nouvelles.



Le but est donc atteint, même si on peut regretter, dans la présentation, la juxtaposition et la succession de projets sans fil rouge apparent, avec l'impression, souvent, de se trouver face à un catalogue sans logique évidente. Une tâche encore à réaliser !



Pour finir en s'attardant sur une initiative (en toute subjectivité!), signalons la projection

d'un film très bien fait sur les relations intergénérationnelles: “César et compagnie”. Réalisé et produit par trois amis - Manuela de Tervarent, Pierre-Arnaud Perrouy et Olivia d'Asembourg -, le film part d'une prise de conscience personnelle du peu de contacts que nous pouvons avoir avec des personnes âgées et d'une envie d'aller à leur rencontre. On nous raconte simplement des rencontres avec des personnes en institutions ou chez elles, et à travers cela un peu de leurs vies, leurs souvenirs, leurs réflexions, leurs émotions. Drôle et poignant à la fois. Un outil de formation et de sensibilisation ? ●



<sup>6</sup>voir article du même nom, confluences n°2, mai-juin 2003, p5. A ce sujet, il faut savoir que ce forum a aussi été l'occasion pour le Ministre, entre autres choses, de réaffirmer son intérêt pour un travail en santé mentale avec les personnes âgées. Il a aussi annoncé l'agrément de trois services de santé mentale à mission spécifique “personnes âgées”.

<sup>7</sup>disponible à in-folio, le centre de documentation de l'IWSM  
s 081 23.50.12  
@ in.folio@iwsmb.be.



## Vie affective et sexuelle et santé

### Quelles réalités pour les personnes handicapées ?

Confrontés aux questions relatives aux maladies sexuellement transmissibles et à la prévention à mener, notamment auprès des personnes handicapées, des professionnels (médecins, services de prévention, Centres de Référence Sida, associations de personnes handicapées, directeurs et personnel éducatif et médical de services d'accueil et d'hébergement, services de promotion de la santé) se sont réunis sous la coordination de l'AWIPH et du Service Bruxellois Francophone des Personnes Handicapées en vue de sensibiliser le tout public concerné par ces questions. Pendant plus de deux ans, ils ont préparé une démarche commune. C'est ainsi qu'est née Une charte pour agir : Vie affective et sexuelle des personnes handicapées et maladies transmissibles sexuellement et par le sang. Elle vise à améliorer la prise en compte des problèmes de santé et en particulier ceux liés à la vie sexuelle et affective des personnes handicapées.

#### La Plate-Forme pour Agir

Depuis 1997, en effet, nous assistons à une nouvelle recrudescence de l'épidémie due au virus du sida. Nous savons que les personnes handicapées ne sont pas épargnées par l'épidémie même si l'ampleur de ce phénomène n'est pas connue. On constate par ailleurs un taux élevé des hépatites B et C dans certaines institutions. Cette évolution nous pousse davantage encore à mener la réflexion en cours qui nous place aujourd'hui devant un problème de société tout autant que de santé. En outre, des peurs non fondées risquent de provoquer des comportements d'exclusion sociale vis-à-vis des personnes séropositives ou malades.

La charte se veut fédératrice. Elle a été signée par les trois ministres compétents en matière de santé et d'aide aux personnes handicapées sur le territoire de la Communauté française : les ministres Maréchal, Draps et Detienne. Elle permet de poser des constats, d'éclaircir le cadre

légal dans le quel nous évoluons, de définir des objectifs et des recommandations et insiste aussi sur le suivi qu'il faut bien entendu lui réserver. En effet, il est impératif de donner un suivi pragmatique à ce document et une réponse claire aux questions que se posent les personnes handicapées, leurs proches mais aussi le personnel et la direction des services d'accueil et d'hébergement concernant cette problématique, par exemple :

*Que dois-je accepter mais aussi que puis-je refuser quand je suis sous administration provisoire des biens ? Comment permettre aux personnes handicapées hébergées dans mon service de vivre pleinement leur vie affective et sexuelle ? Quelle est ma responsabilité d'éducateur si une personne handicapée, hébergée dans mon service et porteuse du virus du sida, contamine d'autres personnes ? Quelles sont les précautions médicales universelles à utiliser face aux hépatites B et C ? Quelles sont les services qui sont à ma*

*disposition face aux questions que je me pose dans le domaine de la vie affective et sexuelle ?*

Pour répondre à ces questions ou en tout cas proposer des pistes de solutions, des groupes de travail composés de professionnels et de personnes handicapées continuent à se réunir et travaillent activement à la production de deux documents à destination des personnes handicapées, des professionnels et des parents. L'un traitera des précautions médicales universelles et l'autre abordera les aspects juridiques liés au domaine de la vie affective et sexuelle et aux droits et devoirs tant des personnes handicapées, que des parents et de la famille ou des services. Un troisième groupe travaille, en outre, sur les moyens d'optimiser les réseaux d'informations et de conseils dans ce domaine. La publication de ces documents est prévue pour janvier 2004.

Le "réseau de personnes ressources" de la "charte pour agir" grandit de jour en jour. La question de la vie affective et sexuelle des personnes handicapées et des maladies transmissibles sexuellement et par le sang est de plus en plus souvent soulevée et suscite des réflexions tant dans les services que dans certaines familles. Mais un long chemin reste encore à parcourir.

Infos :  
www.awiph.be rubrique "charte pour agir"  
s Sophie Donnay: 02 800.80.12  
ou Nathalie Vanderniepen: 071 205 740



### **“Le Champ de la Santé Mentale des Enfants et des Adolescents : Présentation d’expériences et Cadastre des services existants”**

Initiée par la ligue wallonne pour la santé mentale en 2000, la concertation qui s’est organisée dans le cadre des Matinales pour la santé mentale des enfants et des adolescents a rassemblé de nombreux intervenants pour présenter différents types de structures telles que : les services K, les conventions INAMI, les services de santé mentale, ou aborder des thèmes divers tels que la maltraitance, la prévention, le handicap.

Cette initiative a permis de mieux connaître les différents cadres de prise en charge (objectifs, fonctionnement, potentialités, ...) et de rendre compte concrètement des atouts et des limites de chacune des possibilités.

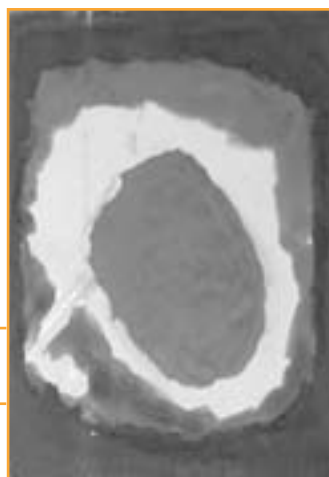
Dans la continuité de cette approche, l’Institut Wallon pour la Santé Mentale vous propose aujourd’hui une synthèse

de ces rencontres. Le rapport se compose de deux parties. La première illustre l’offre dans ce champ d’action en Wallonie, à partir des expériences de terrain des structures; l’autre reprend, sous forme de fiches, les informations officielles sur les services actifs dans ce secteur. Il vous propose ainsi un aperçu “illustré” de l’offre. Il n’a pas la prétention d’être exhaustif. C’est un outil de travail à compléter, actualiser, voire corriger...

Le rapport est disponible en version papier (5 euro + 2,50 euro de frais d’envoi). Il sera également accessible prochainement sur le site [www.iwsm.be](http://www.iwsm.be), complété des coordonnées de services et d’adresses utiles.

#### Infos :

Virginie Olivier – IWSM  
☎ 081 23 50 93



### **Sélection 2002-2003 du Fond Johnson & Johnson pour la Santé**

Géré par la Fondation Roi Baudouin, le “Fond Johnson et Johnson pour la Santé” est un fonds d’entreprise créé en 1997. Il soutient des projets axés sur les soins, à l’hôpital, dans les quartiers ou à domicile, ayant pour but d’améliorer l’autonomie et la qualité de vie des patients et de leur famille.

Cet été, douze projets francophones ont été retenus parmi plus de 300 candidatures. La remise des prix a eu lieu le 23 juin dernier à Namur. Le jury a privilégié les projets novateurs, répondant à des besoins cruciaux non subsidiés, pouvant générer un large impact social et offrir des garanties d’autonomie à long terme. Parmi les lauréats, “l’asbl Psytoyens”, créé à l’initiative de la ligue wallonne pour la santé mentale et membre de l’Institut Wallon

pour la Santé Mentale, ainsi que les projets “Entre-deux” du service “Clinique de l’Exil” de la Province de Namur et “fil-à-fil” du Centre Hospitalier Psychiatrique du Petit Bourgogne”, présentés dans notre dossier du trimestre.

Comme l’ensemble des projets primés, ils témoignent d’initiatives axées sur l’humanisation des soins de santé, physique ou mentale. On trouve aussi des projets concernant les femmes réfugiées, les personnes âgées, les femmes atteintes d’un cancer, les enfants malades, les femmes en milieu carcéral, les soins palliatifs à domicile, ...

Le Fond lance deux appels à projets par an. Le prochain est prévu pour novembre 2003.

Infos : ☎ 070 233 065

🌐 [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)



## “Labiso.be”

## Un laboratoire innovant

“Labiso.be” renvoie au “**l**aboratoire d’**i**nnovations **s**ociales”, une collection de livres numériques pour échanger et innover dans les domaines de l’Action sociale et de la Santé. Une ambition : offrir aux acteurs de terrain la possibilité de prendre distance vis-à-vis du quotidien, de se pencher sur les questions qui sous-tendent leur action, de construire un outil de communication et de permettre les échanges de pratiques. Un

limité...puisque la formule est souple et propose une aide à l’écriture.

Les initiatives à pointer ne manquent pas. Insertion socio-professionnelle, action sociale intégrée, maison médicale, action interculturelle, accompagnement psychiatrique ou social sont autant de thèmes travaillés dans ce processus d’écriture, d’édition, de partage d’expériences. Leur élaboration

CRIC du CPAS de Soignies : ‘*Projets collectifs dans un espace transitionnel*’.

“Labiso.be”, c’est aussi l’occasion d’échanger avec les autres professionnels du secteur sur des pratiques à partager, des contextes à relativiser, des populations, des enjeux ou des méthodes à mettre en perspective. “Labiso.be” donne, en effet, la parole à ses lecteurs pour réagir sur le



projet qui se situe donc à la convergence entre un travail d’écriture, sa diffusion électronique et l’Action sociale.

Deux portées dans la démarche : L’une, externe, présente et parle du projet grâce au livre numérique qui est publié sur le site ; elle participe à la visibilité de l’initiative. L’autre, interne cherche, via le travail d’écriture, à questionner l’action avec l’équipe qui la porte et à aborder les questions d’enjeux, de sens, de perspectives ; c’est une démarche de formation continuée. Un résultat à deux niveaux donc, pour un investissement relativement

tion s’appuie sur des pratiques dans leur milieu de vie dont les usagers sont souvent moteurs. En témoignent les 20 cahiers disponibles sur le site. Parmi ceux-ci : le projet “clinique de l’exil” à Namur : ‘*Lieu d’expression des souffrances*’ ; “Together” à Liège : ‘*La voix des usagers promoteurs de projets*’ ; Dignitas à Mons : ‘*Soutenir les usagers des services de lutte contre le surendettement*’ ; Handipar à Namur : ‘*L’organisation du travail est née de l’observation de notre public*’ ; La Traversière à Nivelles : ‘*Nos patients ne sont pas seulement des patients*’ ; le

texte, ajouter des précisions, poser des questions, contredire les hypothèses, proposer d’autres références, etc. Un espace “forum” est réservé à cette fin.

Consultation, propositions, réactions... c’est sur ‘[www.labiso.be](http://www.labiso.be)’ : un site qui bouge, un laboratoire de l’Action sociale en Wallonie !

●  
“Labiso.be” : une initiative de plusieurs partenaires : l’asbl Texto, les éditions Luc Pire, l’Agence Alter et le Ministre des Affaires sociales et de la Santé de la Région wallonne. L’accès est gratuit et les monographies peuvent être téléchargées. Deux cahiers par mois sont publiés. Les initiatives proposées sont sélectionnées sur proposition du terrain, de témoins privilégiés de l’Action sociale ou de partenaires du projet.

■ Xavier Pommereau, *L'Adolescent suicidaire*, Paris, Dunod, 2001, 274 p.

Xavier Pommereau s'intéresse depuis longtemps déjà à la question du suicide chez les adolescents. Dans cet ouvrage, il fait un tour de la question. Il tente d'apporter des éléments de réponse quant aux raisons du passage à l'acte en expliquant les troubles psychiques que peuvent rencontrer les adolescents et en analysant les relations qu'ils ont avec la société qui les entoure. L'auteur aborde également la question des soins en présentant les différents types de structures existantes. De nombreux témoignages viennent illustrer de façon détaillée les différents chapitres.



■ *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs : rapport sur la santé dans le monde 2001*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2001, 182 p.

"... Le présent rapport est une importante publication de l'OMS qui vise à rendre les professionnels et le grand public plus conscients du véritable impact des troubles mentaux et du comportement et de leur coût humain, social et économique. Il a en outre l'ambition d'abattre un grand nombre des barrières qui empêchent des millions de malades de recevoir le traitement dont ils ont besoin et auquel ils ont droit"

"Rêves, songes, présages" ■  
Dans : *L'Autre*,  
vol. 4, n° 1, 2003



■ "Les Réseaux intégrés de services"  
Dans : *Santé mentale au Québec*,  
vol. XXVII, n° 2, automne 2002



■ "Paroles/protocoles : singularité des soins psychiatriques"  
Dans : *Pratiques en Santé mentale*,  
n° 3, août 2003

■ "Les constellations familiales complexes aujourd'hui"  
Dans : *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol. 51, n° 3, mai 2003



■ "Troubles bipolaires : accompagner la prescription"  
Dans : *Santé mentale*,  
supplément, n° 79, juin 2003



■ "Approches techniques de l'entretien"  
Dans : *Santé mentale*,  
n° 79, juin 2003



## Echo de l'Assemblée Générale de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale

### Au programme ce 24 septembre :

topo des activités, réflexion sur les priorités, échanges avec l'équipe des permanents, approbation du Règlement d'Ordre Intérieur et du budget, et élections.

### Bon à savoir :

Sur base des propositions du Conseil d'Administration, l'A.G. a défini les modalités d'adhésion des membres.

Pour être membre, il faut répondre aux conditions suivantes :

- ▶ avoir le statut de personne-morale;
- ▶ être inscrit dans le champ de la santé mentale;
- ▶ appartenir à une des 7 catégories de membres:

Structures hospitalières, Structures intermédiaires (structures qui représentent une alternative tant à la prise en charge hospitalière classique qu'à la prise en charge purement

ambulatoire), Structures ambulatoires, Plates-Formes de Concertation en Santé mentale, Usagers et Familles, Structures psycho-médico-sociales et autres intervenants

de 1ère ligne, Ligue wallonne pour la Santé mentale;

- ▶ être actif en Wallonie.

Pour être membre adhérent : les conditions sont les suivantes :

- ▶ avoir le statut de personne-morale;
- ▶ être actif en Wallonie;
- ▶ avoir un intérêt pour le champ de la santé mentale.

Moyennant le règlement d'une cotisation réduite, les membres adhérents recevront la revue "Confluences", les informations circulant au sein de l'association et auront le droit de participer aux Groupes de Travail et aux Assemblées Générales.

La possibilité est ainsi offerte, à tous ceux qui le souhaitent, de rejoindre l'IWSM en adressant leur demande au Conseil d'Administration de l'Institut.

- Centre Culturel de Rixensart

(place communale de Genvai),  
le 7 octobre à 19h :

"Se souvenir des belles choses"  
de Zabou Breitman.

Débat : La santé mentale de la personne  
âgée

- UGC de Louvain-La-Neuve,

le 9 octobre à 20h15 :

"Jeux d'enfants" de Yann Samuël

Débat : La santé mentale des enfants et  
adolescents

- Cinéma "Patria" à Virton,

le 9 octobre 20h :

"Ce jour-là" de Raoul Ruiz

Débat : "La santé mentale, c'est quoi ?"

- Cinéma "Le Parc" à Charleroi,

le 10 octobre à 20h,

"Ce jour-là" de Raoul Ruiz

Débat : L'image de la santé mentale  
véhiculée par les médias.

- Cinéma "Le Forum" à Namur,

le 10 octobre à 20h :

"L'autre" de Benoît Mariage (avant-première en présence du réalisateur)

Débat : La parentalité

- Cinéma "Plaza Art" à Mons,

le 10 octobre à 20h :

"Une femme sous influence"  
de John Cassavetes

Débat :

Les représentations de la Santé Mentale  
Avec le soutien de (insérer logo sponsor)

- Cinéma le "Kihuy" à Huy,

le 10 octobre 20h :

"Requiem for a dream"  
de Darren Aronofsky

Débat : Les assuétudes

Pour ce troisième numéro de la revue "Confluences" nous avons choisi le thème de l'enfance. Sujet d'actualité au moment où les projets de réformes dans le secteur de la santé mentale en Belgique concernent précisément la réorganisation des dispositifs de soins pédopsychiatriques autour du concept de "réseaux". Cette évolution ne doit pas évacuer la question des modalités de travail et celle de l'éthique, en adéquation avec le type de problématique rencontrée, dans un contexte où les repères culturels évoluent sans cesse.

L'enfant est un être en devenir. Les conditions d'un développement harmonieux sont connues : les pratiques de maternage, l'affection, la reconnaissance, la valorisation par les parents, l'inscription dans l'histoire familiale, les repères éducatifs structurants, la socialisation, ... Tous ces éléments concourent à la construction de ses identifications. A leur niveau, les parents sont portés par leur entourage et par leur culture d'appartenance. L'histoire des parents ainsi que les conditions socio-économiques rendent parfois le rôle de mère ou de père plus fragile. La parentalité doit parfois être soutenue. Mais on sait aussi combien l'être humain a des ressources, combien il sait être créatif et combien il a la capacité de rebondir face à l'adversité sans avoir recours à l'aide de professionnels.

Les repères culturels sont en constante transformation, et l'absence de limites éducatives, de modèles de référence, l'indifférenciation des générations, l'absence de soutien par la famille élargie, ... participent à la production d'un malaise sociétal. Celui-ci se traduit notamment dans la violence observée chez de jeunes enfants, dans les troubles précoces des apprentissages, ... Les parents sont souvent "dépassés" et il arrive qu'ils consultent le psy pour apprendre à être parents.

C'est pourquoi, la clinique avec les enfants, mais également les pratiques sociales, éducatives, judiciaires, amènent les professionnels à envisager aujourd'hui les étapes du développement (sevrage, apprentissage de la propreté, oedipe, socialisation, apprentissages scolaires) à la lumière des enjeux de cette évolution des repères culturels. A partir de là, ils peuvent apporter une contribution à la résolution des problèmes de société.

Dans ce contexte, quels dispositifs, curatifs ou préventifs, mettre en place ? Comment ces évolutions se reflètent-elles dans nos pratiques sociales, cliniques, éducatives ? Dans ce dossier, nous avons souhaité examiner comment, aujourd'hui, les enveloppes, les étayages, les limites éducatives et les liens d'appartenance contribuent à la construction de l'enfant.

Nous avons proposé à différents intervenants de décrire comment chacun, à partir de sa pratique, peut apporter un éclairage sur cette thématique. Le résultat, on le lira, est foisonnant, voire éclectique, à la lumière, sans doute, de ce qui fait la spécificité du champ de la pédopsychiatrie. En effet, les frontières de cette discipline ne se limitent pas à la psychopathologie mais sont souvent indissociables de celles du champ de la périnatalité, de l'accueil de la petite enfance, du champ scolaire, éducatif, de l'éducation spécialisée, du handicap, de la protection de l'enfance, ... Un tout grand merci à tous nos collègues qui ont contribué à la construction de ce dossier. Un prochain numéro sera consacré à l'adolescence.

Paul JACQUES  
Président IWSM



## Un regard sur les changements en pédopsychiatrie

### Comment aider l'équipe de pédopsychiatrie à se transformer pour tenir compte des problématiques nouvelles sans y perdre son âme ?

Dans le vaste courant des changements survenus dans le monde ces dernières décennies, la pédopsychiatrie est prise entre les très nombreuses demandes qui lui sont "naturellement" adressées et les réponses qu'elle peut donner. Parmi celles-ci, certaines peuvent éclairer le débat tandis que d'autres passent pour des vérités qui cachent mal un discours pseudo-moral voire pseudo-scientifique.

Dans ce contexte de grande complexité, il est important de se garder de toute présomption et, en tant que "contributeur" à la politique de psychiatrie du secteur infanto-juvénile en France, Pierre Delion nous propose quelques éléments de réflexions tirés de sa pratique quotidienne de pédopsychiatre.

---

**Pierre DELION**

Pédopsychiatre - Lille

---

#### Une analyse des problématiques nouvelles

Il est évident que les problématiques nouvelles en pédopsychiatrie ne tombent pas du ciel mais peuvent être rapportées à quelques hypothèses, dont je souhaite vous soumettre les principales.

D'une part, il me semble que les savoirs sur les bébés ont beaucoup changé ces dernières années. Le nourrisson a quitté le domaine du seul nourrisson que laisse sous-entendre son nom, et est devenu un **bébé doué de compétences**, qui se construit en interaction avec un autre, et dont les processus d'attachement et d'étayage pulsionnel sont désormais mieux connus.

D'autre part, les pratiques "anticonceptionnelles" ont amené, dans les us et coutumes contemporains, **une dissociation nette entre la fonction reproductrice et la sexualité-plaisir**. Désormais un bébé est le plus souvent programmé, et lorsqu'il tarde à venir, on connaît les scénarios anxieux qui ne manquent pas de survenir très rapidement. Ceci aboutit à une "rigidification" obligée du processus d'accommodation entre la psyché de chaque parent et l'arrivée du bébé. Le fantasme du corps imaginé décrit par Piera Aulagnier, "marqueur" du travail psychique fait par la maman, sorte de layette psychique pour porter son bébé à venir dans son esprit, est encadré par des normes temporelles de plus en plus strictes et rigides. La surprise, notion essentielle sur laquelle insistent aujourd'hui des auteurs comme D. Marcelli, devient "inenvisable", et suscite des réactions de frustration dif-

ficiles à "métaboliser".

Dans la société actuelle, on quitte la "logique des sacs" (Michel Serres) pour aller vers la "logique des boîtes"; c'est-à-dire qu'on quitte des contenants de pensées souples et accueillants pour dériver vers des contenants non déformables. Cette évolution a des conséquences en retour sur **la qualité des interactions entre bébé et ses parents**, dont une des caractéristiques essentielles est de conjuguer la souplesse des rencontres nouvelles et la solidité des rythmes identiques, seules conditions d'un développement "sécure". Nous avons bien conscience maintenant, après les travaux de Dolto notamment, que cette position des parents dans l'enfance de leur progéniture, est le socle sur lequel s'appuient les successives "castrations symboligènes" qui mènent à la plus importante d'entre elles : la castration symboligène oedipienne et post-oedipienne, l'interdit de l'inceste et du parricide. Mais justement, depuis les apports révolutionnaires de Reich, Marcuse, Malinowski et de bien d'autres, **la fonction paternelle** qui incarne ce socle en a pris un sérieux coup et montre des lignes de fragilité préoccupantes que le clinicien découvre au détour des consultations, soit de manière directe par le constat de l'impuissance psychique de certains papas qui, même en

consultations, mettent en scène leur difficulté à dire non ou à limiter l' "ubris" de leur petit "ado" de deux ou trois ans, voire moins, soit de manière indirecte, par le biais d'un processus de "maternisation" du papa qui devient une maman bis, fragilisant d'autant la fonction paternelle, "puissance d'hétérogénéité fondatrice" (Lacan/Rifflet Lemaire), et ainsi la possibilité de "tiercéité" (Peirce) et de triangulation.

Œdipe n'arrive pas à quitter Thèbes et la "résolution oedipienne" ne se fait pas "suffisamment", les frustrations et privations deviennent insupportables et insupportées, l'enfant garde en lui une violence **pulsionnelle mal castrée, la toute-puissance infantile** continue à régner et l'enfant, à l'instar de la sorcière de Blanche Neige, demande toujours à son miroir magique : suis-je toujours le plus beau et le plus fort de la contrée ?

Vous savez bien que dans le conte, l'attente de la réponse négative n'est même pas envisageable, ou alors avec comme seule réponse la mort de Blanche Neige. La violence est alors le seul mode de résolution possible des problèmes de la réalité. C'est dans une

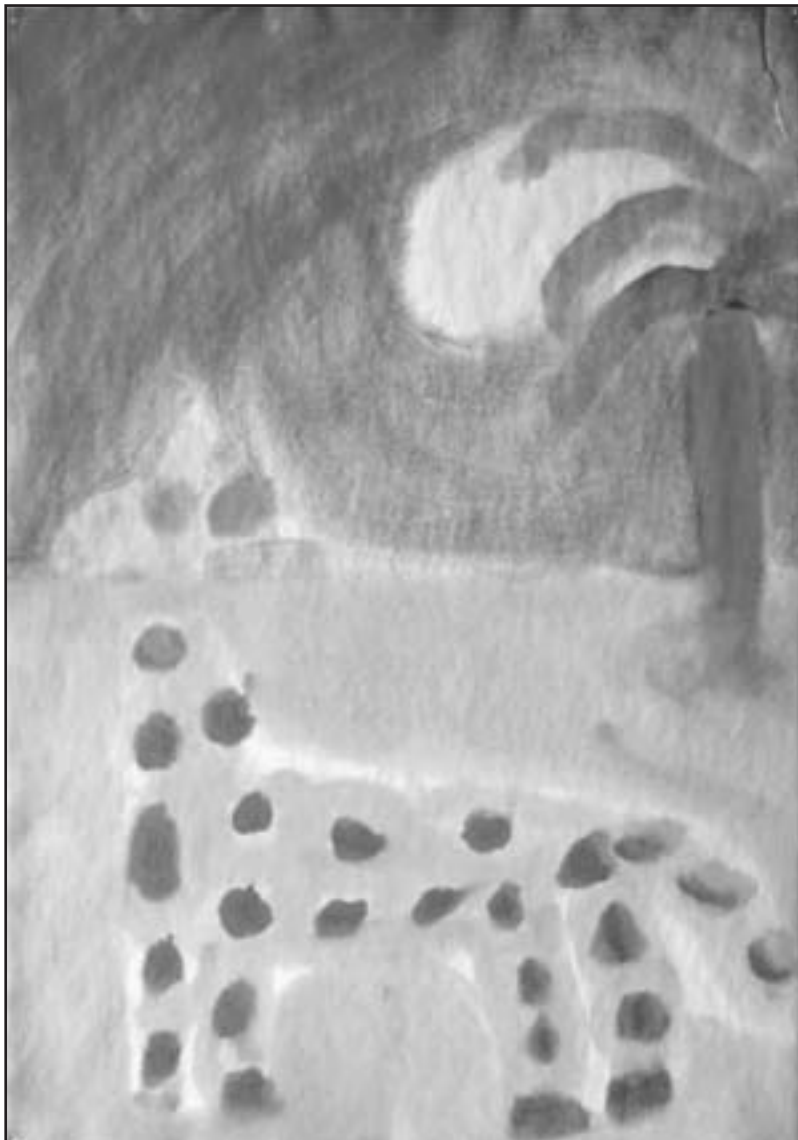
telle logique que certains parents, souvent les plus démunis, pensent s'en sortir, en répondant à leur enfant en quête de vérification de leur toute puissance : "Oui, tu veux une télé dans ta chambre ? Tout de suite, je reviens avec". L'exemple de l'anniversaire du cousin de Harry Potter, un

situé dans une économie de la "chose", sur fond de "tout ou rien". Nous savons pourtant que, pour se séparer, l'enfant a besoin de représentations sur lesquelles il pourra compter pour supporter l'absence.

A mon sens, la qualité des interactions entre un enfant et ses parents est en rapport avec la solidité des représentations parentales. Cette **fragilisation des identités parentales** coïncide avec une "dénucléarisation" des familles, une distension des liens familiaux élargis et une augmentation des familles monoparentales, et entraîne, à mon avis, une fragilisation en retour du "monde interne" des enfants. Le monde interne a une grande importance parce qu'il est le lieu dans lequel l'enfant réalise psychiquement des scénarios fantastiques distincts de sa réalité quotidienne. Mais il y a sans doute, dans ce monde interne,

"Moldu" de première grandeur, est à ce sujet très éclairant. On peut en comprendre que les enfants sont de moins en moins solides pour accepter le principe de réalité (Freud), principe qui ne peut fonctionner qu'avec l'assomption de la représentation. Or là, on se

trop peu de liens que l'enfant met à l'épreuve, dans son rapport avec les autres, dans son "groupe interne". Nous voilà projetés d'un seul coup dans la classe maternelle dans laquelle va se jouer en direct le rapport de cet enfant avec son groupe de pairs. Dans de très





**Pierre DELION** est pédopsychiatre de service public et psychanalyste; militant de la psychiatrie de secteur comme condition de possibilité organisationnelle et de la psychothérapie institutionnelle comme méthode de navigation sur l'océan de la folie dans la lignée de François Tosquelles et de Jean Oury ; nommé, depuis janvier 2003, chef du service de pédopsychiatrie du CHRU de Lille, et auteur de quelques ouvrages tels que "prendre un enfant psychotique par la main" (éditions matrice), "séminaire sur l'autisme et la psychose infantile" (édition érès), "les bébés à risque autistique" (1001 bébés/érès), "l'enfant autiste, le bébé et la sémiotique" (le fil rouge/PUF).

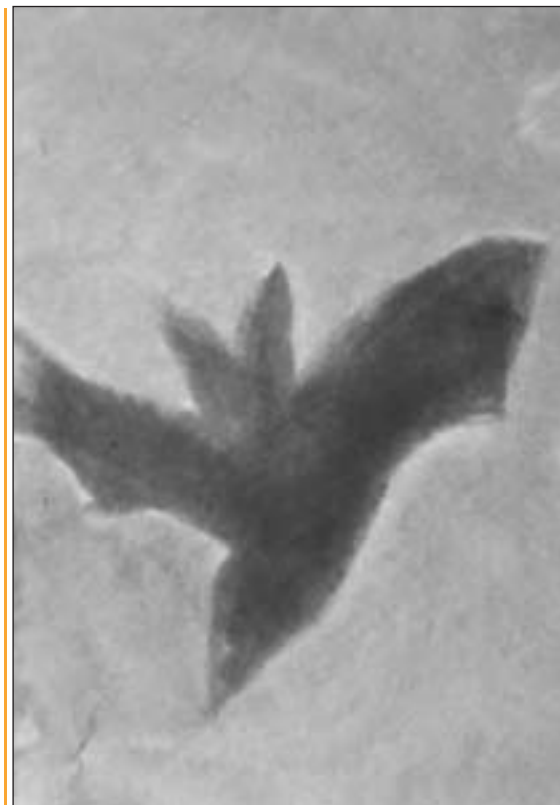
nombreuses situations, j'ai constaté une relation entre la fragilité oedipienne et la difficulté de l'enfant à faire groupe, si bien que j'ai maintenant pris l'habitude de dire que la prévention des problématiques de violence à l'adolescence consiste à travailler sur la "groupalité" en maternelle.

Dernier point de mes réflexions à propos du thème de cette revue, l'accroissement de la **civilisation de l'image** contrairement à celle du livre. Vous avez certainement remarqué la différence essentielle entre les deux médias. Le livre propose une narration dans laquelle les personnages sont les sujets de prédicats qui sont imposés au lecteur : tel héros fait ceci ou

cela, puis ceci ou cela et enfin, il termine par tel acte qui résout la tension accumulée au cours du récit. Mais tout ce déroulement de l'histoire comporte une part qui revient forcément au lecteur, à son imaginaire, à sa façon d'être et de voir le monde, à ses processus d'identification avec le héros ou les personnages secondaires : les acteurs du récit sont habillés par le lecteur et ce travail de création est à l'évidence un appel à la capacité de sublimation du lecteur. Dans le film, l'émission de télé, la vidéo, le personnage est imposé au spectateur, et celui-ci devra en accepter l'existence, non pas comme une création conjointe de l'auteur et du lecteur, mais plutôt comme une alternative simpliste binaire. C'est toute la fantasmagorie interne du sujet qui prend les habits du metteur en scène, et se la voit imposée d'une façon douce, mais incontournable. Le travail de sublimation est amoindri et le sujet régresse à un stade de plus grande dépendance.

### **Des pistes d'actions et de réflexions**

Alors que faire devant une telle série de constatations ? Se déprimer, sombrer dans la nostalgie, devenir "réactionnaire" ? Je crois que ces options sont sérieusement compromises par la réalité des changements technologiques et anthropologiques. Il me semble plus intéressant de proposer des pistes d'actions et de réflexions aujourd'hui : renforcer, réfléchir, repenser et restaurer.



**Renforcer** auprès des professionnels de la petite enfance l'idée que les problèmes psychiques de l'enfant ne sont pas à adresser au pédopsychiatre en première intention. D'abord, c'est assez pénible d'aller voir ce genre de professionnels lorsque l'on y est obligé, alors si on peut l'éviter lorsque ça ne l'est pas, c'est toujours plus intéressant. En effet, envoyer quelqu'un chez le psychiatre ne doit pas être banalisé sous prétexte que maintenant tout le monde y va. Justement, il s'agit souvent, à mes yeux, d'une conduite masquée de rejet et de ségrégation. De plus certains psychiatres pourraient y prendre goût et se contenter de soigner des enfants non malades, au détriment des enfants vraiment malades qui, eux, ont particulièrement besoin d'être écoutés. Enfin, lorsqu'une institutrice, une infirmière scolaire, un éduca-





teur réussissent à améliorer la souffrance psychique d'un enfant, ça le conforte dans sa mission professionnelle et il prend l'habitude de n'adresser au psychiatre que les enfants qui en ont réellement besoin.

**Réfléchir** avec les structures pour enfants, les écoles, les haltes-garderies ... à la restauration de la fonction groupale dans la vie quotidienne, l'apprentissage citoyen, les conseils de classes, les pédagogies dans lesquelles le groupe a une place structurante et authentique pour l'enfant.

**Repenser** les interventions des "psy" dans les médias, non pas comme une intervention magique, mais plutôt comme un des éléments qui ne doit pas faire oublier tous les autres aspects qui vont de la pauvreté physique, intellectuelle, affective et

sociale, à la pression scolaire ambiante sur les enfants, qui loin de les amener à susciter leurs efforts librement consentis, entretient chez eux un "syndrome de Polytechnique" dès le plus jeune âge.

**Restaurer** l'importance du jeu tout le temps que l'enfant en aura besoin pour la construction de ses représentations mentales. Tous les spécialistes de l'enfance sont au moins d'accord sur ce point : l'importance du jeu dans la construction de l'esprit humain.

Pour ce faire, l'équipe de pédopsychiatrie est amenée à réfléchir à ces nombreux problèmes et à les transformer en stimulants pour la création. **La question des réseaux** est, dans cette voie, absolument vitale puisqu'elle permet à l'équipe de sortir de l'état d'isolat dans lequel elle peut tout à fait s'enfermer tranquillement. Je pense, par exemple, à un réseau que nous avons mis en place pour pouvoir dépister précocement les bébés à risque, parmi lesquels les enfants présentant des signes d'autisme sont pris en charge plus tôt dans leur vie. Pour y arriver, il nous a fallu sortir de nos murs, rencontrer les professionnels de la petite enfance et ébaucher avec eux des projets communs qui prennent en compte leurs préoccupations et les nôtres. C'est ainsi que nous avons pu faire descendre très notablement l'âge de la première rencontre entre un enfant qui en a besoin et l'équipe pluridisciplinaire qui va le prendre en charge de six

mois à dix huit mois environ. Ce réseau réunissant les pédiatres, les pédopsychiatres, et leurs équipes, a permis de mettre en place une véritable dynamique dans les approches croisées de l'autisme infantile, de nature à satisfaire les différents partenaires concernés, ainsi que les parents des enfants autistes.

Mais dans le même temps, une équipe ne se change pas elle-même par la simple volonté. Il convient de prendre en compte plusieurs aspects, que je ne développerai pas ici, qui vont de la nécessité absolue de la **formation** "à perpétuité" des soignants à la **réorganisation profonde** du fonctionnement de ces équipes soignantes pour atteindre des dispositifs souples et diversifiés, cultivant une hiérarchie "subjectale" plutôt que statutaire, tenant compte de chacun des enfants et des soignants, laissant les soignants s'auto-organiser le plus possible, de façon à retrouver cette capacité de créativité si indispensable aux soins des enfants, notamment ceux qui sont les plus malades.

Alors, dans ces conditions, les changements intervenus dans les derniers temps et qui nous ont tellement amené à nous "creuser les méninges" pour mieux les comprendre, sont devenus d'authentiques occasions d'avancer dans la réflexion psychopathologique et anthropologique générale au service des enfants et des adolescents qui souffrent psychiquement. ●



## "A l'aube de la vie..."

### La parole analytique et la place du "psy" en milieu hospitalier

**Isabelle DANSE, Sabine LAMBERT et Cécile VERLAINE**  
Psychologues en maternité,  
néonatalogie et pédiatrie

#### Des questions se posent lors d'un tour de salle :

- Madame L. ne veut accoucher que par césarienne.
- Sacha, grand prématuré vient d'être opéré et est encore en situation critique. Ses parents sont trop confiants aux yeux de l'équipe.
- Un médecin de famille adresse à l'équipe de pédiatrie la petite Noémie, âgée de 4 ans qui présente une surcharge pondérale. Elle pleure quand elle doit aller au cours de psychomotricité.

Ces questions peuvent être entendues de la place du "psy" et conduire à différents types d'interventions : rencontre du patient, rencontre de sa famille, discussion avec les soignants autour de la situation clinique, réflexion avec les soignants sur la place qu'ils occupent, contact avec des intervenants extérieurs au service et à l'hôpital...

#### Un cadre et une place spécifique

Identifié comme lieu de la souffrance physique par excellence, l'hôpital général

accueille aussi la souffrance psychique et lui permet de se révéler. Cet environnement pose au psychologue un cadre de travail tout particulier. La demande, rarement formulée par le patient lui-même, émane davantage des intervenants hospitaliers. Le psychologue va lui-même à la rencontre du patient, s'appropriant partiellement une demande, telle que lui peut l'entendre et à partir de laquelle il peut se positionner. Ainsi le psychologue s'adresse à un sujet et tient compte du moment où une parole peut être adressée. Cette demande émerge, nous l'avons vu, sous différentes formes. De cette place spécifique, particulière, multi-centrique – ni totalement dans l'équipe, ni totalement en dehors ; à distance du patient et des soignants – le psychologue doit créer sa place et la réinventer sans cesse. Les situations cliniques et les collaborations l'amènent à interroger cette fonction continuellement.

Sa position ne l'inscrit pas dans une démarche pédagogique d'éducation au patient. Le psychologue n'a pas non plus

pour objectif de faire taire le patient angoissé qui perturbe l'étage. Au contraire, il entendra la souffrance de ce patient et celle, moins évidente bien qu'également symptomatique, qu'il engendre dans l'équipe. Son travail soutient la différenciation des places (médecin, infirmières, patient, assistante sociale, psychologue, ...) au sein des services. Dans la

*Un ventre s'arrondit...  
Un enfant naît...  
Un être se construit...  
Il s'inscrit dans une parole désirante.  
Notre pratique clinique nous amène à rencontrer des familles dans cet environnement tout particulier qu'est l'hôpital.  
Quel place de Sujet soutenir dans ce lieu ?*

ruche institutionnelle, le travail de collaboration autour du patient et de sa famille est rendu possible lorsque chacun peut garder son identité propre. Lorsque au lieu d'annuler la divergence, elle est apprivoisée, chacun peut alors être écouté de la place qu'il tient et occupe. La pluridisciplinarité des équipes et, en conséquence, la pluridisciplinarité des points de vue, enrichissent la clinique hospitalière. Là où se côtoient plusieurs logiques – logique médicale, logique institutionnelle, logique du Sujet... – le psychologue vient introduire une temporalité différente. Dans un temps en dehors de celui de la technicité et de l'urgence médicale, une parole et une histoire singulières peuvent se dire.

## Le sujet

Le psychologue veille à réintroduire du Sujet chez les bébés, les enfants, les parents, et les soignants quand la tentation est grande de les confronter à une image type de “bons” patients, “bons” parents, “bons” techniciens. Pour ça, il va ouvrir un espace où un certain type de parole et d'écoute est possible ; un lieu de vie où la souffrance et la mort – à partir du réel - et les choses innommables tenteront de se dire.

Le psychologue serait-il un “gardien de la souffrance psychique” lorsqu'il rappelle à l'hôpital que la sensibilité est garante de l'humain ? Une armure d'invulnérabilité ne déshumanise-t-elle pas et ne conduit-elle pas à l'omnipotence ? Il n'y a pas toujours de réponse mais c'est dans ce “reste” irréductible sans réponse qu'il est possible d'avancer, c'est là que la parole peut prendre place.

A partir de l'exploration clinique, le psychologue soutient une place pour la vérité de l'autre : celle du soignant dans son cheminement avec le patient et sa famille, celle de la mère et du père dans leur parcours avec leur enfant. Par son attention à la dimension du Sujet, le psychologue encourage et participe à faire circuler la parole, laisse émerger une parole désirante et lui redonne une place.

Pour que le travail du psychologue en milieu hospitalier prenne sens, nous désirons

insister sur l'importance du travail de collaboration entre professionnels. Professionnels différents les uns des autres, préoccupés par une même situation et respectueux de l'apport de chacun comme étant complémentaire, et ce, même si des points de vue peuvent paraître dans un premier temps contradictoires ou inconciliables. Ce travail est également à percevoir comme un temps particulier de l'histoire d'un patient, d'une équipe mais qui se veut être relié aux événements extérieurs (milieu, famille, réseau...).

Par ailleurs, confrontant l'intervenant à ses propres valeurs, il l'amène inévitablement à un investissement source de questionnements et de re-positionnements.

Ainsi, ce travail ne peut être contenant que si le psychologue accepte d'y laisser quelque chose de lui-même. ●

# PHOTO SOURIRE JOCONDE

<sup>1</sup>Ces réflexions sont élaborées mensuellement depuis 4 ans au sein du groupe de travail “La parole analytique et la place du “psy” en milieu hospitalier”, et sont éclairées par Claude Jamart et Anne Joos, psychanalystes.

Une référence parmi d'autres...

“Le sourire de la Joconde”  
Clinique psychanalytique  
avec les bébés prématurés  
de Catherine Mathelin  
L'espace analytique,  
chez Denoël, 1998.

“Le sourire de la Joconde” nous invite à découvrir la pratique psychanalytique de Catherine Mathelin au sein d'un service de réanimation néonatale. Cet ouvrage décrit la place qu'elle a petit à petit construit et choisit avec l'équipe. Place originale, pensée, qui s'inscrit dans une logique différente de celle du discours médical. Place qui ne s'inscrit cependant pas simplement à côté du discours médical mais qui y est reliée.

Catherine Mathelin nous interroge sur la parole du Sujet et du soignant dans un univers hypertechnicisé.

L'auteur aborde le travail réalisé avec les nourrissons, avec les parents et avec l'équipe. De nombreuses illustrations viennent faire vivre ce discours et nous plongent au cœur même de cette pratique : rencontres des bébés et de leurs familles, différenciation et collaboration entre monde médical et monde psychanalytique.

Catherine Mathelin est psychanalyste, docteur en psychologie et membre d'Espace analytique (A.F.P.R.F.). Elle a écrit “Raisins verts et dents agacées, Clinique psychanalytique avec les enfants” en 1994. Elle a également rédigé de nombreux articles sur la psychanalyse de l'enfant. Elle travaille dans le service de réanimation néonatale de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis (Paris).



# Accompagnement psychologique spécialisé et "psychiatrie périnatale"

## Modalités offertes par le travail psycho-social en réseau et la psychiatrie de liaison

L'écoute particulière, l'accompagnement psychologique et la "psychiatrie périnatale" systématisent les nombreuses initiatives thérapeutiques menées autour de la grossesse et du "post-partum". Les "spécialistes" doivent désormais travailler avec les nombreux "partenaires" potentiels des bébés et de leurs parents. L'enfant nouveau-né est un être en devenir et, pour avoir participé à des travaux de réflexions et de prévention autour de la maltraitance, nous avons décidé, au CHR de Namur, de travailler davantage sur les conséquences des naissances "difficiles" et des séparations précoces mère-père-bébé.

---

### Cathérine GUIOT

Interventions psychologiques  
en périnatalogie  
Centre Hospitalier Régional  
Namur

---

Au C.H.R. de Namur, le réseau anténatal, les services d'obstétrique et de pédiatrie, le N.I.C. (Centre néonatal intensif), l'unité d'accompagnement à la parentalité et aux deuils, et la psychiatrie de liaison présentent l'avantage considérable de rassembler autour de la période de la grossesse et du post-partum une relative unité de lieu, une unité de temps et une concentration plus ou moins importante de moyens.

Dans un courant actuel de plus en plus soumis au monopole de la chimiothérapie exclusive, nous souhaitons rappeler que les prises en charge ponctuelles spécialisées en périnatalogie, ainsi que les thérapies de soutien ne représentent aucunement une méthode obsolète.

Elles participent au mouvement psychique du processus de maternalité (transparence psychique intense), contribuent au réaménagement des investissements de la future mère ou de la mère et tiennent compte aussi de son fonctionnement psychosomatique.

Une combinaison raisonnée de l'abord psychothérapique, chimiothérapique et éventuellement institutionnel s'avère souvent la plus pertinente à la prise en charge de nombreux troubles.

### Aspects théoriques de la psychiatrie de liaison

L'aptitude à "travailler ensemble" nécessite une bonne articulation entre les équipes et les services concernés pour aboutir à une "zone de collaboration commune". De cette rencontre naît un espace de travail partagé où s'échangent les informations concernant le patient et les soins/suivis qu'il pourra potentiellement rece-

voir (réunions anténatales (S.O.S., O.N.E.), concertations psychosociales (néonatalogie /pédiatrie) et réunions cliniques systématiques (NIC, pédiatrie, maternité)).

Pour que les symptômes présentés par un patient puissent conduire à une demande d'ordre psychologique ou psychiatrique, il importe que la plainte rencontre une écoute suffisante et un accueil favorable des médecins somaticiens. C'est ce que certains auteurs ont appelé : "la négociation du symptôme" entre le médecin et son patient. Une particularité dans le département mère-enfant, au CHRN, est que la demande via les "psy" peut aussi émerger des autres soignants para-médicaux. La validation de la demande par l'équipe d'accompagnement à la parentalité (gynécologue de référence, pédiatre de référence, psychothérapeutes, assistantes sociales et éventuellement, psychiatre de liaison), demeure la dernière étape, c'est-à-dire la reconnaissance du trouble comme appartenant à leur champ d'action. Ainsi, en "psychiatrie périnatale", un triple jeu de consentement est nécessaire, bien loin du classique consentement éclairé du patient seul face à son médecin.

## Spécificités de la "psychiatrie de liaison périnatale"

Les "entretiens" de clarification et d'écoute de la problématique et/ou le passage du psychiatre de liaison dans les services de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie et de néonatalogie ont pour objectif de prévenir, dépister et soigner les troubles parentaux ainsi que les dysfonctionnements des interactions entre les parents et l'enfant. Bien que les modalités d'organisation des soins varient largement d'une structure à l'autre, il apparaît, dans tous les cas, une nécessité d'établir un cadre thérapeutique précis permettant une référence commune aux intervenants et aux patients dans le cadre de cette "psychiatrie ouverte".

Trois aspects nous apparaissent essentiels dans ce champ :

- ▶ la notion d'urgence,
- ▶ la formation spécialisée en périnatalogie et la sensibilisation des équipes participant aux soins somatiques,
- ▶ l'adaptation imposée au psychiatre par le cadre obstétrical et pédiatrique et à l'obstétricien et au pédiatre par le trouble psychique.

La disponibilité des intervenants psychiatres ou psychothérapeutes est impérative pour permettre une réponse rapide, voire immédiate. Certains troubles anxieux ou bizarreries très discrètes du comportement, ainsi que l'agitation ou la fébrilité hypomaniaque, peuvent annoncer, surtout en cas d'antécédents pathologiques, une décompen-

sation psychotique et par là même justifient l'urgence diagnostique et thérapeutique. Dans un registre moins péjoratif et plus commun, des troubles mis en évidence lors d'une consultation de grossesse ou du post-partum peuvent évoluer à bas bruit vers la constitution d'un état anxio-dépressif en l'absence de prise en charge suffisamment diligente.

Le travail auprès des équipes constitue un pan essentiel de l'intervention psychothérapique dans l'entité mère / enfant. Une action de terrain incluant un travail d'explicitation sur les cas adressés est complétée par un enseignement plus formalisé (formation continuée et staffs). Le personnel soignant, médical et paramédical, est en effet le plus à même de détecter un trouble apparaissant durant la grossesse ou le post-partum.

Sa nature sera finalement évaluée par l'équipe pluridisciplinaire et le psychiatre de liaison invité, en collaboration avec les intervenants de l'unité d'accompagnement à la parentalité. Nous insistons particulièrement sur la nécessité de rechercher les antécédents puerpéraux et non puerpéraux d'accès maniaques ou mixtes, de bouffée délirante ou de psychose aiguë, ainsi que ceux des troubles dépressifs ou anxieux de la grossesse et du post-partum. Retrouvés lors de l'anamnèse (génogramme) ou communiqués par le psychiatre ou médecin traitant de la patiente au médecin obsté-

tricien ou pédiatre de l'enfant, ils peuvent alors faire l'objet d'une démarche préventive.

L'organisation et la tolérance de nos équipes obstétricale et pédiatrique permettent de traiter en maternité et en pédiatrie certains troubles anxieux graves (par exemple : vomissements incoercibles), certains troubles majeurs de l'attachement maternel (par exemple : mère borderline/ psychotique), voire certains états délirants lors de leur phase d'émergence, sans nécessiter d'hospitalisation psychiatrique. Cette pratique est toutefois limitée par la nécessité d'assurer un cadre contenant et sécurisant et la possibilité d'organiser une hospitalisation prolongée ; (discussion au cas par cas / possibilités de rooming mère/enfant).

### "Prises en charge thérapeutiques"

Une action à visée psychothérapique est potentiellement indiquée pour tous les troubles psychiques maternels apparaissant lors de la grossesse ou du post-partum.

Les perturbations de l'interaction entre la mère et son nouveau-né ou nourrisson en sont parfois une indication. Le suivi est effectué en ambulatoire ou lors de l'hospitalisation.

Au CHRN, notre cadre d'intervention se limite à quelques entretiens (de 1 à 5), puis une évaluation est prévue en vue de "passer la main", éventuellement, à d'autres intervenants



extérieurs, comme la "Clinique de l'Exil", l'"Impromptu" (centre d'intervention et d'accueil des situations de crise chez les enfants, les adolescents et leurs familles), les psychologues et psychiatres extérieurs.

Les troubles peuvent dans certains cas répondre favorablement à quelques entretiens et/ou à l'aménagement de l'environnement. Ils sont plus rarement l'indication à un travail psychothérapeutique prolongé. L'action de prévention secondaire est un aspect essentiel du travail psychothérapeutique en psychiatrie périnatale (travail en réseau avec nos partenaires habituels

d'Accompagnement Mère/Enfant à Domicile). Il est fréquent que la grossesse, notamment du fait de l'amélioration transitoire qu'elle apporte, soit la période propice à la révélation et à la prise en charge de troubles anciens plus ou moins invalidants qui n'avaient pas jusqu'alors été pris en charge. A cette même période, les manifestations anxio-dépressives sont particulièrement fréquentes. Leur prise en charge permet une réduction non négligeable de l'intensité des troubles liés au post-partum.

### Troubles anxieux et dépressifs



L'activité thérapeutique peut être exercée en postnatal mais aussi en pré-partum où elle participe à prévenir le risque de dépression du post-partum.

Des entretiens individuels, uniques ou répétés, menés par des psychothérapeutes, conduisent souvent à des résultats favorables en cas de manifestations

comme l'ONE, le CRNSN (Centre de Référence pour le Sommeil des Nourrissons), le service LE LIEN (Service

anxio-dépressives modérées anté- et postnatales. Les entretiens avec la mère seule ou avec le conjoint, évoquant

les préoccupations anxieuses actuelles, sont parfois suffisants à l'expression d'affects permettant aux parents une élaboration secondaire. Une écoute d'orientation analytique, évitant dans ce cadre les interprétations, s'attachera au développement des associations corrélatives aux fantasmes originaires (Laplanche et Pontalis), émergeant d'ailleurs le plus souvent spontanément. Des angoisses, parfois très archaïques, associées aux différentes phases du développement, sont fréquemment présentes. Des suivis en ambulatoires sont proposés dans le post-partum, assurés par des thérapeutes de formation analytique et systémique. On nommera les soutiens multifocaux (sociaux, éducatifs, psychologiques), l'observation "type" Esther Bick / Dolto / Brazelton adaptée dans un but thérapeutique.

### Le travail périnatal, une élaboration continue

Nous avons livré ici l'état de notre réflexion et nous tenterons d'élaborer encore davantage des protocoles pour travailler ensemble dans ce domaine précis que sont les prises en charge de plus en plus singulières « autour de la naissance » : couples monoparentaux, grossesses issues de viol, femmes exilées, adolescentes enceintes... ●

Infos : Centre hospitalier régional :  
Avenue Albert 1er, 185 à 5000 Namur  
s 081 72 61 11

4 081 72 61 31

Bibliographie : Benhaim Michèle, Binet G., Bydlowski M., Dayan J., Guedeney A. & Allaire J.F., Guiot C., Marcé Louis Victor,

# La psychomotricité relationnelle : un décrypteur du vécu du petit enfant

*Propos recueillis par Virginie Olivier et Muriel Genette, IWSM*

La psychomotricité relationnelle cherche à apporter une lecture aux comportements et aux jeux de l'enfant. Les enfants se construisent à partir de leur corps et de leurs perceptions sensorielles. La psychomotricité est attentive à cette façon de se construire et à la capacité de l'enfant à explorer un espace en présence d'un adulte, dans un cadre qui fournit les dimensions d'attention et de disponibilité. Cette approche permet à l'adulte de se libérer de ses projections et de s'apercevoir que les enfants ont de nombreuses compétences que l'on a souvent tendance à sous-estimer. A travers toute une série d'expériences qui peuvent paraître anodines où les enfants courent, jouent, jettent, portent à la bouche, crient, ils vont se construire en termes de subjectivité. L'enfant n'ayant pas encore la capacité de s'exprimer en langage parlé, il ne peut donc exprimer ce qu'il ressent (peur, angoisse, préoccupation, impuissance, besoins divers mais aussi : désir et plaisir) que par les gestes et les jeux. A travers ceux-ci et son occupation dans l'espace, l'enfant met en scène son histoire.

---

## Entretien avec Béatrice DEVAUX,

psychomotricienne au Service  
de santé mentale de Dinant.

---

La psychomotricité relationnelle peut se décliner en deux axes :

► la psychomotricité éducative s'adresse à des enfants 'tout venants', qui n'ont pas de problèmes précis. Elle a pour but de les aider à se construire. Les séances se réalisent dans les crèches, dans les écoles maternelles, etc. Elle permet aux enfants d'explorer un espace en présence des adultes.

► la psychomotricité comme prise en charge propose un

travail avec des enfants en difficultés, difficultés repérées par le médecin, la famille, le PMS, l'ONE, ... Il s'agit d'un travail de détection, puis de déconstruction des choses qui se sont mal agencées chez l'enfant de façon à lui permettre de repartir sur de meilleures bases, plus saines, pour se reconstruire. Pour les enfants en bas âge, le langage oral n'est pas encore assez développé pour une consultation psychologique 'traditionnelle' et c'est là tout l'intérêt de la psychomotricité qui tente précisément de décoder le langage du corps et ce que représente tel ou tel comportement avec l'adulte. Ces séances s'effectuent plutôt alors en individuel et au sein du service de santé mentale.

## Associer les enfants et les parents

Béatrice Devaux prévient toujours les adultes qui accompagnent les enfants (parents, éducateurs...) qu'elle souhaite travailler en collaboration avec eux et les rencontrer. En effet, le parent ne comprend pas toujours son enfant ou décrypte mal l'action ou le geste de l'enfant. Par exemple, la phase de destruction est un passage normal dans le développement de l'enfant. Or, un parent qui joue avec son enfant et construit une tour est vite fatigué de voir que ce dernier prend un malin plaisir à détruire aussitôt celle-ci et peut se sentir frustré par la réaction de l'enfant. Instaurer un lieu parent-enfant pourrait faire comprendre aux parents que ce programme de destruction (15-18 mois) cédera ensuite la place à un programme de construction (2,5-3 ans). Il permettrait aux parents de décrypter ce genre de réactions qui jalonnent le développement de l'enfant, mais aussi de comparer leur façon de faire avec celle d'autres parents et de s'inspirer de certaines idées. Chaque enfant évolue différemment et il est essentiel de respecter le rythme de développement propre à chacun. Or, bien souvent, à l'époque actuelle, on a tendance à faire grandir trop vite l'enfant. Dans un groupe, le parent peut com-



parer son enfant à d'autres et ainsi prendre conscience que le rythme de croissance physique et psychique est différent pour chacun, sans que cela ne signifie retard ou dysfonctionnement ; c'est une réalité.

### Aider l'enfant et soutenir les parents

Si la psychomotricité relation-

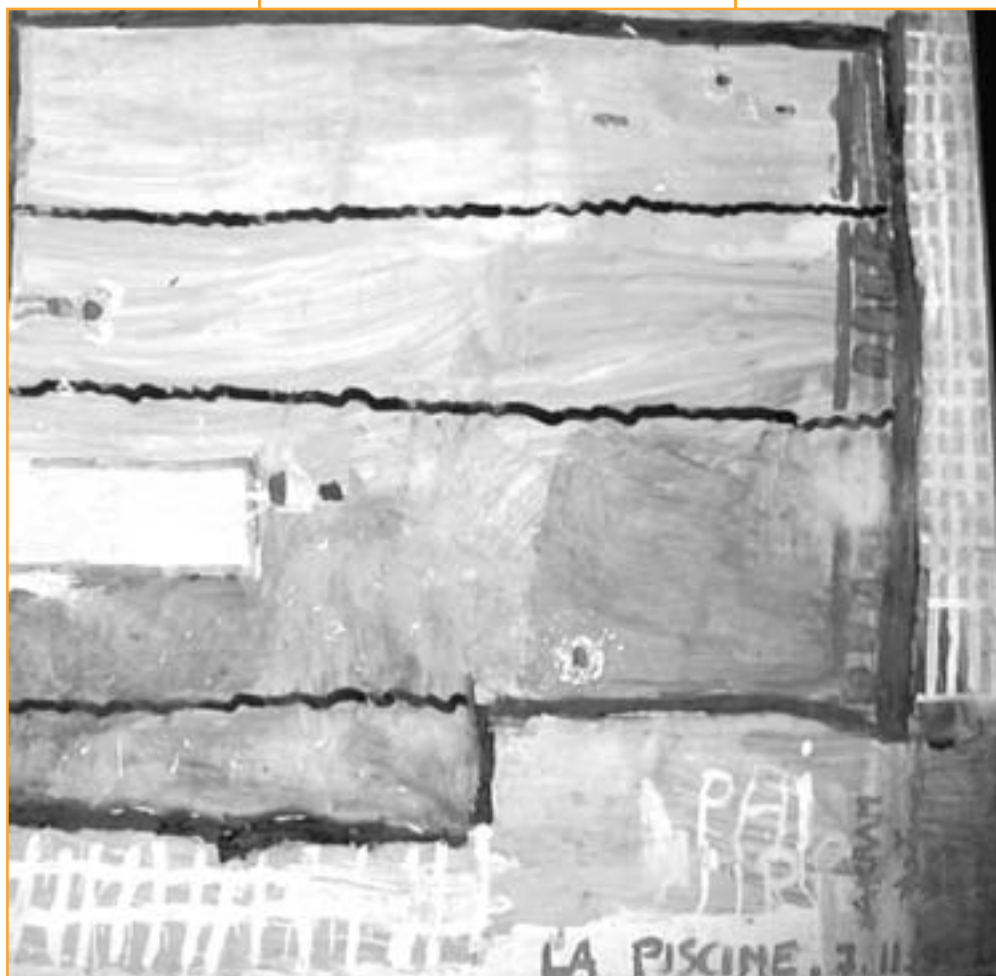
nelle décode, elle peut également agir sur l'enfant. Ainsi, via des jeux de mains ou de cache-cache, l'enfant peut comprendre que ce n'est pas parce que le parent disparaît qu'il ne reviendra plus. C'est le concept de permanence qui est ainsi éprouvé à travers le jeu. La psychomotricité peut aider les parents à poser des

limites et à s'y tenir en imposant quelques règles précises à respecter dans le cadre des séances. L'enfant assimile très bien les consignes mais, souvent, dans le feu de l'action, il se peut qu'il fasse fi de certaines d'entre elles. Il faut donc lui faire comprendre qu'il y a des règles à respecter et les rappeler à l'attention de l'en-

fant. C'est aussi un moyen pour l'enfant d'entrer dans la phase d'opposition : il teste les limites et les règles et essaie de les enfreindre. Si une cohérence est requise dans un même lieu, l'enfant est par contre tout à fait à même de comprendre que les règles d'un lieu particulier sont différentes de celles d'un autre.

tion. On constate notamment que certains adultes parlent peu avec leurs enfants et qu'ils ne jouent peu ou pas avec eux. Béatrice Devaux parle de l'utilisation de plus en plus régulière de 'prothèses affectives' : doudou, tétine, télévision... Ils se substituent en quelque sorte à l'attention des parents, de manière à évacuer chez eux les sentiments d'impuissance

et d'énervement que peuvent susciter les pleurs de leur enfant qui, pourtant, aussi agaçants soient-ils, constituent un véritable moyen d'expression. La personnalité de l'enfant se structure à travers la communication, par le partage des émotions mises en mot par l'adulte,



c'est ainsi que l'enfant pourra accéder peu à peu à la dimension symbolique.

### Comprendre les uns et les autres...

Les "enfants agités" - qu'il ne faut pas confondre avec les enfants hyperkinétiques - posent de réels problèmes. La psychomotricité est le témoin de difficultés présentes dans la relation parent-enfant dans une société en pleine évolu-

On remarque également que la rentrée scolaire est parfois trop précoce : certains enfants sont envoyés à l'école avant même d'être prêts. Pour Françoise Dolto, un enfant n'a sa place à l'école que lorsqu'il connaît



son nom complet, son adresse et qu'il est capable de l'exprimer. De plus en plus d'enfants se retrouvent à la maternelle avec leurs 'substituts affectifs' et, parfois, un linge et un biberon dans la mallette. Ces enfants ne sont pas prêts !

On se rend compte par ailleurs que moins il y a de cohérence autour de l'enfant, plus l'enfant va être agité. C'est le reflet d'un malaise que l'enfant exprime en utilisant le seul moyen à sa portée : son corps. L'agitation c'est aussi le décodage que l'adulte fait de certains moments de l'évolution de l'enfant, moments où l'enfant en fait, exprime sa frustration, son impuissance : par exemple, de 7 à 9 mois, l'enfant peut se sentir frustré car il voudrait découvrir, bouger, mais n'en est pas encore capable physiquement...C'est une période de pleurs récurrents, éprouvante pour les parents qui ne comprennent pas toujours ce sentiment d'impuissance de leur bébé. Il faudrait lui parler, lui expliquer qu'on le comprend. Il est important de se montrer disponible.

Un enfant turbulent qui explore et transforme son environnement n'est pas de tout repos, mais n'en est pas moins en bonne santé. Par contre, on remarque moins l'enfant inhibé, qui apparaît comme un enfant facile, sage. Il peut pourtant refléter une situation particulièrement problématique, dont on parle peu et que l'on décèle beaucoup moins tôt. En effet, un enfant qui ne s'exprime pas, qui ne se mon-

tre pas curieux, qui n'est pas tenté de casser, bref qui ne démontre aucune 'pulsion épistémologique', c'est-à-dire aucune envie de connaître, ne se développe pas. Et lorsque l'on s'en aperçoit, il est souvent déjà tard pour y pallier et lui donner l'envie d'explorer et d'expérimenter son environnement.

### ...et comprendre le contexte

La violence chez l'enfant est souvent le reflet de la violence qui s'exerce à son égard. Celle-ci ne se traduit pas nécessairement par la maltraitance. Ce qui fait violence, c'est par exemple le "non-respect" de l'enfant, notamment l'absence de repères (le "laisser tout faire", l'absence de limites). C'est aussi le manque de respect de l'intégrité physique et psychique de l'enfant : les lacunes dans l'éducation du geste de l'enfant (l'autoriser à utiliser son corps pour faire mal : coups, pincettes), dans le recours au langage, dans le respect de son intimité corporelle (le couvrir de bisous perpétuellement). L'intérêt de la psychomotricité est de pouvoir mettre des mots sur cela et ajuster les situations.

A pointer aussi : l'histoire des familles et des parents. Il existe différentes cultures sociales et le jeu n'est pas reconnu par tous les parents. Certains ne comprennent pas toujours les paramètres favorables au développement des enfants car leurs repères sont différents. On ne peut pas leur demander de sortir de leur

vécu pour entrer directement dans un autre. Cela s'aménage petit à petit et il faudra souvent plusieurs générations. En attendant, il reste important de travailler avec les enfants.

Une autre difficulté de notre société est la succession de moments qui se juxtaposent sans lien. C'est dans la petite enfance que se prépare tout ce qui va suivre. Or, les milieux d'accueil collectifs de la petite enfance (crèches, écoles maternelles,...) ne sont pas toujours attentifs à aménager des liens avec les parents, eux-mêmes, souvent submergés par des émotions importantes liées à la séparation, aux souvenirs, qu'eux-mêmes gardent de l'école par exemple... Prendre plaisir à (faire) grandir

Un rêve pour terminer : pouvoir aider les parents à jouer leur rôle éducatif avec plaisir, par exemple dans le cadre de séances de psychomotricité parents-enfants où chacun pourrait découvrir le plaisir vécu dans cet itinéraire propre à la petite enfance : du plaisir de bouger avec son corps au plaisir de penser où l'immobilité relative du corps est le soutien d'un travail de réflexion. ●

**Infos** : Service de Santé mentale de Dinant :  
Rue Daoust, 72 5500 à Dinant  
☎ 082 22 95 61



## Réseau familial, réseau de professionnels et prévention précoce

### Une expérience du service de santé mentale du Nord et Centre Luxembourg

Pendant plus de 2 ans, le service de santé mentale du Nord et Centre Luxembourg a travaillé à la création d'un réseau de prise en charge d'enfants en bas âge et de leur famille en milieu rural. Une équipe<sup>3</sup> a coordonné et porté la réalisation de ce projet préventif. Regard sur une initiative située à la croisée des familles et des professionnels.

---

Claire **GRANDJEAN**

Assistante sociale  
Service de Santé Mentale  
du Nord et Centre  
Luxembourg à Libramont

---

#### Une approche multiple élaborée pas à pas

Après avoir contacté les 40 services qui s'occupent de la petite enfance dans l'arrondissement de Neufchâteau, l'objectif défini pour la 1<sup>ère</sup> année du projet a été la rencontre entre les différents services : pouvoir mettre des visages sur des noms et mieux connaître chaque service, ses activités et fonctions. Cette démarche répondait à une demande unanime des participants. Un répertoire détaillé des 40 structures a été constitué et 4 groupes se sont formés pour travailler différents thèmes. Très vite, chaque groupe a buté sur la même question : comment relayer aux parents ses inquiétudes par rapport à l'enfant, quelle que soit la situation? Cette préoccupation concernait surtout les services de 1<sup>ère</sup> ligne.

Nous avons tenté de répondre à cette question en organisant

des analyses de cas cliniques et un colloque : "Le travail en réseau autour de la petite enfance : du clinique au politique et du politique au clinique".

Durant la 2<sup>ème</sup> année, nous avons proposé aux différents partenaires des supervisions et des interventions. Celles-ci nous ont permis de nous rendre compte combien les services de première ligne manquaient de moments de réflexion.

Les présentations de cas cliniques ont aussi permis aux professionnels de mieux trouver leur place au sein de leur institution, de redéfinir leur cadre de travail et leurs missions, d'avoir un regard plus objectif sur leur travail et de définir les positions à prendre suivant les situations rencontrées. Ces pistes ont été reprises sous forme d'un vade-mecum, un support de réflexion aidant à clarifier et structurer les différentes démarches possibles face à une situation difficile.

Un projet de prévention secondaire s'adressant aux enfants en bas âge (0-3 ans) et leurs parents a été mis en place. Il s'intitulait : "prévention des

troubles du lien parents-bébé". Après avoir réfléchi notre projet, nous avons rencontré une fois de plus les partenaires du réseau (crèches, gardiennes encadrées, médecins généralistes, gynécologues, pédiatres, haptonome,...). Deux types d'interventions ont été proposés : des entretiens parents-enfant au Centre de guidance et des observations mère-bébé à domicile ; à envisager pour des familles où certains signes de souffrance étaient présents (manifestation de l'enfant, ressenti des parents ou vécu des professionnels), quand il y avait une demande de leur part.

Les entretiens enfant (0-3 ans)-parent(s) sont l'occasion pour ces derniers de réfléchir à la place réelle et fantasmatique du bébé dans sa famille, de mettre des mots et d'établir des liens sur des étapes de la vie de ce tout jeune enfant. En effet, nous redessinions son histoire, de ses tout débuts avant même qu'il ait été conçu, jusqu'au présent. Ce travail permettait aussi aux parents de pouvoir exprimer des émotions qui n'avaient pas trouvé leur place jusque là.

Pour les situations qui s'y prêtaient, nous avons la possibilité de faire un suivi à domicile du bébé et de ses parents, inspiré des théories d'Esther Bick et de la pratique de Didier Houzel. L'objectif de ces visites

était de donner l'occasion aux parents de prendre un temps d'arrêt pour être en relation avec leur bébé, en présence de deux intervenants qui portaient une attention bienveillante, "contenante", et non jugeante sur cette relation naissante.

Si les parents le souhaitent, ils pouvaient échanger avec les intervenants sur ce qui se passait, sur ce qu'ils vivaient et ressentait au cours de ce moment privilégié.

Selon les situations, ces différents entretiens pouvaient déboucher sur un suivi individuel ou sur un suivi de l'ensemble de la famille.

En continuité de ce travail, nous avons jugé utile de proposer aux professionnels un cycle de sensibilisation intitulé: "de l'expression d'une souffrance à la formulation d'une demande d'aide".

### Un travail prioritaire

Notre expérience et notre témoignage sont modestes. Nous sommes au tout début d'une nouvelle façon de travailler, d'aider les tout petits dans leur développement. L'attention à porter au réseau familial, à la prévention précoce et à la collaboration avec le réseau nous semble, aujourd'hui, encore davantage prioritaire.

En effet, lors de nos réflexions, nos rencontres avec les intervenants et avec les familles elles-mêmes, il nous est apparu que les changements majeurs dans notre société amènent la population et les travailleurs à vivre parfois diffé-

remment la venue d'un bébé.

Les familles actuelles se trouvent souvent réduites à quelques personnes : l'éclatement des familles et l'éloignement géographique de ses membres provoquent la solitude du (des) parent(s).

La jeune mère semble moins souvent qu'auparavant pouvoir trouver une écoute, le soutien d'une mère, d'une sœur, d'un compagnon parfois, lorsqu'elle éprouve des difficultés, se pose des questions dans son nouveau rôle de mère. Elle ne sait alors vers qui se tourner et reste souvent seule avec ses angoisses, son mal-être et cet enfant qu'elle a du mal à comprendre.

Les intervenants de première ligne, à qui ces mères en souffrance s'adressent, se sentent souvent démunis et ont des difficultés à trouver les mots pour les orienter vers un service approprié.

De plus, il y a longtemps que les professionnels de la petite enfance ont pris conscience de l'importance des toutes premières relations entre l'enfant et ses figures parentales comme éléments fondateurs de la construction de soi.

Le quidam éprouve encore des réticences à exprimer ses difficultés et à entamer une démarche de demande d'aide psychologique.

C'est aussi difficile pour certains professionnels d'être attentifs au versant psychique de la souffrance et de la santé du petit. Il est donc nécessaire de sensibiliser les profession-

nels à la psychologie du bébé en relation avec ses figures parentales.

Au bout du chemin, quand les parents ont pu exprimer leur difficulté, être entendus, il est nécessaire que des structures puissent offrir des interventions adéquates. Si ces services existent, nous manquons de moyens pour répondre aux nombreuses demandes.

Au vu de toutes ces constatations, nous pouvons dire que le travail en réseau est primordial : entretenir des liens entre professionnels autour de la famille permet aux parents de tisser des liens avec leur bébé. Le réseau agit alors comme trame soutenante et bienveillante où les parents plus fragiles peuvent construire des relations harmonieuses avec leur enfant. ●

Infos : SSM de Libramont : Grand Rue, 17 - 6800 à Libramont

☎ 061 22 38 72

4 061 22 38 53

<sup>3</sup>L'équipe se compose d'une assistante sociale, d'une psychologue et d'une secrétaire, et travaille avec la collaboration d'un



## FIL - A- FIL

### La prise en charge du lien parent-enfant durant l'hospitalisation en psychiatrie du parent

La prise en charge dans le service "Fil-à-Fil" permet aux parents hospitalisés en psychiatrie d'éviter la rupture néfaste du lien avec leur enfant, de renforcer le tissage harmonieux de ce lien et d'avoir une action préventive chez l'enfant en favorisant la relation d'attachement.

---

**Heidy ALLEGAERT,**

Médecin CHP

Petit Bourgogne à Liège

**Michel BOUCHAT,**

Psychologue CHP

Petit Bourgogne à Liège

---

Jusque dans les années 1950, on se méfiait d'une mère troublée psychologiquement. Elle était considérée comme menaçante pour son enfant et la séparation était souvent préconisée.

#### Etre parent ...en psychiatrie

La pathologie psychiatrique du parent est, effectivement, à l'origine d'un risque élevé de troubles de l'attachement, laissant des séquelles sous forme d'une vulnérabilité psychique plus importante.

Ces distorsions relationnelles de la petite enfance entraînent une fragilité au niveau de la constitution du narcissisme primaire du bébé et de sa sécurité de base. Elles favorisent l'évolution vers des troubles psychiques graves chez

l'adulte (état limite, dépression sévère, décompensation psychotique,...).

Les enfants qui ont un attachement "insécure" subissent généralement un préjudice important, surtout dans le domaine du comportement social et du contrôle des impulsions et de l'agressivité. Il peut être provoqué par un manque de réponse au besoin d'attachement ou par une réponse inadéquate du parent.

En effet, une mère qui veut réparer avec son nourrisson les frustrations de son propre passé dépasse souvent la mesure. Elle l'étouffe avec sa sollicitude (ambivalente) et n'a pas d'espace psychique pour percevoir ses besoins sans préjugé<sup>4</sup>.

La mère peut être envahie par des représentations et des affects qui l'éloignent du bébé réel et vont dans le sens de la confusion entre le bébé réel et celui qu'elle imagine.

Quand les mères présentent une pathologie psychiatrique, c'est la nature même du fonctionnement archaïque du nourrisson et son développement, plus particulièrement au niveau des processus de séparation-individuation, qui mettent la mère en difficulté.

Ces situations sont fréquentes chez les mères hospitalisées en psychiatrie pour psychose, dépression grave, carences...

Le désinvestissement parental

est plus important et plus rapide quand l'enfant est éloigné du milieu familial. Les liens d'attachement sont plus faibles et l'enfant n'est plus reconnu par ses parents qui n'ont pas assisté aux progrès réalisés. L'enfant est parfois rapidement remplacé par un autre ou par un partenaire adulte.

Les unités mère-bébé permettent d'éviter la rupture de ce lien entre le parent (le plus souvent la mère) et son bébé en hospitalisant simultanément le parent et l'enfant.

Nous avons opté pour une autre possibilité du maintien de ce lien.

#### Du tissage du lien parent-enfant...

Le service "Fil-à-Fil" est un espace d'accompagnement de la relation parent-enfant durant l'hospitalisation du parent (mère ou père) en psychiatrie.

Nous accueillons en journée les enfants de moins de 5 ans dans des locaux aménagés du service. Cet accueil a pour objectif d'offrir un environnement de soutien et de sécurité aux parents et aux enfants. Avec l'accord du parent et de sa famille, l'équipe pluridisciplinaire de "Fil-à-Fil" met en place un projet individuel dans chaque situation.

La prise en charge de la dyade permet d'observer le lien singulier parent-enfant, de favoriser les échanges entre le parent et l'enfant et leur relation d'attachement et ainsi de prévenir les souffrances secondaires à la pathologie du parent.

La fonction contenante de l'équipe permet de mettre le parent et l'enfant en situation d'exprimer leurs compétences et de les valoriser. C'est un accompagnement de la relation, dans "l'être avec". Par son regard porté sur l'enfant, le soignant donne place et valeur à

de ses capacités parentales. Le comportement de la mère peut se modifier, non parce qu'on lui donne des leçons de portage ou de techniques de communication, mais parce que la détente de son enfant change ses attitudes<sup>5</sup>.

Les intervenants soutiennent les parents dans l'expression de leurs émotions telles que l'angoisse et/ou la dépression liées à la culpabilité, la perte d'objet ou la dévalorisation narcissique. Ils établissent avec eux une relation d'aide car en plus de l'angoisse et/ou de la dépression, les parents

*personne et avec ses liens.*"<sup>6</sup> Travailler le lien parent-enfant implique un travail simultané incluant tous les autres liens : avec le réseau "naturel" (famille) et avec les différents intervenants (services d'aide à la jeunesse, milieu scolaire, milieu d'hébergement &/ou de soins de l'enfant...).

Au sein du service "Fil-à-Fil", le parent hospitalisé est placé en position de partenaire dans ses différents contacts.

L'histoire des relations entre le parent psychiatisé et le réseau est pourtant presque toujours jalonnée d'échecs, de répétitions, de ruptures et de peurs, parfois mutuelles, souvent transgénérationnelles.

Les premiers contacts avec le réseau sont bien antérieurs à l'ouverture de "Fil-à-Fil". Ils se sont construits via la présentation du projet à la plate-forme psychiatrique, des rencontres avec les intervenants des services de santé mentale, de SOS enfants, du SAJ et du SPJ, et avec les équipes d'autres institutions psychiatriques ou pédopsychiatriques...

Au-delà du travail clinique, "Fil-à-Fil" pourrait être l'impulsion vers le réseau qui, en créant du lien social, exerce un effet de maillage entre parents, enfants, famille, équipe de soins, de réhabilitation et/ou de tutelle<sup>7</sup>. ●

Infos : Petit Bourgogne – "Fil à Fil" : Rue Professeur Mahaim 84 à 4000 Liège  
s 04/254 77 11

<sup>4</sup>M. Dornes – bibliographie / référence XXX

<sup>5</sup>M. Lamour, S. Lebovici – voir bibliographie / référence XXX

<sup>6</sup>G. Baillon & Renévoit - voir bibliographie / référence XXX

<sup>7</sup>P. Jacques - voir bibliographie / référence XXX

l'enfant "réel". Il fait percevoir au parent les besoins de l'enfant non pas sur un mode éducatif mais en développant chez le parent ses capacités d'identification à l'enfant.

Par ailleurs, le regard porté avec le parent sur un enfant compétent et les échanges qui en découlent sont très précieux pour que le parent soit de nouveau sollicité au niveau

ressentent un "mal-être" lié à la réactivation des conflits de leur enfance.

L'enfant pourra lui aussi exprimer ses ressentis au cours des thérapies à média.

### ... au maillage du travail avec le réseau

*"Le soin psychiatrique est un travail avec le psychisme de la*



## Un soin de la relation mère-enfant et parents-enfant

### Une expérience dans un Centre Pédiatrique

Les soins réalisés dans les unités "parent(s)-enfant", outre ceux spécifiques dédiés à la pathologie psychiatrique maternelle, permettent d'aider la mère à développer son "identité maternelle" à travers les expériences de la réalité de la vie avec l'enfant. Leur vocation est également d'aider l'établissement de la relation mère-enfant, d'accueillir le nourrisson et d'aider à son bon développement en évitant le caractère massif et potentiellement dangereux pour lui de la pathologie maternelle. Ces unités tentent enfin, quand cela se révèle opportun, d'éviter les traumatismes d'une séparation hâtive et mal préparée. Située en pleine campagne à Ottignies, l'Unité Thérapeutique mère-enfant / parents-enfant de Clairs Vallons a été inaugurée en octobre 1999. Encore récente, l'histoire de ce service nous éclaire sur une des approches possibles pour soutenir les interactions précoces dans des situations fragilisées.

---

#### Pascale TIELEMANS

Pédopsychiatre / Responsable  
de l'Unité 'Mère-Bébé'  
Clairs Vallons à Ottignies

---

A Clairs Vallons, l'accent est mis sur le soin de la relation mère-enfant et parents-enfant. Le père, lorsqu'il est présent, a la possibilité d'être hospitalisé avec son épouse ou sa compagne et participe au travail thérapeutique. Son implication remplit une fonction essentielle: elle constitue un soutien pour la mère et prévient le repli toujours possible de la femme sur une relation exclusive avec l'enfant. Elle permet également de traiter ou de prendre en compte la psychopathologie du père lorsqu'elle a des répercussions sur les interactions avec l'enfant.

#### Des problématiques diverses

Dans cette perspective, le séjour est proposé aussi bien à une mère déprimée qui se sent vide, débordée et incompétente avec son bébé qu'à un couple en situation de crise, rendu vulnérable par un enfant qui nécessite des soins médicaux lourds.

Depuis sa création, l'Unité Thérapeutique de Clairs Vallons a accueilli un grand nombre de mères qui ont connu une rupture avec le père du bébé pendant la grossesse ou souffrent de "post-partum". Cette situation qui nous semble en augmentation croissante, plonge la mère dans un état psychique proche du deuil. La naissance du bébé donne l'illusion à la mère qu'elle va pouvoir sortir de sa dépression et/ou qu'un retour du père est

possible. Souvent après l'espoir, c'est la déception qui s'installe. Ni la mère, ni le bébé n'ont pu faire revenir le père, l'enfant est peut-être même à l'origine de la séparation. Des distorsions relationnelles, face à ce bébé "persécuteur", font suite à une brève période de rencontre réciproque et d'accordage affectif. L'isolement familial et social concourt à aggraver cette problématique. Le manque de tiers contenant se fait d'autant plus sentir que la perte du père laisse un vide chez la mère et le bébé.

Le travail dans l'unité prend tout son sens dans ces situations et suscite de nombreuses questions de la part du personnel très sollicité sur le plan émotionnel par le désarroi de ces mères et de leur bébé.

Actuellement, nous sommes parfois aussi confrontés à des formes de souffrance et d'attaque des liens pour lesquels nos outils de réflexion sont à affiner. Il s'agit des mères d'une autre origine culturelle, dont le bébé est issu d'un viol, collectif ou non, dans un climat de violence extrême et de guerre. Ces situations dramatiques sont peu connues dans la pratique clinique habituelle. Les conséquences sur l'évolution des relations mère-enfant et le développement psycho-affectif de ce dernier sont également à investiguer et à penser.

## Une approche multidisciplinaire

Le travail thérapeutique dans l'Unité s'avère à la fois très varié et très complexe. Il mobilise une équipe multidisciplinaire où les rôles clairement définis s'articulent sous l'égide d'une psychiatre et d'une pédopsychiatre (qui est également coordinatrice).

Elles assurent la prise en charge des mères et des pères, y compris le traitement médicamenteux.

A côté du travail individuel, des entretiens conjoints mère-bébé, en alternance avec des séances parents-bébé, sont proposés par un autre thérapeute. Dans ces séances sont abordées les difficultés des mères à "penser" leur bébé, à élaborer des deuils, à croire en leur capacité de maternage, etc. Le but est ainsi de leur permettre de devenir meilleur partenaire pour la relation, de comprendre que le bébé a une vie psychique et d'y accéder. Le couple, les grands-parents ou les membres importants de la famille sont pris en charge par une psychologue systémicienne. Celle-ci appréhende la famille comme un système évoluant dans le temps et en crise lors du passage d'un cycle de vie à un autre, en l'occurrence ici la naissance d'un enfant.

Les soins pédiatriques sont prodigués par une pédiatre très sollicitée par les questions et les interrogations des mères, anxieuses par rapport à la santé de leur enfant.

Les aspects concrets de l'intégration sociale et les liens avec

les soignants extérieurs déjà impliqués dans le suivi des patients ou des patientes sont assurées par l'assistante sociale.

Des kinés stimulent et restaurent les compétences corporelles et interactives du bébé.

L'intervention de l'ergothérapeute vise le développement de l'autonomie et de la créativité dans la gestion des activités de la vie quotidienne, dans la structuration du temps, dans l'acquisition des rythmes et dans la gestion financière. Cette intervention concerne soit le couple mère-enfant, soit le triangle mère-père-enfant. Il accompagne également les mères avec leur enfant à la piscine, une fois par semaine, et réalise un travail sur les enveloppes corporelles.

Pour compléter ce travail, les infirmières ont un rôle extrêmement important car elles réalisent la fonction "d'étayage" de ces dyades ou triades. Elles accompagnent dans les gestes de la vie quotidienne, aident à réajuster le rapport à la réalité vécue, stimulent la réflexion sur les besoins et les émotions du bébé,...

L'équipe se réunit de façon hebdomadaire afin de partager les impressions cliniques, d'approfondir la réflexion et la compréhension de chaque situation. C'est également au cours de ces réunions que sont discutées et confrontées les relations nouées par les mères et les enfants, de façon différenciées et significatives, avec les différents membres du personnel.

En outre, une réflexion sur le travail s'élabore et se poursuit

avec un psychanalyste rencontré en dehors de l'Unité.

## L'interaction précoce au cœur des relations nourrisson – mère - famille

En conclusion, le travail thérapeutique dans l'unité Mère-bébé met l'accent sur l'interaction précoce. L'axe de travail est centré sur le développement psychomoteur et affectif du bébé dans une compréhension de la relation mère-bébé et parents-bébé, en tenant compte de trois problématiques : l'état psychique de la mère, la dynamique familiale et la spécificité de la position du nourrisson. ●

### *En pratique :*

L'Unité Mère/bébé accueille 10 mères et 2 pères avec leur enfant de 0 à 3 ans

Le séjour dure de quelques semaines à 1 an maximum

L'hospitalisation fait l'objet d'une convention avec l'I.N.A.M.I.

### **Infos :**

Centre Médical Pédiatrique  
rue de Mont Saint Guibert, 24  
à 1340 Ottignies

☎ 010 48 02 11



## Une aire intermédiaire entre réalité interne et réalité externe

### Témoignage d'une pratique dans un centre psychothérapeutique de jour pour enfants

Le centre psychothérapeutique de jour pour enfants est décrit dans cet article comme un lieu d'interface entre le monde psychique interne de l'enfant et l'environnement extérieur. L'approche thérapeutique qui est présentée tente de conjuguer à la fois la relance de la vie psychique de l'enfant et son ouverture au monde social. Grâce à sa composante multidisciplinaire et à un cadre de vie solide et protecteur, l'institution thérapeutique tente de permettre la reprise des investissements libidinaux et objectaux. En situant l'enfant dans une histoire et une continuité de pensée, elle tente de favoriser sa construction identitaire et son inscription dans le symbolique. Dans cet article, nous tenterons de montrer en quoi le centre psychothérapeutique de jour, par sa fonction transitionnelle, peut aider l'enfant à nouer ou renouer une relation sereine avec lui-même et le monde environnant.

---

**Catherine LEBRUN**

Psychologue, La Manivelle  
à Liège

---

**Une approche  
multidisciplinaire  
centrée à la fois sur  
l'individu et sa famille**

Le travail institutionnel cherche à comprendre l'enfant dans sa globalité et dans ses possibilités d'évolution.

Il s'appuie sur une équipe multidisciplinaire en tenant compte de la spécificité de chacun des intervenants. Des réunions d'équipe ont lieu tous les jours. Elles visent à permettre une élaboration et une continuité de pensée du travail pour chaque enfant. Elles permettent également le partage et la compréhension des représentations et affects vécus par les intervenants dans la relation

avec l'enfant.

Le travail est à la fois centré sur l'enfant et sur sa famille :

► Le travail thérapeutique avec les enfants est réalisé tant par les éducateurs dans les groupes de vie que lors des prises en charge plus spécifiques (psychothérapie, thérapie psychomotrice, classe, logopédie,...).

L'approche relationnelle poursuivie dans le travail avec l'enfant favorise le recours à la créativité par le biais d'activités structurées autour de différents médias (jeux moteurs, musique, activités pédagogiques...).

► Le travail avec les familles vise à aider et à soutenir les parents dans les difficultés qu'ils rencontrent avec leur enfant au quotidien. Il consiste à favoriser la création d'un espace transitionnel avec la famille où l'on va pouvoir pen-

ser ensemble à partir de l'enfant. Il vise également à refaire l'histoire avec les parents pour inscrire l'enfant dans un processus de filiation. Favoriser la construction de liens et le déploiement d'échanges ludiques entre l'enfant et ses proches, tels sont les objectifs du travail poursuivi avec les familles.

**Un espace pour penser et  
apprivoiser ses peurs**

Chez de jeunes enfants présentant de graves troubles relationnels et qui, pour la plupart, ne parlent pas ou quasi pas, le recours au corps et à l'agir occupe une place centrale. La fixation à des stades précoces du développement et la prévalence de mécanismes de défense archaïques freinent l'accès à la mentalisation et à la représentation. Pour ces enfants n'ayant pu se construire une représentation suffisamment claire et unifiée d'eux-mêmes et du monde extérieur, chaque changement ou discontinuité dans le rythme de vie est source de profondes angoisses (morcellement, perte du corps, intrusion, dévoration, abandon...). En l'absence d'un sentiment interne de continuité psychique, chaque séparation les confronte à des terreurs intenses d'effondrement et de perte identitaire.

Dans un tel contexte, l'essen-



## La Manivelle, centre psychothérapeutique de jour pour enfants

“La Manivelle” accueille de jeunes enfants âgés, à l'entrée, de 2 à 5 ans et présentant des troubles graves du développement (autisme, psychose, dysharmonie, abandonnisme).

La durée du traitement est en moyenne de trois ans avec des possibilités de prolongation en fonction des pathologies.

Les enfants sont répartis en trois groupes de vie.

Chaque groupe est composé de six enfants et de deux éducateurs (un homme et une femme).

Le travail institutionnel s'inscrit dans une approche multidisciplinaire.

Les bases théoriques privilégiées par l'institution<sup>8</sup> sont principalement les théories dynamiques basées sur l'observation du nourrisson et sur les relations précoces entre la mère et l'enfant. Les théories analytiques sur les psychothérapies d'enfants présentant de graves troubles du développement et l'approche systémique font également partie des outils de travail.

### Infos :

La Manivelle - Boulevard de la Constitution, 153 à 4020 Liège

s 04 341 41 43 – 341 41 55

4 04 341 42 44

@ lamanivelle@swing.be

tiel de notre travail se situe au niveau de la relation. Il vise à offrir à l'enfant un espace protégé où ses peurs vont pouvoir être pensées et symbolisées. En cherchant à rendre les tensions vécues par l'enfant à un niveau assimilable pour lui, l'équipe tente d'assurer une fonction de « pare-excitation ». Pour ce faire, elle se propose à l'enfant comme un milieu contenant et sécurisant. En créant autour de l'enfant un climat de sérénité et d'apaisement, l'équipe veille à lui apporter une sécurité suffisante pour lui permettre de mieux supporter le manque et l'absence. C'est à travers le partage émotionnel entre l'enfant et l'adulte et la capacité de ce dernier à pouvoir transformer ce que l'enfant lui transmet, que pourra progressivement naître une pensée chez l'enfant. Par sa capacité de rêverie et de pensée, l'adulte

tente ainsi de (re)mobiliser une activité psychique chez l'enfant.

### Un investissement particulier du lien

Pour accompagner l'enfant dans son développement psychique, le travail thérapeutique favorise un investissement particulier du lien basé à la fois sur la continuité et la discontinuité :

► Il s'agit, d'une part, de procurer à l'enfant une stabilité et une permanence relationnelle suffisantes pour permettre l'émergence d'un lien psychique. C'est sur base d'un fond immuable d'expériences identiques et répétitives que naîtra chez l'enfant un sentiment d'identité et de continuité psychique.

► D'autre part, chaque

jour est rythmée dans le temps et dans l'espace par des changements, des arrêts et des séparations : il y a les départs et les arrivées, des changements de lieux, le temps du jeu, du repas, de la sieste, ... En accompagnant l'enfant lors des passages d'une personne à l'autre, d'un lieu à l'autre ou encore d'une activité à l'autre, les intervenants cherchent à familiariser l'enfant au changement et à l'imprévu. En l'inscrivant dans un temps social, l'équipe tente également d'aider l'enfant à dépasser ses craintes liées au processus de séparation-individuation.

**En guise de conclusion**, permettre à l'enfant de se réapproprier les bases de sa vie psychique, l'aider à se construire une représentation cohérente de lui-même et du monde extérieur, c'est nécessairement naviguer avec lui entre des pôles extrêmes. C'est conjuguer à la fois illusion et désillusion, présence et absence, gratifications et frustrations. La base du travail institutionnel se situe dans le bon dosage de ces tendances contradictoires, au confluent de la vie psychique interne de l'enfant et de la réalité externe. ●

<sup>8</sup>Quelques références : Berger, M. , Geissmann, P. & G. , Hochmann, J., Tustin, F., Winnicott, DW. – voir bibliographie, références n° XXXXX.



## Un travail au carrefour de l'hospitalier et de l'ambulatoire :

### le centre psychothérapeutique de jour

---

#### Isabelle SCHONNE

Psychiatre infanto juvénile  
Médecin directeur du centre  
psychothérapeutique de jour  
Charles-Albert Frère

#### Docteur G. VAN HEULE

Psychiatre infanto juvénile du  
centre psychothérapeutique de  
jour Charles-Albert Frère

---

#### De l'institution ...

Le travail au centre est réalisé en équipe multidisciplinaire et s'inscrit dans l'articulation des deux fonctions assurées par l'institution : la fonction éducative, s'occupant du quotidien, et la fonction psychothérapeutique, garante du psychisme de l'enfant.

La toile de fond du travail du centre est double : "la permanence" et "le projet thérapeutique individualisé".

» La "permanence" est représentée par le couple d'éducateurs référents ( personnes identifiées comme tels et affectées à un groupe de façon durable). Ces référents s'occupent d'un groupe de huit enfants.

La permanence est aussi présente par le lieu qu'occupe chaque groupe dans son propre local où se déroulent les activités quotidiennes du champ éducatif.

» Le projet thérapeutique individualisé est élaboré autour de l'enfant en équipe multidisciplinaire. Il se compose de psychothérapies individuelles, de thérapies du développement, de la musicothérapie, de la logopédie, des ateliers cognitifs et de l'hippothérapie...

Il s'agit là d'une structuration qui rythme le temps et l'espace. Elle veille à la différenciation des lieux, des personnes, des perceptions, des sensations, des émotions, etc.

Dans une institution accueillant des enfants gravement perturbés dans leurs modes de relation à l'autre et au monde qui les entoure, il est essentiel d'offrir à l'équipe des lieux d'échanges et de parole ainsi qu'un temps d'écriture, permettant la mise à distance d'un vécu lourd avec de tels enfants et une mise en mots du non-symbolisé. C'est ainsi que s'organisent différentes réunions, regroupant :

» Les différentes fonctions (éducative, psychothérapeutique, psychologique, logopédique, médicale et sociale) réfléchissent ensemble à l'évolution de l'enfant au cours de son hospitalisation et à la dynamique psychique de l'enfant au travers de ce qui se vit par chaque intervenant dans sa rencontre singulière avec lui.

» Les éducateurs référents, le psychologue et le médecin référent ainsi que le chef éducateur : ceux-ci prennent le temps de réfléchir autour de la dynamique de chaque groupe et de penser les événements de la vie quotidienne du groupe.

#### ... à la famille

D'une part, notre centre prend en charge des enfants inscrits dans un contexte de difficultés familiales importantes. Les "dysfonctionnements" familiaux sont manifestes et participent au développement de la pathologie de l'enfant. Ils se traduisent par des troubles du comportement qui nous semblent liés à des carences au niveau de la structure familiale, à un manque de limites, voire

Le Centre Psychothérapeutique de Jour Charles-Albert Frère (Marcinelle) est un hôpital de jour destiné aux enfants âgés de 2 ans et demi à 6 ans. A l'entrée, ils souffrent de troubles psychiatriques dont les plus fréquents sont l'autisme, les troubles envahissants du développement non spécifiés et les troubles réactionnels de l'attachement.

Infos : Centre psychothérapeutique de jour Charles-Albert Frère :  
Rue de Nalines, 650  
à 6001 Marcinelle  
☎ 071 43 16 89

au chaos qui règne dans leur milieu familial. D'autre part, en plus des pathologies classiques, notre centre prend également en charge des enfants présentant des troubles de l'attachement qui ont gravement perturbé leur développement. Dans ces deux situations, les parents ont largement puisé dans leurs ressources personnelles, qui sont épuisées...

Ces situations, nous demandent, à côté du travail intensif mené au niveau de l'enfant dans l'institution, de déployer un dispositif important afin de travailler avec la famille et les membres du réseau.

► Le travail avec la famille s'inscrit dans l'articulation de deux fonctions assurées par l'institution : la fonction soignante, étant donné que l'institution est un maillon du réseau de soins, et la fonction sociale car l'institution est un lieu de vie extra familial. Nous pensons que la prise en charge de l'enfant durant la journée, tout en le maintenant inséré dans sa famille, présente une condition favorable à une (re)mobilisation tant des ressources de l'enfant que de celles de sa famille.

► Le travail avec le réseau implique le service d'aide à la jeunesse (S.A.J.), service de protection de la jeunesse (S.P.J.), les services d'aide précoce, les centres de santé mentale, les services sociaux, les médecins extérieurs...

Cette approche n'est réalisable qu'à la condition d'une certaine

mobilité. Les membres de l'équipe doivent pouvoir se déplacer, que ce soit au domicile de ces familles ou vers les autres intervenants du réseau. Nous aimerions dans l'avenir développer plus largement ces possibilités, qui sont limitées actuellement aux intervenants sociaux de l'institution. Le pari est donc de rendre l'hôpital un peu plus ambulatoire ! Il nous semble que ce n'est qu'à cette condition que nous pourrions proposer un véritable suivi psychothérapeutique à certaines familles qui nous paraissent en difficulté, pour autant, bien entendu, qu'on les accompa-

réseau de soins dépistent au plus tôt les troubles du développement psychique de l'enfant. Une sensibilisation et une formation dans le dépistage des signes précoces de ces troubles destinées aux intervenants de première ligne (les consultations ONE, les services de pédiatrie, les crèches...) permettraient de rencontrer cet objectif d'intervention rapide.

L'hospitalisation de jour nous paraît être un outil précieux dans le champ de la psychiatrie du jeune enfant. Elle permet tant une remobilisation



gne dans l'émergence d'une demande afin de rendre ce travail possible...

### Deux projets en guise de conclusion

Nous nous situons donc dans le champ "curatif" de la santé mentale avec comme souci premier l'accueil de jeunes enfants afin de permettre une prise en charge qui intervienne le plus précocement possible. Dans ce but, il est essentiel que les acteurs de terrain du

intensive des ressources propres à l'enfant et un soutien vers un développement plus harmonieux qu'un maintien de son inscription dans son tissu familial. L'enjeu pour nous reste l'utilisation optimale de cette constellation favorable au niveau de l'enfant mais aussi à celui de sa famille.

Pour réaliser ces deux projets, il faut relever le pari de la mobilisation de l'institution, et la mettre au travail hors de ses murs ! ●



## Le projet "Espace Entre-Deux"

### Reconstruire le lien brisé

Entre-deux s'est développé dans le cadre du projet "Clinique de l'Exil" à Namur. "Clinique de l'exil" est un service de consultation psychologique transculturelle plus particulièrement adressé aux personnes victimes de violences collectives. Il prévoit un travail psychosocial en réseau, avec des approches groupales et communautaires, ainsi qu'un appui au réseau sur les questions transculturelles. Au-delà des souffrances individuelles, pour les personnes qui arrivent à la consultation, c'est avant tout le lien social qui a été blessé et c'est ce lien qu'il faut d'abord soigner. "Entre-deux" s'inscrit dans cette démarche. C'est un projet d'accueil parents-enfants qui participe à la reconstruction du lien social et du lien de confiance dans l'autre.

Il vient de recevoir l'appui du Fond Johnson pour la santé. L'occasion pour l'équipe de tirer un premier bilan de quelques mois de travail.

---

**Paul JACQUES**

Psychologue

**Noune KARAKHANIAN**

Psychologue "Clinique de l'Exil"  
Province de Namur

---

#### Naissance d'un projet

Le projet est né d'une concertation locale namuroise avec les équipes des "Canailoux", crèche sociale et de "Pré-en-Bulles", maison ouverte. L'objectif était de créer un espace groupal mère-enfant à visée préventive et curative culturellement adapté à la problématique psychosociale de parents réfugiés avec de jeunes enfants, en particulier les mères seules. Il visait à soutenir la parentalité, souvent fragilisée, et ainsi traiter ou prévenir la dépression maternelle, la maltraitance ou l'arrêt du développement du jeune enfant. Nous pensons que l'organisa-

tion d'un lieu pluri-culturel de rencontre parents-enfants (0 à 6 ans), et d'un lieu de parole groupal, à l'aide de l'encadrement du personnel bénévole accueillant, pouvait constituer une "enveloppe" de soutien à la relation mère-enfant pour des personnes ayant perdu leurs étayages habituels : liens, lieux, langue, identité sociale, culturelle, professionnelle, ... Ce dispositif contenant pouvait aussi constituer un moment de transition pour les mères réfugiées qui rentrent dans un parcours d'insertion socioprofessionnelle et qui ne sont pas préparées à confier leur enfant en garde, en favorisant le processus de séparation mère-enfant. Par une intervention de type groupal on touche la dimension collective de la souffrance. Pour les personnes qui ont été confrontées à la violence organisée, l'ac-

cueil et la reconnaissance favorisent une expérience de partage avec ceux qui ont vécu la même chose. L'intervention psychosociale consiste à créer un espace intermédiaire à la fois culturel et psychique, c'est-à-dire, un cadre thérapeutique qui vienne soutenir l'expérience de la transitionnalité entre espace psychique et champ social. Le but est de créer un espace de médiation, de passage, qui a cette fonction d'étayage qui permet de franchir le cap pour ceux qui sont fragilisés par la perte du cadre culturel contenant habituel. L'espace groupal est conçu comme une fonction d'entre-deux, comme un sas, qui permet une relation où une souffrance liée à la rupture d'identité peut s'exprimer, peut être contenue, peut être transformée par la pensée et, ainsi peut être rendue tolérable.

#### A ce jour

Concrètement, le projet a démarré en février 2003. Deux séances de groupe hebdomadaires sont proposées. Une partie de l'équipe de la "Clinique de l'Exil", en partie composée de deux psychologues stagiaires "troisième cycle", ainsi que l'équipe des "Canailoux" assurent les permanences d'accueil. En juin, il y avait eu 17 rencontres et 52 familles sont venues. Entre la conception du projet et sa mise en oeuvre, il y a eu,

bien sûr, des surprises et des adaptations à apporter :

▶▶ La collaboration avec l'équipe de la maison verte "Pré-en-Bulles" a été moins importante que prévue au départ. Elle porte surtout sur des questions méthodologiques lors de réunions d'échanges. Très vite, il est apparu que notre pratique s'éloignait du "modèle Dolto", en raison des besoins spécifiques auxquels répond "l'espace Entre-deux".

▶▶ En effet, même si l'objectif fondamental demeure la socialisation de l'enfant à travers le soutien à la parentalité, il est apparu qu'il est très difficile de se centrer sur l'enfant sans passer par le soutien aux parents. Ceux-ci ont besoin d'être écoutés, d'être reconnus, entendus, dans un climat de confiance et de liberté. Confiance et liberté qu'ils avaient perdus. Les familles viennent régulièrement. Elles viennent avec plaisir, comme pour une fête. On s'habille bien. On retrouve sa dignité. Les échanges ont lieu autour d'un café, d'un gâteau qu'un tel a amené. La langue russe est prédominante, mais pas exclusive.

▶▶ Les accueillantes sont aussi des animatrices. La caractéristique de l'exil est une perte d'identité, une perte des repères dans le temps et l'espace. Le temps est figé. L'avenir incertain, sans lendemain. Elever ses enfants demande d'être soi-même bien situé. Devant le vide, devant l'impensable, nous avons dû proposer des supports qui sont des médias à la parole et à

l'expression, tantôt pour les enfants, tantôt pour les adultes. Il faut donc deux accueillants par séance. L'espace "Entre-deux" offre donc un cadre ritualisé avec des moments bien précis dans la séance. Le principe de non-intervention et de non-directivité est inopérant auprès de personnes aux repères bousculés.

▶▶ Comme nous n'avons pas de local où les objets restent en permanence, il faut aménager le local à chaque rencontre. Ceci peut être source d'insécurité pour les enfants et les parents.

▶▶ Certaines personnes viennent aux réunions et, par ailleurs, ont un suivi individuel. Les deux espaces, individuel et groupal à visée sociale, sont manifestement complémentaires. Une patiente reçue en individuel pour une symptomatologie dépressive, se révèle une excellente animatrice auprès de jeunes enfants russophones.

▶▶ L'idée de travailler avec des accueillants bénévoles issus des communautés reste un objectif mais s'avère prématuré, car l'accueil exige un grand professionnalisme, afin de sécuriser les parents, même si les accueillantes changent d'une séance à l'autre et même si celles-ci ne parlent pas la même langue. Parler français pour de nouveaux migrants est valorisant parce cela que permet d'échapper au regard stigmatisant sur le "réfugié" sans ressources, sans papiers, ...

▶▶ L'intervention n'est pas de type communautaire,

dans le sens où ce ne sont pas des gens du quartier qui ont mis sur pied un lieu avec et pour les gens du quartier. L'idée de créer ce lieu est issu du constat que les mamans qui venaient à la consultation passaient beaucoup de temps à la salle d'attente. Pour se rencontrer, parler, échanger. Il ne s'agit pas d'un groupe de parole à visée thérapeutique, mais il y a des effets thérapeutiques. Pour celui qui se situe hors de la communauté, cet espace permet de reprendre contact avec l'autre et avec la partie vivante de soi.

### Un projet en construction

Bien qu'à ses débuts, et difficile à mettre en place parce que novatrice et expérimentale pour des cliniciens, l'initiative s'avère prometteuse. Nous nous sommes très vite rendus compte qu'avant de se centrer sur l'enfant, il fallait redonner une place aux parents. Ainsi, il y a un coin pour les parents et un coin pour les enfants, avec un temps de réunion entre les deux. Pour certains enfants nous constatons un effet apaisant lié au sentiment de sécurité retrouvé et à la structuration du temps et de l'espace durant la rencontre. Les parents participent à la construction de ce lieu à travers des activités qu'ils proposent, de telle sorte qu'il y a une ré appropriation et une co-construction. Il est trop tôt pour tirer des conclusions et nous restons attentifs aux interactions parents-enfants. ●

Infos : Clinique de l'Exil :  
rue Château des Balances, 3 à 5000 Namur  
☎ 081 73 67 22 - 0497 91 85 92



## Compétences Associées

La Capucine est un service privé agréé par 'l'Aide à la Jeunesse' comme S.A.A.E. (Service d'Accueil et d'Aide Educative). Un des paris de l'équipe est de rencontrer les parents dans le cadre de situations concrètes, toujours à repenser en fonction de la particularité des différents acteurs. "Mais quitter ce pari d'un cadre préétabli s'accompagne d'un autre pari, celui d'arriver à maintenir un cadre interne face à des aménagements variables suivant les familles et face à des problématiques groupales et individuelles très emmêlées"<sup>9</sup>.

---

### Christine FAYT

psychologue de formation analytique et systémique responsable du S.A.A.E. 'La Capucine' à Libin

---

### Partenariat : familles-équipe socio-éducative

Depuis une bonne dizaine d'années déjà, l'équipe socio-éducative de 'La Capucine', tout comme d'autres services d'hébergement, a misé sur une ouverture plus grande aux familles des jeunes pour lesquels elle est mandatée. Le décret de 1991 est venu donner un cadre légal aux expériences amorcées sur le terrain avec les parents et conforter celles-ci. Quatre missions sont attribuées aux S.A.A.E. : la prise en charge éducative en hébergement, la réinsertion familiale, le suivi d'adolescents en kot et le suivi d'emblée en famille. Quel que soit le cadre de la mission, la (ré)insertion familiale et/ou sociale du jeune va être pensée et travaillée avec la famille partenaire (parents et jeunes) dès les pre-

miers contacts. L'élaboration du projet pédagogique ou du programme de suivi en extra muros va être construit, écrit puis concrétisé ensemble. Les modalités de ce projet se marquent surtout dans l'esprit dans lequel travaille l'équipe de 'La Capucine'. La prise en charge est ponctuée de rencontres régulières avec les parents mais aussi de moments de vie communs.

### Triangulation - Rencontres Concret à partager - Etayage

En effet, les professionnels invitent progressivement les membres de la famille à s'investir davantage dans les prises en charge et à partager des situations (d'éducation) concrètes dans le cadre de la vie quotidienne de la famille aussi bien que de l'équipe. Des moments tels que : des achats de vêtements, une visite chez un médecin spécialiste, la rencontre d'un logopède ou d'un enseignant, repas dans le service ou dans la famille,... sont autant d'"occasions" qui émailent la vie de chaque famille.

Ici, elles sont mises à profit pour ces "rencontres-actions". Les intervenants vont s'effacer peu à peu de ces moments pour laisser la place à une présence participative des parents: ceux-ci sont invités à gérer les situations quotidiennes de manière progressivement plus autonome. Dans chaque famille, la co-intervention de deux personnes de l'équipe, l'éducatrice référente du jeune et l'assistante sociale, centralise et organise la trame du travail.

Dans une situation familiale problématique, il n'est pas rare qu'un grand nombre de professionnels gravitent autour de la famille (assistante sociale, infirmière de l'ONE, aide-familiale, etc.). Même si tout le monde est ouvert à la collaboration, il est souvent difficile pour chacun d'avoir une vision globale de la situation, ce qui freine la mise en place de changements significatifs. Ainsi, lasse des paroles déversées et des situations qui n'évoluent que très peu, l'équipe de 'La Capucine' a souhaité se montrer attentive à la valeur différente de la parole pour les uns et les autres. Au sein même de son travail, elle s'est sensibilisée aux vécus de rivalité qui s'installent d'emblée entre parents et éducateurs et viennent interférer insidieusement les potentialités d'évolution de chacun mais surtout

des enfants, coincés dans la confiance qu'ils ont dans des adultes porteurs de valeurs culturelles différentes. C'est ainsi que l'équipe a été amenée à réfléchir sur la place et les rôles de chacun, sur le partage ponctuel possible de certaines tâches et réflexions autour de l'enfant et sur l'écoute des vécus originaux. Elle a alors envisagé **le concret et les vécus partagés**, dans le cadre de vie de la famille tout comme dans le cadre de vie du service, entre l'équipe, l'enfant et ses parents **comme un outil de travail important**.

Ce qui est en question ici, à la base, est un travail de réunification de la réalité individuelle de chacun. Ni les parents ni les professionnels ne sont "tout bon" ou "tout mauvais". Or, d'emblée, chacun, dans son cadre de vie ou de travail et pour de multiples raisons, projette sur celui qui est dans "l'autre cadre" les aspects les moins favorables. Agir ensemble est un moyen d'amener les uns et les autres à se voir de façon plus nuancée, plus réelle. **"Le thérapeute est semblable aux membres de la famille en tout ce qui est universel dans la condition humaine"** écrit S. Minuchin<sup>10</sup>. Cette affirmation évoque l'égalité, à prendre dans le sens de l'égalité humaine. A côté de nos balises théoriques, elle balise le travail de tout intervenant, quel qu'il soit, dans la remise en question des relations qu'il a construites avec l'autre : jeune et famille. L'empathie du professionnel est parfois mise à mal dans un

travail qui se répète au quotidien. Bien entendu, cette égalité postulée, la différenciation des rôles reste nécessaire à la prise en charge. La famille a la science d'elle-même et l'intervenant a la science de son travail et c'est là que se situe la différenciation. Mais différenciation des rôles ne signifie pas différenciation humaine, et il est bon de le garder à l'esprit.

### **Parents et jeunes : des personnes compétentes aussi !**

Les familles rencontrées comptent beaucoup de familles monoparentales ou reconstituées (souvent avec des problèmes d'alcoolisme ou d'assuétudes). Des confusions entre les générations et entre les rôles de chacun sont courantes, avec une intensité croissante, me semble-t-il. On observe également ruptures et désarroi quant aux points de repères éducatifs dans la gestion du temps, de l'argent, des émotions et des relations.

L'équipe travaille à la lisière du curatif et du préventif. Elle assume plus ou moins ces aspects selon le degré d'avancement de ses prises en charge, la problématique à aborder ainsi que le réseau social-affectif de la famille. Explorer avec la famille ses capacités, ses besoins ainsi que son réseau va aider celle-ci à définir comment elle va se prendre en mains, dynamiser son réseau et ensuite l'élargir, parfois. Ceci sera souvent payant : moins d'inconnues et donc de peurs pour la famille.

L'équipe doit être attentive à ne pas imposer ses choix à la famille. Provoquer, par exemple, des contacts variés avec des services psy ou sociaux sans attendre que ces démarches acquièrent du sens pour tous les membres de la famille risque d'amener la construction d'un réseau tout à fait artificiel qui s'avérera souvent peu efficace.

Il faut laisser du temps pour que le processus du travail se déroule. Toutefois, la définition d'échéances en collaboration avec la famille est importante. Elle rend l'évaluation et l'évolution du travail plus pertinente, mais aussi le cadre d'intervention moins flou et donc moins anxigène ou désagréable pour la famille et voire parfois pour l'équipe.

**Le travail en réseau** avec des services extérieurs s'inscrit dans cette dynamique de travail et de crédibilité du réseau activé par la famille. Le travail propre à chaque équipe, tout comme les interactions entre chaque service contacté sont essentiels mais combien régulièrement fragilisés par les mêmes a priori dus aux remous des problématiques abordées et à un processus de clivage. Ceux-ci entraînent, par exemple, des scissions entre travail de réflexion, entendez thérapeutique, et travail social souvent encore déconsidéré comme s'il ne supposait pas de "réflexions nobles" et vice-versa. ●

<sup>9</sup>In BERGER M. - voir bibliographie / référence XXX

<sup>10</sup>In Minuchin S. - voir bibliographie / référence XXX.)

Infos : xxxxxxxxxxxx



## L'accueil, déracinement ou projet de vie ?

### Témoignage d'une réponse au croisement des générations

La Pouponnière et le Centre d'Accueil<sup>11</sup> constituent, parmi d'autres, un maillon important de l'aide à l'enfance. En effet, ces structures accueillent, soit à la demande des parents eux-mêmes, soit par l'intermédiaire de services sociaux, des enfants dont les parents ne peuvent momentanément assurer l'encadrement éducatif en raison de problèmes de santé, relationnels, ... C'est un service d'aide aux familles qui se situe dans le cadre de la prévention "primaire".

**Jean Pierre HAQUIN**

XXX

Centre d'Accueil Saint-Aubain à  
Habay-la-Neuve

L'accueil de l'enfant constitue inévitablement un moment délicat. En effet, l'enfant va quitter ses repères et être plongé dans un univers méconnu où la vie en communauté va nécessiter de nouveaux apprentissages.

#### Un cadre chaleureux et sécurisant

Dans la pratique quotidienne, nous restons étonnés de constater que très peu d'enfants accueillis manifestent des difficultés d'adaptation significatives.

De plus, des enfants décrits comme difficiles par les parents apparaissent tout à fait charmants dans la mesure où ils perçoivent un cadre chaleureux et sécurisant, où :

» les références à ce qui est permis et des limites sont claires, quels que soient les adultes qui les encadrent, dans un milieu où la chaleur

humaine est présente ;

» la parole remplace les tensions, voire la violence ;

» la vie est structurée (je suis certain de recevoir le petit déjeuner en me levant...);

» des moments de vie permettent à l'enfant de découvrir des intérêts, de se découvrir des compétences, de se sentir objectivement valorisé.

Sans remplacer les parents, et avec des limites, la Pouponnière et le Centre d'Accueil sont un substitut momentané qui doit permettre à l'enfant :

» de prendre distance d'une réalité familiale sans doute difficile à un moment (tant pour les parents que pour les enfants) ;

» de vivre une expérience positive qui lui permette de se reconstruire un petit peu pour réaborder au terme de son séjour, une réalité familiale qui n'aura peut-être pas tout à fait changé même si le but est de l'améliorer ;

» de veiller à maintenir le lien familial de la manière la plus appropriée et de préparer un retour de l'enfant en colla-

boration avec les intervenants éventuels proches de la famille de l'enfant.

#### Une dimension inter-âges

Pour tenter d'atteindre au mieux ces objectifs en étant conscient des limites de chaque professionnel et de la structure, il importe de développer des outils qui, dans leur ensemble, doivent apparaître cohérents.

» Importance du lieu "paisible" : le cadre de vie sécurisant est certes important, mais la manière dont les adultes organisent leur fonction l'est tout autant.

» Importance de permettre à l'enfant de rester en contact avec une nature proche (jardin, potager, petit élevage ...).

» Importance de la dimension relationnelle. Au-delà de la relation avec les puéricultrices et éducateurs « professionnels », maintien de la relation avec les parents. A ce niveau, l'ouverture vers le monde du troisième âge est une dimension que nous creusons avec bonheur depuis 13 ans.

En effet, la présence sur la même propriété de 3 ha d'une résidence troisième âge dépendant de la même A.S.B.L. permet de restaurer le lien social et de redécouvrir des valeurs que l'on pourrait croire en perdition aujourd'hui.



## Le croisement des générations : une chance pour l'enfant

Madame L., 95 ans, tout à fait sourde, pousse doucement un petit carrousel de la plaine de jeux, sur lequel trois "poupons" ont pris place. La lenteur relative avec laquelle tourne ce carrousel (vu les forces limitées de Mme L.) est un avantage pour ces jeunes enfants qui, après la rentrée des classes des plus âgés, ne pourront plus y avoir accès. Le carrousel tournera trop vite. Cette même dame mettra plus de temps que la puéricultrice pour donner le biberon à un bébé. Quelle chance pour lui !

La rencontre du petit garçon allant montrer sa nouvelle paire de sandales à deux dames âgées assises sur un banc, permet une relation chaleureuse, tant pour l'enfant que pour les personnes âgées, hors de toute concurrence.

L'après-midi, vécue avec un monsieur passionné par sa collection de timbres, permettra à quelques enfants plus grands de découvrir un nouvel intérêt, d'apprendre le respect des choses (comment décoller et conserver un timbre). Au-delà, ceci permettra à ces enfants de connaître la personne âgée. L'un d'eux cherchera à la revoir dès le lendemain. La rencontre, le partage, constituent donc un apport pour les deux parties.

Le "mamie-conteuse" ou la personne âgée qui aide l'enfant à réaliser le petit travail scolaire pour le lendemain, sont autant d'approches que l'éducateur, la puéricultrice,

peuvent apporter. Mais la lenteur, la gratuité de l'acte, le cadre de non-concurrence, l'aspect individuel de la relation, sont autant d'éléments qui permettent à l'enfant de se sentir dans un cadre chaleureux, calme, sécurisant, à certains moments privilégiés.

Deux grandes filles (10 ans) aperçoivent une personne âgée mal-voyante qui, se promenant dans le parc, semble avoir des difficultés à retrouver l'entrée de la résidence.



Spontanément, les enfants lui adressent la parole et lui proposent de l'accompagner jusqu'à sa chambre. Ces valeurs de solidarité qui peuvent apparaître fragiles ou d'un autre temps renaissent naturellement dans un cadre favorable.

L'enfant a besoin de racines, l'aîné a besoin d'un avenir. C'est à nous, les adultes, de permettre et favoriser cette rencontre en nous faisant parfois discrets... Notre métier en sera enrichi.

## Repères pour notre projet...

Il va de soi que ce projet de vie (comme tout autre d'ailleurs) ne se réalise pas tout seul. Quelques conditions parmi d'autres, nous semblent bien importantes :

► Le concept doit être pensé, exprimé et intégré par chaque membre du personnel.

► Le "moteur" (une ou plusieurs personnes) doit être bien identifié et doit rappeler, relancer, réorienter en fonction des objectifs et des évaluations.

► Les "moments de vie" doivent être pensés, préparés, vécus et un "bilan" doit être partagé par la suite. Le "laisser-faire" aboutit rarement à des résultats positifs. Toutefois, lorsque la relation est établie, bien des richesses dans la relation entre certains enfants et certaines personnes âgées apparaissent sans apport de l'adulte et en dehors de tout moment de vie structuré.

► Dans cette relation inter-âges, il nous semble qu'il convient d'éviter l'activisme mais de rechercher la "relation vraie", qui a du sens, en travaillant l'aspect ludique, le plaisir de la rencontre, l'apprentissage mutuel, la transmission du savoir. ●

<sup>11</sup>Dénommée aujourd'hui SASPE(XXXXX)  
Elles sont agréées par l'ONE  
(Office de la Naissance et de l'Enfance).  
Elles accueillent des enfants de 0 à 7 ans  
(et jusque 12 dans les accueils de fratries).



## L'environnement scolaire en pleine ébullition

*Propos recueillis par Virginie Olivier et Muriel Genette, IWSM*

Au cœur des relations dans l'école, avec les enfants, les enseignants et les familles, les centres PMS ont un rôle à jouer. Ils peuvent "mettre du lien". Pour y arriver, ils développent des collaborations à l'intérieur et à l'extérieur du cadre scolaire et les pratiques de réseau sont entrées dans leur mode de fonctionnement. Mais ils souffrent assurément d'un manque de visibilité et leur travail est mal connu. Et pourtant, leur action évolue et le personnel essaye de travailler à la carte selon les demandes. Au sein de l'école, ils peuvent jouer un rôle de tiers - combien essentiel ! - et ouvrir un espace de synthèse. C'est dans ce cadre que nous avons rencontré le responsable d'une fédération de PMS qui nous livre son analyse de l'école aujourd'hui et de la façon dont celle-ci participe au développement de l'enfant.

---

Entretien avec

**Jean-Louis SPRUMONT**

Secrétaire général  
de la Fédération des Centres  
P.M.S. libres (F.C.P.L.)

---

L'école est habituellement considérée comme un des premiers lieux de socialisation après la famille et d'autres lieux tels que la crèche, etc. Elle a un rôle d'ouverture au monde et aide à se détacher de la fusion maternelle et du cocon familial des premières années.

### **De l'instruction publique à l'éducation nationale...**

Dès la maternelle, l'enfant est pris en charge dans sa globalité : on ne fait plus uniquement du "pré-apprentissage" scolaire. L'école fondamentale est en rénovation puisqu'elle fonctionne maintenant en 'cycles' d'âges, plutôt qu'en années

scolaires. L'enfant est ainsi amené à développer des compétences "transversales" sur le plan relationnel, affectif, motivationnel, et non plus seulement des compétences cognitives. Des consignes de non-redoublement sont en vigueur et l'élève doit pouvoir suivre sa scolarité à son rythme. Certes, il existe toujours, néanmoins, des évaluations "somatives" à la fin d'un cycle, qui permettent d'apprécier si l'enfant a atteint certains 'socles de compétences' jugés indispensables à atteindre avant de passer dans le cycle suivant. A l'examen, on juge parfois que l'enfant doit pouvoir bénéficier d'une "année complémentaire". Ce temps complémentaire doit permettre à l'enfant de parvenir à maîtriser ces fameux socles de compétences. En aucun cas, ce temps complémentaire ne doit être un redoublement, c'est-à-dire, revenir

en arrière et recommencer. Au contraire, avec des méthodes d'apprentissage "différenciées", on accompagnera l'enfant dans ses apprentissages en le prenant là où il est arrivé. Selon Jean-Louis Sprumont, ce système est une excellente chose pour autant que la pédagogie soit envisagée de manière différenciée, à savoir que l'on reste conscient que l'enfant apprend à des vitesses différentes et selon des manières diverses. Ce système de cycles nécessite davantage de coordination entre les enseignants (puisque l'on ne travaille plus par classe mais par cycle) et les PMS sont plus sollicités qu'avant dans l'accompagnement de ces enfants. Le revers de la médaille semble être une tendance à orienter plus précocement qu'avant vers l'enseignement spécial car la culture du redoublement est encore profondément ancrée.

L'école est un lieu d'éducation à la citoyenneté. Auparavant, les enfants étaient peu en contact les uns avec les autres dans le cadre du travail scolaire. Aujourd'hui, on peut parler d' "auto-socio-construction des savoirs". Ils apprennent ensemble et c'est dans la relation avec les autres qu'ils construisent leur devenir. Mais des difficultés peuvent apparaître lorsqu'un enfant est moins à l'aise dans ses rap-

ports sociaux ou lorsque le savoir pré-acquis est différent, à cause par exemple du milieu familial.

Alors qu'auparavant, on parlait de l'instruction publique, on parle maintenant d'éducation, ce qui démontre nettement l'évolution que vit l'école.

### **...et un rôle croissant dans l'éducation "tout court"**

On parle beaucoup de limites comme si l'école constituait un substitut à l'éducation familiale dans des familles en changement où l'enfant a des problèmes de repères. Tout se passe comme si l'école aujourd'hui devait être garante de ces repères. Jean-Louis Sprumont pense qu'on assiste là à une véritable évolution culturelle : tout ce qui a à voir avec l'éducation quitte la sphère privée pour entrer dans la sphère publique. D'ailleurs, il y a une pression sociale qui pousse les parents à mettre leurs enfants de plus en plus tôt à l'école (pour des raisons économiques, sociales et autres), alors que l'inscription en maternelle n'est pourtant pas obligatoire. Les enseignants sont ainsi appelés à jouer un rôle d'éducateurs et certains se sentent mal à l'aise avec ce nouveau rôle. Mais il est sûr que mettre des repères au sein de l'école est indispensable, à la fois parce qu'il s'agit d'un milieu de vie à part entière et parce que chaque élève est doté d'une personnalité qui lui est propre. L'enseignement évolue donc mais la formation des enseignants, qui reste très axée sur

la matière à enseigner, n'est pas adaptée à ces changements. Ils sont très demandeurs de formation psychosociale et font de plus en plus appel aux services des PMS (dès lors considérablement transformés), eu égard aux phénomènes de déstructuration familiale et de métissages, de différences de référents culturels qui touchent l'affect de l'enfant et face auxquels l'enseignant se sent démuné.

### **Redonner du sens à l'école...**

On ne peut aborder la question des problèmes se posant dans le milieu scolaire sans parler du sens de l'école, qui constitue le cœur même de la problématique. Il y a une véritable crise de sens : on ne sait plus pourquoi on va à l'école. Celle-ci a perdu de sa force d'émancipation sociale car elle n'aide plus à avoir une place dans la société. Il y a 25 ans, on ne se posait pas la question de l'utilité de l'école, alors qu'on assiste maintenant à un décrochage scolaire grandissant. Mais alors, comment redonner du sens à l'école ? L'enfant a parfois aussi un rapport faussé à la société. Par exemple, un enfant est fier de dire que sa mère peut enfin rester à la maison grâce au chômage, alors qu'avant c'était l'inverse : ce qui était valorisant était d'aller travailler et il fallait se battre pour trouver un emploi en tant que femme.

### **...sur base de nouveaux modes de régulation interne**

On parle de plus en plus de la violence. D'un côté, les médias sont prompts à relever des faits divers qui la mettent en évidence. De l'autre, les passages à l'acte violents sont devenus tellement fréquents qu'ils semblent presque devenir un mode de communication, dû à un niveau de frustration important. Or, la violence institutionnelle n'est que rarement prise en compte.

On ne peut plus être strict et autoritaire comme avant car les punitions sont alors perpétuelles et n'agissent plus sur le comportement de l'enfant. Actuellement, il s'agit plutôt de négocier : la société se situe plus dans la communication que dans la sanction. En même temps, il est nécessaire d'être cohérent et clair, en établissant un règlement et des balises claires et compréhensibles pour l'enfant. Il est important de réfléchir à la façon de réguler la vie, d'exprimer sa frustration sans devenir violent, pour les élèves comme pour les enseignants.

### **...et dans des contextes en mouvement.**

La différence (sociale, culturelle, ou autre) apporte aussi son lot de difficultés de communication, comme le démontre l'exemple, pris parmi tant d'autres, de cette petite fille rwandaise qui ne regarde pas son professeur dans les yeux, et provoque ainsi sa colère sans comprendre car, pour elle, le regarder serait le som-



met de l'impertinence. Par ailleurs, des repères peu clairs, une expérience de vie difficile, certains milieux familiaux ou habitudes de vie ont forcément une influence sur l'apprentissage. Quelques exemples : dans notre société où l'on ne se déplace plus qu'en voiture, beaucoup d'enfants ont des troubles psychomoteurs ou des problèmes d'orientation spatiale ; un enfant qui ne dort pas toujours au même endroit aura plus de problèmes de repères temporels qu'un

enfant ayant des repères fixes.

### Dialogue et partenariat à tous les niveaux

On observe effectivement que le trouble scolaire provient parfois d'un dysfonctionnement familial (la question du 'tiraillement' est très présente quand les parents sont séparés). La société culpabilise beaucoup les parents : avant, on éduquait comme on voulait, maintenant tout est jugé et, très vite, stigmatisé. Jean-Louis

Sprumont est convaincu que la clé se trouve dans le dialogue. Donner la parole aux parents est important et mettre à leur disposition un endroit pour les entendre est nécessaire. Il faut également agir avec tact et ne pas culpabiliser les parents car leur rôle est compliqué et lourd à assumer en termes de responsabilité sociale. L'école discrédite les familles et vice versa. Elle ne pourra pas faire l'impasse sur sa relation avec les parents : il faut absolument développer le partenariat. ●

Infos : Fédération des centres PMS libres (FCPL) : rue Philippe Baucq, 18 à 1040 Bruxelles

☎ 02 649 95 06 - 4 02 648 46 43 - @fcpl@segec.be

## Apprendre, mais encore ?

*Propos recueillis par Virginie Olivier et Muriel Genette, IWSM*

Pour l'enfant, l'école est un lieu d'interactions multiples : avec les familles, avec les enseignants, entre pairs. C'est dans ces interactions que se situeront ses apprentissages... et son avenir. L'école, aujourd'hui, en est bien consciente.

Entretien avec

**Vincent BRUCH**

Directeur de l'école primaire  
"Saint Louis" à Namur.

La première mission de l'école est l'enseignement, mais, à côté des parents, elle tente de rendre l'enfant heureux, autonome et de développer ses capacités par l'apprentissage. Les attentes de certaines

familles sont toutefois bien plus importantes encore. Or, la relation parent(s)-enfant est très différente de la relation entre un instituteur et ses élèves. Le contexte n'est pas le même et l'école ne peut ni ne doit jouer le rôle des parents.

Si l'école ne doit pas se substituer à la famille, elle doit pouvoir s'appuyer sur la famille. Par exemple, si l'élève ne possède pas le matériel scolaire nécessaire ou s'il ne bénéficie pas de conditions adéquates pour travailler chez lui (environnement bruyant, désintérêt des parents, ...), son travail s'en ressentira et il ne sera pas épanoui. Certains enfants sont

très perturbés car ils arrivent le matin avec un problème (cartable oublié chez papa, angoisse car papa et maman ne se parlent plus, absence de petit-déjeuner ou lever seul car les parents sont toujours au lit ou partis travailler,...).

Paradoxalement, alors qu'on sent parfois une tendance à une forme de démission parentale face aux problèmes d'éducation, des parents n'hésitent plus à remettre en question les méthodes de travail scolaire, voire à discréditer l'école. C'est pourquoi, il est important d'informer les parents des méthodes de travail et des règles de fonctionnement pour dévelop-

per les interactions sur des repères clairs et bien définis, éviter les malentendus, limiter le risque de conflits et établir une relation de confiance.

Une des autres préoccupations de l'école se situe au niveau des relations des élèves entre eux et avec leurs professeurs. Les enfants sont, aujourd'hui, certes, plus spontanés et plus autonomes. Par contre, ils manquent souvent de respect. Entre eux, cela peut se traduire notamment par des formes de violence

physique et, de plus en plus souvent, morale. Ces comportements peuvent entraîner une souffrance très grande chez les enfants qui amène souvent des difficultés d'apprentissage.

Avec leurs enseignants aussi, les relations ont beaucoup changé. Le maître d'école assure bien plus que la transmission d'un savoir. Mais il a plus de difficultés à se faire respecter. Certains enfants manquent de repères et intègrent difficilement les limites

imposées et nécessaires au bon fonctionnement du travail en classe. Une seule condition pourtant suffit généralement pour que ces interactions se développent favorablement : le respect réciproque.

Comment l'école peut-elle tenir compte de ces changements et des difficultés des élèves tout en continuant à garantir l'apprentissage scolaire ?

L'enseignant peut, certes, être attentif aux difficultés des enfants, les écouter, les accueillir, dialoguer mais il n'est pas toujours aisé de se confier à son instituteur qui ne doit pas non plus jouer au "psy". Le psychologue du PMS est chargé de ce rôle, mais il lui faut l'accord des parents et il travaille pour environ 1300 enfants, dans plusieurs écoles, ce qui ne permet pas d'assurer une permanence significative. Une piste pourrait être de développer des cellules d'écoute au sein des écoles où les enfants pourraient s'exprimer, comme c'est le cas au Québec.

Plus encore aujourd'hui qu'hier, la qualité de l'enseignement est inexorablement liée à la cellule familiale et à son fonctionnement. Or, il n'y a pas d'école pour être parent, on le devient et on développe chacun sa propre façon de fonctionner. Bien que des initiatives issues du monde associatif existent, Vincent Bruch conclut qu'il pourrait être judicieux de développer un soutien à la parentalité. ●





## En écho aux maisons ouvertes : un projet de fédération

### Ou comment s'associer sans exclure, se réunir sans s'amalgamer ?

Ce texte présente les réflexions d'un groupe de travail préparatoire à la constitution d'une Fédération des Maisons Ouvertes. Il reprend les difficultés rencontrées dans cette élaboration et propose un avant-projet de charte qui devrait servir de base à la future association.

Au travers de cette réflexion, il laisse entrevoir la richesse d'une série d'initiatives qui soutiennent les interactions parents-enfants en s'inscrivant résolument dans une dynamique de prévention en santé mentale.

---

**Paul JAUMAUX**

Accueillant à "La Maisonnée"<sup>12</sup>  
à Soignies

---

Quand Françoise Dolto ouvrit en 1976, la première Maison Ouverte<sup>13</sup>, c'était à partir du constat de l'isolement croissant des mères et de leur(s) enfant(s) dans les grandes villes et des effets pathologiques de cette situation sur le développement psychique de ces derniers. Cette initiative consiste à permettre à ces mères et à leurs enfants de se réunir dans un lieu où ils sont accueillis par des professionnels<sup>14</sup>.

Vingt-sept ans plus tard, les situations d'isolement se sont accentuées et ne se limitent plus aux seules grandes villes. Parallèlement, les Maisons Ouvertes se sont multipliées. Il en existe maintenant plus d'une centaine en France et une dizaine en Belgique francophone. Ce succès témoigne de la pertinence de ces projets. Hélas, leur originalité et la

place particulière qu'ils occupent dans le champ de la santé mentale, entravent leur reconnaissance légale et donc leur subsidiation.

C'est pourquoi, plusieurs d'entre elles, en Wallonie, essayent de constituer une Fédération des Maisons Ouvertes. Ce qui n'est pas sans enjeu car, comme le précisait Françoise Dolto, une fédération pourrait être préjudiciable à la singularité et aux capacités d'innovations de chaque projet. **Comment dès lors, s'associer sans exclure, se réunir sans s'amalgamer ?** L'enjeu ressemble à s'y méprendre à ce qui se passe entre les mères et les enfants qui fréquentent les Maisons Ouvertes et que l'on pourrait résumer ainsi : "Comment se différencier en restant ensemble ?".

Pour construire cette fédération, nous avons tenté dans un premier temps, de rédiger des critères d'appartenance. Nous nous sommes rendus compte que nous risquons ainsi de

créer une fédération exclusive, voire élitiste. Nous nous sommes alors penchés sur la rédaction d'une charte qui puisse servir de repère, de point commun pour les différents projets. Nous vous proposons ici la lecture d'un avant-projet qui sera discuté prochainement, dans l'espoir d'avancer sur le chemin d'une **Fédération des Maisons Ouvertes, ouverte à la différence.** ●

---

<sup>12</sup>La Maisonnée : Rue Tour Petit Château, 33 à 7060 Soignies  
s 067 33 10 68  
4 067 33 13 86

<sup>13</sup>Le terme générique "Maisons Ouvertes" est celui qui est maintenant repris par la Communauté française pour désigner les initiatives décrites ci-dessous.

<sup>14</sup>Pour plus d'explications sur le fonctionnement de ces lieux, voir Jaumaux P. – bibliographie / Référence XXX

<sup>15</sup>Ce texte a été rédigé par des accueillants de plusieurs Maisons Ouvertes en Wallonie :

"Le Parle Jeu" à Ottignies, "Le Petit Cèdre" à Enghien, "La Maisonnée" à Soignies et "le Pré en Bulles" à Jambes.

Trois initiatives ouvriront prochainement leurs portes et ont également participé à nos travaux. Il s'agit de : "Pré vert" à Courcelles, "Calibulle" à Saint-Nicolas et " Bord de Mer" à Tournai.

Il sera discuté plus largement dans le courant du mois de novembre, lors d'une rencontre qui réunira les accueillants de ces lieux et associera les autres projets existants en Wallonie.

# Projet de charte pour une Fédération des Maisons Ouvertes en Wallonie<sup>15</sup>.

## Introduction

La fédération s'inspire des principes de la "Maison Verte" créée par Françoise Dolto et son équipe à Paris en 1976. Cette initiative de psychanalystes engagés dans la cité répondait à un souci de prévenir les effets négatifs des séparations mal préparées entre mère et enfant. Ceci dans un contexte d'appauvrissement de la convivialité urbaine et de rétrécissement des noyaux familiaux.

La fédération soutient ainsi des enjeux qui relèvent à la fois du champ de la santé mentale et du champ socioculturel. Elle s'organise autour d'un engagement éthique laissant apparaître le versant symbolique de la parole, son pouvoir générateur, qui fait de chacun un sujet singulier ouvert à l'autre.

## Des lieux de prévention...

La dynamique de la séparation entre une mère et son enfant est indissociable de la continuité des soins (nourrir, protéger, jouer, ...). Or, ces deux mouvements antagonistes sont souvent considérés comme étant distincts dans le temps et dans l'espace. Les mères vivent dans une continuité de corps avec leur enfant et la séparation est pensée comme une injonction venant du social qui rappelle, à l'une qu'elle doit reprendre le travail, à l'autre que son enfant est en âge d'entrer à l'école maternelle.

Vécue comme cela, la séparation est traumatisante pour la mère et pour l'enfant et laisse des traces, qui seront autant de difficultés pour la vie relationnelle future de celui-ci. C'est le paradoxe même qui fonde nos lieux d'accueil et en font leur spécificité : tenter d'introduire la séparation dans la continuité relationnelle, la remettre à sa juste place.

## Des lieux où la parole est privilégiée...

Le langage a cette double propriété de pouvoir

sécuriser en nommant à l'enfant, ses actes, ses émotions, les situations dans lesquelles il se trouve ... et par la même occasion de le différencier des autres. C'est la parole qui permet à la séparation de s'inscrire d'emblée au cœur de la relation première d'un enfant à sa mère. En ce sens, elle constitue le vecteur essentiel de ce qui se passe dans les lieux "Maisons Ouvertes".

Pour que les mots prennent sens pour l'enfant, il est nécessaire qu'ils soient mis en relation avec son vécu émotionnel. Ce qui nécessite que l'adulte qui les prononce le fasse en accord avec les émotions qu'il partage à ce moment avec l'enfant. C'est ainsi que nous comprenons la parole vraie à laquelle Françoise Dolto fait souvent référence dans son œuvre.

La parole est aussi ce qui introduit l'enfant au manque. On ne peut pas tout dire. Parler implique que l'on se situe, que l'on abandonne le tout pour être soi, un être différent et donc capable d'être en relation avec les autres. En ce sens, la parole est le complément indispensable à l'introduction de l'enfant à la fonction de la Loi.

## Des lieux où des règles sont inscrites et parlées à l'enfant...

Il existe quelques règles de base, propres à chaque lieu. Au-delà de leurs aspects pragmatiques, elles sont l'objet d'une confrontation de l'enfant et de sa mère avec les interdits. Ces interdits, parlés à l'enfant, le confrontent à l'irrecevable de sa toute-puissance et l'introduisent à un au-delà possible de celle-ci, constitué de la richesse d'être un parmi les autres.

Ces règles s'adressent autant à l'enfant confronté à des limites dans son exploration du monde, qu'à sa mère qui n'est plus la seule à décider pour lui. Cette découverte introduit l'enfant et sa mère aux lois qui régissent le fonctionnement social. Cette révélation de l'inscription de sa mère dans la société et son respect de ses lois, permet à l'enfant de se sentir appartenir au corps social et d'abandonner sa position de fusion imaginaire. ●



## Repères bibliographiques

### Enfance et santé mentale

#### ► OUVRAGES:

1. **Aulagnier P.** *Naissance d'un corps, origine d'une histoire*, in : Corps et histoire, colloque d'Aix-en-Provence (collectif), Les Belles Lettres, 1986
2. **Aulagnier P.** *Se construire un passé*, in : Journal de Psychanalyse de l'Enfant, n° 7, 1987
3. **Baillon G.** et **Renévoit** *Le Réseau du politiquement correct ou les réseaux de la colère...*, in: Pratiques en santé mentale, n° 3, 2001, pp. 13-18
4. **Beek U.** *La Société du risque*, Paris, Ed. Aubier, 2001
5. **Benhaim M.** *L'Ambivalence de la mère. Etude psychanalytique sur la position maternelle*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2001
6. **Berger M.** *Le Travail thérapeutique avec la famille*, Paris, Dunod, 1995
7. **Berger M.** *Pratique des entretiens familiaux*, Paris, PUF, 1987, coll. "Le Fil rouge"
8. **Binel G.** *Prématurité et rupture du lien mère-enfant*, Montréal, Gaëtan Morin, 2000
9. **Bowlby J.** *Attachment and loss*, New York, Penguin books, 1984
10. **Brazelton T. B.** *La Naissance d'une famille*, Paris, Stock, 1983
11. **Bruschweiler-Stern N., Stern D.** *Naissance d'une mère*, Paris, Odile Jacob, 1998
12. **Bydlowski M.** *La Dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la Maternité*, Paris, PUF, 2000 (3ème édition)
13. **Dayan J.** *Maman, pourquoi tu pleures ?*, Paris, Odile Jacob, 2002
14. **Delion P.** *Corps, psychose et institution*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2002
15. **Delion P.** *La Souffrance psychique du bébé*, Paris, ESF, 2002
16. **Delion P.** *Le packing avec les enfants autistes et psychotiques*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2003
17. **Dornes M.** *Psychanalyse et psychologie du premier âge*, Paris, PUF, 2002, chap. 7, p. 198
18. **Erhenberg A.** *La Fatigue d'être soi*, Paris, Ed. Odile Jacob, 2000
19. **Gauthier J.-M.** *L'Observation en psychothérapie d'enfants*, Paris, Dunod, 2002
20. **Geissmann P. et G.** *L'Enfant et sa psychose*, Paris, Bordas, 1984
21. **Guedeney A. et Alliaire J.-F.** *Interventions psychologiques en périnatalité*, Paris, Masson, 2000
22. **Guiot C.** *Cheminement en gynéco-psychosomatique*, D. U. Strasbourg, 2001-2002
23. **Hayez J.-Y.** *La Destructivité chez l'enfant et l'adolescent : clinique et accompagnement*, Paris, Dunod, 2001
24. **Hochmann J.** *Pour soigner l'enfant psychotique : des contes à rêver debout*, Paris, Privat, 1984
25. **Jacques P.** *Du secteur au réseau?*, in : Confluences, n° 1, mars 2003, pp. 28-31
26. **Jaumaux P.** *Approche théorique des structures Dolto*, in : Trans-faire, n° 24, 2002, pp. 20-22
27. **Lacan J.** *Fonction et champ de la parole et du langage*, Paris, Seuil, 1966, coll. "Ecrits"
28. **Lamour M., Lebovici S.** *Les Interactions du nourrisson avec ses partenaires*, in : Psychiatrie de l'enfant, XXXIV, 1, 1991, pp. 171-275
29. **Lebovici S., Stoléro S.** *Le Nourrisson, sa mère et le psychanalyste : les interactions précoces*, Paris, Bayard, 2003, coll. "Essais"
30. **Malinowski B.** *Trois essais sur la vie sociale des primitifs*, Paris, Payot, 2001
31. **Marcé L.V.** *Traité de la folie des femmes enceintes*, Paris, L'Harmattan, 2002
32. **Marcelli D.** *Enfance et psychopathologie*, Paris, Masson, 1999
33. **Marcuse H.** *Culture et société*, Paris, Ed. de Minuit, 1970, coll. "Le Sens commun"
34. **Minuchin S.** *Familles en thérapie*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 1998, coll. "Relations"
35. **Peirce Ch. S.** *Ecrits sur le signe*. Traduction et commentaire de Gérard Deledalle. Paris, Le Seuil, 1978
36. **Reich W.** *L'Analyse caractérielle*, Paris, Payot, 1971
37. **Rifflet-Lemaire A.** *Jacques Lacan*, Bruxelles, Ed. Dessart, 1970
38. **Serres M.** *A visage différent, l'alliance thérapeutique autour de l'enfant*, Paris, Hermann, 1998
39. **Spitz R.** *De la naissance à la parole*, Paris, PUF, 2002, coll. "Bibl. Psychanalyse"
40. **Szejer M.** *Des mots pour naître*, Paris, Gallimard, 1997
41. **Tustin F.** *Autisme et protection*, Paris, Seuil, 1986/39.
42. **Vasquez A. et Oury F.** *Vers une pédagogie institutionnelle*, Paris, Ed. Maspéro, 1977
43. **Winnicott D.W.** *Jeux et réalité*, Paris, Gallimard, 1971
44. **Winnicott D.W.** *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1970

Paul Jacques  
et  
Delphine Doucet  
Septembre 2003