

- HAAG G., (1999), *L'observation du nourrisson selon E. Bick (1901-1983) et ses applications*, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Lebovici S., Dialkine R., Soulé M., t. 2, p.253, Quadrige, PUF
- HOUEL D., (1999), *Une application de la méthode d'E. Bick : les traitements à domicile*, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Lebovici S., Dialkine R., Soulé M., t. 2, p. 521, Quadrige, PUF
- LAMOUR M., BARROCO M., (1998), *Souffrances autour du berceau. Des émotions au soin*, Paris, Gaëtan Morin Edition
- LAPLANCHE J., (2002), *A partir de la situation anthropologique fondamentale in « Penser le limites »*, Ecrits en l'honneur d'André Green, Champs psychanalytiques
- MACE P., (2001), *Psychanalyse et champs social : de la clinique du lien aux mouvances du cadre. Un accompagnement thérapeutique à domicile de la relation mère-bébé UCL : Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, LLN*
- MARTIN M., (2000), *Evolution du cadre. Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité*, Cahier de psychologie clinique, pp. 103-119
- MAZET P., STOLERU S., (1993), *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Masson, 2^{ème} Edition
- MELLIER D., (2005), *Les bébés en détresse, intersubjectivité et travail de lien, une théorie de la fonction contenant*, Paris, le Fil rouge, PUF
- MORALES-HUET M., (1996), *Psychothérapies mère-bébé à domicile : traitement de dyades mère-enfant à risques et inaccessibles aux soins en institution*, Revue Devenir, Vol. 8, N°2, pp. 7-41
- PENOT, B., (2001), *La passion du sujet freudien : entre pulsionnalité et signifiante*, Eres
- SANDRI R., (1991), *La maman et son bébé : un regard*, Coll. L'enfant, Césura, Lyon Edition
- SZANTO-FEDER A., (2001), *LOCZY, un nouveau paradigme*, L'Institut Pikler dans un miroir à facettes multiples, PUF, Le Fil Rouge
- WEATHERSTON D.J., (1997), *Psychothérapie autour de la table de la cuisine : un support clinique pour le développement précoce des relations*, Revue Devenir, VOL. 9, N°4, pp. 25-42
- WINICOTT D.W., (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot

LES AVANTAGES ET LIMITES DU CONCEPT DE "GREFFE PSYCHIQUE" DANS LE TRAVAIL AVEC LES BEBES, JEUNES ENFANTS ET LEURS FAMILLES EN HOPITAL DE JOUR

D. CHARLIER-MIKOLAJCZAK¹

Résumé

L'expression d'une jeune fille : « les psys c'est mes parents » alors même que, seule sa mère alcoolique gravissime, pouvait lui apporter le réconfort dans les moments les plus durs mais aussi les plus régressifs, nous ont amenée à l'idée de greffe psychique.

Au-delà de cette situation, la désorganisation psychique et/ou la violence des symptômes chez certains enfants admis dans notre hôpital de jour témoignent qu'ils ont construits leurs premières interactions dans des situations génératrices de souffrances que leurs parents refusent ou sont incapables d'aborder.

Comment, dans ces conditions, peut se réaliser une qualité suffisante d'accordage au sens où D. Stern en parle ? La « préoccupation maternelle » de Winnicott, la « capacité de réverie » de la mère de Bion, pourront-elles se développer et permettre l'instauration de nouveaux liens structurants ?

Dans cet article, nous souhaitons aborder les avantages et les limites du concept de "Greffe psychique" comme élayage d'un travail avec les jeunes enfants et leurs familles dans le cadre de notre travail en hôpital de jour, particulièrement dans les situations où se présentent un blocage, une incohérence apparente ou réelle. Nous verrons aussi que cet élayage, cette greffe ne s'institue pas d'autorité ou par séduction. Enfin, nous nous pencherons sur sa consistance et comment il s'agit d'un processus symbolique qui permet que reprenne le cours de l'intelligence de la vie c'est-à-dire apprendre à penser et à trouver sa propre pensée.

Mots Clés

Greffe psychique, pédopsychiatrie, travail institutionnel, humanisation

Advantages and the limits of the concept of "psychic graft" in psychiatric day care hospital

Summary

The expression of a girl: "the psys are my parents" while at the same time, only his extremely serious alcoholic mother, could bring her the comfort in the hardest moments but also most regressive, brought us to the psychic idea of "psychic graft".

Beyond this situation, the psychic disorganization and/or the violence of the symptoms in children admitted in our day hospital testify that they built their first interactions in sufferings situations of which their parents refuse or are unable to approach.

How, under these conditions, can be carried out a sufficient quality of emotional tuning to the direction where D. Stern speaks about it? The "maternal concern" of Winnicott, the "maternal capacity of daydream" of Bion, will they be able to develop and allow the introduction of new structuring bonds?

¹ Pédopsychiatre, Chef de service du service de psychiatrie Infanto-Juvenile des Cliniques Universitaires Saint-Luc, Université Catholique de Louvain (UCL), av. Hippocrate, 10 Ble 2038, 1200 Bruxelles, Belgique

In this article, we wish to approach the advantages and the limits of the concept of "psychic graft" like shoring of a work with the young children and their families within the framework of our work in day hospital, particularly in the situations who present a blocking, an apparent or real inconsistency.

We will also see that this shoring, this graft is not instituted by authority or by seduction.

Lastly, we will consider his consistency and how it acts of a symbolic system.

Keywords

Psychic graft, Child psychiatry, institutional work, humanization

Los ventajas y los límites del concepto de « injerto psíquico » en el trabajo con los bebés, niños chicos y sus familias en un hospital de día

Resumen.

La expresión de una niña : « los « psis », son mis padres » cuando solamente su madre, profundamente alcohólica, podía darle el consuelo en los momentos mas duros pero tambien mas regresivos, nos llevo a la idea de « injerto psíquico ».

Más allá de esta situación, la desorganización psíquica y/o la violencia de los síntomas en algunos niños admitidos en nuestro hospital de día testimonian que construyeron sus primeras interacciones en situaciones generadoras de sufrimientos que sus padres niegan o son incapaces de abordar.

¿Como, en estas condiciones, puede realizarse una calidad suficiente de « accordage », en el sentido que le da D. Stern ? La « preocupación maternal » de Winnicott, la « capacidad de ensueño » de la madre de Bion, podran desarrollarse y permitir la instauración de nuevos lazos estructurantes ?

En este artículo, queremos abordar las ventajas y los límites del concepto de « injerto psíquico » como apoyo de un trabajo con los niños chicos y sus familias en el cuadro de nuestro trabajo en un hospital de día, especialmente en las situaciones en las cuales se presenta un bloqueo, una incoherencia aparente o real. Veremos tambien que este apoyo, este injerto, no se instituye de autoridad o a travez de la seducción. Enfin, nos extendemos sobre su consistencia y como se trata de un proceso simbólico que permite que se retome el curso de la inteligencia de la vida, lo que significa aprender a pensar y a encontrar su propio pensamiento.

Palabras claves

Injerto psíquico, psiquiatría, trabajo institucional, humanización

L'idée de greffe psychique s'est imposée à moi suite au travail accompli avec des enfants dont les parents présentaient des déficits constants ou momentanés de leur fonction d'autorité parentale au sens étymologique¹ du terme tout en gardant un lien affectif authentique avec leur enfant. L'expression d'une jeune fille : « les psys c'est mes parents » alors même que seule sa mère alcoolique gravissime pouvait lui apporter le réconfort dans les moments les plus durs mais aussi les plus régressifs de sa vie, m'ont amenée à réfléchir à la fonction de psychothérapeute dans ces circonstances. En effet, dans ces consultations, l'attention flottante au discours parental est loin d'être suffisante pour qu'un travail thérapeutique s'instaure et notre intervention y est non seulement recommandée mais sans elle, ces patients ont au pire, le sentiment d'être laissés dans leur isolement psychique terrifiant et au mieux dans le désespoir de l'échec thérapeutique.

Ces situations se produisent tant en ambulatoire que lors d'hospitalisations pédopsychiatriques. Dans cet article, je souhaite l'aborder dans le cadre du travail en hôpital de jour en m'attardant non pas sur le modèle institutionnel global mais sur le travail que nous faisons avec les très jeunes enfants, particulièrement dans les situations qui présentent un blocage ou une incohérence apparente ou réelle.

Aux cliniques universitaires Saint-Luc, l'hospitalisation pédopsychiatrique a ses locaux propres : vingt à vingt-cinq enfants de 0 à 12 ans la fréquentent. Cinq d'entre eux restent hospitalisés "en nuit", et se rendent en fin de journée dans l'unité de pédiatrie. Un éducateur est avec eux-ci dès 7h du matin et le soir jusque 22h. En cas de nécessité, l'éducateur du soir reste la nuit si les infirmières risquent d'être dépassées par le comportement d'un enfant.

Nous avons donc d'emblée une infrastructure interdisciplinaire intégrée.

Du fait de notre travail dans un hôpital général et de longues années de psychiatrie de liaison, nous avons souvent des demandes émanant des pédiatres et neuropédiatres pour de très jeunes enfants présentant principalement un début de syndrome d'hospitalisme, des dépressions, des refus alimentaires de longue durée ou de troubles d'attachement, de dysharmonies psychotiques ou de développement graves associés ou non à des problématiques pédiatriques multiples. Ceux qui viennent chez nous ont également des structures familiales très perturbées ou traversées par des événements traumatiques qui ont déstructuré les repères parentaux et notamment les repères d'autorité parentale (difficultés d'attachement liées à des décompensations psychiatriques, des maladies ou autres situations).

Certains parents qui nous consultent n'ont pas ou plus cette capacité d'exercer leur rôle et se greffent littéralement sur le support que nous proposons pour que le symptôme de leur enfant disparaisse. La désorganisation psychique et/ou la violence des symptômes de ces jeunes enfants témoignent qu'ils ont construits leurs premières interactions dans des situations génératrices de pathologies diverses mais leurs parents refusent ou sont incapables d'aborder ces difficultés.

Comment, dans ces conditions, favoriser entre les/les parents et l'enfant une qualité suffisante d'accordage au sens où D. Stern² en parle ? La « préoccupation

¹ Autorité vient du latin., *Auctoritas*, de *auctor* "auteur".

² D. Stern. Le monde interpersonnel du nourrisson, PUF, 1989.

maternelle » de Winnicott³, la « capacité de rêverie » de la mère de Bion⁴, pourront-elles se développer et permettre l'instauration de nouveaux liens structurants ?

Vignette clinique 1

La pédiatre de l'étage nous demande d'intervenir pour une petite fille de 1 mois qui est hospitalisée sous mandat judiciaire suite à une importante négligence maternelle. Les infirmières s'inquiétaient de la dégradation de l'état de l'enfant que la mère ne venait pas visiter.

Quand elle n'est n'était pas dans les bras, Elia hurlait dans son lit ou restait prostrée. Les infirmières surchargées de travail étaient choquées par cette situation et prenaient quand elles le pouvaient l'enfant près d'elles. Mais, à peine dans les bras de l'une, elle criait pour changer de place et passait ainsi de bras en bras sans s'apaiser. (Personnellement, je pense qu'on peut littéralement parler d'une forme d'hospitalisme du XXI^{ème} siècle).

Nous acceptons Elia en hospitalisation pédopsychiatrie et téléphonons à la maman qui est venue le lendemain. La maman est livide, le regard hagard, recroquevillée dans le bureau de la coordinatrice et elle tient à peine son bébé dans les bras. Elle vient de quitter un homme violent qui est le père de ses deux enfants. Il a cassé le bras de son premier enfant, Anaïs, 3 ans, qui suite à cela fut placée en pouponnière par la juge des enfants. Cette dernière a également imposé directement le placement d'Elia avec sa sœur. L'hospitalisation d'Elia à la naissance est liée au fait que la pouponnière n'avait pas de place avant 6 mois.

Etant donné que la maman arrive à l'heure du repas, notre coordinatrice lui propose de manger avec elle. Par ce biais, la mère est venue pratiquement tous les jours rencontrer son enfant par ailleurs très investie par le personnel. Son état s'est amélioré mais ses compétences maternelles quoique affirmées avec l'aide de notre coordinatrice durant les 2 mois où l'enfant était chez nous, restaient très dépendantes de cette présence maternelle « auxiliaire ». La maman a peu parlé d'elle et esquivait les moments de parole. Elle ne pouvait que difficilement s'adresser à son bébé et c'est la parole de l'intervenant qui créait un contenant pour la dyade Mère-Elia.

Elia par contre, a trouvé un rythme veille/sommeil correct après 1 semaine et pouvait supporter des temps d'éveil, seule dans son lit, sans pleurer en regardant son module de jeu. Malgré son âge, elle rejoignait régulièrement avec sa référente le groupe des petits dans l'atelier psychomoteur. Le reste du temps, elle restait avec un éducateur dit « le chat »⁵ et son lit était installé chez la coordinatrice qui s'occupait de l'accueil de la mère.

Ensuite, la maman a demandé une aide à notre assistante sociale pour préparer l'entrée en crèche de sa fille. Elle a elle-même présenté l'AS aux personnes de la pouponnière. A deux, elles ont expliqué à Elia les changements qui l'attendaient et l'intégration à la pouponnière s'est faite progressivement.

³ D. Winnicott, La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques, Gallimard, 1989.

⁴ W.R. Bion, Aux sources de l'expérience, PUF, 1979.

⁵ Le « Chat » est un éducateur qui ne participe pas au groupes thérapeutiques et est disponible pour les multiples tâches informelles de l'hôpital de jour : correction des horaires en cas d'absence, préparation des repas, attention plus ponctuelle à une enfant, etc. Cette fonction change d'attribution toutes les semaines mais est toujours occupée par un éducateur.

Vignette clinique 2

Un centre de santé mentale et la crèche que fréquentent 2 petites jumelles âgées de 2 ans, Lucia et Lucienne, nous demandent de les recevoir en hospitalisation de jour. Elles ne mangent plus que quelques miettes et sont alimentées par sonde depuis qu'elles ont 6 mois. Malgré un dispositif de suivi thérapeutique par un psychanalyste chevronné à domicile et dans la crèche qu'elles fréquentent aucune amélioration ni du symptôme ni des relations familiales n'advient. Lucienne, plus investie par sa mère est tyrannique vis-à-vis de sa sœur qui se montre triste, peureuse et plus proche de son père. La famille a un fils aîné qui a 11 ans, qui va bien et suit une scolarité brillante. Menacés de mort et entourés de proches violents ou assassinés, les parents originaires du Moyen-Orient ont quitté précipitamment leur pays avec leur fils aîné. Les fillettes sont nées en Belgique après la naissance de jumeaux garçons décédés à la naissance.

Les parents sont très inquiets et de ce fait très revendicateurs avec le personnel. Tigre de papier, les colères du papa poussé par la maman resteront célèbres dans le service ! La dépression maternelle rend les relations sans relief et indifférenciées. Indifféremment, la maman nomme ses filles en continuité « LuciaLucienne ». Les petites jumelles agissent en miroir l'une de l'autre : l'une imitant les gestes de l'autre. Au début Lucienne initiait le mouvement suivi par sa sœur et exigeant d'elle qu'elle lui obéisse. La différenciation s'est faite progressivement dans le contexte du Kapp et ce n'est pas la mère qui a différencié ses filles. Le père plus mais sur base du symptôme de Lucia qui mangeait plus difficilement. Les parents sont encore aujourd'hui aveugles sur le retard de leurs enfants mais une humanisation des relations s'est opérée : chaque enfant est nommée séparément aujourd'hui et les petites le revendiquent haut et fort ! Elles ont d'ailleurs une relation différenciée avec ceux qui les ont accompagnées au quotidien vers qui elles courent bras ouverts et à qui elles confient leurs peurs.

Une réelle émotion est passée durant ces moments, une sorte de fraternité s'est mise en place : nous avons appris à connaître leur culture : on est rentré dans leur histoire tout en étant extérieur à leur génogramme.

Sans entrer dans les détails de cette prise en charge qui a duré 1 an avant que les petites ne mangent et encore un an avant que les parents n'acceptent de reprendre à temps plein leurs filles et de les mettre à l'école près de chez eux, nous avons véritablement apprivoisé leur confiance pour que Madame retrouve un minimum de confiance en ses capacités de s'occuper de ses filles et que Monsieur fasse un minimum valoir son autorité paternelle.

Dans ce second cas, le passage s'est réalisé progressivement vers une scolarisation avec retour dans notre structure durant les vacances.

Durant tout ce temps, des moments de rencontre avec les psy et une interprète étaient régulièrement organisés avec les parents pour faire le point : en effet, la maman avait explicitement dit qu'elle ne voulait parler de ses souffrances. Alors on parlait de tout et de rien...jusqu'à ce que qu'elle commence à se confier à l'interprète...mais ceci est une autre histoire qui commence seulement maintenant...une limide entrée dans le transfert au sens plein du terme où celle femme mariée de force, exilée commence à penser son existence...

Ibrahim, petit garçon de deux ans très sage et tout sourire, est le cadet d'une fratrie de deux. Sa sœur Leila est âgée de 5 ans et va bien. Ibrahim refuse de manger depuis plus d'un an. Nourri par sonde gastrique à domicile, il est suivi par une équipe d'infirmières à domicile. Son père beaucoup plus jeune que sa mère travaille dans le transport de médicaments et n'intervient que très-trop-peu face à cette difficulté. Madame est illettrée et ne sort de chez elle qu'accompagnée par son mari. Elle est très méfiante et susceptible à la moindre contradiction. Les relations entre la mère et Ibrahim sont fautes d'amour et d'exigences qui ne permettent aucune forme de progression ni dans les relations mère-enfant ni dans l'amélioration de son syndrome anorexique. La famille a refusé toute aide psychologique en ambulatoire sauf Madame qui est soutenue par une psychologue pour ses excès d'agressivité. En effet, lors de moment dépressifs, la violence de Mme à l'égard de son mari était importante.

A l'entrée d'Ibrahim au KaPP, l'enfant était très craintif et la vue d'un jouet hippopotame bouche ouverte le terrifiait littéralement. Toute approche vers sa bouche entraînait des réactions de défense vive : il plaçait ses poings devant la bouche.

Devant la situation, nous avons avant tout développé la fonction accueil de notre structure : avec les traditionnelles réclamations témoignant l'insécurité de la maman et sa difficulté à nous faire confiance, la maman a progressivement déposé au sein du service l'expression somatique de ses soucis : spectaculaires douleurs lombaires l'amenant à se faire hospitaliser deux jours dans le service de médecine interne de notre hôpital. Cette hospitalisation a permis pour elle de recevoir un contenant maternel et dès lors d'entourer son fils dans un lieu moins anxiogène que son domicile où elle recevait pourtant la visite régulière d'infirmières chevronnées sur le plan physique et surtout psychique. Malgré le temps d'hospitalisation court, ce fut un moment clé pour elle pour investir l'atelier parent de notre service et de demander une venue à la maison de notre infirmière et de la référente éducative d'Ibrahim.

Le papa présent psychiquement reste encore trop absent physiquement, laissant à Madame la gestion des soins.

Dans cette courte vignette, nous pouvons comprendre le transfert des méfiances maternelles.

C'est à l'occasion de la rencontre avec ce type de famille que le mot « greffe psychique » a surgi dans mon esprit.

Je dois dire que dans un premier temps le mot « greffe » m'a heurté par sa violence. Formé à l'écoute de la demande, de « l'attention flottante » de la psychanalyse, voici un terme bien violent que celui de « greffe ».

Sa définition botanique⁵ de « Pousse d'une plante que l'on insère dans une autre plante (porte-greffe) pour que celle-ci produise les fruits de la première » me dérangeait par le côté définitif et intrusif de la greffe. Sa définition médicale où il s'agit d'implanter un morceau de chair ou d'os de l'un dans le corps d'un autre est par contre plus intéressante.

⁵ Petit Robert

Dans ce cas, il s'agit de montrer à quel point le greffon, s'enracinant dans le corps du receveur, impose à celui-ci d'une part un travail d'articulation de « la perte relative de soi (risque de mort sans greffon) avec, d'autre part l'accueil de l'autre (que vais-je faire de ce don qui me sauve ?) ». De même, le donneur aura à faire face à ce que représente pour lui ce « don ».

En effet, cette « greffe de chair » vient d'un autre et est faite sienne. Ainsi, par exemple et à titre analogique : lors d'une perte osseuse, les chirurgiens implantent parfois des os artificiels qui se dissolvent au fur et à mesure que la personne fabrique elle-même de l'os. Cet os artificiel est une structure qui permet de guider la fabrication du nouvel os. Cette analogie m'intéresse pour avancer dans la notion de « greffe psychique » que je propose comme une sorte de « greffon virtuel » mais bien incarné (ce n'est pas Internet !), institué à partir de notre structure et construit avec les parents et les enfants.

Néanmoins, nous savons tous le risque de rejets que ceci implique. Un réel transfert des parents envers la structure de soi en général et vers la personne qui s'y prête en particulier est donc central et très dépendant de l'état d'esprit et de l'accueil qu'un dispositif de soin est à même d'installer. Particulièrement dans les situations où l'installation de cette empreinte qui est toujours longue⁷ et souvent ravagée par l'angoisse face l'importance subjective des éléments soulevés :

- s'installe dans un cadre où le symptôme de l'enfant s'impose aux parents et qu'il est insupportable parce qu'impensable comme dans l'histoire de John ou trop douloureux à ouvrir et dont l'abord est alors refusé explicitement comme dans l'histoire de Jacqueline et Lucia.
- entraîne, pour un des parents, la perte -liée à la résolution du symptôme de l'enfant- des bénéfices secondaires comme dans l'histoire d'Ibrahim.

Au-delà de l'analogie osseuse comment traduire cette transmission ? Ce greffon structurel qui n'est pas de l'ordre de la matérialité est donc appelé à s'installer puis à se dissoudre au fil du temps en laissant une empreinte de la rencontre vécue. In fine donc, la consistance de ce greffon est de l'ordre d'une transmission en creux. Là, où la fonction est déficiente chez les parents, il s'agit en quelque sorte d'une parentalité symboliquement partagée avec l'équipe dans le domaine de la création de la pensée. Les mouvements de transfert et de contre-transfert du personnel institutionnel sont donc particulièrement sensibles dans ces situations. Sorte de tuteur relationnel, l'institution institue ici des liens particulièrement engagés avec ces enfants et leurs familles tout en pointant dès le départ que cette relation aura un temps. Les moments de lien mais aussi de tension construisons une relation permettant quand elle opère une meilleure différenciation pour chacun des membres de la famille.

⁷ Le temps de peralaboration (sorte de digestion inconsciente) qui est central durant les réunions d'équipe : fonction institutionnelle qui permet l'intégration entre l'offre psychique de l'équipe et l'appareil psychique des parents. Dans notre expérience, il faut au moins deux ans de soins, d'accompagnement voire d'approvisionnement et de travail psychothérapeutique institutionnel et individuel ou familial.

Même si l'hôpital de jour permet de vivre une séparation moins menaçante plus propice aux élaborations « laissées en friche », les conditions de confiance sont donc fragiles ou nulle et la séparation avec l'enfant peut être vécue comme dangereuse ou persécutrice.

Le livre toujours d'actualité de Pierra Aulagnier⁹ : la violence de l'interprétation m'a remis en mémoire la puissance des enjeux de ces premiers moments. Elle y montre bien ce travail de maillage des pulsions ne se fait pas sans violence : sans « violence primaire » qui désigne ce qui dans le champ psychique s'impose de l'extérieur au prix d'un premier viol d'un espace et d'une activité et qui obéit à des lois hétérogènes... Il s'agit donc d'une action nécessaire dont le Je d'un autre est l'agent. C'est le tribut que paie l'activité psychique pour préparer l'accès à un mode d'organisation qui se fera au dépend du plaisir et au profit de la constitution future de l'instance appelée « Je ». Mais elle distingue aussi une violence secondaire qui s'étaye sur la première. Elle représente un excès le plus souvent nuisible et jamais nécessaire au fonctionnement du Je. Il peut s'agir d'un conflit entre deux Je ou entre un Je et le Diktat d'un discours social qui n'a d'autre but que de s'opposer à tout changement dans les modèles qu'il a institués.

Voilà le social. Lui, par contre, a bien changé depuis ce texte de Pierra Aulagnier.

A quoi est-elle utile ? Comment cette notion de greffe s'inscrit-elle, s'institue-elle entre les familles et nous ?

Jean-Pierre Lebrun¹⁰ (psychanalyste belge) a consacré une grande partie de ses travaux pour nous montrer combien ce qui faisait « norme commune » hier est affaibli voire a disparu aujourd'hui (ce qu'il a appelé le déclin du « patriarcat »). Les sociétés modernes se voulant autonomes, prétendent ne devoir qu'à elles-mêmes ce qui les rend une et surtout que « l'opérateur d'intégration » qui unit une multiplicité d'individus indépendants et séparés doit être situé au sein même de la communauté. Pour Jean-Pierre Dupuy, il y a un paradoxe : à partir du moment où l'on crée à l'intérieur ce lieu où la société exerce sa pleine souveraineté, ce lieu se retrouve expulsé par nécessité au dehors d'elle et la « norme ici sociale » crée un « point fixe » frappé d'extériorité même s'il est construit à l'intérieur même de la communauté. J.P. Lebrun dans son texte sur l'autorité a indiqué l'importance de repérer la différence des places de chacun afin que quelque chose de vivant s'institue, qui permette de rester à la fois efficient, productif et opérant dans les contextes difficiles qui sont les nôtres aujourd'hui.

Notre époque a tendance à non seulement se passer du père, mais à ne plus vouloir s'en servir, c'est-à-dire ne pas reconnaître la différence des places. Si cette confusion prend le dessus, toute décision est rendue impossible¹¹.

⁹ P. Aulagnier, La violence de l'interprétation, PUF, 1975

¹⁰ J.-P. Lebrun, Autorité, pouvoir et décision dans l'institution, *Enfances Adolesces*, 4, 2002/2, 63-80.

¹¹ « Nous pouvons nous débarrasser de celui qui nous dit ce que nous avons à faire, mais en nous servant néanmoins de la différence des places que sa présence a indiquée et située.

En effet, D. Houzel nous a bien montré la valeur structurante ou destructrice des conflits psychiques (voire de la haine) et combien une position ambivalente amour/haine (principalement celle de la mère) peut être l'occasion de symboliser les changements successifs et les pertes (enfant que j'ai porté, imaginé, réel, etc....) génératrices de tensions intérieures.

Cette position offre donc un espace et un temps de coupure, de séparation de ce qui nous fait vivre mais nous ferait mourir si l'on ne s'en sépare pas.

Par contre, sans cet accès à l'ambivalence, les pulsions de haine sont clivées et ce clivage entraîne chez certains, en référence à un déni massif, une fusion parent maternel-enfant pour les masquer. Pas de possibilité de coupure structurante : toute séparation est un danger majeur qui interrompt la continuité du lien : vide, absence mortifère.

Ce véritable « séisme psychique » passe inaperçu et se manifeste à travers les divers symptômes que portent notamment les jeunes enfants.

L'enjeu est donc de taille : Si rien ne vient aider à la symbolisation de ces passages (ponctués de deuils et de « renaissances ») d'un mode de relation à une autre, la mère et puis le père peuvent se figer dans le cours de leur pensée et demeurer prisonniers d'un enfant auquel ils seraient tout aussi essentiels que l'enfant leur serait vital.

Dans ces situations archaïques, nous avons remarqué que l'importance du symptôme du bébé ou de l'enfant, les deuils réels ou imaginaires (handicap), les événements de vie (assassinats, déportation, exil, etc...) sont tels que certains parents n'ont pas la disposition psychique pour élaborer ces pertes qui les débordent.

Nous assistons alors à une rupture brutale du charme de l'enchantement des premiers moments : l'enfant qui grégaire et s'autonomise devient une menace de destruction par la séparation qu'il induit. La chute de l'illusion d'être la mère parfaitement bonne (et toute puissante) n'est pas symbolisable et le concert des clivages amour/haine s'expriment à travers divers symptômes dont les plus fréquents se manifestent dans le registre :

- Fixation des idées chez la mère qui souvent refuse tout travail psychique ;
- D'un développement figé ou perturbé chez l'enfant avec troubles du sommeil ou de l'alimentation ;
- Du retrait, expulsion du père ou agitation stérile de ce dernier (ou d'angoisse. En institution, nous sommes souvent dans des champs transférentiels et contre-transférentiels où ces violences sont potentiellement présentes.

¹¹ D. Houzel, La valeur structurante du conflit, *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 1998, 46 (7-8), 361-365.

Ces différentes lectures m'ont permis d'élaborer ce que j'entends par « greffe psychique », qui engage celui qui s'y prête à un accordage affectif. « *Un sujet offre sa capacité de penser la place de l'enfant comme sujet* ». Pour autant qu'elle soit accueillie, cette offre viendra ouvrir la possibilité de reconnaître à l'enfant une disposition mentale personnelle et individualisée qui ne soit pas menaçante pour le ou les parents. En effet, eux-mêmes pourront s'appuyer sur le tuteur psychique temporaire ou définitif qui leur est nécessaire¹². Ainsi ce qui fait greffe chez l'enfant opère comme tuteur chez le parent.

Autrement dit, là où l'enfant est dans cette situation d'exception où son symptôme fait Loi et organise sa vie et souvent celle du groupe familial, il y a à perdre cet équilibre précaire pour s'engager dans la construction d'un lien où l'autorité soit rendue à la fonction parentale et que tous (nous y compris !) sortent de l'assujettissement à un symptôme destructeur pour rêver autre chose que des liens faits vomissements ou de déchainements pulsionnels.

Ceci n'est pas sans évoquer pour moi les frères « Oury » et particulièrement leur définition de l'institution comme ce qui est « institué ensemble pour vivre ou survivre ».

A quel moment notre structure joue-t-elle ce rôle de dehors/dedans que j'ai appelé « greffe psychique » ?

Nous disions plus haut que, pour qu'il y ait greffe, il faut qu'il y ait déléton voire risque vital chez le receveur et j'ajouterais pour notre propos, que l'environnement n'offre pas cet « accès » à un mode d'organisation qui permette la constitution future de l'instance appelée « Je » comme le disait Pierra Aulagnier. J'y pense devant des troubles de l'attachement quand le transfert est trop massif ou lorsqu'aucune mentalisation n'est possible, ne s'inscrit pas étant donné l'intensité des défenses de caractère, les dérivations psychosomatiques ou les carences dans les capacités d'utilisation d'un espace transitionnel bref lorsqu'aucun narratif n'est possible ou très désorganisé par manque de processus de symbolisation.

Mais il faut aussi une compatibilité du porteur à venir et du donneur. C'est un lien qui se construit : un peu comme une « famille d'accueil » provisoire, comme le disent ceux qui s'occupent par ex. d'enfants prématurés¹³.

Pour cela, nous avons à recevoir avec toute la bienveillance possible, tenir compte dans nos psychismes et à nous laisser transformer par le modèle culturel familial et ses croyances, la place de l'enfant et de son symptôme ainsi que les liens qu'ils ont avec leur réseau environnant. De leur côté, les enfants et les familles rencontrent notre structure et son inévitable rigueur liée à son identité. En effet, même si nous déployons une grande souplesse pour « instituer » au maximum avec eux un projet de vie temporaire, tout n'est pas possible. La confrontation à certains interdits et son management font l'objet d'un autre article.

¹² Comme l'histoire de Lucienne et Lucia le montre, notre présence est encore nécessaire durant les temps de vacances.

¹³ Catherine Druon a beaucoup écrit à ce sujet en France.

Tant que les parents ne peuvent élaborer leur difficulté (et c'est parfois long), nous offrons notre psychisme (et plus particulièrement les référents directs de l'enfant) comme rempart contre l'abandon psychique que peut représenter le fait de vivre dans un système indifférencié et traversé par des ouragans psychiques terrifiants et désespérant faute de gouvenail intérieur¹⁴.

Pour que cette greffe s'inscrive dans le psychisme pour opérer, il est impératif que les parents aient une relation de confiance avec ceux qui s'y engagent pour apprivoiser progressivement les lieux et les gens et ensuite, timidement puis fermement progresser vers une élaboration des difficultés voire vers une demande psychothérapeutique.

Qui participe de cette greffe? C'est le mouvement principalement des éducateurs du KaPP mais également tout adulte de la structure peut contribuer à la dynamique du greffage pour qu'un frayage fasse trace dans le psychisme en devenir de l'enfant.

Cette situation de greffe ne s'institue donc pas d'autorité ou par séduction mais dans le cheminement qui précède l'avènement d'une demande où il devient supportable de faire face au symptôme porté par leur enfant. Souvent d'ailleurs comme pour les petites jumelles et Steve, le symptôme a disparu bien avant sous l'effet de l'engagement au quotidien mis en place par l'équipe.

Pour terminer, je dirais qu'à l'opposé d'une psychothérapie habituelle où le thérapeute encourage une pensée personnelle, la « greffe psychique est un don (au sens de la réverie maternelle primaire). Au contraire d'un don d'amour (même s'il existe de surcroît), il s'agit d'un processus symbolique qui permet que reprenne le cours de l'intelligence de la vie c'est-à-dire trouver sa propre pensée et pouvoir la dire. C'est sans doute pour cela que les parents l'investissent autant.

C'est souvent avec les enfants que les éducateurs et les responsables de groupe de vie découvrent cette fonction. Nous proposons aussi régulièrement aux parents de venir passer une matinée dans le groupe où leur enfant travaille en logopédie, psychomotricité ou créativité. Ainsi, comme le décrit Fernand Oury, c'est à travers la médiation du groupe aidé par une discrète présence du responsable et la spontanéité des enfants que les parents inscrivent leur présence, osent montrer leurs difficultés et finalement créent de nouveaux liens avec leur enfant.

Les modulations psychiques des enfants voire des parents s'appuient sur les personnes du KaPP aussi longtemps qu'ils en ont besoin, greffes provisoires pour que le greffon se déploie, qu'ils le fassent leur et qu'ils retrouvent une certaine assurance pour reprendre leur fonction parentale.

¹⁴ Ainsi, à la différence du travail que Caroline Eliacheff a décrit dans son livre « à corps et à cris » où les enfants étaient reçus avec leur nurse faute de présence parentale, ici, au KaPP, nous nous trouvons dans une situation intermédiaire où nous formons un contenant des mouvements destructeurs ou autodestructeurs de l'enfant et de ses parents dans un lieu où ils peuvent éprouver et valoriser des expériences constructives et réussies.

Et puis, la trace de ce greffon incorporé dans une configuration psychique particulière aura besoin d'un temps parfois long pour s'inscrire de manière significative dans la structure d'un enfant pour ensuite être remise en chantier continuellement dans les multiples remaniements de la pensée enfantine et ultérieure. Quelque chose s'est déposé mais son destin est imprévisible.

LES EFFETS DE LA PRÉSENCE D'UNE ÉQUIPE DE PSYCHIATRIE DE
LIAISON AUPRÈS DES PARTENAIRES SOCIAUX ET ÉDUCATIFS DANS
LE DOMAINE DE LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT¹

Grigori ABATZOGLOU²

Résumé

Ce travail rend compte d'une expérience clinique de collaboration entre services de santé mentale de l'enfant et services sociaux de protection de l'enfance. Il s'agissait au début d'une initiative d'accueil et d'écoute émanant de notre service pédopsychiatrique, destinée aux services sociaux s'occupant des familles en état de détresse psychosociale, qui s'est constituée au fil des années en réseau souple mais solide de pensée et d'action cliniques. Ce réseau fonctionne actuellement comme une institution stable mais « informelle », qui essaye de retrouver une cohérence clinique face à des situations de clivage, de déni et de rejet institutionnels, qui redoublent des états de morcellement psychique familial et intergénérationnel, renforcés par des situations de délabrement social, et qui conduisent le plus souvent à des passages à l'acte des services (p.ex. sous forme de placements urgents, de certificats stériles) ou à l'inverse à des « oublis » ciblés et/ou chroniques, formant ainsi des trous d'histoire. Ce réseau dispose de principes éthiques et cliniques de base et de règles de fonctionnement simples, qui essayent de le garder vivant et créatif grâce à des rencontres régulières : il s'agit d'une forme d'équilibre, d'un lieu intermédiaire entre services, d'un espace transitionnel entre pratiques, d'une occasion de rencontre ou même de confrontation de pensées imparfaites.

Mots clés

Cas psychosocial, cas social, détresse psychosociale, réseau, morcellement, clivage, déni, institution, regard, parentalité, placement, résistances, espace, transitionnel, psychiatrie publique, lien, clinique, pragmatisme stérile, dépsychisation.

Gevolgen bij de sociale en opvoedkundige partners van de aanwezigheid van een
liaisonsteam psychiatrie binnen het domein van kinderspsychiatrie .

Samenvatting

dit werk geeft verslag over de klinische ervaring van de samenwerking tussen centra voor geestelijke gezondheidszorg bij kinderen en sociale diensten van bijzondere jeugdzorg (kinderbescherming). In het begin betrof het een initiatief van onthaal en luisterbereidheid vanwege onze dienst kinderspsychiatrie, gericht op de sociale diensten die zich bezig hielden met families in psychosociale nood en, die met de tijd een soepel maar stevig netwerk van denkprocessen en klinische activiteiten gevormd heeft. Dit netwerk funktioneert heden als een stabiele instelling, weliswaar informeel, die probeert een klinische coherentie terug te vinden ten opzichte van situaties van splitsing, ontkenning en institutionele verwerping; deze situaties verhogen de familiale en intergenerationele psychische verbrokkeling zelf nog eens verzaagd door sociale wan toestanden en, die meestal leiden tot acting-out gedrag van deze diensten zoals urgente plaatsingen, steriele

¹Une première version de ce texte a été présentée au Colloque « L'acte de présence », ASM 13, Paris, Département de Psychiatrie adulte, 10.6.2005.
² Unité de Pédopsychiatrie, Service de Psychiatrie, Université Aristotle, Hôpital AHEPA Thessalonique, Grèce