

TEMPORALITÉS DÉCALÉES EN HÔPITAL DE JOUR PÉDOPSYCHIATRIQUE

- Juliette BUTERA, Claire SAVÉANT, Senoy ELAKEL, Sophie SYMANN -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Cet écrit explore les défis temporels des soins psychiatriques pour enfants, notamment dans une société valorisant la rapidité et la rentabilité. Il illustre ces enjeux à travers le cas de F., un enfant de 9,5 ans souffrant de troubles obsessionnels compulsifs, de phobie sociale et de dépendance aux écrans. Sa prise en charge au KaPP, un hôpital de jour en pédopsychiatrie à Bruxelles, met en avant une approche multidisciplinaire institutionnelle alliant soins psychiatriques, accompagnement éducatif et pédagogique, ainsi que soutien familial.

L'hospitalisation de F. a été structurée en étapes progressives visant son autonomie dans des domaines clés : hygiène personnelle, alimentation, gestion émotionnelle et insertion sociale. La collaboration entre professionnels et parents a joué un rôle central dans l'élaboration de stratégies adaptées. Par ailleurs, les interactions entre F. et d'autres enfants ont renforcé sa confiance, révélant l'importance des dynamiques de groupe dans la thérapie.

Le suivi familial a permis de soutenir les parents, notamment dans la gestion de leurs conflits et de l'autonomie croissante de F..

L'harmonisation des temporalités a été essentielle : celle de l'enfant (progrès non linéaires), des parents (temps de réflexion et d'acceptation) et de l'institution (adaptation des soins). L'équipe a su concilier ces décalages, facilitant une transition progressive vers un suivi ambulatoire et une reprise scolaire.

Au terme de son hospitalisation, F. a montré des progrès significatifs, marquant une avancée vers une meilleure autonomie psychique et sociale.

MOTS CLÉS: troubles obsessionnels compulsifs - Temporalités propres - Alliance thérapeutique - Adaptation

TEMPORAL SHIFTS IN A CHILD PSYCHIATRIC DAY HOSPITAL

This paper explores the temporal challenges of child psychiatric care, particularly in a society that values speed and cost-effectiveness. It illustrates these issues through the case of F., a 9.5-year-old child suffering from obsessive-compulsive disorder, social phobia and screen addiction. His treatment at KaPP, a child psychiatry day hospital in Brussels, is based on a multidisciplinary institutional approach combining psychiatric care, educational and pedagogical support, and family support.

F.'s hospitalisation was structured in progressive stages aimed at helping him to become autonomous in key areas : personal hygiene, nutrition, emotional management and social integration. Collaboration between professionals and parents played a central role in developing appropriate strategies. In addition, interactions between F. and other children strengthened his confidence, revealing the importance of group dynamics in therapy.

Family follow-up provided support to the parents, particularly in managing their conflicts and F.'s growing autonomy.

Harmonisation of timeframes was essential : for the child (non-linear progress), for the parents (time for reflection and acceptance) and for the institution (adaptation of care). The team was able to reconcile these differences, facilitating a gradual transition to outpatient care and a return to school.

At the end of his hospital stay, F. showed significant progress, marking a step towards greater psychological and social autonomy.

KEY WORDS: Obsessive-compulsive disorder - Own temporalities - Therapeutic alliance - Adaptation

INTRODUCTION

Dans notre société moderne, la temporalité est caractérisée par une accélération continue du rythme de vie, du fait des progrès technologiques et des besoins de productivité. Actuellement notre rapport au temps est conditionné par l'instantané et l'immédiateté incarnés dans les flux d'information. La vitesse a un impact non seulement sur notre organisation quotidienne, mais aussi sur notre perception du temps et nos interactions sociales. Cette accélération influence nos attentes et notre tolérance à la patience, réduisant souvent notre capacité à apprécier des processus plus lents et contemplatifs.

Dans cette situation, les soins psychiatriques à l'enfant font face à des difficultés propres, car le temps requis pour l'écoute, l'observation et l'intervention thérapeutique ne peut être réduit sans risque de compromettre l'efficacité et l'éthique des traitements.

Les soins psychiatriques pour enfants requièrent une temporalité singulière adaptée aux besoins spécifiques des jeunes patients et de leur famille (1). Les thérapeutes doivent prendre le temps de créer un environnement de confiance, permettant à l'enfant ainsi qu'à ses parents de s'exprimer et de se sentir en sécurité.

Les diagnostics précipités, posés dans l'urgence des situations, peuvent mener à des erreurs, des étiquetages erronés et des interventions inappropriées.

La thérapie, qu'elle soit individuelle, familiale ou en groupe, nécessite un engagement temporel significatif. Il faut un respect profond du temps et des rythmes individuels pour être véritablement efficace et bienveillant. Les progrès peuvent être lents et ne pas suivre une courbe linéaire, avec des périodes de stagnation ou de régression. Il est crucial que les professionnels, les parents et l'enfant comprennent et acceptent cette temporalité pour éviter des frustrations et des attentes irréalistes. Une vraie réponse à la discontinuité psychique implique la mise en œuvre d'une réelle continuité dans le soin, déclinée à tous les niveaux de la prise en charge thérapeutique (2).

LE CADRE DU KAPP

Le KaPP (K désigne les lits de jour en pédopsychiatrie pour le Ministère de la Santé en Belgique et PP Pédopsychiatrie), est un hôpital de jour en pédopsychiatrie situé au sein des Cliniques Universitaires Saint-Luc à Bruxelles. Il accueille jusqu'à trente-cinq enfants âgés de 0 à 12 ans. Principalement organisé en hôpital de jour, le KaPP offre également la possibilité d'une hospitalisation complète pour cinq enfants.

Les enfants pris en charge au KaPP présentent des troubles psychopathologiques variés. La durée moyenne d'hospitalisation s'étale de 3 à 6 mois, temporalité

partiellement fixée par l'administration, mais qui peut être prolongée en fonction des besoins cliniques et de l'évolution thérapeutique.

Le KaPP poursuit deux objectifs principaux : établir un bilan multidisciplinaire de l'enfant et proposer des pistes de traitement adaptées.

Les activités et le quotidien au KaPP s'inspirent des principes de la thérapie institutionnelle, ajustés à un jeune public. Cette approche est enrichie par des références issues des courants développementaux, psychoéducatifs, psychanalytiques, systémiques familiaux et cognitivo-comportementaux.

L'équipe pluridisciplinaire du KaPP, composée d'une quarantaine de professionnels, inclut des pédopsychiatres, une coordinatrice, des éducateurs, des logopèdes, des kinésithérapeutes, une ergothérapeute, des psychologues, une neuropsychologue, des infirmières et des assistantes sociales. À cela s'ajoutent cinq enseignantes, détachées de l'école « Escal » (enseignement spécialisé de type 5, rattaché à l'hôpital).

Cette approche pluridisciplinaire permet une prise en charge globale et personnalisée, articulant soins psychiatriques, accompagnement éducatif et soutien pédagogique pour répondre aux besoins complexes des enfants et de leurs familles.

VIGNETTE CLINIQUE

F., 9,5 ans au moment de son hospitalisation, est déscolarisé depuis six mois, en raison de troubles graves.

Il présente, entre autres difficultés, une importante phobie sociale l'empêchant de sortir de chez lui et des compulsions liées à l'alimentation – il doit rincer sa nourriture avant de l'ingurgiter et a pris l'habitude de prendre ses repas près d'un lavabo. Il n'utilise plus d'assiette, de couverts ni de verre. Il refuse de s'habiller, de se laver. Étant confiné toute la journée à son domicile, il a développé une dépendance forte aux écrans, il éprouve en conséquence des difficultés à s'endormir et se retrouve complètement décalé par rapport au rythme jour/nuits.

Sur le plan de l'humeur, il manifeste des angoisses intenses accompagnées d'affects dépressifs et d'idées noires. Ayant peur de dormir seul, sa mère a disposé un matelas dans sa chambre afin de dormir près de lui. Ses parents sont démunis et en désaccord sur la conduite à tenir, ce qui a conduit F. à devenir très réactif à la frustration et à adopter des comportements de toute-puissance.

Malgré plusieurs prises en charge, la situation continue à se dégrader. Les parents sont très inquiets, sur fond de tensions majeures entre eux.

L'ADMISSION DE F.

Le processus d'admission au KaPP se déroule en 4 étapes.

La première étape est la réception de la demande. Celle-ci émane des professionnels qui sont dans l'entourage du jeune, comme des intervenants scolaires, médicaux, sociaux, ou des parents (s'ils ont l'autorité parentale), ou des deux.

Elle est étudiée en comité d'admission hebdomadaire. Si la demande est acceptée, elle est inscrite en liste d'attente.

Lorsqu'une perspective d'accueil se dessine, un premier rendez-vous est proposé aux parents et à l'enfant, accompagnés éventuellement de professionnels impliqués dans la situation. C'est la première rencontre physique entre le KaPP et les demandeurs. Lors de ce rendez-vous, la situation problématique est détaillée, avec une mise en perspective du parcours éventuel de soins qui a précédé le contact avec notre unité. Les intervenants du kaPP présentent également le mode de fonctionnement de notre structure. Ce rendez-vous est aussi l'occasion de réfléchir ensemble sur les objectifs de la prise en charge.

Lorsqu'une place est disponible, l'enfant et ses parents sont conviés à un deuxième rendez-vous. Il s'agit alors de préparer concrètement le séjour, aux plans organisationnel et administratif.

L'entrée effective dans l'unité est la dernière étape du processus d'admission. Elle a généralement lieu dans la semaine qui suit le deuxième rendez-vous.

En fonction de la longueur de la liste d'attente, le processus d'admission au KaPP prend généralement de 6 à 9 mois. C'est souvent perçu comme trop long par les demandeurs, à raison. Cela permet néanmoins aux parents de cheminer et d'affiner leur demande, et nous donne des éléments pour personnaliser l'intervention en fonction de la situation.

Dans le cas de F., c'est le père de l'enfant qui nous contacte, et qui insiste fortement sur la gravité de la situation. Il semble désespéré.

Lors des deux rendez-vous, nous observons la dynamique parentale et familiale. Il existe un conflit important entre les deux parents. La mère de l'enfant parle beaucoup. Elle s'exprime pour son fils, dit savoir ce qu'il sent, ressent et pense. Elle est tendue et semble très angoissée. Le père quant à lui s'énonce peu, il évoque néanmoins ses inquiétudes majeures. F. est présent physiquement, il ne parle pas mais semble écouter tout en s'isolant dans un jeu vidéo sur le téléphone de sa mère.

Lors de ces deux rencontres, les parents nous ont transmis le parcours de soins de leur enfant.

Depuis sa plus jeune enfance, F. a montré des signes qui ont inquiété les parents. Plusieurs bilans ont été réalisés, avec différentes hypothèses diagnostiques : autisme, dyspraxie, trouble obsessionnel compulsif (TOC), syndrome psychotique avec obsessions paranoïaques. Un suivi pédopsychiatrique ainsi que des séances de psychothérapie cognitivo-comportementale ont été mis en place, sans amélioration. Les symptômes ont empiré, sa scolarité en a été impactée. Des crises clastiques sont apparues. Au cours de l'une d'entre elles, F. a, de sa propre initiative, passé 4 heures sous une douche brûlante pour se « décontaminer ». Cet événement a conduit à une hospitalisation en urgence très mal vécue par le jeune et ses parents. La mère s'est sentie jugée, l'hôpital a menacé de judiciaire la situation pour maltraitance maternelle.

Dans cette situation, dérogeant à notre cadre habituel vu l'urgence, le processus d'admission n'a duré que 2 mois. Cette période nous a permis une meilleure compréhension de la situation de F., en mettant en lumière la gravité de son état et la complexité de la dynamique familiale. La connaissance du parcours antérieur a apporté des informations qui nous ont servi de balises pour la suite, au niveau du diagnostic, de l'approche à adopter avec chacun des parents, et de la vigilance à installer pour maintenir l'alliance thérapeutique avec la mère de F.. Une réflexion partagée a permis de prioriser les objectifs pour le jeune : s'habiller, sortir de chez lui, remanger et boire normalement, et se préparer pour un retour à l'école. Nous avons également réfléchi à une durée d'hospitalisation nécessaire, compte tenu des symptômes de l'enfant, et l'avons estimée à une année envisageant déjà une hospitalisation prolongée.

LES DIFFÉRENTS VOILETS DE LA PRISE EN CHARGE

Outre la prise en charge institutionnelle en groupe d'enfants, un plan thérapeutique plus individuel a été mis en place pour F.. Celui-ci a été structuré en plusieurs étapes, chacune correspondant à des objectifs spécifiques, sous forme de défis progressifs, alignés sur ses besoins et capacités.

Lors du premier mois : la priorité a été l'initiation aux soins personnels et les ajustements alimentaires. L'accent a été mis sur l'hygiène capillaire et les premiers défis alimentaires. Le lavage des cheveux, perçu initialement comme anxiogène par F., a été introduit progressivement avec un soutien éducatif et kinésithérapeutique.

Lors du deuxième mois : nous avons insisté sur l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire et la prise du traitement médicamenteux. Cela s'est fait sous forme de séances individuelles et d'ateliers éducatifs sur l'hygiène dentaire, combinés à des exercices

pratiques. Un accompagnement personnalisé et des encouragements constants ont permis de réduire les résistances de F. à ces activités. Après plusieurs tentatives infructueuses, il a également réussi à prendre un traitement à base d'1 comprimé de 50 mg de sertraline® par jour. La sertraline est un psychotrope de type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, utilisé comme antidépresseur mais aussi dans le trouble obsessionnel compulsif.

Le troisième mois : nous avons attaché de l'importance à une normalisation des repas et une autonomie dans l'utilisation des couverts. L'objectif principal était d'amener F. à manger avec des couverts et à boire dans un verre, tout en réduisant progressivement le rinçage des aliments.

Le quatrième mois : nous nous sommes particulièrement centrés sur une transition vers une autonomie complète et une généralisation au domicile. F. a été encouragé à transposer ses nouvelles habitudes dans son environnement familial, avec un accompagnement renforcé et l'introduction de défis à domicile pour consolider ses progrès.

L'ensemble de ces étapes a été pensé en réunion d'équipe élargie et a été mené grâce à la collaboration étroite entre éducateurs, kinésithérapeutes, infirmiers et psychothérapeutes garantissant une prise en charge cohérente et adaptée à l'évolution de F..

Les progrès réalisés par F. témoignent de l'efficacité de cette approche multidisciplinaire.

Au niveau de l'hygiène personnelle : initialement incapable de supporter de se laver, F. a progressivement accepté cette routine avec le soutien des soignants. À la fin du premier mois, il pouvait se laver le corps et les cheveux de manière autonome, sous supervision, sans ressentir de détresse notable.

Sur le plan de la nutrition : l'alimentation, limitée au départ à des produits carnés consommés avec les doigts après rinçage systématique, a connu une évolution considérable. En quinze jours, F. a intégré des légumes et des féculents dans son régime alimentaire. Peu à peu, il a arrêté de rincer ses aliments. À la fin du troisième mois, il utilisait des couverts pour manger et buvait dans un verre mais continuait néanmoins à rincer sa bouche après chaque repas.

En matière d'autonomie hygiénique et de prise de médicaments : le brossage des dents, introduit avec une guidance active, est devenu une routine quasi autonome à la fin du deuxième mois. La prise de médicament, source d'anxiété majeure, a également été normalisée grâce à un accompagnement progressif.

En ce qui concerne la gestion émotionnelle et l'implication sociale : un travail psychothérapeutique ciblé (abordé ci-dessous) a permis à F. de développer

une meilleure compréhension de ses émotions et de renforcer son affirmation de soi. Au cours des derniers mois, F. a également commencé à interagir plus activement avec les autres enfants, trouvant dans ces échanges une source d'encouragement mutuel.

Une leçon marquante a été le rôle inattendu de F. dans l'accompagnement d'autres enfants. En partageant avec eux les stratégies qui lui avaient permis de surmonter ses propres angoisses, il s'est progressivement affirmé comme un modèle et une source de motivation. Ces échanges lui ont non seulement offert une opportunité de consolider ses acquis, mais ont également favorisé une dynamique collective où chacun, inspiré par les progrès de l'autre, avançait dans son parcours.

Ce processus, qui n'avait pas été planifié au départ, a montré l'impact transformateur de ces interactions : F., en aidant les autres, a renforcé sa confiance et trouvé une nouvelle manière d'interagir avec son environnement, tout en contribuant activement à l'amélioration du groupe.

LE SUIVI PSYCHOLOGIQUE DE F.

F. a été vu en séance individuelle une fois par semaine.

Il s'est présenté comme un enfant dysharmonique psychiquement : d'un côté des connaissances et des capacités cognitives de haut niveau, de l'autre un corps à l'arrêt et des affects très peu accessibles pour lui. Il existait également un contraste fort entre une agressivité et une volonté de puissance fantasmées et son attitude de retrait dans la vie réelle. Il était très angoissé, pessimiste, avait une faible estime de lui-même, et se trouvait en grande difficulté pour établir des liens avec les autres enfants de son âge. En revanche, son test de Rorschach a mis en évidence une absence de psychose.

Le travail psychothérapeutique a été axé sur la prise de conscience de ses émotions, la compréhension de l'origine de ses angoisses, l'acceptation de ses difficultés, sa renarcissisation et l'abord de l'autre au travers de jeux de rôles qui l'ont beaucoup amusé, mettant en relief son humour et sa capacité d'autodérision. Sa place dans la dynamique familiale et le conflit parental ont également été abordés avec lui. À la fin de son séjour, F. est apparu plus affirmé, plus à l'aise pour exprimer ce qu'il ressentait, et se projetait avec envie vers l'adolescence. Sa subjectivation et son autonomisation psychique semblaient bien lancées.

LES ENTRETIENS PARENTAUX

Les parents ont été rencontrés toutes les 3 semaines. Ces moments nous ont permis de partager avec eux les leviers d'amélioration expérimentés par F. afin de transférer les progrès à domicile.

Ils ont aussi été l'occasion d'aborder les émotions suscitées par l'évolution de leur fils et notamment de soutenir la mère fragilisée par la différenciation opérée par ce dernier.

Enfin, la séparation du couple parental a été abordée lors de ces rendez-vous et nous avons accompagné les parents dans la communication de cet événement, qui a eu lieu dans le décours de l'hospitalisation, à leur fils.

QUELQUES ÉCLAIRAGES THÉORIQUES

Les TOC se manifestent par des obsessions (pensées envahissantes et récurrentes) d'ordre idéatives, phobiques ou impulsives, accompagnées de compulsions (comportements ritualisés ou mentaux destinés à réduire l'anxiété générée par ces pensées). Ces troubles peuvent avoir des répercussions importantes sur le quotidien de l'enfant, affectant ses relations familiales, sociales et scolaires.

D'un point de vue psychanalytique, ils relèvent de la névrose obsessionnelle. Ils révèlent des conflits internes profonds, souvent inconscients et sont des mécanismes de défense.

S. Freud définit la névrose comme une manifestation de conflits psychiques non résolus, remontant souvent à l'enfance. Celle-ci résulte, selon lui, d'un déséquilibre dans le développement psychosexuel de l'enfant, lié aux stades du complexe d'Œdipe et à la gestion des pulsions. Elle se déclenche lorsqu'un enfant est confronté à des conflits inconscients qu'il ne parvient pas à résoudre de manière saine.

C. Brini, de son côté, souligne que la névrose infantile, souvent observée vers 4-5 ans, marque une rencontre avec la castration symbolique et le réel sexuel. À cette période, l'enfant commence à se déloger de sa place de « phallus imaginaire » pour inscrire la fonction du phallus dans une dimension symbolique, marquant ainsi le passage d'une position infantile à une position de sujet (3).

Les tensions sous-jacentes à ces troubles sont souvent liées à des frustrations, des interdits et à l'angoisse de la séparation ou de l'identité. À travers des mécanismes de défense, l'enfant tente de réguler ses pulsions (sexuelles, agressives...) tout en préservant son équilibre psychique. Ces tensions inconscientes peuvent se manifester par des symptômes comme les TOC, où l'enfant utilise des comportements ritualisés pour éviter la confrontation directe avec ses angoisses et ses désirs refoulés. Par exemple, un enfant peut développer un comportement de lavage compulsif pour « neutraliser » une pulsion agressive envers un parent. Ainsi, ces rituels permettent à l'enfant de maintenir une illusion de contrôle sur ses angoisses, transformant une pulsion inacceptable en un acte plus tolérable, sans que celle-

ci ne disparaisse pour autant (4).

Chez le jeune enfant, les TOC peuvent parfois être des difficultés transitoires, liées à des stades de structuration psychique et d'individuation. Le moment phobique correspond à un passage crucial où l'enfant oscille entre son statut d'objet chéri et celui de sujet, dans un rapport à la castration symbolique (5). C'est précisément à ce moment que des TOC peuvent émerger, lorsque l'enfant cherche à gérer des angoisses liées à la séparation et à la gestion de ses pulsions.

Lorsque les obsessions phobiques de la névrose infantile ne s'atténuent pas, lorsque les déplacements substitutifs restent aussi impérieux, voire s'étendent de proche en proche à d'autres objets, le sujet est amené à réduire son activité, à l'époque où son Moi aurait à faire des expériences nouvelles. Il peut être touché par une inhibition massive, ne plus oser sortir, ne plus entrer en contact, ne plus jouer, ne plus penser (6). Pour Serge Lebovici (7), l'inhibition est le symptôme majeur des névroses cliniques chez l'enfant. Tout fait peur. Le narcissisme en est affecté avec un risque de conséquences dépressives parfois grave.

Le cas de F. illustre bien cette dynamique.

Dès notre première rencontre nous observons que F. présente une forte dépendance à sa mère. Celle-ci nous dit savoir ce qu'il faut faire pour aider son fils qui serait autiste. Il a besoin d'elle pour apaiser ses angoisses, c'est pourquoi elle dort avec lui. Elle ne perçoit pas l'intérêt d'une hospitalisation. À l'opposé, le père est désemparé face à l'aggravation de la situation et insiste vigoureusement pour qu'une solution soit trouvée. Ce désaccord parental semble exacerber l'état de F..

Au début de l'hospitalisation, F. a montré une grande loyauté envers sa mère, rendant son investissement difficile. Cependant, grâce à des échanges réguliers entre F., sa mère et l'équipe soignante, il s'est adapté progressivement et a participé davantage. Un épisode marquant illustre ce changement : après avoir hésité à accepter la demande de F. de ne pas revenir à l'hôpital le lendemain, sa mère, rassurée par le récit d'un moment de la journée où F. s'était fort amusé, l'a encouragé à revenir. Ces moments ont renforcé la confiance de la mère et favorisé l'engagement thérapeutique de F..

Dans le cas de F., les TOC semblent s'être intensifiés au moment où d'importantes tensions dans le couple parental ont émergé, renforçant l'attachement excessif à la mère. Le jeune garçon a alors développé plus de compulsions pour tenter inconsciemment de maîtriser ses angoisses liées au conflit parental.

Les figures parentales jouent un rôle fondamental dans la dynamique des TOC. La relation avec la mère, en particulier, est primordiale. Dans le cas de F., sa mère occupait une place centrale dans son

univers émotionnel, et ses difficultés à se séparer d'elle alimentaient ses symptômes.

Le père, quant à lui, paraissait avoir une place secondaire. Il semblait être mis à distance par la mère, ce qui générait des tensions et une difficulté pour lui à affirmer son rôle dans le développement de F..

Lorsque le père est exclu ou rabaisé par la mère, cela perturbe le rôle central de celui-ci dans le complexe d'Œdipe, notamment en tant que figure d'autorité et de rivalité constructive. Le garçon peut avoir du mal à s'identifier positivement à son père, affectant la construction de sa propre identité masculine. L'absence d'une rivalité équilibrée avec le père empêche la résolution saine du complexe d'Œdipe, pouvant entraîner une confusion des rôles parentaux et une dépendance excessive à la mère. Cela freine son autonomie émotionnelle et sa capacité à gérer ses désirs (8).

Pendant l'hospitalisation, des entretiens familiaux ont permis de soutenir le rôle du père, en l'aidant à s'affirmer auprès de son fils et à tenir sa place de père réel. Le soutien thérapeutique aux parents a facilité la création d'espaces où le père et le fils ont pu passer du temps ensemble, renforçant ainsi leurs liens et apportant un meilleur équilibre dans le système familial.

CONCLUSION

La prise en charge institutionnelle se trouve à la croisée de différentes dimensions temporelles : l'histoire de la famille à l'intersection des temps individuels de ses membres, le temps de l'institution et le temps social (9). Ceci conduit à un choc de temporalité qu'il est souvent difficile de réguler.

Au même titre, le temps du patient n'est pas celui des soignants qui n'est pas non plus celui de l'administration de l'établissement de soins. Il s'agit de temporalités

décalées. Toute la question est donc de savoir comment faire se rencontrer, s'ajuster ces temporalités sans qu'il y ait confrontation ou « collision » entre elles, comment les faire dialoguer en faisant en sorte que chacune s'efforce de comprendre l'autre (10).

La temporalité de l'hospitalisation de F. a connu une évolution notable. Initialement une durée d'une année avait été envisagée. Cependant, grâce aux progrès rapides réalisés, la fin de son hospitalisation a pu être planifiée après seulement 4 mois et 10 jours.

Ce résultat a été rendu possible par une prise en charge institutionnelle multidisciplinaire structurée et adaptée, avec des temps en groupe d'enfants, des prises en charge individuelles et des entretiens familiaux. Cette approche a su tenir compte des temporalités décalées propres à chaque acteur impliqué : l'enfant, la mère, le père, les soignants et l'institution. Ces temporalités ont été ajustées et articulées avec soin pour répondre aux besoins spécifiques de chacun.

Une attention particulière a également été consacrée à soigner la fin de l'hospitalisation. Cela s'est traduit par une reprise progressive de contact avec l'école et un accompagnement attentif pour la mise en place d'un suivi ambulatoire, permettant ainsi à la famille de s'inscrire dans une nouvelle dynamique temporelle en dehors du cadre hospitalier.

L'ensemble du suivi de F. a permis de dépasser une approche centrée sur la fascination pour son symptôme, pour adopter une vision holistique de son fonctionnement psychique. C'est pourquoi nous n'avons pas focalisé nos efforts sur la transmission à tout prix d'un diagnostic aux parents et à l'enfant mais plutôt sur la capacité de F. à surmonter ses problèmes. Selon nous, cette perspective a favorisé une meilleure compréhension de la portée de ses difficultés et ouvert des perspectives pronostiques encourageantes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sainte-Rose R. Emplois du temps en clinique. Empan. 2008/1 ; 69 : 57-65.
2. Delhommeau L. Editorial. Soutenir la prise en charge médicale des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques graves. Enfances & Psy. 2024/2 ; 100 : 7-10.
3. Bergès-Bounes M, Calmettes S, Ferron C, Forget JM, Rey C. Les phobies chez l'enfant : impasse ou passage ? 1^e éd. Toulouse : Érès ; 2013, 7.
4. Freud S. Introduction à la psychanalyse. Paris : Payot ; 2010, 239-254.
5. Brini C. Évitements, angoisse, phobies. Dans : Bergès-Bounes M, Calmettes S, Ferron C, Forget JM, Rey C. Les phobies chez l'enfant : impasse ou passage ? 1^e éd. Toulouse : Érès ; 2013, 13-24.
6. Fréjaville A. La phobie dans tous ses états. Le Carnet PSY. 2010/8 ; 48 : 25-34.
7. Lebovici S. L'expérience du psychanalyste chez l'enfant et chez l'adulte : devant un modèle de la névrose infantile et de la névrose de transfert. Revue française de psychanalyse. 1980 ; XLIV, 5-6 : 733-857.
8. Laznik MC. La place vacante du père. La revue Lacanienne. 2007/4 ; 4 : 102-109.
9. Goldbeter-Merinfeld E. Temps individuel et temps familial. Enfances & Psy. 2001/1 ; 13 : 108-115.
10. Delassus E. Peut-on parler de temporalités décalées en milieu hospitalier ? Le Professeur Éric Delassus nous éclaire avec philosophie (Partie ½). Manager Santé [En ligne]. [cité le 24 avril 2023]. Disponible : <https://managersante.com>

LES AUTEURS :

Juliette BUTERA, Claire SAVÉANT, Senoy ELAKEL, Sophie SYMANN

Hôpital de jour Le KaPP
Cliniques Universitaires Saint-Luc - IPI
Avenue Emmanuel Mounier 18, 1200 Bruxelles (Belgique)
sophie.symann@santluc.uclouvain.be