



Sous la direction de
Silke Schauder

Pratiquer la psychologie clinique auprès des enfants et des adolescents

CAS CLINIQUES

OUTILS D'ÉVALUATION

MÉTHODOLOGIE

ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL

OUTILS DOCUMENTAIRES

DUNOD

Pratiquer la psychologie clinique auprès des enfants et des adolescents

Consultez nos catalogues sur le Web

The screenshot displays the Dunod website's home page. At the top left is the Dunod logo and contact information: "Éditions DUNOD 11 rue de Valenciennes 75013 Paris". A search bar is located at the top center with the text "Recherche" and a dropdown menu set to "Par Titre". To the right of the search bar are links for "Collections" and "Index thématique".

Below the search bar is a navigation menu with icons and labels for "Ouvrages techniques", "Informatique", "Gestion et management", "Sciences humaines", "Adopter", and "Mon panier".

The main content area is divided into several sections:

- Interviews:** Features two interview snippets. The first is titled "Comme nous avons changé ! La saga inédite de 30 ans de développement industriel" by Jean de Vulpes. The second is "Mars, planète de profles, planète d'espères" by France Ricard. A link "Toutes les interviews" is provided.
- Événements:** Includes "Salon Salade / 1er salon couple..." and "Le salon 1 interview exclusive de M. Jauré".
- En librairie ce mois-ci:** Promotes "Spécial Révisions Scientifiques ? Pour réussir vos examens 2009 avec DUNOD et DORSANCE et gagner des chèques de 50 €".
- Books:** A central grid of book covers with titles and authors:
 - "Le langage numérique" by Alain Tréméca, Christine Fernandez-Balagué, Pierre Berton.
 - "Risque Pays 2004" by Colloc, Le Moal.
 - "L'IDIS" (Les Instituts de Développement Individualisé de la Scolarité).
 - "De quelle eau réaliste vous êtes le 1er avril 2009 ?" by Pierre-Jean De Jonghe.
- LES REVUEURS DES MATHS:** A sidebar section with a list of topics:
 - Gestion industrielle
 - Métiers de vie
 - Directeur
 - Attachement social et médecine sociale
 - Toutes les bibliothèques

At the bottom of the page, there are links for "Bibliothèques des métiers", "newsletters", "editions.net", and "esperepau.com", along with the text "Notice légale".

www.dunod.com

Sous la direction de
Silke Schauder

Pratiquer la psychologie clinique

auprès des enfants et des adolescents

Préface de Pierre Angel

CAS CLINIQUES

OUTILS D'ÉVALUATION

MÉTHODOLOGIE

ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL

OUTILS DOCUMENTAIRES

DUNOD

Du même auteur, chez le même éditeur :

Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées, 2007

Conseiller éditorial :
Pierre Angel

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2007
ISBN 978-2-10-050329-2

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

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.



Liste des auteurs

Sous la direction de :

Silke SCHAUDER

Maître de conférences en psychologie clinique à l'IED-Université Paris-VIII, directrice adjointe du master-2 professionnel « Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapies », psychologue clinicienne exerçant en libéral, psychothérapeute, membre de la SFP, de la SFPE et de l'AIRHM.

Avec la collaboration de :

Pierre ANGEL

Professeur à l'université Paris-VIII, psychiatre, thérapeute familial, directeur général du centre Monceau.

Corinne ANTOINE

Enseignante à l'IED-Université Paris-VIII, psychologue clinicienne exerçant en libéral, hypnothérapeute, thérapeute familiale, docteur en sciences de la vie et de la santé.

Donatienne BETHMONT

Psychologue clinicienne travaillant en structure d'accueil type « maison verte ».

Raphaël BOUSSION

Pédopsychiatre, praticien hospitalier.

Évelyne BOUTEYRE

Psychologue clinicienne, maître de conférences, HDR en psychopathologie, université de Rouen, laboratoire PRIS, Clinique & Société.

Véronique COHIER-RAHBAN

Psychologue clinicienne travaillant en libéral, psychothérapies enfant-parents, supervision d'équipe, recherches sur le Déplacement À Domicile (DAD) en périnatalité.

Olivier DOUVILLE

Psychanalyste, docteur en psychologie, maître de conférences en psychologie clinique, université Paris-X, directeur de publication de la revue *Psychologie clinique*, membre de l'Association française des anthropologues, EPS de Ville-Evrard, 93 Neuilly-Marne, A.R.A.P.S.

Nathalie DURIEZ

Enseignante à l'IED-Université Paris-VIII, psychologue clinicienne, thérapeute familiale, formatrice, doctorante à l'université Paris-V, coordinatrice du DESU « Thérapies familiales » à l'Université Paris VIII.

Fabienne GALLEY-RAULIN

Psychologue clinicienne, sage-femme cadre supérieur, formatrice en psychologie périnatale auprès des équipes de maternité, de néonatalogie et de pédiatrie, vice-présidente du Collège National des Sages-Femmes.

Élisabeth GONTIER

Psychologue clinicienne, psychothérapeute, membre du réseau VIES 37 pour la prévention du suicide en Indre-et-Loire, formatrice à l'intervention auprès des personnes en crise suicidaire dans le cadre du programme national de prévention du suicide.

Fattaneh MALEKI

Psychologue clinicienne travaillant en crèche, psychothérapeute parent(s)/enfant, psychologue clinicienne à l'ASE-94, mise en place de visites médiatisées parent(s)/enfant(s) dans le cadre de placement d'enfants.

Michel MERCIER

Professeur de psychologie et de psychologie médicale à la faculté de médecine de l'Université de Namur (Belgique), professeur de psychologie de la personne handicapée à la faculté de psychologie de l'Université de Louvain (Belgique), post-président de l'AIRHM, président de l'Association de la Recherche sur le Handicap Physique.

Silvia SBEDICO MIQUEL

Psychologue clinicienne, spécialisée dans le domaine du traumatisme auprès d'enfants et d'adolescents réfugiés politiques et dans la prise en charge de l'autisme et des troubles envahissants du développement.

Jean-Luc VIAUX

Professeur de psychopathologie, université de Rouen, psychologue expert près de la cour d'appel de Rouen.

Annefieke WILLAIME

Bibliothécaire responsable du secteur psychologie à la bibliothèque universitaire de Paris-VIII.



Sommaire

PRÉFACE (PIERRE ANGEL)	1
INTRODUCTION (SILKE SCHAUDER)	5
CHAPITRE 1 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN À LA MATERNITÉ (FABIENNE GALLEY-RAULIN, SILKE SCHAUDER ET SILVIA SBEDICO MIQUEL)	29
CHAPITRE 2 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN ET LA PETITE ENFANCE (FATTANEH MALEKI, VÉRONIQUE COHIER-RAHBAN, DONATIENNE BETHEMONT ET SILVIA SBEDICO MIQUEL)	83
CHAPITRE 3 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN EN PMI ET À L'ASE (FABIENNE GALLEY-RAULIN, SILKE SCHAUDER ET SILVIA SBEDICO MIQUEL)	153
CHAPITRE 4 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN AU CMP (RAPHAËL BOUSSION, SILKE SCHAUDER ET SILVIA SBEDICO MIQUEL)	211
CHAPITRE 5 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN ET L'OBLIGATION DE SIGNALEMENT (JEAN-LUC VIAUX ET SILVIA SBEDICO MIQUEL)	257
CHAPITRE 6 LE TRAVAIL DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN AUPRÈS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS (SILKE SCHAUDER, MICHEL MERCIER ET SILVIA SBEDICO MIQUEL)	293
CHAPITRE 7 LE PSYCHOLOGUE SCOLAIRE (ÉVELYNE BOUTEYRE ET SILVIA SBEDICO MIQUEL)	377
CHAPITRE 8 LE TRAVAIL DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN AUPRÈS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS ISSUS DE LA MIGRATION (OLIVIER DOUVILLE ET SILVIA SBEDICO MIQUEL)	413

CHAPITRE 9	LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN ET LES ADDICTIONS (CORINNE ANTOINE, NATHALIE DURIEZ ET SILVIA SBEDICO MIQUEL)	475
CHAPITRE 10	LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN ET LA PRÉVENTION DU SUICIDE (ÉLISABETH GONTIER, NATHALIE DURIEZ ET SILVIA SBEDICO MIQUEL)	553
ANNEXES		617
BIBLIOGRAPHIE DES SECTIONS ÉVALUATIVES		639
INDEX DES NOTIONS		661
INDEX DES SITES INTERNET		671
TABLE DES MATIÈRES		675



Préface

Comment pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui ? Face à l'évolution constante des pratiques dans le champ de la santé mentale, face à la diversification des demandes et à la multiplicité des référentiels théoriques, l'on ne saura donner une réponse univoque à cette question.

Si l'on examine, d'un point de vue historique, la notion de la psychologie clinique, celle-ci est apparue vers 1890 en France, en Allemagne et aux États-Unis pour caractériser une discipline qui se donne pour objet de comprendre, dans sa spécificité individuelle, le fonctionnement d'une personne en prenant en compte ses modalités propres, ses relations interpersonnelles, son imaginaire, ses émotions et son fonctionnement cognitif.

Dans les années 1950, Daniel Lagache, médecin, psychanalyste et philosophe intègre dans son enseignement à la Sorbonne la psychologie expérimentale, la psychologie du développement et la psychanalyse en défendant « l'unité de la psychologie » (1949)¹. Dans son article princeps « Psychologie clinique et méthode clinique » (1949), il jette les bases de la démarche clinique et propose une définition opérationnelle :

« Envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits, tel est en résumé le programme de la psychopathologie ».

1. Voir, pour une discussion plus ample, Perron (dir.) (1997), *La Pratique de la psychologie clinique*, Paris, Dunod, et Moro (1999), *Les Méthodes cliniques*, in Ghiglione R. et Richard J.-F., *Cours de Psychologie*, Paris, Dunod, p. 457-507.

Pendant plusieurs décennies, la psychologie clinique se développe aux marges de la psychiatrie. Aujourd'hui, elle a pris son autonomie, comme en témoigne le présent ouvrage qui vise à apporter des éléments de réflexion sur l'identité du psychologue, ses missions institutionnelles et son positionnement clinique lequel est indissociable d'une éthique et du discernement de son implication propre.

Notons que le contexte professionnel est actuellement marqué par plusieurs mouvements contradictoires. Le *numerus clausus* drastique de psychiatres formés chaque année donne aux psychologues cliniciens une opportunité historique de faire valoir leur compétence spécifique. En même temps, face à un taux de chômage élevé, les futurs praticiens doivent se montrer réactifs, capables de créer des conditions favorables à leur emploi et, une fois sur le terrain, faire preuve d'inventivité pour mieux pouvoir prendre en compte la demande individuelle et sociale. Aussi, les pratiques du psychologue clinicien se diversifient-elles continuellement, rendant nécessaire l'adaptation, voire la construction sur mesure, de son projet professionnel qui doit tenir compte de nombreux paramètres dont le domaine d'intervention, la nature de la demande, le référentiel théorique et la méthode clinique choisie.

De nos jours, le psychologue clinicien est de plus en plus sollicité par des institutions qui prennent en compte la demande sociale telles les maternités, la PMI, les prisons, les hôpitaux, les maisons de retraite. L'évolution sociétale vers un individualisme exacerbé a notamment contribué à accentuer les besoins de « développement personnel » auquel le psychologue en libéral peut être confronté.¹ Enfin, le fonctionnement psychique du praticien est souvent ébranlé lorsqu'il est engagé dans une clinique aux limites de l'insoutenable. Cette limite est différemment interrogée par la clinique des addictions et par la complexité de l'aide psychologique aux malades cancéreux, aux personnes âgées et aux mourants. La confrontation aux conduites à risque, à la douleur et à la mort nécessite alors un travail constant d'élaboration du psychologue lui permettant de trouver et de maintenir la bonne distance professionnelle.

Le présent ouvrage tente de tenir compte de ces différents phénomènes en présentant, de manière spécifique et en fonction de la tranche d'âge², les contextes d'intervention du psychologue clinicien auprès des enfants et adolescents ainsi que les missions qui en découlent. Réunissant un collectif de quinze auteurs – des psychologues praticiens, enseignants universitaires et une bibliothécaire – il a été construit à partir d'un projet coordonné par Silke Schauder. Soulignant l'intérêt d'un travail en réseau, Fabienne Galley-Raulin et Silke Schauder abordent dans les chapitres 1 et 3, le travail du psychologue clinicien à la maternité, en PMI et à l'ASE. Dans le cha-

1. *Comment bien choisir son psy* (Paris, Robert Laffont, 1999) m'avait permis avec Sylvie Angel de décrire la multitude de situations dans lesquelles un conseil ou une aide psychologique peuvent se révéler utiles.

2. Le tome I est consacré à l'intervention du psychologue clinicien auprès des enfants et adolescents, le tome II à celle auprès des adultes et personnes âgées.

pitre 2, Véronique Cohier-Rahban et Fattaneh Maleki traitent du travail du psychologue clinicien à la crèche. Donatienne Bethemont aborde dans le même chapitre les spécificités de son travail dans une structure d'accueil de la petite enfance. Dans le chapitre 4, Raphaël Boussion et Silke Schauder précisent les domaines d'intervention du psychologue clinicien en CMP qui est la structure pivot du secteur psychiatrique. Jean-Luc Viaux aborde, dans le Chapitre 5, les indications et modalités du signalement. Le chapitre 6 rédigé par Silke Schauder et Michel Mercier est consacré à l'intervention du psychologue clinicien auprès des enfants porteurs de handicap. Évelyne Bouteyre précise, dans le chapitre 7, les niveaux d'intervention du psychologue scolaire. Olivier Douville aborde dans le chapitre 8 le travail du psychologue clinicien dans l'interculturel. Dans le chapitre 9, Corinne Antoine et Nathalie Duriez illustrent les interventions du psychologue clinicien dans le domaine des addictions dont la toxicomanie et les troubles des conduites alimentaires. Enfin, Élisabeth Gontier et Nathalie Duriez sensibilisent, dans le chapitre 10, à l'action du psychologue auprès des adolescents dans la prévention du suicide. Sylvia Sbedico Miquel, quant à elle, a collaboré de manière transversale à l'ensemble de l'ouvrage en présentant, dans chaque chapitre, les outils évaluatifs qui peuvent utilement compléter la pratique du psychologue clinicien. Annefieke Willaime, bibliothécaire à l'université Paris-VIII, a rédigé une aide à la documentation en psychologie et à l'actualisation des connaissances spécialisées.

Par sa variété et sa complémentarité, l'ouvrage prend part aux débats de société et aux questions essentielles que pose la pratique de la psychologie clinique aujourd'hui. Son originalité réside dans le fait de sensibiliser à l'inscription institutionnelle de l'action du psychologue clinicien, à la spécificité de son champ d'intervention et à la multiplicité de sa clinique. Un dossier pratique regroupant des conseils de lecture, les adresses des organismes professionnels, des revues spécialisées et des sites internet invite les lecteurs à compléter et à actualiser leurs connaissances.

Psychiatre de formation puis psychologue clinicien, j'ai pu au cours de ma pratique apprécier l'évolution spectaculaire des pratiques de soin. Depuis de nombreuses années, j'enseigne la psychopathologie dans le cadre des universités Paris-VII et VIII. Mon itinéraire professionnel est marqué par la très large place réservée à un exercice clinique diversifié. De l'asile aux institutions « intermédiaires », de dispensaires pour enfants jusqu'au centre de thérapie familiale Monceau, j'ai été confronté aux modalités d'expression les plus diverses de la souffrance psychique. Mon enseignement universitaire en Master-2 professionnel est consacré aux secteurs d'activité du psychologue clinicien qui n'a pas toujours la reconnaissance professionnelle qu'il mérite. Fort de ces différentes expériences, je suis un militant de la cause des psychologues cliniciens et juge légitime, voire nécessaire, de se montrer exigeant sur leur formation initiale et continue, sur leur compétence et leur éthique, afin de les pré-

parer au mieux à une pratique nécessairement multiple et adaptée aux différents contextes institutionnels. Nul doute que ce livre dont j'apprécie la rigueur et l'engagement des auteurs va contribuer à professionnaliser, toujours plus, la pratique de la psychologie clinique d'aujourd'hui !

Pierre Angel
Professeur des Universités
Psychiatre
Psychologue clinicien
Psychothérapeute familial



Introduction

Pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui... le présent ouvrage¹ s'inscrit dans une réflexion globale qui porte sur la construction de l'identité professionnelle du psychologue clinicien. Toujours à renouveler, toujours à consolider, cette construction implique nécessairement l'acquisition de connaissances sur l'environnement professionnel, le choix des méthodes cliniques (entretien clinique, outils évaluatifs notamment), la nécessité de référer sa pratique à l'éthique et à la déontologie, et celle, tout aussi urgente, d'actualiser son savoir théorique. Afin de poser le cadre conceptuel du présent ouvrage, discutons plus en détail ces cinq points, en les illustrant d'un bref état de la question.

1. Construire son identité professionnelle

En protégeant l'usage du titre, la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 a offert un ancrage officiel à l'identité professionnelle du psychologue et à son action². De nombreux auteurs ont contribué à clarifier ses attributions, à définir ses missions et à délimiter son champ d'intervention par rapport à celui des autres professionnels du soin. Citons, à titre d'exemple, Guillec (1992) qui a engagé dans *Faire psycho : pourquoi ? comment ?* un débat sur la motivation des étudiants qui les a fait choisir cette filière et en a présenté les différents débouchés. Touati (1993), en tant que fondateur du *Journal des psychologues*, a exposé dans *Devenir psychologue* (2^e éd., 1993) les modalités d'accès à l'exercice professionnel et les différentes interventions du psychologue sur le terrain. La réflexion sur la variabilité du contexte institutionnel et l'identité du

1. Réparti en deux tomes, il aborde respectivement la clinique des enfants et adolescents dans le tome I et la clinique des adultes et personnes âgées dans le tome II.

2. Voir, pour une discussion plus ample de ce point Garcin E. (1997). « Le statut du psychologue », in Fua D. (dir.), *Le Métier de psychologue clinicien*, Paris, Nathan, p. 175-183.

psychologue qui en dépend a été au centre d'un numéro hors série de la revue *Psychologues et Psychologies* dans laquelle Cohen et Rieu (dir., 2^e éd. 1994) ont réuni un collectif d'auteurs pour présenter *Les Psychologues. Où sont-ils ? Que font-ils ?*, abordant, entre autres, le travail du psychologue en PMI, en milieu carcéral et à l'école. Anibaldi, Lavaud et Boute (1994) ont réuni de nombreuses informations concernant les secteurs d'intervention du psychologue. Reuchlin et Huteau (1997) ont détaillé dans leur *Guide de l'étudiant en psychologie* les domaines d'activité et en ont donné les définitions et aspects méthodologiques essentiels.

Dans son ouvrage *Le Métier de psychologue clinicien*, Fua (dir. ; 1997 et 2002) a concrétisé la réflexion sur les différents champs d'exercice du psychologue y compris la chirurgie, la victimologie et l'ASE. Perron (dir. ; 1997) a réuni dans *La Pratique de la psychologie clinique* des contributions essentielles à la clarification et au débat contradictoire concernant l'exercice professionnel du psychologue, l'utilisation des tests, la formation initiale et continue et l'application constante de la déontologie sur le terrain. Régulièrement remis à jour et édité par le *Journal des psychologues, l'Annuaire-guide de la psychologie* (Duval et Estivill (dir.), 6^e éd. 1998) a regroupé, quant à lui, un vaste panorama des domaines professionnels où intervient le psychologue, le cadre législatif de son exercice, un guide des universités et des formations, ainsi qu'un annuaire de la psychologie comprenant, entre autres, les adresses des revues et éditeurs spécialisés en sciences humaines. Ghiglione (1998), dans *Les Métiers de la psychologie*, a fait le point sur les aspects historiques de la psychologie pour présenter ensuite la psychologie du travail, la psychologie scolaire, la formation et l'orientation. Guillec (2001), dans son ouvrage *Les Psychologues : contribution à une méta-mémoire professionnelle*, a fourni une documentation très utile en réunissant, dans deux volumes, des *Éléments de bibliographie avec des propositions de classification et de commentaire*, le premier volume étant consacré à l'identité professionnelle des psychologues (histoire, organisation et formation), le deuxième aux domaines d'intervention des psychologues : santé, éducation, formation, insertion, justice, travail, organisation et recherche, l'ensemble permettant une mise en perspective historique de l'évolution du métier de psychologue.

Enfin, soulignons le travail de longue haleine mené par le Syndicat national des psychologues pour clarifier les missions du psychologue et pour constituer des fiches métier pouvant servir de référence aux praticiens.¹ Ainsi, le SNP a relevé « les savoir-faire requis du métier du psychologue (qui) sont :

- construire le dispositif le plus adapté pour répondre aux problèmes à résoudre ;
- observer, écouter, analyser la situation, le discours des personnes rencontrées ;

1. Le SNP édite des guides pratiques dont *L'Exercice libéral de la psychologie, non titulaires et vacataires du secteur public, Psychologue de la fonction publique hospitalière, Psychologue du secteur des conventions collectives dans le domaine de l'action sanitaire et médico-sociale, Travailler aujourd'hui, Psychologue dans l'Éducation nationale*.

- mettre en forme et transmettre ses hypothèses de travail, son savoir professionnel ;
- situer son activité dans celle de l'établissement ;
- conduire, animer des groupes ;
- rédiger des notes cliniques, un rapport d'activité¹ ».

De même, le SNP a répertorié des tendances d'évolution du métier :

Les facteurs clés à moyen terme	Conséquences majeures sur l'évolution des activités et compétences
Médiatisation de la discipline et du métier	Garantie d'accès au titre, protection du public, accès direct des usagers (aux données les concernant)
Diversification des demandes et des champs d'intervention	Ajustement des interventions et émergence de nouvelles conceptualisations
Développement de la recherche et des technologies ayant pour conséquences d'ouvrir de nouveaux questionnements sur les limites de l'humain	Contribution aux débats éthiques avec nécessité de s'ouvrir à des pratiques et champs de recherche nouveaux
Maîtrise des dépenses de santé, économie de la santé et consommation des soins	Actions communautaires, santé publique, prévention
Mutations des structures et dispositifs de soins, organisation du travail et des collectifs de travail	Imbrication des cadres de travail et de la subjectivité au travail, actions de prévention, de régulation
Évolution démographique, migratoire, économique et sociétale	Remaniement des dispositifs et cadres de travail

En résumé, l'identité du psychologue clinicien a fait l'objet de nombreux débats qui sont nécessairement restés ouverts, devant intégrer dans la réflexion les nouveaux types de situations cliniques et les nouveaux lieux d'exercice auxquels il sera confronté. Savoir analyser les trajets institutionnels, anticiper sur les circuits de soins des usagers, articuler son action à celle des autres acteurs du soin, en un mot, connaître son environnement professionnel s'avère essentiel pour le psychologue clinicien. Quels sont les repères dans ce domaine ?

2. Connaître son environnement professionnel

L'on assiste actuellement à une diversification de la demande, à une multiplication des institutions et à une ramification toujours plus complexe du système de soins public, conventionné, associatif et privé. De ce fait, la pratique professionnelle du psychologue clinicien est caractérisée par une très grande variété rendant hasardeuse

1. In *Psychologie et psychologies*, bulletin du SNP, n° 173, 2004.

et nécessairement incomplète la présentation de son environnement professionnel¹. Toutefois, plusieurs repères existent. George et Tourne (1994) ont présenté dans *Le Secteur psychiatrique* l'organisation de la santé mentale en France et donnent des éléments de compréhension concernant les différentes institutions et modalités de soins existantes. Samacher (1995, in Lambotte (dir.), 1995) a détaillé le secteur de la santé et offre un panorama complet des institutions au sein desquelles travaille le psychologue clinicien. Dans son ouvrage *La Santé en France : radiographie d'un système*, Tanti-Hardouin (2001) propose d'utiles connaissances de base. Au cours de sa pratique professionnelle, le psychologue clinicien peut consulter, de manière ciblée et en fonction de ses besoins spécifiques, les textes ministériels (lois, décrets, circulaires) sur www.legifrance.gouv.fr et sur www.sante.gouv.fr en vue de disposer des informations les plus récentes sur l'organisation des soins.

Concernant une analyse plus fine de l'environnement professionnel et notamment le fonctionnement institutionnel, les avancées essentielles de la psychopathologie institutionnelle ont été d'un recours inestimable (Kaës *et al.*, 1996 ; Fustier, 1999). Aussi Navelet et Guérin-Carnelle (1998) ont-elles apporté dans *Psychologues aux risques de l'institution – les enjeux d'un métier* des éléments de réflexion fondamentaux pour situer l'action du psychologue dans le contexte social et de le sensibiliser aux dysfonctionnements institutionnels qui peuvent lourdement grever sa pratique. Les auteurs invitent à inscrire la pratique professionnelle dans le champ de la déontologie pour faire respecter les fondements et les limites de l'intervention du psychologue. À partir d'une analyse concrète des problèmes soulevés par la pratique du terrain, elles préconisent de construire un cadre de travail solide, de mettre en place des relations sûres avec l'extérieur et d'élaborer et de débattre des méthodes professionnelles de chacun².

Enfin, si l'on se réfère aux textes ministériels, la plupart d'entre eux précisent trois fonctions du psychologue, à savoir la fonction clinique, la fonction institutionnelle et la fonction FIR (formation, information et recherche)³. Il apparaît clairement que le psychologue, pour pouvoir assumer sa fonction institutionnelle, se doit de construire des représentations claires concernant ladite institution. Malgré la diversité des contextes institutionnels, l'on peut dégager quelques invariants en ce qui concerne

1. Se reporter aux annexes qui présentent, dans un glossaire, les sigles les plus usités.

2. C'est le fameux « Qui fait quoi ? » qui devait être complété, dans le contexte du soin, par « comment, pourquoi, où et quand » ?

3. Précisons que la dénomination FIR est réservée au tiers-temps du psychologue dans la fonction publique, celui de DIRES pour le secteur des conventions collectives. Par la suite, pour des facilités de présentation, il ne sera retenu que la notion de temps FIR.

cette fonction institutionnelle¹. Ainsi, parmi les relations institutionnelles qu'établit le plus couramment le psychologue, le Syndicat national des psychologues a identifié :

- « en interne :
 - organisation et suivi des projets, individuel, groupal ou institutionnel ;
 - avec tous les corps de métier (médical, soignant, enseignant, socio-éducatifs...) ;
 - le groupe des pairs (collège de psychologie, service de psychologie, groupe de travail...) ;
 - les différentes directions fonctionnelles ;
 - les services de formation ;
 - la direction générale ;
- en externe² :
 - les professionnels exerçant en ville (psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, médecins, enseignants...) ;
 - les Institutions à caractère médico-social, éducatif, scolaire, juridique... (PMI, ASE, établissement spécialisé, écoles, MDPH, tribunal, universités) ;
 - les associations organisées ou non autour d'une thématique³ (maladies mentales, diabète, sida, cancer, enfants malades, parents...)⁴. »

En résumé, le psychologue clinicien gagne à prendre connaissance, dès la première prise de contact avec l'institution dans laquelle il est susceptible de travailler, du bilan d'activité de celle-ci, du projet de service et de sa fiche de poste. Une étude attentive de l'organigramme peut lui offrir des éléments de compréhension du fonctionnement institutionnel, de la place du psychologue et le renseigner sur l'existence ou non d'un travail en réseau. Afin de tenir compte de cette nécessaire inscription institutionnelle, une large part a été faite, dans le présent ouvrage, à la présentation de l'institution et des différents acteurs que le psychologue y est amené à rencontrer. Il en va de même pour sa fonction clinique laquelle implique une réflexion pointue sur les méthodes choisies.

1. Nous abordons dans cet ouvrage essentiellement le projet professionnel des psychologues titulaires – il va de soi que le contenu et l'ampleur des missions varient en fonction de leur statut et doit être réajusté, s'ils sont par exemple vacataires ou si plusieurs psychologues interviennent dans le même service, rendant souhaitable une répartition claire des fonctions cliniques et institutionnelles entre eux.

2. À son arrivée dans l'institution, le psychologue peut se rapprocher utilement de l'assistante sociale, qui est une personne-ressource essentielle pour la connaissance du réseau.

3. Dans les mairies, des livrets d'information sont mis à disposition présentant les activités des associations.

4. Cf. la *Fiche métier 3 : Psychologue* éditée par le SNP. Consulter leur site www.psychologues.org.

3. Réfléchir sur ses méthodes¹

Pouvoir choisir ses méthodes, savoir les adapter au cas par cas, est un préalable à l'intervention du psychologue clinicien. Nous limitons notre discussion à deux méthodes d'intervention, à savoir l'entretien clinique et les outils évaluatifs, lesquels seront approfondis dans chaque chapitre de cet ouvrage.

Concernant la pratique de l'entretien, citons les apports fondamentaux de Chiland, qui dans un ouvrage collectif, *L'Entretien clinique* (dir.) (1983), a posé l'intérêt, les enjeux et les difficultés de l'entretien clinique. Poussin, dans *La Pratique de l'entretien clinique* (1995, 3^e éd. 2003), a répertorié les caractéristiques générales de l'entretien clinique, ses principales difficultés et son adaptation auprès de populations spécifiques (enfants, familles, personnes âgées). Jacobi (1995) a pointé, dans *Cent mots pour l'entretien clinique* les phénomènes clés de l'entretien dont « attente », « demande » et « oubli ». Perron (dir., 1997), dans *La Pratique de la psychologie clinique* déjà cité plus haut, a engagé les praticiens à une réflexion sur l'usage que peut faire le psychologue du référentiel psychanalytique. Gillieron (1997), dans *Le Premier Entretien en psychothérapie*, a analysé plus en détail le moment fondateur du premier entretien. Cysseau (dir., 1998, 2^e éd. 2003), quant à elle, a étudié *L'Entretien en clinique* en différenciant les entretiens en fonction de leur référentiel théorique, les entretiens d'investigation et les entretiens à visée thérapeutique. L'ensemble des auteurs attirent l'attention sur la nécessité première de prendre conscience, par l'élaboration *in situ*, par la supervision et par l'analyse de la pratique des enjeux contre-transférentiels de l'entretien.

Dans le présent ouvrage, de nombreuses vignettes cliniques illustrent les différentes facettes de l'entretien clinique dont l'entretien à visée diagnostique, l'entretien d'exploration, l'entretien de soutien, l'entretien à but thérapeutique, etc. Afin d'élargir la réflexion sur les méthodes du psychologue, nous avons tenu à présenter, en complément, les outils évaluatifs qui peuvent utilement étayer la pratique. Rappelons que la définition des compétences du psychologue comprend nécessairement le champ de la psychométrie, l'utilisation raisonnée de ces outils apparaissant comme un des domaines réservés et spécifiques de son intervention. À ce titre, le psychologue doit se positionner par rapport aux bénéfices et risques de la quantification. Celle-ci permet de pointer les limites d'évaluations subjectives et informelles, puisque les outils évaluatifs, dont la fiabilité repose sur des principes métrologiques maîtrisés, s'inscrivent dans une perspective d'objectivation des dimensions de la personnalité et de recherche d'expertise du diagnostic. Toutefois, la quantification introduite par l'approche psychométrique ne saurait s'effectuer sans resituer dans leur contexte les réponses du sujet. Le psychologue ne peut s'en tenir aux seuls résul-

1. La section 3 de l'introduction a été rédigée par Silvia Sbedico Miquel et Silke Schauder.

tats chiffrés des tests lesquels seront nécessairement intégrés dans une réflexion clinique plus globale. Comme dans tous les autres domaines de sa pratique clinique, son positionnement éthique est fondamental. L'utilisation des outils psychométriques sera nécessairement étayée et encadrée par le *Code de déontologie des psychologues* (1996)¹. De même, avant tout choix d'outil dont l'indication devra être posée avec discernement, le psychologue analysera finement, alors qu'elle se développe de façon exponentielle, la nature de la demande d'évaluation². Un test pour quoi faire ? Qui demande l'évaluation ? en vue de quoi ? La passation de tel ou tel test ne saurait se faire de manière automatique mais devra s'intégrer dans un projet de prise en charge élaboré et adapté au plus près des besoins du sujet et des professionnels.

Un grand nombre d'outils psychométriques peut être utile au psychologue pour affiner sa compréhension du cas clinique. En ce qui concerne l'intérêt et les limites des outils évaluatifs, rappelons que ceux-ci doivent toujours venir en complément de la démarche du clinicien et non s'y substituer. Étant donné la variété des outils évaluatifs et les contraintes d'espace dans le présent ouvrage³, nous avons nécessairement dû opérer des choix. Ainsi, nous nous sommes limitées à la présentation des outils qui nous ont semblé les plus indiqués dans les situations cliniques décrites dans les différents chapitres⁴. Les critères qui ont déterminé le choix des outils présentés sont explicités dans la brève introduction à la section « outils évaluatifs » de chaque chapitre. Par ailleurs, les outils ont été choisis en veillant à ce que leurs qualités métrologiques soient satisfaisantes et/ou parce qu'ils constituent des outils de référence dans la littérature internationale.

Afin de mieux en situer l'intérêt et les enjeux, faisons un bref rappel théorique de la psychométrie. Celle-ci comprend : les tests mentaux, les listes de critères diagnostiques et les échelles d'évaluation. La construction des outils d'évaluation reflète le but de la clinique standardisée en psychopathologie, c'est-à-dire l'interprétation des données cliniques de façon systématique et le plus objectivement possible (principe de standardisation des tests et nécessité d'introduire des items indépendants des dimensions culturelles). Pour que la cotation soit crédible et fiable, ces instruments devront passer par des étapes de construction faisant référence aux théories, aux connaissances générées par les recherches actuelles et aux compétences cliniques de leurs

1. Se reporter aux Annexes qui reproduisent le *Code de déontologie des psychologues* (1996) *in extenso*.

2. Cf. Sanzana A. (1997). « Méthodes et techniques », in Perron R. (dir.), *La Pratique de la psychologie clinique*, Paris, Dunod, p. 119-154.

3. Voir pour une documentation plus complète le site des Éditions du Centre de psychologie appliquée : www.ecpa.fr ou contacter les EAP, 95, bd. Sébastopol, 75002 Paris, Tél. 01 55 34 93 13 qui mettent à la disposition des professionnels une testothèque.

4. Par ailleurs, nous invitons le lecteur à se montrer mobile et curieux des différents « espaces psychométriques » du livre, afin de choisir – ou de partir à la recherche – des outils adaptés. Nous l'invitons également à se reporter aux excellents ouvrages de référence qui ont étayé nos recherches (cf. en annexes, le « Tableau récapitulatif des outils évaluatifs ») et la bibliographie spécialisée, regroupée par section évaluative.

auteurs. Comme tout instrument de mesure, les tests possèdent des qualités (ou critères métrologiques.) Ces qualités sont au nombre de trois – la sensibilité, la fidélité et la validité – et leur vérification constitue une étape cruciale lors de la construction de l'épreuve. Le clinicien devra prendre en considération ces trois qualités afin de procéder à un choix des épreuves qui soit cohérent avec les objectifs de son intervention. Il devra ainsi sélectionner peu d'épreuves mais des épreuves suffisamment variées pour refléter la complexité des phénomènes cliniques en question. Concrètement, cette évaluation prend place au sein de l'histoire clinique du patient et des examens complémentaires. Elle permettra d'enrichir la discussion diagnostique par des éléments facilement communicables. À titre d'exemple, pour un sujet accueilli en consultation, le clinicien procédera aux étapes habituelles (motifs de la consultation, antécédents, historique des troubles, relevé sémiologique et regroupement syndromique) lui permettant d'étayer sa discussion diagnostique (hypothèse diagnostique, justification de l'hypothèse et diagnostic différentiel) qu'il enrichira d'une évaluation à l'aide d'outils adaptés afin d'explorer les diverses dimensions de la pathologie et préciser la pertinence de son diagnostic.

Concernant la passation elle-même, il va de soi que le psychologue communique au patient, de manière claire et simple, l'intérêt et les objectifs du test qu'il a choisi et s'engage à une restitution, en des termes compréhensibles, des résultats. Soulignons que l'introduction d'un outil évaluatif est soumise au consentement éclairé du patient, son utilisation doit toujours être justifiée et argumentée.

Pour résumer, l'utilisation des outils psychométriques expose le clinicien à une double difficulté face à laquelle il convient d'être vigilant. Comment concilier, d'une part, la passation de tests favorisant une appréciation clinique basée sur une argumentation cohérente et communicable et, d'autre part, le respect inconditionnel de la dimension subjective tant du patient que du clinicien ? D'autant plus que l'utilisation des tests dépend du cadre et du type d'intervention du psychologue clinicien qui doit veiller notamment à la compatibilité de ses missions – ainsi, il ne pourra assurer à la fois l'évaluation et la prise en charge psychothérapeutique du patient. Ces problèmes délicats trouveront un cadre de réflexion notamment dans le *Code de déontologie des psychologues* (1996) qui sera exposé plus en détail dans la section suivante.

4. Référencer sa pratique à l'éthique et à la déontologie

Compte tenu de la complexité des situations professionnelles et de son implication nécessairement subjective, le psychologue clinicien se doit de fonder sa démarche sur une éthique qui l'engage pleinement auprès de ses patients. Un cadre solide de référence lui est proposé par le *Code de déontologie des psychologues* (1996), qui a été signé conjointement par la SFP (Société française de psychologie), l'ANOP (Association

nationale des organisations des psychologues) et l'AEPU (Association des enseignants en psychologie des universités). Plusieurs publications récentes ont jalonné la réflexion dans ce domaine spécifique dont celles de Bourguignon (1997, 2003) qui a posé les questions fondamentales soulevées par la pratique et la recherche en psychologie clinique. Par ailleurs, le numéro 445 du *Bulletin de psychologie* (2000) a été consacré à *L'Éthique en psychologie et à la déontologie des psychologues*, regroupant des réflexions sur la déontologie dans la pratique clinique, dans la recherche, dans l'enseignement et en milieu scolaire et juridique. Dans son étude juridique rigoureuse, Durmarque (2001) a examiné les contradictions du statut du psychologue pouvant fragiliser sa pratique. En donnant des références tangibles et concrètes pour l'exercice professionnel, Castro et Santiago-Delefosse (dir. ; 2001) débattent dans leur ouvrage collectif des *Pratiques déontologiques en psychologie*.

Toujours dans le but d'articuler les principes de déontologie à la pratique, soulignons le travail extrêmement utile de la Commission nationale consultative de déontologie des psychologues (CNCDP). Celle-ci a été créée en 1997 par la CIR (Commission inter-organisationnelle représentative) pour émettre des avis sur les problèmes déontologiques présentés par les usagers, les psychologues ou les institutions¹. Ses avis sont consultables sur le site officiel de la Société française de psychologie (www.sfpsy.org) et constituent, par leur diversité et par la représentativité des situations analysées, un cadre de référence solide.

Dans le présent ouvrage, la référence à la déontologie a été un souci constant, sous-tendant de part en part les réflexions qui y sont proposées. Humilité, modestie, capacité de se remettre en question – autant de qualités qui invitent le psychologue à ne jamais tenir pour acquis son savoir, à le réinterroger constamment, à se prémunir des certitudes, l'ensemble impliquant nécessairement l'actualisation de son savoir théorique.

5. Actualiser son savoir théorique

Compte tenu de la diversité des situations cliniques et de l'évolution rapide des connaissances, le psychologue est tenu d'actualiser régulièrement ses connaissances. Le temps FIR (formation, information, recherche) qui lui est alloué vise, entre autres, à lui permettre :

- de prolonger sa formation initiale par une spécialisation ;

1. La procédure de saisine est simple. Toute personne peut la consulter sur simple demande écrite : CNCDP/BP 76/75261 Paris Cedex 06.

- de participer à des journées d'études et des colloques¹ favorisant un débat contradictoire et un échange fructueux des idées ;
- de prendre contact avec les organismes professionnels pouvant servir de relais entre la formation universitaire et l'activité professionnelle.
- de faire superviser sa pratique par un pair expérimenté ou d'échanger avec des collègues dans un collège de psychologues ou un groupe de réflexion sur la pratique.
- de se constituer une documentation spécialisée².

Dans le présent ouvrage, nous avons tenu à réunir, pour chaque domaine traité, une sélection de la documentation spécialisée, les sociétés savantes et les sites pouvant intéresser le lecteur et l'inciter à aller plus loin, la création de nombreux sites internet spécialisés en psychologie ayant radicalement modifié l'accès à l'information et à la documentation actuelle³.

6. Conclusion

C'est en tenant compte des différents aspects portant sur l'identité professionnelle, la connaissance institutionnelle, les méthodes cliniques, la déontologie et l'actualisation des savoirs, que le présent ouvrage a été élaboré. S'articulant autour d'un projet élaboré en commun, il vise à une mutualisation des expériences professionnelles, un partage et une confrontation critique des réflexions sur la pratique en psychologie clinique. Regroupant les expériences professionnelles de quinze psychologues praticiens et enseignants universitaires, il présente dix situations différentes qui en illustrent la diversité et la variété. Notre choix est nécessairement partiel et ne saurait refléter les très nombreuses facettes que comporte la pratique du psychologue clinicien. Exposons pour plus de clarté les trois logiques qui ont présidé à nos choix :

- premièrement, nous avons voulu tenir compte des différents âges de la vie et des temps sensibles qui confèrent sa spécificité au travail du psychologue clinicien. Cet ouvrage est consacré à la clinique des enfants et des adolescents. Il est complété par un deuxième volume traitant de celle des adultes et des personnes âgées ;
- deuxièmement, notre objectif était d'offrir un panorama large de la pratique du psychologue clinicien. Cette pratique est nécessairement plurielle, dépendant notamment du contexte institutionnel, du projet de service, de l'orientation théo-

1. À titre d'exemple, les sites www.sfpsy.org et www.carnetpsy.com informent dans leur agenda de la tenue des colloques, des formations et des journées d'étude.

2. Nous donnons dans le dossier pratique suite à cette introduction plusieurs pistes pouvant être utiles.

3. Signalons la parution, préparée par Rioux et Saint-Hilaire, d'un *Guide de la psychologie br@nchée* (2002).

rique et du statut du psychologue. Ainsi, nous avons sélectionné des pratiques qui dépendent soit de la fonction publique territoriale, soit de la fonction publique hospitalière, soit du statut associatif ;

- troisièmement, nous avons souhaité présenter des champs cliniques qui sont de toute actualité. Il s'agit de secteurs porteurs tels que la maternité et les situations de handicap qui font actuellement l'objet d'efforts et de plans gouvernementaux importants. De même, il nous a paru important d'aborder des problèmes de société comme la toxicomanie, la prévention du suicide et l'interculturalité. Ces thèmes complexes et fortement débattus interrogent le psychologue sur son positionnement dans la cité.

Après ces quelques propos introductifs, le temps est venu de partager avec nos lecteurs nos expériences et réflexions sur la pratique de la psychologie clinique aujourd'hui !

Silke Schauder
Maître de conférences à l'IED-Université Paris-VIII
Psychologue clinicienne
Psychothérapeute

Toutes les questions, critiques ou commentaires concernant cet ouvrage sont les bienvenus. Envoyer un mail à silke.schauder@iedparis8.net

Dossier pratique¹

La recherche documentaire

Aujourd'hui, le psychologue, désireux de se documenter sur une question donnée, a à sa disposition de nombreux outils dont les catalogues des bibliothèques et les bases de données. Nous les détaillerons brièvement ici.

1. Ces éléments de documentation ont été réunis par Annefieke Willaime et Silke Schauder. Les auteurs tiennent à remercier Annefieke Willaime, bibliothécaire responsable du secteur Psychologie à la bibliothèque de l'université Paris-VIII, pour son aide précieuse lors de la constitution du volet documentaire de ce livre.

➤ Quels sont les outils disponibles pour la recherche documentaire ?

Les catalogues des bibliothèques

Un catalogue de bibliothèque contient toutes les publications conservées par cette bibliothèque : ouvrages, périodiques, thèses, mémoires et autres documents (audio-visuels, cartes, tests...). La plupart des catalogues sont accessibles sur le site web de la bibliothèque ou de l'université en question.

Les catalogues collectifs

Les catalogues collectifs rassemblent les fonds de plusieurs bibliothèques et permettent d'effectuer des recherches bibliographiques pour tous les types de documents et de connaître la localisation de chaque document. En France il y a deux grands catalogues collectifs :

- le SUDOC (système universitaire de documentation), <http://www.sudoc.abes.fr/> pour l'ensemble des bibliothèques universitaires françaises et d'autres établissements d'enseignement supérieur ;
- le Catalogue collectif de France : <http://www.ccf.fr/bnf.fr/> qui donne un accès unique à trois grands catalogues français :
 - catalogue des fonds de la Bibliothèque nationale de France : BN-OPALE Plus ;
 - catalogue des bibliothèques universitaires et de grands établissements : SUDOC ;
 - catalogue des fonds anciens et/ou locaux des bibliothèques municipales et spécialisées : BMR.

Les bases de données thématiques

Les bases de données thématiques référencent la documentation dans un même – ou plusieurs – domaine(s) de recherche en signalant ouvrages, chapitres d'ouvrages, articles de périodiques, thèses, etc. à l'aide de mots clefs appropriés. Le résultat de recherche se présente sous forme de liste de références qui sont souvent complétées d'un résumé de l'article et parfois d'un accès direct au texte intégral en ligne. Il n'y a pas d'indication de la localisation du document.

Ces bases de données thématiques, généralement en accès payant, peuvent être consultées librement au sein des bibliothèques qui supportent les frais liés aux abonnements.

Voici les principales bases :

- ARTICLES SCIENCES [<http://articlesciences.inist.fr/>] est le moteur de recherche et de commande d'articles scientifiques et techniques en ligne de l'INIST. Le paiement s'effectue directement en ligne de copies d'articles par carte bancaire. La base

de données est composée de plus de 10 millions de références d'articles issues du fonds de l'INIST (depuis 1990). Son accès est gratuit.

- CCS & BS (Current Contents Social & Behavioral Sciences) et SSCI (Social Sciences Citation Index) de l'ISI [www.isinet.com] qui comporte le vaste secteur de la psychologie : *applied, clinical, developmental, educational, experimental, psychoanalysis, mathematical, multidisciplinary, biological, social* : cette banque de données se caractérise par le signalement rapide des articles de périodiques parus récemment. Les revues répertoriées sont surtout de langue anglaise, mais on en trouve aussi dans d'autres langues dont le français.
- ERIC (Educational Resources Information Center ; établi par le US Department of Education). [<http://eric.ed.gov/>] : ERIC est utile dans les champs de l'apprentissage, de la psychologie du développement et de la psychologie scolaire en général (depuis 1966).
- FRANCIS, base de l'INIST (CNRS) [www.inist.fr] : il s'agit d'une base de données bibliographiques multidisciplinaire et multilingue en sciences humaines et sociales depuis 1972.
- INGENTA [www.ingenta.com] : c'est un catalogue gratuit qui permet de consulter les sommaires de très nombreuses revues dans le domaine de la psychologie, de la psychiatrie, de la médecine, de l'informatique, de la linguistique, etc. Il permet également d'accéder aux sommaires des numéros de revues qui viennent de sortir, ainsi que de nombreux résumés.
- MEDLINE (National Library of Medicine USA) [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>] : consultation gratuite avec l'interface PUBMED. Cette banque porte sur le vaste domaine de la documentation biomédicale selon différents aspects : recherche, approche clinique, administration, préoccupations politiques et services de santé. Depuis 1966.
- PASCAL, base de l'INIST (CNRS) [www.inist.fr] : base de données bibliographiques, multidisciplinaire et multilingue qui couvre l'essentiel de la littérature mondiale en sciences, technologie et médecine depuis 1973. Elle est reconnue comme base de première approche pour toute recherche d'informations scientifiques et techniques.
- PsycARTICLES [www.apa.org/], base de l'APA (American Psychological Association) : cette base de données constitue une source d'articles scientifiques et académiques de psychologie en texte intégral. La base contient plus de 40 000 articles issus de 53 revues. Les documents vont de 1985 à nos jours.
- PSYCHINFO [www.apa.org/] : c'est la base de l'APA (*American Psychological Association*). Elle est multilingue et concerne la production internationale dans le domaine de la psychologie, psychiatrie, éducation, médecine, pédiatrie, pharmacologie, sciences sociales. Depuis 1872.

- PSYCLINE [www.psycline.org/journals/psycline.html] : ce site américain permet la recherche de périodiques en psychologie et sciences sociales selon les critères suivants :
 - recherche par leur nom (ordre alphabétique) ;
 - par mot clef ou sujet ;
 - recherche des sites-web des différentes revues ;
 - recherche de sommaires ou de résumés d'articles ;
 - recherche des journaux électroniques libres.
- SOCIOFILE : cette banque signale depuis 1974 la documentation relative à la sociologie. Elle peut notamment être utile en psychologie sociale.
- SOCIOLOGICAL ABSTRACTS [<http://www.silverplatter.com/catalog/soci.htm>] : cette base concerne les sciences sociales et comportementales. Il s'agit d'une sélection internationale de périodiques, colloques, conférences, livres et thèses. Depuis 1974.

► Comment faire une recherche documentaire ?

Lorsque l'on souhaite réunir des écrits scientifiques sur une question du vaste domaine de la psychologie, il ne suffit pas d'interroger les moteurs de recherches sur Internet. Les résultats obtenus demandent un sérieux tri, car les informations fiables et de niveau universitaire sont noyées dans la masse des informations émanant de sites personnels et commerciaux dont la crédibilité est moindre. Ainsi il y a lieu de se tourner vers des outils spécifiques qui permettent d'organiser la recherche documentaire pour aboutir à des résultats exhaustifs et valables.

Que ce soit dans les catalogues des bibliothèques, dans les catalogues collectifs ou dans les bases de données, il est important de préciser son sujet : ainsi, il convient d'identifier les principaux concepts qui constituent les mots clefs de la recherche et de traduire les termes en anglais pour permettre une recherche dans des bases de données anglophones. Si la base de données choisie utilise un thésaurus, il est préférable d'utiliser les descripteurs de ce thésaurus.

En plus des concepts, d'autres éléments peuvent être introduits dans la recherche : le nom de l'auteur, de l'éditeur, un ou plusieurs mots du titre, l'année de publication ou une période de publication choisie, ou tout autre élément qui aide à préciser votre recherche. L'on peut lancer la recherche de chaque terme dans son champ approprié, ou alors lancer l'ensemble des termes dans tous les champs.

Il est recommandé d'utiliser les opérateurs booléens ET (AND), OU (OR) et SAUF (NOT) pour construire l'équation de recherche :

- la recherche à l'aide de deux mots clefs reliés par l'opérateur « ET » permet de trouver des références qui contiennent l'un *et* l'autre concept ;

- l'opérateur « OU » entre deux concepts donne des résultats ou figurent l'un *ou* l'autre concept ;
- l'opérateur « SAUF » permet d'exclure des termes ;
- la troncature permet de demander l'ensemble des mots commençant par une même racine : psych* (ou « ? » selon le logiciel) pour obtenir en même temps psychologue, psychologues, psychologique, psychanalyse, etc. Mais attention au nombre de réponses !

Lorsque la recherche documentaire amène trop de références, elle a débouché sur du *bruit* : pour diminuer le nombre de références il y a lieu soit d'introduire un ou plusieurs termes supplémentaires, soit de changer des termes par des synonymes en évitant des termes trop généraux ou mal appropriés.

À l'opposé, lorsque la recherche ne procure pas assez de réponses, on dit qu'elle fournit du *silence* : les mots clefs ont sans doute été trop pointus et restreints. Ce type de résultat oblige à modifier les mots clefs ou à trouver des synonymes.

► Où trouver les documents ?

La librairie reste une adresse de premier choix, mais uniquement pour les ouvrages et revues récents. Tant qu'un document n'est pas épuisé, l'on peut effectuer une commande directement auprès de l'éditeur. Par ailleurs, bon nombre d'ouvrages peuvent être repérés à l'aide de sites commerciaux de vente de livres par Internet.

Lorsqu'un ouvrage n'est plus disponible dans le commerce, il y a lieu de se tourner vers les bibliothèques qui conservent précieusement les publications importantes ainsi que les collections complètes des revues. Chaque bibliothèque peut faire venir un document (copie d'article ou ouvrage) d'une autre bibliothèque française ou étrangère grâce à une demande via le prêt-entre-bibliothèques (PEB).

Les thèses sont conservées dans les bibliothèques des universités de soutenance, mais les autres bibliothèques universitaires disposent souvent d'une copie sous forme de microfiches ou d'un accès écran au texte intégral.

Rappelons que le répertoire des centres de ressources du SUDOC, <http://www.sudoc.abes.fr/> donne diverses informations concernant l'accessibilité des différentes bibliothèques.

La documentation spécialisée

De manière générale, les ouvrages, ainsi que les revues spécialisées sont consultables dans les bibliothèques universitaires, dans les grandes bibliothèques publiques et dans les bibliothèques de recherche qui reçoivent les revues par abonnement et les conservent dans leur fonds. Les revues sont en général consultables sur place. Si une bibliothèque ne dispose pas d'un titre, elle peut recourir au prêt-entre-bibliothèques

(PEB) qui permet de faire venir un document d'une autre bibliothèque française ou étrangère. Pour connaître la localisation d'une revue en France, il convient de consulter le catalogue des bibliothèques universitaires et de grands établissements : SUDOC (système universitaire de documentation), <http://www.sudoc.abes.fr/>. Le catalogue du SUDOC permet d'effectuer des recherches bibliographiques sur les collections des bibliothèques universitaires françaises et autres établissements d'enseignement supérieur, pour tous les types de documents et sur les collections de périodiques de deux mille neuf cents centres documentaires. Il permet également de savoir quelles bibliothèques détiennent ces documents. Le répertoire des centres de ressources donne accès à diverses informations les concernant.

Les revues étant traditionnellement éditées sous forme papier, certaines d'entre elles sont numérisées et peuvent ainsi être consultées plus facilement sous forme électronique. Les bibliothèques mettent par ailleurs des bases de données bibliographiques à la disposition de leur public. Les bases de données bibliographiques sont des outils qui permettent la recherche d'articles de périodiques par auteur, par titre et par sujet. Le résultat de recherche se présente sous forme de liste de références, souvent complétées d'un résumé de l'article et parfois d'un accès direct au texte intégral en ligne.

Rappel des principales bases de données en psychologie

- PscLIT-PsycINFO : une base de l'APA (American Psychological Association) (1 841 titres en février 2003). 97 % des revues sont « *peer reviewed* ». (www.apa.org/psychinfo/about/covlist.html).
- PSYcline (2 003 titres en février 2003) (www.psycline.org/journals/psycline.html).
- SSCI : les bases du SSCI (Social Sciences Citation Index) de l'ISI (www.isinet.com) regroupant neuf listes :
 - SSCI Psychology, Applied Journal List (50 titres) ;
 - SSCI Psychology, Clinical Journal List (88 titres) ;
 - SSCI Psychology, Developmental Journal List (51 titres) ;
 - SSCI Psychology, Educational Journal List (38 titres) ;
 - SSCI Psychology, Experimental Journal List (67 titres) ;
 - SSCI Psychology, Psychoanalysis Journal List (14 titres) ;
 - SSCI Psychology, Psychology, Mathematical Journal List (10 titres) ;
 - SSCI Psychology, Biological Journal List (15 titres) ;
 - SSCI Psychology, Social Journal List (47 titres).
- CCS & BS : la base CCS & BS (Current Contents Social & Behavioral Sciences) de l'ISI (www.isinet.com). Plus précisément, la liste Psychology (367 titres).

- INIST : les bases de l'INIST, à Nancy (www.inist.fr) : Pascal et Francis. ConnectSciences (<http://connectsciences.inist.fr>) fournit la liste de toutes les revues du fonds INIST (soit 27 221 titres).

Les revues spécialisées

Pour s'informer sur les revues spécialisées existant en Psychologie, il convient de se reporter au Répertoire des revues francophones de psychologie que Santiago Delefosse (1999) a constitué. Les sommaires du *Journal des psychologues* qui publie régulièrement des articles sur les différents contextes d'intervention du psychologue peuvent être consultés sur Internet : http://www.info-presse.fr/fiches/journal-psychologues_2133_pro.htm

De même, sous www.cairn.info, un bouquet de 44 revues de psychologie et de psychanalyse est proposé.

Les sites des organismes, sociétés et associations professionnelles

- Association française des psychologues cliniciens : site très complet contenant des textes législatifs concernant les psychologues cliniciens, et de nombreux liens utiles. <http://www.psychologues-cliniciens.org/index.php>.
- Association nationale des psychologues de la petite enfance : ANAPSY.P.e., 28, rue Didot, 75014 Paris, Tél. : 01 45 41 40 32.
- Fédération française des psychologues et de psychologie : FFPP, 92, rue du Dessous-des-Berges, 75013 Paris, Tél. : 01 43 47 20 75, site : www.ffpp.net, Courriel : siege@ffpp.net. Le but de la fédération est de « promouvoir la discipline et la profession, mettre en lumière l'actualité de la recherche et celle de la profession dans les principaux champs d'exercice permettre la réactualisation des connaissances ».
- Fédération française de psychothérapie (FFdP) : on trouvera sur ce site un annuaire des psychothérapeutes des différents courants théoriques, un annuaire des organismes affiliés à la FFdP, l'annonce des événements, colloques, un catalogue des publications éditées par la FFdP, des textes administratifs et des dossiers intéressants les professionnels (BNF).
Auteur(s) : Fédération française de psychothérapie.
Langue : français. Pays : France.
<http://www.psychotherapie.asso.fr>.
- Perfectionnement.info – agenda, formations, psychologie. Agenda professionnel de formations en psychologie : Perfectionnement.info recense les activités francophones de formation continue ainsi que les événements internationaux majeurs (congrès, colloques) en psychologie. Perfectionnement.info est notamment utilisé par la Société canadienne de psychologie comme agenda de référence pour la promotion de la formation continue francophone en psychologie. Il est entre autres

référéncé par le Syndicat national des psychologues (France), la Société suisse de psychologie, la Société québécoise de recherche en psychologie.

Auteurs : Louis Mignault.

Langue : français. Pays : Canada.

<http://www.perfectionnement.info>.

- Psycho ressources : bottin francophone des professionnels de la psychologie. Un psychologue canadien a souhaité proposer à ces collègues francophones ce site qui leur offre de nombreux services en ligne : une bibliothèque de textes abordant diverses thématiques et rédigés par des professionnels, des forums de discussion spécialisés, un *chat*. En outre, un annuaire des professionnels avec recherche géographique ou par spécialités/orientation théorique leur permet de se faire connaître auprès des personnes souhaitant entreprendre une psychothérapie. Celles-ci se voient également proposer un formulaire de demandes de services ainsi qu'une rubrique décrivant le bon déroulement d'une psychothérapie.

Auteur(s) : Alain Rioux.

Langue(s) : français Pays : Canada.

<http://www.psycho-ressources.com>.

- Psychology Virtual Library : ensemble de ressources très complet sur les différentes branches de la psychologie, dont une partie consacrée aux revues. Il liste les bibliothèques de psychologie en ligne : <http://www.clas.ufl.edu/users/gthursby/psi>.
- Psychologie.org : la Net-encyclopédie de la psychologie contient une liste très fournie des associations et syndicats de psychologues. <http://www.psychologie.org/default.htm>
- Société française de psychologie (SFP) : la SFP contribue à la visibilité nationale et internationale de la psychologie française dans ses aspects scientifiques : elle est membre de l'Union internationale de psychologie scientifique et assure la représentation de la France aux forums internationaux (congrès international de psychologie, congrès de l'Association internationale de psychologie appliquée, Commission internationale des tests...).

La SFP réunit un grand nombre de psychologues : chercheurs, enseignants, praticiens, soucieux d'explicitier et d'échanger les savoirs qui fondent notre discipline. Tous les champs d'application de la psychologie et tous les domaines de recherche sont représentés à la SFP.

Une page de liens utiles donne, parmi d'autres liens, un lien vers la Fédération française des psychologues et de psychologie.

Auteurs : Alain Paineau.

Langue : français – Pays : France.

<http://www.sfpsy.org>

- Syndicat national des praticiens en psychothérapie (SNPPsy) : l'on trouve sur ce site le Code de déontologie conçu par le SNPPsy, un Guide pratique du consultant, l'Annuaire régional des psychothérapeutes titulaires du SNPPsy ainsi que des extraits d'*Actua-Psy*, le journal du syndicat. <http://www.snppsy.org/>
- Syndicat national des psychologues (SNP) : premier syndicat de psychologues en France, fondé en 1950 par des professionnels diplômés d'université, le Syndicat national des psychologues s'est donné pour mission de faire reconnaître la profession dans la société, sur la base :
 - d'une formation universitaire, garante d'une formation scientifique et critique fondamentale et appliqué ;
 - d'une reconnaissance de l'activité professionnelle des psychologues ;
 - d'une inscription juridique de principes et de règles déontologiques ;
 - d'une revalorisation des rémunérations prenant en compte le niveau de formation, l'exigence éthique d'une formation continuée et la responsabilité professionnelle ;
 - d'une solidarité active entre collègues.
<http://www.psychologues.org/>
- UPSY, la psychologie universitaire francophone/IED-Paris-VIII ; <http://www.upsy.net> :
 - une base documentaire multimédia utile aux chercheurs en psychologie, aux étudiants et aux personnes intéressées par le développement de la psychologie universitaire ;
 - une revue interactive en ligne (REVUPSY) où se côtoient les textes des seniors et les premières tentatives des étudiants avancés ;
 - une mise à disposition d'un certain nombre de documents multimédia sur la psychologie (CANALUPSY).

► Formation continue

Citons, à titre d'exemple, trois établissements.

- Centre de formation continue de l'université René-Descartes : 45, rue des Saints-Pères, 75006 Paris, tél. : 01 42 86 22 62. Il propose les diplômes universitaires suivants : clinique et théorie des groupes ; développement cognitif et social du nourrisson ; évaluation des fonctions cognitives dans l'examen psychologique de l'adulte ; les handicaps moteurs : processus adaptatifs et risques psychiques ; psychologie projective ; thérapies comportementales et cognitives ; troubles du comportement alimentaire ; pratiques professionnelles en situations interculturelles ; psychosomatique ; prise en charge des troubles bi-polaires ; art-thérapie : responsable d'atelier thérapeutique ou psycho-éducatif à médiation artistique.

- Psycho-prat' : 23, rue du Montparnasse, 75006 Paris, Tél. : 01 53 63 81 55. Mail : formation@psycho-prat.fr. Site : www.icp.fr/icp/epp.php
- Service de formation permanente de l'université Paris 8 : 2 rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis, tél. : 01 49 40 65 59. Mail : info-sfp@univ.paris8.fr. Site : www.fp.univ-paris8.fr

► Documentation audiovisuelle

Le Centre national de documentation audiovisuelle en santé mentale (CNASM) propose un catalogue très complet sur les différents tableaux psychopathologiques, plusieurs thèmes d'actualité et des entretiens avec des cliniciens de renom. Il organise également un festival de film sur la santé mentale.

Centre national de documentation audiovisuelle en santé mentale (CNASM) : Centre hospitalier, 5, rue du Général-de-Gaulle, 57990 Lorquin, tél. : 03 87 23 14 79 ; CNASM : 9, rue Saulnier, 75009 Paris, Tél. : 01 48 24 25 17. Site Internet : www.cnasm.prd.fr.

► Lectures conseillées

- CASTRO D. (2002). « Existe-t-il une profession de psychologue clinicien différente des autres professions de santé ? », *Psychologues et partenaires. Pratiques psychologiques*, 3, p. 51-58. Il s'agit d'un essai qui se présente sous la forme d'une réflexion professionnelle qui se donne pour objectif d'analyser l'activité du psychologue clinicien telle qu'elle est perçue par ses partenaires et par les psychologues eux-mêmes. L'auteur aborde, entre autres, les questions d'identité professionnelle et de spécificité de l'intervention psychologique. Elle présente aussi, certains facteurs qui freinent la reconnaissance de l'activité des psychologues comme caractéristique d'une véritable profession et suggère quelques pistes visant à concourir au renforcement des voies de la professionnalisation.
- DURMARQUE Y. (2003). « L'évolution du statut du psychologue : une succession d'actes manqués ? », *Pratiques psychologiques*, n° 4, p. 65-73. L'organisation et la structuration de la profession de psychologue passe, à terme, par une démarche plus réfléchie des pouvoirs publics et des professionnels eux-mêmes. À l'approche sectorielle, visant à répondre ponctuellement aux questions au moment où elles se posent, il convient de préférer une démarche plus globale visant à appréhender a priori l'ensemble des questionnements qui restent en suspens pour leur apporter une réponse juridique cohérente.
- HELD T., INCHAUSPE J., URFER-PARNAS A. (2002). « Formation des psychothérapeutes : Expériences internationales en Allemagne, en Espagne, au Danemark : Formation des psychothérapeutes », *Information psychiatrique*, 78 (2), p. 136-143. L'exposé de la situation dans trois pays de culture différente

(germanique, latine, scandinave) permet de repérer quelques spécificités : en Allemagne, caractère obligatoire de cette formation, mais mise en place d'un nouveau diplôme de « médecine psychothérapique » accessible à tout médecin ; au Danemark, cursus de formation très structurée en trois niveaux, mais qui conduit presque automatiquement à une carrière libérale ; en Espagne, la formation est au stade de projet et la psychiatrie publique reste dominée par l'orientation biologique. Partout sont affirmés : le caractère indispensable pour tout psychiatre d'une formation psychothérapique (psychanalytique, systématique ou cognitive), la nécessité d'une démarche personnelle et d'une supervision, la difficulté à définir, dans ce champ, les places respectives du psychiatre et du psychologue. En regard, les psychiatres français en formation partagent ces points de vue tout en constatant qu'actuellement, en France, on peut devenir psychiatre sans formation psychothérapique.

HUTEAU M. (2002). « L'évolution de la profession de psychologue en France », *Pratiques psychologiques*, 2, p. 81-95. Avant la première guerre mondiale, les divers champs de la psychologie appliquée sont bien définis, mais les seuls psychologues sont des chercheurs et des universitaires. Les premiers psychologues praticiens apparaissent au début des années 1920 dans le domaine de l'orientation professionnelle d'abord, dans celui de la sélection professionnelle ensuite. Ces premiers psychologues se réfèrent à la psychologie différentielle et utilisent des méthodes psychométriques. Le véritable développement des métiers de la psychologie est consécutif à la seconde guerre mondiale. Il est caractérisé notamment par l'apparition de nouvelles formations, une forte croissance des effectifs, une diversification des secteurs d'intervention, des références théoriques et des méthodes. Dans un premier temps, ce développement a été passablement désordonné. Aussi, depuis une trentaine d'années, de gros efforts ont été entrepris pour unifier les divers métiers de la psychologie : harmonisation des formations, élaboration d'un code de déontologie, promulgation d'un statut.

7. Références bibliographiques

- ANIBALI F. (CIDO, université Paris-V), LAVAUD C. (CUIOP, université Paris-VII), BOUTE M. (SCUIO, université Paris-VIII). (1994). *Que faire avec un diplôme de psychologie ? Les secteurs d'emploi. Les formations de 3^e cycle en Île-de-France*, brochure réalisée par ronéotype, mai.
- BOURGUIGNON O. (1997). « Questions éthiques et déontologiques », in PERRON R., *La Pratique de la psychologie clinique*, Paris, Dunod, p. 205-260.
- BOURGUIGNON O. (2003). *Questions éthiques en psychologie*, Sprimont, Mardaga, coll. « Psychologie et sciences humaines ».

- CASTRO D., SANTIAGO-DELEFOSSE M. (dir.) (2001). *Pratiques déontologiques en psychologie*. Revigny-sur-Ornain, Hommes et Perspectives.
- CHILAND C. (1983). *L'Entretien clinique*, Paris, PUF, 8^e éd. 2003.
- COHEN P., RIEU J.-P. (éd.) (1994). « Les psychologues. Où sont-ils ? Que font-ils ? », *Psychologues et Psychologies*, Bulletin du Syndicat national des psychologues, n° hors série.
- CYSSAU C. (dir.) (1998). *L'Entretien en clinique*, Paris, In Press Éditions.
- DURMARQUE Y. (2001). *Les Psychologues, un statut juridique à la croisée des chemins*, Paris, Londres, New York, Tec et Doc.
- DUVAL P., ESTIVILL M.-T. (1998). *Annuaire-guide de la psychologie*, Revigny-sur-Ornain, Éditions Hommes et Perspectives/Le Journal des psychologues.
- FUA D. (dir.) (1997). *Le Métier du psychologue clinicien*, Paris, Nathan Université, coll. « Fac. Psychologie ».
- FUSTIER P. (1999). *Le Travail d'équipe en institution*, Paris, Dunod.
- GEORGE M.-C., TOURNE Y. (1994). *Le Secteur psychiatrique*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? ».
- GHIGLIONE R. (1998). *Les Métiers de la psychologie*, Paris, Dunod, coll. « Topos ».
- GILLIERON E. (1994). *Le Premier Entretien en psychothérapie*, Paris, Dunod.
- GUILLEC G. (1992). *Faire psycho. Pourquoi ? Comment ?*, Paris, L'Harmattan.
- GUILLEC G. (2001). *Les Psychologues : contribution à une méta-mémoire professionnelle. Éléments de bibliographie avec des propositions de classification et de commentaire*, vol. I : *Identité professionnelle des psychologues (histoire, organisation et formation)*, vol. II : *Les Domaines d'intervention des psychologues : santé, éducation, formation, insertion, justice, travail, organisation et recherche*, Montpellier, université Montpellier-III.
- JACOBI B. (1995). *Cents mots pour l'entretien clinique*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- KAËS R. et al. (1996). *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod.
- LAMBOTTE M.-C. (dir.) (1995). *La Psychologie et ses applications pratiques. Spécialités et professions : leur histoire et leur statut. Filières et formations. Déontologie. Débouchés et perspectives*, Paris, Éditions de Fallois, rééd. Le Livre de poche, coll. « Références ».
- NAVELET C., GUÉRIN-CARNELLE B. (1997). *Psychologues aux risques de l'institution. Les enjeux d'un métier*, Paris, Éditions Frison-Roche, coll. « Psychologie vivante ».
- PERRON R. (dir.) (1997). *La Pratique de la psychologie clinique*, Paris, Dunod.
- POUSSIN G. (2003). *La Pratique de l'entretien clinique*, Paris, Dunod.
- REUCHLIN M. (1998). *Psychologie*. Paris, PUF.
- REUCHLIN M., HUTEAU M. (1997). *Guide de l'étudiant en psychologie*, Paris, PUF.

- RIOUX A., SAINT-HILAIRE F. (2002). *Guide de la psychologie br@nchée*, Québec, Éditions Option Santé.
- SAMACHER R. (1995). « La Santé », in LAMBOTTE (dir.) (1995), *La Psychologie et ses applications pratiques. Spécialités et professions : leur histoire et leur statut. Filières et formations. Déontologie. Débouchés et perspectives*, Paris, Éditions Fallois, rééd. Le Livre de poche, coll. « Références », p. 21-76.
- SANTIAGO DELEFOSSE M. (1999). *Répertoire des revues francophones de psychologie*, SFP, Revigny-sur-Ornain, Hommes et Perspectives.
- SANZANA A. (1997). « Méthodes et techniques », in PERRON R. (dir.) (1997). *La Pratique de la psychologie clinique*, Paris, Dunod, p. 119-154.
- TANTI-HARDOUIN N. (2001). *La Santé en France : radiographie d'un système*, Paris, Foucher.
- TOUATI A. (1993). *Devenir psychologue*, 2^e éd. revue et complétée, Revigny-sur-Ornain, Éditions Hommes et Perspectives/Le journal des psychologues, coll. « Devenir et Exercice ».

Revue et numéros spéciaux

- Bulletin du Syndicat national des psychologues, *Psychologues et psychologies* : « Les psychologues et les institutions », n° 141, janvier/février 1998.
- Bulletin du syndicat national des psychologues, *Psychologues et psychologies*, n° 173, janvier/février 2004.
- Bulletin de psychologie, Éthique en psychologie et déontologie des psychologues*, t. 53 (1), n° 445, janvier/février 2000.



**CHAPITRE
1**



***Le psychologue clinicien
à la maternité¹***



1. Par Fabienne Galley-Raulin et Silke Schauder.

Sommaire

▶ Introduction.....	Page 31
▶ 1. Contexte institutionnel.....	Page 32
▶ 2. Fonctions et missions du psychologue clinicien en maternité.....	Page 37
▶ 3. Exemples d'intervention sur le terrain	Page 59
▶ 4. Conclusion	Page 76
▶ 5. Pour aller plus loin	Page 77
▶ Références bibliographiques.....	Page 79

Introduction

Depuis une trentaine d'années, de nombreuses conceptualisations de la relation mère-bébé ont été élaborées par des cliniciens essentiellement d'obédience psychanalytique. Darchis (2000) en a dressé la liste : la préoccupation maternelle primaire¹ (Winnicott, 1956), la capacité de rêverie maternelle (Bion, 1962), le dialogue tonique (Wallon, 1975), les prosodies et l'accordage affectif (Stern, 1977), l'attachement (Bowlby, 1984 ; Spitz, 1985), les interactions fantasmatiques (Lebovici, 1989), l'interaction affective, les compétences des mères et de leur nouveau-né (Brazelton, 1990-1991)... Grâce au modèle explicatif qu'ils offrent, ces concepts permettent d'interpréter, sous différents aspects, l'interaction mère-bébé. Ils ont par ailleurs contribué à stimuler la recherche dans le domaine de la périnatalité et à améliorer la prise en charge concrète de la dyade. Actuellement, la psychologie périnatale est en plein essor (Bydlowski et Candilis, 1998 ; Dayan, Andro et Dugnat, 2003). Un intérêt soutenu est porté aux modes d'accès à la parentalité, aux interactions précoces mère-bébé et à la nécessité impérieuse d'en prévenir les dysfonctionnements. Creuset de ces premières relations, le service de maternité est un lieu de travail privilégié pour le psychologue clinicien, qui trouve à y exercer ses missions premières : accueillir, soutenir, prévenir.

De nombreuses situations très variées font appel aux compétences relationnelles, techniques et cliniques du psychologue en maternité : grossesse pathologique ; diagnostic anténatal (DAN) ; assistance médicale à la procréation (AMP) ; interruption volontaire de grossesse (IVG) ; interruption médicale de grossesse (IMG) ; dépression du post-partum, psychose puerpérale, mère en grande détresse psychosociale, mère toxicomane ou séropo-

1. Elle favorise notamment l'instauration d'une relation mère-enfant stable. Winnicott (1956) défendait cette assertion : « pour que le bébé se développe de façon satisfaisante, l'établissement de son moi doit reposer sur un sentiment continu d'exister », qui ne peut être procuré par la mère qu'à la condition qu'elle « parvienne à cette maladie normale qui lui permet de s'adapter aux tous premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité ». Une mère normalement dévouée à son enfant doit être capable d'atteindre le stade d'hypersensibilité qui caractérise la préoccupation maternelle primaire, pour mieux accéder, ensuite, à une différenciation progressive entre elle et son bébé.

sitive, mère en situation de rupture par rapport à sa culture d'origine ; mort fœtale *in utero* ; enfant né très prématurément ou avec un handicap ; etc. Chacune de ces situations exige du psychologue une réflexion spécifique et un accompagnement au cas par cas, élaboré et assuré en collaboration avec l'équipe de maternité.

Comment le psychologue travaille-t-il au sein d'une maternité ? Par quels moyens son travail se concrétise-t-il dans ce champ particulier ? Sur quoi portent ses interventions ? Afin de réunir des éléments de réponse à ces questions, nous présentons d'abord le contexte institutionnel dans lequel le psychologue est amené à inscrire ses actions. Puis, nous décrivons ses missions dont sa fonction clinique et le contenu de son temps FIR. Enfin, nous donnons plusieurs exemples de ses interventions. En conclusion, nous indiquons quelques pistes pour compléter, actualiser et élargir les connaissances dans ce domaine spécifique.

1. Contexte institutionnel

Afin d'ajuster au mieux ses interventions aux demandes émanant de l'institution et des usagers, le psychologue clinicien se doit de bien connaître son environnement professionnel. Disposer d'une représentation claire des circuits des usagers, savoir situer les différents acteurs du réseau, s'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire – autant de préalables qui conditionnent pour beaucoup l'efficacité de l'action du psychologue. Voyons quelles sont les principales caractéristiques du réseau hospitalier et de l'équipe qui y travaille.

Le réseau hospitalier public et privé

Sur la carte nationale, les établissements de santé autorisés à pratiquer l'obstétrique (appelés maternités), qu'ils appartiennent au service public ou au service privé, sont classés, selon le décret n° 98-900 du 9 octobre 1998, en trois types. C'est essentiellement la nature des soins apportés à l'enfant qui les différencie :

- la maternité de *type 1* accueille les patientes qui ne présentent aucune pathologie particulière. L'unité d'obstétrique assure la surveillance simple des nouveau-nés ;
- la maternité de *type 2* accueille les patientes qui accouchent à partir de trente-trois semaines d'aménorrhée. Un service de néonatalogie au sein de la structure offre des soins adaptés à des pathologies simples ;

- la maternité de *type 3* accueille les patientes et les nouveau-nés présentant des pathologies très lourdes, à hauts risques de morbidité et de mortalité. La structure dispose d'un service de réanimation néonatale et est spécialisée dans le suivi des grossesses pathologiques. Ces établissements sont souvent dotés d'un service d'assistance médicale à la procréation (AMP) et d'un service de diagnostic anténatal (DAN) qui constitue la référence sur le plan régional. Ils offrent des soins également aux patientes ne présentant pas de risques particuliers. Toutefois, l'accueil de ces dernières pose un certain nombre de problèmes : l'on peut observer parfois une sur-occupation des lits, une surmédicalisation de l'accouchement physiologique et un accompagnement de la relation mère-enfant moins performant, le personnel s'investissant prioritairement auprès des patientes malades. En outre, la haute technicité dans ces centres prime souvent sur le relationnel.

Les trois types de maternité travaillent en réseau sur la région : les maternités de type 1 et 2 orientent les patientes à risque dans les maternités de type 3. En fonction de la démographie et de la situation géographique, ces maternités comptent entre trois cent cinquante et quatre mille accouchements par an. Le gouvernement actuel souhaite fermer les petites structures pour rentabiliser les moyens matériels et humains. Ces nouvelles dispositions suscitent de nombreux débats entre les pouvoirs politiques et la population, les médecins de la périnatalité, les sages-femmes, les psychologues...

Un centre de planification familiale est souvent organisé au sein de la maternité ou à proximité de cette dernière. En fonction de l'importance de l'établissement (défini par le nombre d'accouchements par an et le type de la maternité), les secteurs sont bien différenciés : centre d'orthogénie, services de consultations, service de grossesses à risques, salles de naissances, services de suites de couches...

Le décret du 9 octobre 1998 propose un effectif normé pour les maternités réalisant moins de cinq cents accouchements par an, au-dessus de mille accouchements par an et au-dessus de deux mille cinq cents accouchements par an.

La composition de l'équipe en maternité

Généralement, l'équipe de maternité comprend au moins :

- un *gynécologue-obstétricien* : il assure la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse, à la pratique de l'accouchement essentiellement quand la patiente présente une pathologie, une grossesse

ou un accouchement à risque. En effet, l'obstétrique pathologique est confiée exclusivement au gynécologue-obstétricien. Il est cependant courant qu'il pratique de l'obstétrique physiologique, domaine relevant des compétences de la sage-femme ;

- un *anesthésiste-réanimateur* : il assure la pratique des actes nécessaires à l'analgésie ou à l'anesthésie des patientes. Il assure une médecine préventive en pratiquant une consultation de pré-anesthésie à chaque femme enceinte. Cette consultation permet l'évaluation des risques anesthésiques. Enfin il pratique l'analgésie péridurale pour les femmes qui souhaitent en bénéficier lors de leur accouchement ;
- un *pédiatre spécialisé en médecine néonatale* : il peut intervenir lors d'un accouchement difficile ou à risque et accueillir un enfant présentant des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine, comme par exemple un enfant porteur d'une malformation qui a été diagnostiquée en anténatal. Il assure la pratique des actes nécessaires au diagnostic lors des premiers jours du nouveau-né ;
- des *sages-femmes* : l'article L. 4151-1 du Code de la santé publique précise le cadre de la profession de sage-femme, à savoir « la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant... ». La circulaire du 3 mai 2002 définit l'exercice médical de la sage-femme. Ainsi les sages-femmes participent à la sécurité médicale de la naissance et accompagnent la mère et l'enfant dans leurs premières relations, en y incluant de plus en plus le père. Les sages-femmes sont souvent présentes dans tous les secteurs : consultations, salles de naissances, suites de couches, grossesses à risque, gynécologie, AMP, etc. ;
- des *auxiliaires de puériculture et parfois aides-soignants* : leur rôle et leurs missions sont définis dans le décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Selon la circulaire n° 96-31 du 19 janvier 1996, « le rôle des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture s'inscrit dans une approche globale qui, outre la participation aux soins, implique une prise en charge psychologique et comportementale de la personne soignée ». L'auxiliaire travaille en collaboration avec la sage-femme, elle pratique des soins d'hygiène et de confort auprès des enfants et des mères, elle participe à la surveillance

- des enfants et des mères en observant les comportements. Elle est partie prenante dans le projet de soins du service et dans l'encadrement des stagiaires ;
- des *agents des services hospitaliers* : ils assurent l'entretien des locaux et travaillent en collaboration avec l'auxiliaire de puériculture ou l'aide-soignante ;
 - des *secrétaires* qui assurent entre autres la prise de rendez-vous, la rédaction des comptes rendus, la tenue des dossiers et la transmission des courriers ;
 - un *psychologue* : selon le décret du 9 octobre 1998, « l'unité (d'obstétrique) met en place une organisation lui permettant de s'assurer en tant que de besoin, selon le cas, du concours d'un psychologue ou d'un psychiatre ». En fonction de l'importance de la structure, un ou plusieurs psychologues exercent en maternité.

L'encadrement des équipes d'obstétrique est assuré par un (ou plusieurs) médecins chef de service gynécologue-obstétricien, et par une (ou plusieurs) sages-femmes cadres. Le chef de service est le responsable de l'organisation médicale. Le cadre sage-femme est le garant de l'organisation des soins sur les secteurs. Ensemble, ils ont pour mission d'assurer le bon fonctionnement du service au quotidien, de dynamiser l'équipe et de la rassembler autour de projets précis.

L'établissement s'inscrit dans un réseau régional de soins périnataux. En fait, la parturiente n'accouche plus dans un établissement mais au sein d'un réseau qui pourra, selon l'évolution de sa grossesse, lui offrir des soins adaptés à son état de santé. Ce fonctionnement en réseau permet une prise en charge de qualité. Par ailleurs, l'isolement des moyennes et petites structures s'en trouve amoindri : on constate le développement d'une réflexion commune sur des situations ou des thèmes de soins transversaux comme par exemple la prévention en période prénatale. Des réunions de travail et des rencontres par visioconférence sont organisées dans certaines régions soucieuses de mettre en commun les compétences de leurs différents services.

Afin d'assurer la continuité des soins, l'équipe de maternité travaille en collaboration avec différentes structures partenaires qui se situent en amont et/ou en aval de la chaîne de soin et formant un réseau (Marciano, 2000). Voici quelques exemples :

- les équipes de maternité et de néonatalogie se transmettent régulièrement des informations lorsqu'il y a séparation mère-enfant pour raison médicale (accouchement prématuré, etc.). Outre le suivi de la situation

médicale de la mère et de l'enfant, il est important que les deux équipes communiquent sur leur vécu respectif de cette séparation, et favorisent l'initiation, le maintien et la consolidation des interactions précoces au sein de la triade père-mère-enfant ;

- le service de maternité travaille également, en amont *et* en aval, avec le service de PMI (protection maternelle et infantile). En anténatal, l'équipe de PMI informe l'équipe de maternité d'une grossesse chez une jeune femme en difficulté sociale, affective ou autre. L'équipe de maternité, sensibilisée à la situation de la jeune femme, peut ajuster son suivi en étant attentive par exemple au défaut d'investissement du bébé, à une éventuelle dépression maternelle, à des dysfonctionnements dans la relation mère-enfant et transmettre ses observations, en vue d'un travail préventif, à la PMI qui prendra le relais après la sortie de la maternité ;
- l'équipe de maternité peut avoir recours au service de pédopsychiatrie par le biais de la psychiatrie de liaison. Les professionnels de ce secteur interviennent si la mère présente un comportement pathologique de type instabilité affective, dépression avérée, psychose puerpérale, psychose maniaco-dépressive... L'intervention du pédopsychiatre peut être combinée avec celle du psychiatre si la patiente est déjà traitée et suivie en psychiatrie adulte. Selon les cas, une indication pour un transfert de la dyade en unité mère-enfant peut être posée afin de soutenir de manière plus spécifique l'établissement des interactions précoces grevées par une souffrance maternelle très importante ;
- l'équipe de maternité fait appel également, en cas de besoin, aux services sociaux, aux maisons maternelles, aux centres assurant une aide aux jeunes mères toxicomanes¹, etc.

Afin d'assurer une collaboration efficace entre ces différents acteurs, les missions de chacun doivent être définies avec précision². Pour pouvoir réguler des situations maternelles et infantiles souvent fort complexes, des conventions d'accueil et des protocoles de prise en charge commune sont élaborés par les différents services concernés (*cf.* figure 1.1 ci-contre). Si en théorie, cette démarche semble simple d'accès et souhaitable pour tous, elle

1. Signalons l'ouvrage de Molenat (2000) qui présente dans *Grossesse et toxicomanie* un modèle de soin et d'accompagnement interdisciplinaire.

2. C'est le fameux « qui fait quoi ? », permettant de distribuer clairement les champs de compétences et les responsabilités de chacun. Cette mise au point est censée éviter deux sources de conflits institutionnels majeurs, à savoir les empiètements (plusieurs personnes font la même chose, induisant des confusions auprès des usagers et des rivalités entre eux) ou les « blancs » (une tâche n'est assurée par personne alors qu'elle serait importante à accomplir).

est en pratique souvent parasitée par des rivalités entre les différentes structures. Pour pouvoir s'apaiser et permettre aux intervenants de se recentrer sur les intérêts des usagers, ces conflits nécessitent parfois l'intervention d'un superviseur rompu au traitement délicat de la psychopathologie institutionnelle (Kaës *et al.*, 1996 ; Fustier, 1999).

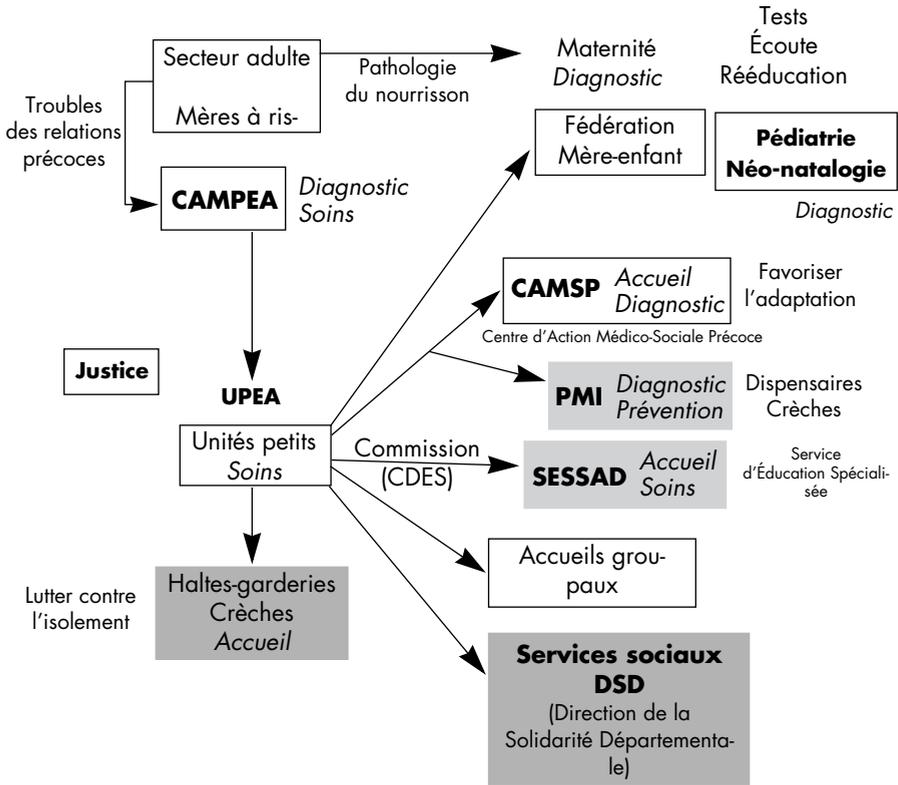


Figure 1.1
Prévention précoce et soins à la petite enfance (0 à 3 ans)

2. Fonctions et missions du psychologue clinicien en maternité

Selon la circulaire DH/8D/85 du 24 mai 1985, le psychologue dépendant de la fonction hospitalière a trois fonctions principales : « une fonction directe clinique auprès des personnes accueillies en liaison avec les familles [...], une fonction à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution [...] et une

fonction de formation, d'information et de recherche. » Qu'en est-il précisément en maternité ?

La fonction clinique

La fonction clinique en maternité a ceci de particulier qu'elle est essentiellement préventive et s'inscrit dans un contexte *a priori* non psychopathologique. La principale difficulté qui en découle est l'acceptation du psychologue au sein d'une structure qui n'est pas initialement sensibilisée à l'approche psychologique. Comment proposer des interventions recevables par les usagers sans provoquer une levée de bouclier face au psychologue dont l'image est parfois encore associée à la prise en charge de « fous » ? Comment favoriser l'émergence d'une demande de soins dans un tel contexte ? Selon quelles modalités intervenir ?

► L'entretien clinique

Très schématiquement, le psychologue intervient selon trois modalités :

- sur demande des patientes qui sollicitent par elles-mêmes son aide. Cette modalité, la plus rare, implique que les patientes soient déjà informées de la présence du psychologue dans le service et connaissent le type d'aide qu'il peut leur offrir ;
- sur sa propre initiative, en allant lui-même au-devant de la demande. Cette modalité implique par exemple des visites systématiques dans les chambres pour se présenter et instaurer un premier lien avec les patientes, l'organisation des rencontres informelles en groupe ou tout autre dispositif à faible seuil exigence permettant de franchir le pas ;
- sur demande de l'équipe qui a repéré des signes de détresse chez la patiente, rendant souhaitable l'intervention du psychologue. Ce repérage et la désignation du psychologue par l'équipe impliquent une réflexion approfondie au préalable. Sur quels critères se baser ? Comment dépister celles ayant besoin d'une aide psychologique ? Dans quels termes proposer les services du psychologue ? Telles sont les questions à débattre en équipe puisqu'elles participent de manière décisive à la qualité du suivi ultérieur dont la mise en place nécessite préparation et concertation entre les intervenants.

Sur le terrain, la dernière modalité est de loin la plus fréquente. L'équipe fait notamment appel au psychologue quand son propre accompagnement de la situation s'avère insuffisant. Toutefois, ce procédé contient plusieurs écueils : il peut être difficile pour l'équipe de percevoir ses propres limites et

de « passer la main » au psychologue. Ainsi, le fait d'orienter une patiente vers le psychologue peut, au pire, être ressenti comme un échec par l'équipe qui estime ne pas avoir su être suffisamment « psychologue ». Dans ce cas, l'acte de confier la patiente au psychologue peut même être synonyme d'abandon – ces vécus devant être parlés et dénoués pour ne pas grever la prise en charge et confronter le psychologue à une mission impossible¹. À l'inverse, une équipe épuisée par des tâches complexes et trop nombreuses peut ne plus faire confiance en ses propres capacités relationnelles. Signaler la patiente au psychologue revient alors à signaler la difficulté dans laquelle l'équipe elle-même se trouve – devant une telle configuration, le psychologue ne doit pas se tromper de niveau d'intervention et démêler ce qui appartient à l'équipe demandant à être soutenue et ce qui revient à la patiente ayant besoin d'un accompagnement psychologique.

En fonction de la situation clinique, le psychologue intervient soit « à chaud », soit en différé. Comme nous venons de le voir, son action est la plupart du temps proposée par l'équipe. Par respect de la patiente et de son libre consentement, il va de soi que la rencontre avec le psychologue n'est jamais imposée². Soulignons que la réussite des actions menées par le psychologue dépend en partie de l'habileté de l'équipe à « faire adhérer » la patiente à une rencontre avec lui. Le plus souvent, les patientes lui sont adressées soit par le médecin, soit par la sage-femme. Parfois, la maternité présente une organisation plus structurée et a créé un dispositif qui réunit les sages-femmes des différents secteurs de la maternité et de la PMI, l'assistante sociale, le psychologue... En fonction des situations, certains professionnels, médecins, infirmières de néonatalogie, etc., sont conviés à participer à ces réunions régulières qui permettent d'établir le projet de soins, de déterminer les modalités pratiques de sa mise en œuvre et de s'assurer de son suivi. L'intervention du psychologue auprès d'une patiente se décide alors au moment de ces réunions inter-secteurs.

Le psychologue assurera l'accompagnement de la dyade mère-bébé et, le cas échéant, de la triade père-mère-bébé, voire de la famille incluant les frères et sœurs. Grâce à une écoute attentive, il favorise la verbalisation de leur situation dans son contenu informatif et affectif. Il permet ainsi l'élaboration du ressenti et petit à petit le maillage d'une pensée constructive grâce à laquelle notamment la jeune mère peut se repositionner dans son histoire.

1. Cf. le chapitre 6 du tome 2, rédigé par Sylvie Dauriac, qui aborde également le problème de la désignation du psychologue clinicien par l'équipe hospitalière.

2. Cf. le *Code de déontologie des psychologues* (1996).

Le psychologue peut aussi entreprendre des suivis psychothérapeutiques avec certaines patientes qui le souhaitent, en période pré-, péri- ou postnatale. Dans certains centres, le psychologue intervient plus spécifiquement en AMP (assistance médicale à la procréation)¹, en DAN (diagnostic anténatal) ou dans le cadre de la planification familiale.

L'exercice de la profession est différent selon que le psychologue travaille en maternité de type 1, 2 ou 3. En maternité de type 1, les situations de grande détresse sont moins fréquentes qu'en type 3. Cependant leur survenue est toujours brutale : mort fœtale *in utero*, interruption médicale de grossesse... En maternité de type 3, le niveau d'angoisse est plus important du fait des situations à haut risque de morbidité ; il est dépendant de la gravité de la pathologie maternelle connue avant la naissance. Les suites de couches sont à risque quand l'enfant est séparé de sa mère pour une pathologie néonatale grave. Plusieurs psychologues exercent en maternité de type 3 dans des secteurs très différenciés alors qu'un seul peut suffire pour couvrir les besoins dans les maternités de type 2 ou 1.

Concernant la psychopathologie périnatale, Golse (1998) a distingué trois entités spécifiques chez la mère :

- le *post-partum blues* banal, présent dans 70 à 80 % des cas durant les jours qui suivent la naissance ;
- les dépressions maternelles néonatales graves (15 % des jeunes accouchées), étroitement liées à la présence de l'enfant ;
- les psychoses puerpérales, beaucoup plus rares et ne concernant que 5 % des femmes accouchées.

Du côté de l'enfant, Golse (1998) insiste sur la pathologie de l'interaction marquée par des carences maternelles affectives quantitatives et/ou qualitative auxquelles s'ajoutent les situations de discontinuités interactives. Dollander et de Tychev (2002) décrivent les facteurs de risque impliqués dans le processus de fragilisation de l'enfant. Selon ces deux auteurs, sont à retenir le poids des mandats transgénérationnels, la possible fragilisation de l'enfant due à la non élaboration de l'agressivité qu'il suscite et, enfin, les facteurs de risque liés à l'excès d'angoisse et aux sentiments dépressifs de la mère.

1. Dans le cas de l'AMP classique sans don de gamètes, l'arrêté du 12 janvier 1999 précise à l'article 123 que le couple peut demander à rencontrer tout membre de l'équipe y compris le médecin qualifié en psychiatrie ou le psychologue. Quant au clinicien gynécologue, il peut solliciter le psychologue pour une consultation sans qu'aucune demande ne soit formulée par la patiente.

Grâce à une connaissance approfondie des processus psychiques qui sont plus spécifiquement actifs en période périnatale, le psychologue orientera ses entretiens en fonction des situations rencontrées. Très schématiquement, l'on peut dégager plusieurs pôles cliniques :

- l'accompagnement de la dyade mère-bébé, du conjoint et de la fratrie (par exemple en cas de handicap ou décès de l'enfant) ;
- l'accompagnement du couple en cas d'absence ou de difficulté de la grossesse (par exemple des situations de stérilité, des demandes de FIV (fécondation *in vitro*), des interruptions volontaires ou médicales de grossesse) ;
- l'étayage de la dyade mère-bébé lorsque le lien est difficile à établir (par exemple en cas de dépression maternelle ou de grande prématurité de l'enfant).

Voici quelques rappels théoriques succincts qui permettent de situer plus précisément le cadre conceptuel de son travail. Constituant un véritable état de crise, la grossesse puis la naissance de l'enfant induisent des remaniements psychiques importants chez la jeune mère. Selon Bydlowski (1991), cette période constitue une période de « transparence psychique » propice à la fois à une cristallisation des troubles antérieurs qu'à un travail thérapeutique permettant de les apaiser.

Lors de cette période, la jeune mère est confrontée tant à des pressions internes qu'externes induisant des états de stress pouvant la rendre extrêmement vulnérable. Nous allons très brièvement les répertorier.

Un changement d'identité

Lors de la grossesse, la jeune femme a déjà été confrontée à des réaménagements identitaires importants. À la naissance du bébé, elle doit renoncer définitivement à son identité initiale pour pouvoir s'en constituer une nouvelle : elle n'est plus l'adulte capable, autonome, mais la jeune mère pleine de doutes sur ses capacités. Sa confusion et le sentiment parfois très douloureux de perte de son ancienne identité s'associent à la prise de conscience de sa grande responsabilité envers son bébé.

La confrontation à une situation de dépendance totale

Par ailleurs, la jeune mère découvre à quel point son bébé est dépendant d'elle. À la fois source de gratification narcissique et menace pour sa propre autonomie, cette dépendance va se concrétiser dans la réalité par les pleurs et les besoins quotidiens de l'enfant, puis la nécessité de décoder en perma-

nence ces dits besoins : sera-t-il possible pour la mère de donner « sans fin » sans se perdre elle-même ? À la dépendance physique s'ajoute celle, psychique : l'enfant a fondamentalement besoin de sa mère pour se construire (Kayr, 1999). Or la mère ne peut supporter, dans les deux sens du terme, cette dépendance de l'enfant que si son propre vécu de dépendance, enfant, a été relativement serein et qu'elle ait pu accéder, dans un second temps, à son indépendance. Ainsi, la réactualisation des relations précoces mère-enfant qui ont été perturbées à la génération précédente – entre la jeune mère et sa propre mère – peuvent la mettre en grande difficulté devant son expérience actuelle de la maternité.

Des deuils à élaborer

Alors que l'image d'Épinal associe la naissance à un « heureux événement », voire au « plus beau jour dans la vie d'une femme », la naissance oblige paradoxalement à de nombreux deuils : le statut d'adulte capable, le statut de femme enceinte mais aussi le deuil de l'enfant que la jeune mère avait imaginé. Elle a maintes et maintes fois depuis la grossesse, mais aussi depuis sa plus tendre enfance, imaginé cet enfant, son apparence physique, sa relation avec lui, ces représentations ne correspondant pas ou peu à la réalité. Or la mère devra renoncer à l'enfant imaginaire pour pouvoir accepter l'enfant réel et l'inscrire, avec son conjoint, dans une dimension symbolique (Lebovici et Stoléru, 2003).

Un jeu croisé d'identifications

De nombreux mouvements identificatoires sont à l'œuvre après la naissance : identification à sa propre mère pour la femme (Racamier, 1984), à son propre père pour le conjoint, ainsi qu'une réactivation du vécu infantile des deux nouveaux parents. Ce processus est dépendant de la qualité des images parentales que les nouveaux parents ont construites à l'égard de leurs propres parents. La mère doit aussi pouvoir s'identifier, par régression, à son propre enfant pour pouvoir l'investir. Être mère constitue l'aboutissement des mouvements identificatoires de la petite fille. La naissance de l'enfant en représente la réalisation concrète : devenir mère, enfin, comme sa propre mère avec comme problématique centrale pour la jeune mère la rivalité d'avec sa propre mère et la réalisation du vœu œdipien d'avoir pu obtenir un enfant du père.

Si, du fait de ces différentes pressions internes, la réalité psychique est trop bousculée, il est vital pour la dyade mère-enfant que des repères puis-

sent s'établir grâce au regard d'un tiers (Delaunois, 2000 ; Valors, 2002 ; Galley-Raulin, 2002). En effet le regard « suffisamment bon » de son conjoint, de sa propre mère, de son propre père, de la famille élargie, des amis sur cette femme qui cherche à développer la fonction maternelle, étayera de façon certaine son devenir mère. On devine alors les difficultés quand la femme est isolée ou que le couple ne peut bénéficier d'un soutien, d'une transmission inter-générationnelle. L'équipe soignante de maternité tient alors une place importante pour essayer de colmater les failles à la fois affectives et narcissiques, grâce au regard bienveillant qu'elle saura porter sur la dyade mère-enfant.

À des degrés divers, le traumatisme inévitable de la naissance peut être amplifié par l'histoire de la femme, de son conjoint et celle de leur couple, avec leurs complications respectives. De la façon dont aura été négocié le vécu de ces histoires peut dépendre l'intensité des conflits psychiques suscités par la naissance de l'enfant. La dépression du post-partum est partiellement le reflet de la difficile rencontre entre la mère et son enfant. Cette dépression nécessite un étayage à la fois compréhensif et discret par les soignants pour favoriser, en un deuxième temps, l'expression par la mère de la culpabilité, de l'angoisse et des différentes motions qui en émaillent l'évolution. Si elle persiste, cette dépression devient, dans 15 % des cas, pathogène et demande alors non seulement un étayage mais aussi un suivi psychothérapeutique. De la résolution de cette crise va dépendre la qualité de la relation mère-enfant dont les troubles doivent être prévenus autant que faire se peut (Mazet, 2004).

Pour le conjoint, la naissance induit également des réaménagements psychiques importants dont il est important de tenir compte pour favoriser le rétablissement de l'équilibre familial nécessairement bouleversé par l'arrivée de l'enfant (Dugnat, 1999 ; Marciano, 1999 ; Zaouche-Gaudron, 2001). L'équipe peut, en étant attentive au vécu spécifique des pères, contribuer à la nouvelle négociation de l'homéostasie familiale.

Enfin, en ce qui concerne les pressions externes pouvant peser sur l'établissement du lien mère-enfant et grever les ressources psychiques de la mère, citons notamment les situations sociales très précaires (logement inadéquat ou exigü ; revenus faibles ou inexistantes ; désinsertion sociale ; mère célibataire sans soutien familial ; dyade isolée ; grossesses multiples, rapprochées et non désirées, etc.). Ces différents facteurs constituent des facteurs à risque nécessitant une évaluation prudente et non stigmatisante, la collaboration fonctionnelle avec l'assistante sociale de l'hôpital étant ici d'un intérêt majeur.

Soulignons que le travail clinique du psychologue doit nécessairement tenir compte du temps de séjour de la mère à la maternité, ce paramètre conditionnant pour beaucoup son niveau d'action et le type de suivi qu'il peut proposer. En fonction de la durée d'hospitalisation, son travail sera plus axé sur la fonction clinique (par exemple en proposant un suivi aux mères hospitalisées plusieurs semaines dans le service de maternité pour une menace d'accouchement prématuré) ou plus sur la fonction institutionnelle (orientation de la mère vers un suivi en PMI ou en libéral, etc.). Pour pouvoir faire un travail de qualité « là où il se trouve » il doit non seulement pouvoir rencontrer, sur le plan clinique, les patientes « là où elles se trouvent » mais aussi connaître avec précision sa position dans la chaîne des soins¹. Afin d'assurer la continuité des soins et d'élaborer des orientations recevables pour les patientes, il est primordial pour le psychologue d'établir des liens fonctionnels avec des collègues œuvrant en amont et en aval de son propre champ d'intervention et susceptibles de prendre le relais.

Pour résumer, la fonction clinique du psychologue en maternité comprend :

- les *interventions justifiées par la situation de la mère*. Ainsi, il soutient par exemple des mères dont la personnalité fragile a été perturbée par la grossesse ou par la naissance ; des mères ayant vécu un événement douloureux survenu au cours de la grossesse (deuil d'un parent, séparation du conjoint, etc.) ; des mères toxicomanes ; des mères alcooliques ; des mères séro-positives ; des mères fragilisées par la rupture d'avec leur culture d'origine ; des mères présentant des troubles psychiatriques, etc. ;
- les *interventions justifiées par la situation de maternité elle-même*, à savoir : l'enfant qui ne veut pas venir (situations d'AMP, fausses couches à répétition) ; la grossesse à haut risque de mortalité : MAP (menace d'accouchement prématuré), RCIU (retard de croissance *in utero*), etc. ; l'enfant que la femme ou le couple ne souhaite pas et pour lequel une interrup-

1. Dans des groupes de réflexion sur la pratique, certains psychologues se plaignent de leur contexte professionnel ne permettant pas, selon eux, de faire un travail de qualité – l'exercice en libéral devenant alors l'idéal à l'aune duquel leur action institutionnelle est mesurée. Or, la qualité est trop souvent confondue avec l'approfondissement – avoir réussi à faire émerger une demande chez une jeune femme en détresse psychologique et l'avoir orientée vers un confrère dans le privé est tout aussi important que d'en assurer la prise en charge à proprement parler ! Deux écueils guettent le psychologue dans ce type de service où la durée de séjour est en moyenne brève : soit il pense ne pouvoir rien faire dans le peu de temps qui lui est imparti, cette représentation induisant frustration, découragement et sentiment d'inutilité ; soit il pense pouvoir tout faire – cette représentation, tout aussi extrême, induit un idéal professionnel « puéril et gigantesque », un surinvestissement professionnel et des projets thérapeutiques peu faisables que la réalité se chargera de ramener à une plus juste mesure.

tion volontaire de grossesse a été pratiquée ; l'interruption médicale de grossesse, l'enfant présentant un handicap incompatible avec la vie ; la mort fœtale *in utero*, etc. ;

- les *interventions justifiées par la situation de l'enfant* dont par exemple la naissance d'un enfant prématuré impliquant la séparation mère-enfant pour des raisons médicales ; la naissance de l'enfant porteur d'un handicap ; l'accouchement sous X ; l'enfant confié à l'adoption, etc.

Souvent, plusieurs de ces situations sont associées, par exemple, des troubles de la personnalité chez la mère et un événement douloureux survenu au cours de la grossesse. La culpabilité, la blessure narcissique et l'anxiété constituent les trois aspects essentiels sur lesquels le psychologue et l'équipe soignante vont axer leur travail de soutien auprès de la mère. Leur action concertée vise le retour à une relative stabilité psychique grâce à la mise en mots de l'histoire de la patiente que la naissance de son enfant a radicalement modifiée.

Les outils évaluatifs du psychologue en maternité¹

Dans son travail à la maternité, le psychologue clinicien sera confronté à des situations et une population variée mais ayant pour dénominateur commun le fait de traverser une période riche en remaniements de tous ordres. Le clinicien pourra se doter d'outils lui permettant d'accompagner l'élaboration dans cette période fertile en événements psychiques tout en veillant à ce que ces outils ne soient pas effrayants.

Nous proposerons ici des outils permettant une exploration clinique de diverses situations pouvant se présenter en maternité : évaluation des difficultés sexuelles et de la vie de couple, évaluation de la psychopathologie maternelle et des interactions précoces mère-bébé. Nous renvoyons également le lecteur au bref développement sur les tests projectifs dans la partie évaluative du chapitre 4. Ces tests constituant des outils incontournables pour une étude globale de la personnalité, lorsque le clinicien travaille dans une approche psychodynamique du psychisme.

Enfin, les parties « outils d'évaluation » procédant d'une démarche de complémentarité des thèmes abordés dans les différents chapitres, nous développerons également ici la problématique de l'évaluation de la douleur et présenterons les outils évaluant la douleur chez l'adulte et chez le nourrisson. Les outils conçus pour des enfants plus grands seront présentés au chapitre 4 et ceux s'adressant spécifiquement à des enfants handicapés au chapitre 6. En effet, il nous semblait important d'attirer l'attention des psychologues sur de possibles résistances face à cette problématique, le risque

1. Cette section de chapitre a été rédigée par Silvia Sbedico Miquel. La bibliographie relative aux outils évaluatifs présentés tout au long de cet ouvrage se trouve en annexe, complétée d'un tableau récapitulatif (cf. p. 581 et suivantes).

étant de se trouver dans l'impossibilité d'*entendre* la plainte si d'emblée l'on n'*écoute* pas la douleur.

■ L'évaluation des difficultés sexuelles et de la vie de couple

QES (Sexual Arousal Inventory, Questionnaire d'excitation sexuelle de la femme) ; Hoon E. et coll. (1976). Traduction française : Trudel G. (1982)

Ce questionnaire permet l'évaluation de l'activation sexuelle de la femme. Il est utile pour déterminer les dysfonctionnements reliés à l'activité sexuelle que celle-ci se produise seule ou avec un partenaire masculin ou féminin.

Pour chacune des vingt-huit questions, la patiente doit évaluer la réaction sexuelle qu'elle aurait si elle se trouvait dans cette situation. La cotation se fait par l'addition des notes obtenues à chaque item. L'étude de validation de la version française (Trudel et coll., 1982) aboutit à des qualités psychométriques satisfaisantes.

Ce questionnaire sera donc utile dans les dysfonctions orgasmiques et l'inexcitabilité générale.

Questionnaire d'auto-évaluation des problèmes sexuels masculins ; Cottraux J. (1985)

Afin de contourner les divergences concernant les critères de dysfonctionnement sexuel, le sujet est invité à répondre à ce questionnaire après explicitation, par le clinicien, des définitions des termes à coter : *éjaculation prématurée, échec de l'érection, éjaculation retardée*.

Lors de la cotation, chacun des items est indépendant, chacun représentant une dimension différente des problèmes sexuels dont les corrélations pourront ensuite être étudiées.

Outre l'intérêt didactique de ce questionnaire, il semble intéressant de disposer de cet outil en maternité car de nombreux contenus fantasmatiques masculins liés à la grossesse, à l'accouchement aux suites de couches, à la maternité et à l'élaboration de la paternité peuvent entraîner des dysfonctionnements sexuels masculins, plus ou moins transitoires, pouvant se répercuter sur la vie de couple. Le psychologue devra entendre ces difficultés afin d'aider le sujet à les élaborer.

Questionnaire d'auto-évaluation des problèmes sexuels féminins ; Cottraux J. (1985)

Là aussi, le sujet est invité à répondre à ce questionnaire après explicitation, par le clinicien, de ce qu'il entend par les termes utilisés : lubrification, coït douloureux, orgasme et vaginisme. La cotation s'effectue selon les mêmes critères que le questionnaire précédant.

Ces questionnaires¹ pourront également être utilisés auprès de patients somatiques. Ils n'ont malheureusement pas été encore validés. Nous les citons ici car ils nous semblent particulièrement intéressants par leur simplicité d'utilisation et parce qu'ils permettent d'une part, la standardisation des données utile dans toute recherche, et d'autre part, dans une perspective qualitative, de préciser les dysfonctionnements sexuels et d'enclencher un

1. Cf. présentation in Bouvard M., Cottraux J. (1996). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Paris, Masson, rééd. 2002.

travail thérapeutique, créatif, par l'explicitation portant sur la sexualité qui est un des aspects importants de la vie du sujet adulte. Ce travail permet d'aborder le corps et ses potentialités autrement que comme un corps souffrant.

Questionnaire du curriculum vitae conjugal (CVC) ; Plechaty M. (1988)

Cet outil permet de recueillir des informations sur la biographie du couple offrant un contenu lui appartenant en propre ainsi qu'un aperçu historique. Le questionnaire invite chacun des membres du couple à répondre à trois questions ouvertes : « Dites ce que vous avez aimé dans votre vie conjugale », « Dites ce que vous avez plus ou moins aimé », « Indiquez les raisons qui expliquent vos problèmes conjugaux actuels » Ces questions visent à faire évoquer les données biographiques du couple par un procédé de rappel. Grâce au CVC le clinicien pourra découvrir les suppositions des conjoints, leurs attributions, leur accord au niveau des perceptions et le contenu de leur expérience conjugale.

La cotation s'effectue en classant, à l'aide d'une grille, chaque point évoqué par le patient. Sur chaque grille, une colonne correspond à la femme et l'autre à l'homme, ce qui met en évidence les concordances et les divergences. Enfin, une grille de cotation spécifique permettra de coter l'attribution.

Les études de validation portent sur les attributions, le nombre d'items communs aux conjoints et les classes relevées dans chaque dimension.

Ce questionnaire est très intéressant car il permet d'obtenir un grand nombre d'informations sur le couple en vue de son évaluation ou son suivi.

■ **L'évaluation de la psychopathologie maternelle**

Des outils permettant de dépister les conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie...) existent et pourront se révéler nécessaires dans le contexte de la maternité. Ces outils, d'utilisation simple et fiable, sont présentés dans la section évaluative du chapitre 9.

Système AMDP (Association pour la méthodologie et la documentation en psychiatrie) ; Construction Suisse, Autriche, Allemagne. Adaptation belge : Bobon et al. (1982)

Le système AMDP se pratique en hétéro-évaluation, sa passation demandera environ 1 heure à un clinicien entraîné. La cotation à partir d'un enregistrement vidéo a été étudiée pour la version française qui est par ailleurs strictement comparable, en termes de qualités psychométriques, à la version allemande. Ce système de documentation permet de faire un inventaire complet, quantitativement et qualitativement, de la symptomatologie mais aussi d'autres caractéristiques comme les antécédents du sujet, l'évolution ou les circonstances déclenchantes.

Les premiers inventaires américains de psychopathologie générale se limitaient aux troubles psychiatriques majeurs (comme la psychose) et aux comportements observables, sans références au vécu subjectif du sujet. Ils ont été remplacés en clinique par des systèmes plus complets et présentant de bonnes qualités psychométriques comme celui-ci.

Le système comprend :

- trois fiches anamnestiques pour l'évaluation qualitative : AMDP1 : anamnèse générale ; AMDP2 : événements pathogènes ; AMDP3 : antécédents psychopathologiques ;
- un inventaire général de l'état psychopathologique, psychique et physique, actuels pour l'aspect quantitatif : AMDP4 : investigation psychique ; AMDP5 : inventaire de l'état somatique ;
- possibilité d'utiliser des échelles complémentaires : AMDP-SY : évaluation syndromique ; AMDP-AT : évaluation de l'anxiété ; AMDP-MD : évaluation de la manie-dépression.

Ce système constitue, *a priori* l'inventaire général le plus complet et peut être utilisé pour l'évaluation des changements sous traitement, le diagnostic syndromique, la standardisation des dossiers cliniques, l'enseignement en psychopathologie (grâce aux enregistrements vidéo) et la recherche en épidémiologie. Il peut être indiqué en situation pré-natale, lorsque des troubles de la mère ont attiré l'attention des professionnels ou en post-natal, lors d'une décompensation particulièrement bruyante.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ; Cox, Holden, Sagovsky et al. (1987). Traduction française : Guedeney, Fermanian et Guelfi (1995)

Facile d'utilisation, cette échelle propose une évaluation assez schématique et rapide, basée sur dix questions, de la dépression post-natale. Notons que son interprétation est tout de même limitée par le nombre faible des items et son approche trop linéaire de la clinique périnatale.

■ Évaluation de la réactivité à l'événement traumatique

Échelle révisée d'impact de l'événement ; Weiss D.S., Marmar C.R. (1996). Traduction française : Brunet A., King S., Weiss D.S. (1998)

Cette échelle a été réalisée à partir de l'échelle d'impact de l'événement d'Horowitz et coll. (1979) afin d'évaluer l'état de stress post-traumatique (ESPT) lié à la guerre, mais également auprès de populations civiles. Ce questionnaire cible deux dimensions de l'état de stress post-traumatique : la dimension « répétition » et la dimension « évitement ». Il s'agit du questionnaire le plus utilisé dans la littérature. L'échelle révisée complète la version initiale en permettant d'évaluer également la dimension « hyperactivité neurovégétative ». Cette version comporte vingt-deux items. La cotation est simple (l'addition des notes obtenues à chaque item permet d'obtenir le score total) et trois sous-échelles peuvent être calculées : symptômes intrusifs, symptômes d'évitement, symptômes d'hyperactivité neurovégétative. En ce qui concerne la version d'Horowitz de nombreuses études de validation ont eu lieu et de nombreuses données sont disponibles pour différents types de victimes. Citons notamment l'étude de Cassiday et coll. (1992) démontrant que l'échelle d'intrusion différencie bien les sujets victimes de viol ayant un ESPT de sujets victimes de viol n'ayant pas un ESPT, alors que l'échelle d'évitement ne le fait pas.

La version française de l'échelle révisée est assez récente mais a été partiellement validée (des études sont en cours pour compléter les propriétés psychométriques), avec des valeurs satisfaisantes, auprès de deux cent vingt-quatre femmes enceintes au moment de la tempête pendant la « crise du verglas », en 1998, au Canada et au nord des États-Unis. Pour cette version un score de 22 serait un indice de la présence d'un stress aigu.

■ L'évaluation des interactions précoces mère-bébé

De très nombreuses échelles existent pour évaluer les interactions précoces mère-bébé (Lebovici, 1983 ; Moro, 1999)¹. Listons les brièvement.

Échelle d'évaluation des conduites néonatales de T.B. Brazelton (1973, 1995)

Cette échelle décrit les états qui reflètent la vigilance du nourrisson, son niveau d'excitation motrice, la qualité de son vécu affectif, sa consolabilité. Elle est constituée de vingt-six items. À travers ces items, l'on peut apprécier les différentes formes de réponses que donne le nourrisson aux stimuli qui lui sont proposés et ses capacités à s'en protéger. D'un point de vue clinique (préventif ou curatif), l'échelle permet de pointer aux parents l'étendue des compétences du bébé, ses capacités de communication avec l'adulte et de participer à l'interaction évaluative afin d'éventuellement les rassurer sur leur fonction parentale.

Les travaux de Stern (1985) et Stern et Bruschweiler-Stern (1997, 1998)

Ils proposent d'évaluer l'accordage affectif et les interactions intramodales ou transmodales mère-bébé.

Les recherches de Lebovici (1983)

Elles ont porté un intérêt soutenu à l'harmonie/dysharmonie dans les interactions comportementales et à la qualité des interactions affectives et fantasmatiques.

GLOS (Greenspan Lieberman Observation Scale) ; Greenspan et Lieberman (1980)

Cette échelle a été mise au point pour évaluer la contingence chez la mère et le bébé.

D'autres outils évaluant divers aspects de l'interaction précoce, ainsi que ceux adaptés à l'exploration chez le petit enfant sont présentés au chapitre 2.

■ La problématique de l'évaluation de la douleur

Cette problématique nous a interrogés. En effet, la douleur est quelque fois exclue par les psychologues comme relevant du champ médical alors que seule la souffrance serait du domaine psychologique. Douleur et souffrance ne nous semblent pas opposables, elles se situent dans un continuum du sujet pris en compte dans sa globalité. Par ailleurs, l'ANAES², qui définit la douleur comme un processus relevant de la perception et du comportement à composantes sensori-discriminatoire, affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale, souligne l'importance de l'intervention psychologique en ce domaine. Différentes études signalent de graves lacunes dans l'évaluation de la douleur, notamment chez l'enfant pour qui elle est largement sous estimée (donc sous-traitée). Ainsi et à titre d'exemple³, pour des douleurs identiques de chirurgie cardiaque, 96 % des adultes ont reçu des antalgiques et seulement 12 % des enfants ! Une étude récente rapporte que les proto-

1. Signalons, à titre d'exemple, qu'en 1995, la revue *Devenir* a consacré son numéro 128 à l'observation du bébé.

2. Cf. ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) et ANDEM (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale), « Évaluation de la douleur chronique chez l'adulte en suivi médical ambulatoire », 2002.

coles écrits d'évaluation de la douleur n'ont été faits que dans 22 % de ces services, les auto-évaluations par des échelles d'évaluation chez les enfants de plus de 6 ans n'ont été pratiquées que dans 43 % des services (dont 25 % des services d'urgence). Par ailleurs, les scores comportementaux chez des enfants de moins de 6 ans (qui ne peuvent exprimer la douleur qu'avec leur corps et leur émotion) n'ont pas été retrouvés pour 84 % des services. En salle de réveil, 30 % des cas n'ont pas bénéficié d'évaluation et ceux qui ont essayé d'évaluer n'ont utilisé les échelles d'évaluation que dans 38 % des cas. La même étude signale que « si la douleur n'est pas la priorité de l'équipe ou la priorité du chef de service, elle est souvent niée par les soignants ». Le psychologue aurait sûrement, étant donné ses compétences, la possibilité de déployer un travail d'élaboration auprès des membres de l'équipe portant sur la résistance et le déni de la douleur.

■ Outils permettant l'évaluation de la douleur chez l'adulte (chez la mère en l'occurrence)

Échelles unidimensionnelles de la douleur¹

Ces échelles sont surtout utilisées en médecine comportementale mais le psychologue pourra s'en servir auprès de patients somatiques. Il en existe de trois sortes :

- *l'Échelle visuelle analogique (EVA)* est une droite de 100 millimètres allant de « aucune douleur » à une extrémité à « douleur maximum imaginable » à l'autre bout. Le sujet devra indiquer sur la droite, la graduation qu'il pense coïncider avec ce qu'il ressent. La valeur numérique cotée sera la mesure en millimètres à partir du 0 ;
- *l'Échelle verbale simple (EVS)* est composée de quatre ou cinq descriptifs hiérarchisés suivant la douleur. Le sujet choisira le terme qui traduit mieux sa douleur. Exemple d'EVS : 0 : douleur absente ; 1 : douleur faible ; 2 : douleur modérée ; 3 : douleur intense ; 4 : douleur extrême ;
- *l'Échelle numérique (EN)* de 0 à 10 (ou de 0 à 100) sur laquelle le sujet doit coter sa douleur.

Ces échelles, rapides et permettant des mesures répétées, sont très utilisées dans les études sur les effets des substances analgésiques dans le temps. Elles permettent d'obtenir un indice de l'intensité de la douleur mais ne peuvent aspirer à des études psychométriques. Ces échelles pourraient s'avérer utiles pour le psychologue afin d'évaluer « l'état douloureux » d'un patient, avant un entretien par exemple.

QDSA (Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine) ; Boureau F. (1984)

À l'aide de ses cinquante-huit qualitatifs, répartis en seize catégories, ce questionnaire permet une évaluation quantitative et qualitative de la douleur. Seront explorés les aspects sensoriels (neuf premières catégories) et les aspects affectifs (sept dernières catégories) de celle-ci. Le choix des des-

3. Ces données sont tirées du cours du Pr. Tajfel P., Dr Druais P., « Autour de la douleur de l'enfant », Centre hospitalier de Versailles, unit d'évaluation et de traitement de la douleur. In : UMVF, université virtuelle Paris-V.

1. Cf. Boureau et al. « Évaluation de la sévérité d'une douleur », in *Pratique du traitement de la douleur*, Paris, Doin, 1988. Cité par Bouvard M., Cottraux J., *op. cit.*, 1996.

cripteurs affectifs correspondrait à un vécu anxieux ou dépressif de la douleur.

Le sujet doit d'abord choisir tous les adjectifs qui décrivent sa douleur et qui offriront, après cotation, une description qualitative de cette dernière. Puis, il choisira, au sein de chaque catégorie, l'adjectif qu'il estime mieux la décrire et lui attribuera une note de 0 (« pas du tout ») à 4 (« extrêmement »). Actuellement trois scores sont retenus dans les études :

- le *score total* (QDSA-T) correspond à la somme des notes données par le patient à l'adjectif décrivant le mieux sa douleur dans chaque catégorie : il est donc la somme de QDSA-S et de QDSA-A ;
- le *score sensoriel* (QDSA-S) est la somme des notes attribuées par le sujet aux adjectifs décrivant le mieux sa douleur dans les neuf catégories sensorielles (de A à I) ;
- le *score affectif* (QDSA-A), quant à lui, correspond à la somme des notes données par le patient aux adjectifs décrivant le mieux sa douleur dans les sept catégories affectives (sept dernières).

Outre des qualités psychométriques satisfaisantes, les études de validation ont notamment souligné le fait que le QDSA-S semble départager les sujets contrôles des sujets souffrant de douleurs sans cependant différencier systématiquement les différents types de douleurs, alors que le score total et le QDSA-A semblent le faire. Par ailleurs, il ressort que la douleur serait modérément corrélée à l'anxiété et à la dépression.

Échelle du comportement douloureux¹ ; Boureau F. (1985)

Cette échelle permet d'apprécier la répercussion d'une douleur, quelle que soit son étiologie, sur le comportement du sujet évalué dans divers domaines de sa vie (activité professionnelle, loisirs, relation, déplacements, sexualité, appétit...). Elle offre l'avantage de pouvoir être remplie non seulement par le patient mais aussi par un proche ou par le médecin à partir des informations recueillies lors d'un entretien.

Aucune étude de validation n'a eu lieu, nous avons cependant choisi de présenter cet outil car il permet d'apprécier l'impact de la douleur sur la qualité de vie du sujet. Utilisée avant et après un traitement, elle permet de comparer les données ce qui fournira des indications au clinicien.

The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI, Inventaire multidimensionnel de la douleur) ; Kerns D.C. et al. (1985)²

Cet auto-questionnaire permet d'évaluer l'historique et les incidences de la douleur dans la vie du sujet. La version courte est le BPI (*Brief Pain Inventory*), dont le QCD (Questionnaire concis sur les douleurs) est la traduction en français.

Dès sa naissance, l'enfant ressent la douleur. Chez le nouveau-né, stress et douleur se mêlent, les réactions physiologiques et comportementales sont ses manifestations. Le nourrisson ne possède pas encore les capacités cognitives qui lui permettraient de circonscrire les effets de la douleur : il est en état de détresse, massivement envahi par la douleur.

1. Cf. Bouvard M., Cottraux J., *op. cit.*, 1996.

2. *Source* : extrait d'une communication de Turk DC. Cité in CISMef/www.Chu-Rouen.fr.

Les grilles d'évaluation de la douleur chez l'enfant s'inscriront dans une observation attentive du comportement de l'enfant qui doit porter sur une période prolongée (se comptabilisant en heures) afin d'éviter des erreurs graves d'appréciation et de permettre d'apprivoiser l'enfant douloureux en l'observant d'abord à distance, dans les bras de ses parents. Le petit enfant ne possédant pas la capacité de communiquer sa douleur à l'entourage, la qualité de l'observation par un (voire plusieurs) tiers sera essentielle, de même que le recueil des informations délivrées par les parents (qualité du sommeil, capacité de se consoler, troubles de l'alimentation...).

L'observation du nouveau né, portera sur des manifestations neurovégétatives du domaine médical et sur des manifestations comportementales : agitation, crispation, modification de la tonicité, mouvements de défense, consolabilité difficile à obtenir, succion perturbée¹.

■ Outils pour l'évaluation de la douleur du nourrisson

DAN (Grille d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né)² ; Carbajal et al. (1997)

Cette échelle a été validée pour l'évaluation de la douleur aiguë du nouveau né par l'observation de 5 items : expressions du visage, l'état d'agitation corporelle, caractéristiques du sommeil, capacités relationnelles (sourire, refus de contact, etc.), besoin de réconfort ou l'impossibilité de le calmer (inconsolable, succion désespérée)

EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né)³ ; Debillon et al. (1994)

Cette échelle est utilisable chez le nouveau né pour une *situation douloureuse durable* liée à une pathologie prolongée ou en cas de répétition de soins douloureux. Elle comporte cinq items et nécessite un temps d'observation prolongé de l'enfant (de 4 à 8 heures).

Le score AMIEL-TISON⁴

Elle permet d'évaluer la *douleur post-opératoire du nouveau né de 0 à 3 mois*. Un score inférieur à 15 nécessite une thérapeutique antalgique adaptée. La cotation des dix items est inversement proportionnelle à la douleur : 10 = douleur majeure, 20 = enfant parfaitement calmé.

L'Échelle CRIES⁵

Elle prend en compte les pleurs (« *crying* »), des aspects médicaux (besoin d'oxygène, augmentation des paramètres vitaux), l'expression, le degré d'insomnie, pour évaluer *les douleurs plutôt aiguës*. Il existe une forme destinée aux prématurés : PIPP (*Premature Infant Pain Profile*)⁶.

1. Cf. Site Internet de la faculté de médecine-ULP-Strasbourg-France.

2. Cf. Carbajal R., Paupe A., Hoenn E., Lenclen R., Olivier Martin M., « DAN : une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né », *Archives pédiatriques*, 4 (7), p. 623-628. In : site Internet de la faculté de médecine-ULP-Strasbourg-France, 1997.

3. Cf. Debillon et al., « Sémiologie de la douleur chez le prématuré », *Archives pédiatriques*, 1, 1085-1092, 1994, 1, *op. cit.*

4. *Ibid.*

5. Cf. Krechel et Bildner (1995).

6. Cf. Stevens B. et al. (1996).

La fonction intra- et inter-institutionnelle

Le psychologue intervient auprès de l'équipe quand celle-ci a été fortement éprouvée par une situation de détresse telle qu'une grossesse cachée, une mort *in utero* ou une interruption médicale de grossesse. Il devra également être attentif à certaines souffrances institutionnelles qui ont été générées par absence d'anticipation : par exemple, que faire quand l'enfant né très prématurément ne peut être réanimé mais vit encore ? Si aucun protocole n'a été élaboré en amont pour ce type de situation (par exemple en collaboration avec l'équipe mobile de soins palliatifs), l'équipe peut être tellement mise à mal qu'elle préfère subir la situation, pourtant horrible, et en dénier l'impact traumatogène sur elle et sur les parents concernés. Parfois, c'est le geste, comme le foeticide dans les protocoles d'IMG (interruption médicale de grossesse) qui met à rude épreuve l'éthique du soignant, même si l'acte a été préparé en équipe et accepté par la famille. Dans le cas des IVG à répétition, les soignants, piégés par leurs propres systèmes de valeur et un contre-transfert négatif, peuvent se voir dans l'impossibilité de pratiquer l'acte demandé – leur jugement moral de la femme concernée inhibe un accompagnement qui se voudrait pourtant authentique (Molénat, 1997).

On le voit, les situations de souffrance institutionnelle sont nombreuses. Pour réguler cette souffrance et offrir un espace d'élaboration, le psychologue peut proposer des réunions de réflexion sur la pratique, planifiées de façon régulière ou ponctuelle, en fonction de la demande et de l'organisation de la vie institutionnelle. Soulignons toutefois, qu'il ne saura effectuer la *supervision* de l'équipe dont il fait lui-même partie. Comme dans tout autre contexte de travail, il devra veiller à la compatibilité de ses missions.

De manière globale, le psychologue participe à l'établissement des actions qui sont à mener au sein de l'institution : participation à des groupes de réflexion sur le travail en réseau, projets d'action de prévention, élaboration de protocoles de soin et des moyens d'amélioration de la communication entre soignants et soignés... Sur le plan inter-institutionnel, il facilite les liaisons entre les différents partenaires que nous avons énumérés ci-dessus. Il peut entre autres proposer des solutions à des problèmes concernant l'organisation du travail, la mise en commun des informations entre les différentes structures et la gestion du secret professionnel.

Actuellement, ce sont surtout les actions de prévention et les initiatives de collaboration entre les différents services qui se multiplient. Les équipes de maternité se forment à la relation d'aide et s'intéressent à la femme enceinte dans sa globalité. Les psychologues investissent de plus en plus la périnatalité

et leur action y est progressivement reconnue par le corps médical¹. Il est en effet urgent de dépister les souffrances périnatales et d'accompagner, en équipe pluridisciplinaire, les familles à risque (Galley-Raulin, 2003). Prévenir le plus tôt possible la maltraitance physique et psychologique de l'enfant constitue une priorité de santé publique. C'est répondre, en partie, à la circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale des enfants et des adolescents concernant spécifiquement les soins aux nourrissons et aux très jeunes enfants.

Par ailleurs, il convient d'engager un travail approfondi en équipe sur l'indication, afin de pouvoir différencier les situations qui relèvent de l'intervention du psychologue et celles que l'équipe soignante peut prendre en charge elle-même. L'encadrement soignant (médecins et cadres sages-femmes) et le psychologue doivent effectivement veiller à ce que les demandes de consultations psychologiques soient justifiées et à ce que l'on n'assiste ni à une banalisation de situations graves ni à une « surpsychologisation » des situations qui n'ont pas lieu de l'être². Il serait tout aussi dommageable de proposer des soins à des personnes qui n'en ont pas besoin qu'à l'inverse, de laisser des personnes en grande souffrance psychologique sans proposition de suivi. De ce fait, il est important que chaque groupe professionnel connaisse les compétences des autres intervenants ainsi que ses propres limites. Enfin, il est tout aussi important que l'équipe soignante et le psychologue aient réfléchi sur un projet d'accueil en maternité qui prenne en compte la dimension psychique de la patiente.

Le temps FIR

La troisième fonction du psychologue, son tiers temps (FIR), est définie par la circulaire DH/8D/85 du 24 mai 1985 comme suit :

-
1. Signalons l'expérience féconde de M. Szejer (1997) qui a introduit l'écoute psychanalytique en maternité auprès des nouveaux-nés.
 2. L'on assiste actuellement à un engouement de nombre d'équipes en maternité pour l'action du psychologue, peut-être favorisé par la surmédiation de la psychologie. Du « presque rien psychologique » qui a pu régner auparavant dans ces services ne percevant pas l'utilité du psychologue, on est passé au « tout psychologique », les services sollicitant son avis sur des situations pouvant être prises en charge par l'équipe elle-même. Or les deux extrêmes sont tout aussi néfastes : l'intervention du psychologue ne doit ni se substituer à celle de l'équipe soignante (« il n'y a que notre psychologue qui sait y faire »), ni être discréditée par l'équipe par manque de conviction de son efficacité (« nous, on fait tout aussi bien ») – le problème central étant la définition des rôles de chacun.

Une fonction de formation, d'information et de recherche. Le psychologue se doit d'actualiser sa formation sur les évolutions des méthodes et connaissances. Tous moyens doivent lui être donnés pour permettre cette formation. Il peut assurer, auprès des personnes des établissements visés à l'article L. 792 du Code de la Santé publique et auprès des écoles ou centres de formation qui y sont rattachés, des formations relevant de sa compétence. Il a une obligation d'information personnelle et assure le retour à l'établissement de cette information. Enfin, il peut participer à toutes recherches ou les susciter.

► La formation

Le psychologue peut participer à des formations dans le domaine dans lequel il s'est spécialisé ou en assurer lui-même, notamment à travers l'accueil de stagiaires et la formation des équipes. Citons, pour illustrer le premier cas de figure, des formations sur l'observation des interactions précoces mère-enfant ; sur les incidences psychologiques qu'ont les nouvelles techniques médicales (DAN, AMP, IMG, etc.) sur les usagers. Ces formations, de durée variable, sont proposées par des organismes de formation, des centres universitaires ou encore des sociétés savantes constituées pour étudier, promouvoir et débattre des connaissances en périnatalité. Les revues spécialisées telles que *Enfance*, *Spirale*, *Devenir* permettent de s'informer sur l'offre de formation. Les revues plus générales telles que *Carnet psy* ou le *Journal des psychologues* donnent également un aperçu dans leurs agendas de formation. Pour illustrer le deuxième cas de figure, voici le rapport d'un psychologue clinicien qui est intervenu, dans le cadre d'un projet de service, auprès d'un service de maternité.

Une formation dans un service de maternité sur les interactions précoces mère/enfant

Rappel des objectifs

Cette formation a eu pour objectifs d'apporter des éléments tant théoriques que pratiques sur les interactions précoces mère-enfant, les possibilités de prévention ou de traitement de leur dysfonctionnement et l'élaboration d'une grille d'observation commune aux différents intervenants.

Le groupe

Dans le cadre des quatre journées de formation, j'ai travaillé avec un groupe composé au total de 16 stagiaires de trois services différents : des aides-soignantes, des sages-femmes, des infirmières, des puéricultrices de PMI, une assistante sociale et les deux surveillantes du service de pédiatrie et de maternité. Le groupe s'est homogénéisé très vite au moyen des différentes mises en situations proposées. Au fur et à mesure, il s'est construit une bonne ambiance de travail. Après avoir présenté les axes du programme, j'ai évalué, sous forme de discussion et d'échange, les attentes du groupe qui portaient tant sur l'apport d'informations techniques et théoriques que sur des études de cas pratiques. Les nombreux échanges au sein du groupe ont permis aux soignants de s'informer mutuellement sur leurs missions et de mieux concerter leurs actions.

Le déroulement

Étant globalement en adéquation avec les attentes des stagiaires, le programme de formation s'est déroulé comme prévu. J'ai abordé lors de la première session de la formation les aspects psychologiques et psychopathologiques de la maternité et de la paternité ainsi que des situations de grossesse dont la spécificité peut être liée à la toxicomanie ou à l'immigration. Ont été abordées la signification du *baby blues* et la prévention de la dépression postnatale et de la psychose puerpérale.

Il a été débattu avec le groupe de la médicalisation de la grossesse et des problèmes de déshumanisation dont se sont plaints les stagiaires. Un grand nombre de questions sur l'organisation des services concernées ont alors été soulevées. Conjointement, les angoisses se rattachant à l'accouchement et le statut de sujet du bébé ont été abordés. Le groupe a envisagé

de mettre en place une réunion inter-services. Lors de la deuxième partie de la formation, j'ai présenté les différents éléments cliniques de la dépression du post-partum et les facteurs à risque auxquels les soignants doivent être attentifs. J'ai abordé avec le groupe les enjeux psychologiques des situations de terrain spécifiques dont les IMG, la mort *in utero* et la naissance d'un bébé porteur de handicap.

Les moments forts

Les études de cas pratiques ont introduit une bonne dynamique de groupe et une réflexion sur des situations à haut risque psychopathologique. L'alternance régulière entre les apports théoriques et la pratique a permis d'envisager des moyens concrets que les soignants peuvent déployer pour prévenir ou du moins amoindrir la souffrance des familles concernées. Les échanges entre les soignants des différents services ont permis une véritable interrogation sur leur pratique et une mise en commun de leurs compétences.

Les prises de conscience

Tout au long de la formation, les stagiaires ont été sensibilisées aux répercussions psychologiques des différentes formes de maternité. Comment connaître ces répercussions ? Comment accompagner la mère et l'enfant ? Comment adapter les soins à la situation spécifique de la mère qui est exposée à des facteurs à risque importants ? Comment donner une place au père ? Telles furent les questions pratiques qui ont été débattues. Le groupe a surtout reconnu l'importance fondamentale de la prévention dans ce domaine. Le groupe ayant été motivé, le bilan est, sous de nombreux aspects, positif.

Perspectives

Pour l'avenir, il reste un certain nombre de points à approfondir afin d'inscrire la formation dans une continuité et d'en assurer les retombées à long terme :

- le groupe a exprimé le souhait d'organiser des réunions inter-services afin d'assurer une meilleure coordination de leur travail et de développer, de manière globale, le travail en réseau ;
- le groupe a exprimé le besoin d'avoir, de manière régulière, la possibilité de mener une réflexion sur sa pratique professionnelle. Il serait souhaitable que le service fasse appel à un psychologue qui pourrait encadrer, sous forme de supervision, cette activité ;



– de même, le groupe souhaite une sensibilisation plus grande aux aspects psychologiques tant de leur travail que de la prise en charge des patientes à la maternité, en pédiatrie et à la PMI. La création d'un poste de psychologue a été évoquée ;

– en ce qui concerne la formation, le groupe a fait part des difficultés qui peuvent entraver l'application pratique des connaissances acquises. D'une part, les soignants ont toujours plus de tâches à accomplir, d'autre part, ils disposent de toujours moins de temps et de personnel pour répondre de façon adéquate à leurs charges.

Motivé par la formation, le groupe souhaite réaliser plusieurs projets importants. Il désire :

– mener des entretiens avec les patientes lors du suivi de grossesse sur leurs antécédents, sur leur situation actuelle de la mère et sur leurs rapports avec leur propre mère. Une formation complémentaire portant sur la conduite de tels entretiens et la relation d'aide a été demandée ;

– actualiser le livret d'accueil à la maternité. Mieux l'introduire auprès des patientes. Travailler sur l'identité du service et augmenter sa « lisibilité » pour les usagers. Réaliser un trombinoscope qui permette d'identifier chaque soignant et ses fonctions ;

– élaborer un livret de sortie qui comprend des adresses utiles et classées en fonction des besoins des usagers (services sociaux, modes de garde, associations, etc.) ;

– élaborer des conduites à tenir plus homogènes pour des situations de terrain difficiles ;

– faire un travail plus approfondi sur les circulaires et les textes qui s'y réfèrent. J'ai remis à la disposition du service un cahier de documentation qui servira tant de résumé de la formation que de base à ce travail d'approfondissement ;

– élaborer une fiche d'observation comprenant les différents facteurs à risque étudiés lors de la formation. Cette fiche sera envoyée pour évaluation à la formatrice avant d'être mise à l'épreuve sur le terrain.

► L'information

Afin d'actualiser ses connaissances, le psychologue suivra régulièrement les parutions qui font évoluer son domaine (revues, collections, publications spécialisées). Il participera à des congrès, journées d'études ou des séminaires spécifiques à son champ d'exercice et en assurera le retour de l'infor-

mation auprès de son service. Dans le but de discerner son implication personnelle dans le suivi des patientes et favoriser la prise de recul, il élaborera son contre-transfert soit dans des séances de supervision auprès d'un collègue expérimenté, soit dans un groupe de réflexion sur la pratique. Pour débattre des aléas de la pratique, développer la solidarité collégiale et gagner en poids politique auprès de l'administration, il pourra adhérer à un syndicat de psychologues, s'intégrer dans un collège des psychologues ou, le cas échéant, en fonder un.

► La recherche

En alliant créativité, nouveaux savoirs et esprit de synthèse, le travail de recherche clinique est un exercice fondamental complétant la panoplie des activités du psychologue qui peut par exemple s'inscrire en Master 2 Recherche ou s'engager dans l'élaboration d'une thèse. Ainsi, il peut, en définissant un cadre de recherche rigoureux et respectueux de la déontologie, mettre en place une étude permettant d'affiner les connaissances en périnatalité (par exemple, facteurs de réussite de l'allaitement maternel ; restauration des pratiques culturelles périnatales et qualité du lien mère-enfant chez la dyade migrante ; facteurs d'échec des FIV à répétition ; prévention des IVG à répétition, etc.). Il pourra formaliser sa pratique par l'élaboration d'articles ou par des communications dans des congrès.

L'ensemble de ces activités, outre leur intérêt indéniable de favoriser la professionnalisation du psychologue, comporte un autre avantage important : le fait de participer à des colloques, être membre d'un groupe professionnel, exposer ses difficultés pratiques auprès de pairs bienveillants permet au psychologue de s'inscrire dans un groupe d'appartenance, de rompre l'isolement, de trouver des conseils – ce sont là des facteurs de protection contre le stress auquel le terrain ne manquera pas de le confronter.

3. Exemples d'intervention sur le terrain

Ce paragraphe est consacré à la présentation de plusieurs vignettes cliniques permettant de concrétiser le travail du psychologue clinicien en maternité.

Intervention du psychologue lors des complications psychogènes de la grossesse

En raison des mouvements psychiques complexes que nous avons décrits plus haut, la grossesse puis la naissance peuvent induire une décompensation chez la jeune mère. Cette décompensation empruntera différentes voies, selon la personnalité prémorbide de la jeune femme laquelle est basée soit sur une structure névrotique, soit sur une structure psychotique, soit sur une organisation état limite (Bergeret, 1997). À l'écoute de sa souffrance, le psychologue essaiera prudemment d'identifier, dans le fonctionnement psychique de la jeune femme, l'instance dominante, la nature du conflit, le type de l'angoisse, les mécanismes de défense ainsi que son type de relation d'objet. En effet, il est important que le psychologue puisse situer la personnalité de la jeune mère pour poser des objectifs en adéquation avec les ressources de celle-ci, pour orienter les entretiens et pour donner des indications aux soignants en vue de son accompagnement ultérieur.

VIGNETTE CLINIQUE N° 1

« La peur au ventre » : l'accompagnement d'une patiente très angoissée lors de sa grossesse

Bénédicte F. est enceinte de 5 mois quand elle est adressée par la sage-femme au psychologue. Elle présente une angoisse importante suscitée par le fait qu'elle ne puisse contrôler sa grossesse. Elle est dans l'attente permanente de mouvements fœtaux et s'affole dès que le fœtus ne bouge pas durant quelques heures. Serait-il mort ? Son angoisse se traduit par l'apparition de tremblements, des suées et une sensation de vertige. Bénédicte est une jeune femme blonde, très jolie. Elle travaille pour une entreprise commerciale. Elle verbalise aisément ses angoisses, ses craintes, libère ses émotions, pleure beaucoup mais sait aussi sourire, voire rire parfois. Bénédicte a connu un premier partenaire avec lequel elle n'a pu avoir d'enfants vivants malgré l'aide de l'AMP. Elle a subi une fausse couche qui l'a traumatisée. Elle vivait un enfer, cet homme était violent. L'enfant qu'elle souhaitait lui apparaissait comme « la seule chose de bien dans sa vie qui pouvait lui arriver ». Avec le recul, Bénédicte se rend bien compte de l'erreur qu'elle aurait commise si elle avait eu cet enfant... Actuellement, elle vit avec un homme qu'elle décrit comme gentil, patient, qui a déjà un enfant. Il l'aide énormément à traverser l'épreuve de la grossesse.



Pour le psychologue, les pistes de travail seront les suivantes :

- recueillir le vécu de l'histoire personnelle de Bénédicte ;
- explorer le type de relation que Bénédicte a établi avec son premier et son second conjoint ;
- explorer la relation de Bénédicte avec ses parents ;
- déterminer à partir du discours de Bénédicte les traits essentiels de son fonctionnement psychique : instance dominante, type du conflit, nature de l'angoisse, mécanismes de défense, type de relation objectale.

Lors des entretiens suivants, il apparaît que Bénédicte a un père extrêmement exigeant, autoritaire et une mère soumise mais qu'elle décrit comme aimante. Elle est la 4^e d'une fratrie de 5. Elle dit avoir de bonnes relations avec sa mère et elle est la seule de la fratrie à garder un contact avec son père. Bénédicte lui trouve des excuses à être égoïste, fier et autoritaire. Elle dit qu'il faut « essayer de le comprendre ». Sa mère lui fait parfois de la peine, elle aurait pu être plus heureuse si elle s'était opposée au comportement destructeur de son mari. Ce sont ses parents qui l'ont « tirée d'affaire » : ils l'ont écartée de force de son premier partenaire et l'ont confiée à une maison de repos. La jeune femme est restée deux années sous antidépresseurs. Elle relate un épisode d'anorexie mentale après ses 18 ans. Elle cultive une image d'elle-même assez négative mais c'est surtout après l'échec de son premier couple qu'elle a perdu confiance en elle. Dans son discours, il est possible de repérer des éléments qui confirment une personnalité aux états narcissiques fragiles. Son existence est marquée par une déception quasi constante. Et le fait qu'elle soit justement souvent déçue de ce qu'elle met en acte (« le bonheur est impossible »), qu'elle soit imprégnée des principes éducatifs rigides de son père (elle le perçoit bien dans sa relation avec l'enfant de son deuxième conjoint), la fait souffrir énormément.

Bénédicte éprouve une angoisse d'abandon : elle craint toujours que son entourage ne l'aime plus : père, mère, conjoints. Elle peut aller jusqu'à se mettre en danger pour ne pas être abandonnée. La relation qu'elle vit avec son premier conjoint ressemble sensiblement à celle qu'entretenait sa mère avec son propre père : soumission, attitudes sacrificielles qui seraient le prix à payer pour « être » (exister) plus que pour « avoir » (avoir l'enfant). Bénédicte dit ne pas pouvoir se passer de ses parents et attendre beaucoup de ces derniers tout en leur renvoyant l'image de « celle qui peut s'en sortir ». Le type de relation d'objet est davantage anaclitique que génitale : elle attend beaucoup de l'autre, l'enfant vient combler un manque narcissique.





Au fil des entretiens avec le psychologue, elle prend conscience à la fois des aspects rigides de sa personnalité mais aussi d'une certaine soumission dans sa relation à l'autre. Cette rigidité semble constituer une défense essentielle et permet à la jeune femme de conserver l'illusion de la maîtrise complète des objets qui l'entourent. C'est finalement lors de la cinquième séance que quelques liens se font, surprenants, entre l'angoisse inexplicable et tenace de perdre l'enfant et le décès brutal, alors qu'elle avait 7 ans, d'un oncle (frère de sa mère) âgé de 27 ans. Cet oncle, très proche de Bénédicte, se serait endormi et aurait été retrouvé décédé, au petit matin, d'une rupture d'anévrisme. Les larmes abondent, les souvenirs reviennent : le désespoir de sa mère, l'inexplicable mort, l'injustice... S'endormir et ne pas se réveiller, c'est du champ des possibles également pour le petit qu'elle porte. Un certain apaisement va s'installer dès lors que ces deux histoires vont se démêler...

Cette situation clinique illustre le développement de troubles psychiques chez la femme enceinte non induits par une difficulté d'ordre médical, mais par une angoisse dont l'origine a été camouflée par des événements refoulés. Cette angoisse se greffe, dans le cas de Bénédicte, sur une personnalité aux assises narcissiques fragiles pouvant difficilement faire face aux remaniements multiples exigés par la grossesse.

Sur le terrain, ces situations sont nombreuses et méritent que les équipes et le psychologue s'y attardent. À court terme, les soins relationnels prodigués évitent que la grossesse ne soit vécue par la femme comme un calvaire. À moyen terme, l'on peut espérer que lors de son accouchement, le *baby blues* ne se transforme en dépression avérée. À plus long terme, ils contribuent à la prévention de la maltraitance de l'enfant. Afin d'assurer une continuité dans les soins de Bénédicte, le psychologue peut transmettre à l'équipe qu'elle nécessitera à l'accouchement et dans les suites de couches une écoute attentive, un travail sur l'écart entre ses représentations et la réalité et une restauration narcissique importante. À la sortie de la maternité, l'accompagnement ultérieur par l'équipe de PMI et des séances régulières avec le psychologue permettront à Bénédicte de s'approprier des schémas familiaux moins rigides tout en s'aidant de ses images parentaux.

Intervention du psychologue en situation de deuil périnatal

Après avoir fait l'objet d'un déni tant sur le plan de la société que du corps médical, le deuil périnatal est actuellement au cœur de nombreux travaux. Depuis une dizaine d'années, des auteurs se sont intéressés à sa spécificité.

Citons, à titre d'exemple, Rousseau (1995, 1998) qui a formalisé ses expériences en tant qu'obstétricien sur le terrain et la réflexion pilote que le service de maternité Jeanne de Flandres à Lille a menée afin de mettre en place un dispositif de soins adaptés (voir à ce sujet le témoignage de Lof, 2000). Enfin, Frydman et Flis-Trèves (dir. ; 1997), Le Grand-Séville, Morel et Zonabend (dir. ; 1998), Haussaire-Niquet (dir. ; 1998) et Squires (2002) ont dégagé des pistes pour la prise en charge des mères et de leur famille.

Rappelons très schématiquement que le deuil regroupe un ensemble de réactions émotionnelles, somatiques et comportementales qui constituent l'état de deuil à proprement parler. Mais c'est surtout un processus dynamique, une crise permettant ou non une résolution psychique. Classiquement, quatre phases sont décrites (Bowlby, 1984) :

- une phase d'engourdissement psychique lié au choc, à la sidération provoquée par la perte de l'objet ;
- une phase de révolte : rage impuissante, colère, incompréhension ;
- une phase de dépression ;
- une phase de réorganisation au cours de laquelle de nouveaux investissements sont possibles.

Pour Allouch (1995), le deuil de l'enfant est le paradigme même du deuil, lequel est d'autant plus difficile à réaliser que l'enfant n'aura pas ou très peu vécu (De Galembert, 2004). Or, le déroulement du deuil se complique encore plus lors de l'interruption médicale de grossesse : il s'ajoute à la perte anticipée de l'objet une forte culpabilité d'avoir engendré un enfant mal formé, d'éprouver de la haine à son égard et de « vouloir en finir vite » (Bensoussan, 1997). Faire le choix d'interrompre la grossesse décuple cette culpabilité. Elle est moindre lorsque la malformation est létale, le pronostic ayant un effet soulageant : « De toute façon, il n'aurait pas vécu ». Par contre, dans le cas de la trisomie-21 par exemple, le conflit d'ambivalence qui tenaille le couple est majoré par le fait que leur enfant aurait pu vivre avec l'anomalie chromosomique qu'il présente.

Un profond sentiment de honte, d'incompétence et d'incapacité à être parents peut induire une dépression majeure, dont l'intensité et la durée dépendent, entre autres, du degré d'estime que les futurs parents ont atteint auparavant. Si le désir d'enfant se situait sur un versant essentiellement narcissique, le traumatisme sera d'autant plus important et sa restauration longue et difficile. Évaluer la nature du désir d'enfant selon le versant narcissique ou objectal permet dans ce contexte d'orienter l'entretien et de définir des pistes de travail (Galley-Raulin et Caron, 2001). Le

psychologue peut réaliser cette évaluation après l'interruption médicale de la grossesse mais idéalement en amont.

La proposition faite aux parents de rencontrer la fratrie reçoit souvent une réponse positive, les parents se sentant complètement anéantis et démunis pour révéler à l'enfant que son frère ou sa sœur naîtra mort.

L'équipe, quant à elle, est également bouleversée par les interruptions médicales de grossesse. L'identification à l'enfant que la patiente porte mais aussi à la patiente elle-même confrontée au choix difficile, le refus du geste dit « thérapeutique » sur fond de valeurs personnelles, la culpabilité de l'acte en lui-même, la soumission passive à la hiérarchie induisent une souffrance institutionnelle qu'il faudra mettre en mots, dans un cadre contenant et approprié, pour qu'elle ne parasite pas le travail de soins et ne provoque pas, à plus long terme, le *burn out* des soignants.

VIGNETTE CLINIQUE N° 2

« Dire au revoir à la petite » : l'accompagnement d'une famille lors d'une interruption médicale de grossesse

Mélanie T., 24 ans et son ami, 25 ans, sont des gens du voyage. Ils ont une petite fille, Sophie, de 4 ans et attendent leur deuxième enfant. À 33 semaines d'aménorrhée, un retard de croissance utérin est découvert. À trente-cinq semaines, une échographie spécialisée montre une microcéphalie importante ainsi qu'une hypoplasie cérébelleuse. Une interruption médicale de grossesse est proposée et validée par le centre pluridisciplinaire de diagnostic anténatal. L'acte est finalement accepté par le couple.

Une ponction de sang fœtal et une autopsie de l'enfant sont demandées par le corps médical en vue d'établir une étiologie génétique. Le protocole d'interruption de grossesse est établi ainsi : fœticide par injection de morphiniques et de potassium en intra-cardiaque sous contrôle échographique, puis déclenchement de l'accouchement par prostaglandines.

La patiente entre dans le service, son ami l'accompagne. Prostrée au fond de son lit, mutique, elle attend les mains posées sur son ventre. La sage-femme a repris avec le couple le déroulement des deux jours à venir : fœticide et déclenchement de l'accouchement. Les parents doivent se prononcer quant à l'acceptation de la prise de sang au cordon (la cordo-

centèse) et de l'autopsie. Par ailleurs, ils doivent aussi faire le choix d'un prénom, décider de l'intervention d'un officier religieux, réfléchir sur un éventuel don du corps ou encore sur la façon dont ils envisagent les obsèques.

Dans ce contexte douloureux, le couple doit décider rapidement. Toujours en état de choc, il n'en a pas les moyens et refuse la ponction de sang et l'autopsie.

Sur demande de l'équipe, le psychologue intervient dans cette situation. Auprès de la patiente et sa famille, ses objectifs sont les suivants :

- faire sortir la jeune femme de son mutisme ;
- faciliter la libération de ses émotions ;
- accueillir le vécu et le ressenti des deux parents ;
- les aider à se projeter dans les deux jours qui viennent ;
- les aider à prendre des décisions ;

mais aussi :

- s'intéresser à ce qui a pu être dit à la famille et surtout à la petite Sophie ;
- s'assurer d'un soutien familial élargi.

Lors de l'entretien, après que Mélanie T. et son ami aient verbalisé la souffrance à vivre une telle situation, ils se mettent à pleurer. La culpabilité émerge, puissante et destructrice, venant empêcher une quelconque structuration du deuil. La mise en mot permet alors au couple de recouvrer une certaine sérénité, d'amorcer l'acceptation de l'arrêt de la grossesse et des moyens qui seront mis en œuvre pour.

Ils essayent d'envisager l'avenir à court terme, ils posent des questions sur le déroulement des deux jours, acceptent la ponction de sang fœtal mais refusent l'autopsie. Ils choisissent un prénom, Camille, pour l'enfant à naître, refusent l'intervention d'un représentant religieux mais demandent à ce que l'enfant soit signé par la sage-femme. Ils souhaitent prendre l'enfant dans leurs bras à la naissance et organiser des obsèques pour elle.

Le soutien de la grand-mère maternelle est important, ce qui augure d'une bonne capacité de la mère à s'engager dans un processus de deuil. Mélanie et son ami sont dubitatifs par rapport à ce qu'il faudrait « dire » à la petite Sophie : ils pensent ne pas pouvoir trouver les mots. Ils s'effondrent à nouveau. Identification à Sophie, crainte de sa réaction à l'annonce de la mort de sa sœur, projection de leur propre douleur



sur l'aînée, culpabilité envers elle, image de « mauvais parents » – tout se bouscule en un chaos affectif. Le psychologue propose alors de rencontrer Sophie avec ses parents et de lui parler de sa sœur. Les parents acceptent, soulagés. La rencontre avec Sophie, avant la naissance de Camille, permet de mettre des mots sur le devenir du bébé, la souffrance des parents, et la tristesse que va induire cette situation pour chacun. Elle permet également de dégager Sophie de toute responsabilité. L'enfant écoute, pose des questions sur le devenir de sa sœur. Le psychologue lui propose de faire un dessin pour le mettre dans le cercueil. Elle accepte d'emblée. Le jour de la naissance de Camille, la grand-mère viendra avec Sophie. Elles lui diront « au revoir » en l'embrassant et en la caressant.

Le psychologue rencontre une nouvelle fois Mélanie T. à la sortie pour :

- faire le bilan émotionnel mais aussi rationnel de cette épreuve ;
- évaluer le retour à domicile, l'aide qu'on va pouvoir lui apporter ;
- proposer un entretien à distance si elle/le couple et Sophie en éprouvent le besoin.

Auprès de l'équipe, les objectifs du psychologue dans ce cas de figure sont les suivants :

- transmettre régulièrement les informations et proposer des pistes de travail à l'équipe soignante ; assurer en collaboration avec elle une continuité des soins relationnels ; reconnaître l'intensité de l'épreuve auprès de la famille et de respecter sa détresse par une présence contenante et, le cas échéant, silencieuse ;
- étayer l'équilibre affectif de l'équipe dans cette situation où la juste distance est difficile. En effet, l'acte du fœticide ébranle très sérieusement le soignant dont l'idéal professionnel et l'éthique repose sur le soin et les gestes qui sauvent la vie, rejetant violemment celles qui en hâtent la destruction.

Intervention du psychologue lors d'un accouchement prématuré

Lorsque l'accouchement a lieu prématurément, le processus d'intégration psychique de la grossesse et l'investissement de l'enfant à venir se dérèglent. Le changement d'identité – passer de la femme à la mère – et la modification de statut – passer de l'enfant de ses parents au parent de son enfant –

s'opère dans la précipitation et le chaos. La confusion s'installe : qui suis-je ? Elle est due au choc psychique et à cette dépendance accrue, mais néanmoins inévitable, de la jeune mère à sa famille, à l'équipe. Par ailleurs, les identifications de la jeune femme à sa propre mère, à l'enfant qu'elle a été, sont endommagées dans le moment présent. L'accouchement prématuré anéantit l'espoir d'un faire « comme ma mère, voire mieux que ma mère ».

À ce ressenti s'ajoutent le sentiment d'incomplétude, la culpabilité, la blessure narcissique. L'angoisse, mâtinée de dépression, est accrue du fait de la séparation précoce de l'enfant et de sa mère. Plusieurs deuils sont à faire : deuil de la grossesse complète, de la grossesse parfaite, deuil du parent imaginé, deuil de l'enfant imaginaire. La notion de rupture est prégnante : arrêt du travail anticipé, suspension d'une vie sociale et familiale, rupture physique via l'accouchement, rupture psychique via la sidération que l'accouchement prématuré induit inmanquablement.

VIGNETTE CLINIQUE N° 3

« Simon sans machine » : l'accompagnement d'une jeune mère lors d'un accouchement prématuré

Muriel N. a 19 ans, elle accouche en maternité de type 3 de son petit Simon, 1 420 g, à 31 semaines d'aménorrhée. La mère est tout de suite séparée de son enfant. Elle ne le verra que quelques heures plus tard relié à diverses machines.

Après un mois passé dans un service de réanimation néonatale de haute technologie, Simon est transféré dans un service de néonatalogie près du domicile de ses parents. Muriel a la possibilité de rester auprès de lui ou de se rendre à son domicile comme elle le souhaite. L'équipe de néonatalogie demande au psychologue d'intervenir le 15^e jour, à la veille de son départ pour la maison. La mère est très angoissée à l'idée de sortir de l'hôpital avec son enfant : insomnie, cauchemars, perte d'appétit, pleurs et tristesse.

Les objectifs du psychologue se définissent ainsi :

- évaluer le niveau d'angoisse maternelle ;
- favoriser l'expression des émotions, du vécu de cette période ;
- évaluer sa capacité à se projeter à domicile avec l'enfant et à s'adapter à des écarts de comportement du petit ;
- aborder les relations familiales et essentiellement la relation de Muriel avec sa mère.



Lors de l'entretien, il apparaît que Muriel doute de ses compétences maternelles : « J'ai vu l'autre jour quand il a régurgité, je l'ai pris, j'ai eu le réflexe mais la puéricultrice qui est arrivée après l'a pris différemment... ». Elle s'inquiète des compétences de « Simon sans machine » à la maison, « parce que les machines, j'ai l'impression que ça le protège ».

Elle évoque sa souffrance lors de cette période et la culpabilité d'avoir donné naissance à un enfant prématurément.

Puis est abordée la relation avec ses propres parents. Elle a toujours été très proche de son père. Sa mère est moins complice avec elle, cette femme a vécu des événements douloureux dans son enfance : décès de sa propre mère sous ses yeux, de nombreuses hospitalisations... Muriel se met à pleurer et dit qu'en fait tout a débuté là : dès l'annonce de sa grossesse à sa mère, cette dernière est devenue dépressive. Elle n'est venue à la maternité que quelques jours après l'accouchement, ce qui a profondément marqué la jeune femme. Y aurait-il un lien à faire entre la dépression de la mère de Muriel et la naissance prématurée de Simon qui serait arrivé plus vite pour faire cesser cette dépression ?

Tentative discrète de restauration narcissique, redécouverte de « Simon sans machine », amorce d'une élaboration de la relation mère-fille, projection dans une vie à domicile avec son enfant sont les pistes de travail principales.

Il est convenu que le retour à domicile se fera le lendemain. Le psychologue rencontrera la dyade le surlendemain pour évaluer le premier jour à domicile.

L'accès à la fonction maternelle chez cette femme a été compliqué par un contexte douloureux induisant un profond doute sur ses compétences et une régression importante, probablement liée à la dépression de sa propre mère et à la naissance prématurée de Simon. Le psychologue conseille à l'équipe d'une part, de valoriser Muriel dans ce qu'elle peut faire, mais aussi dans ce qu'elle est en tant que mère. D'autre part, il incite les soignants à lui proposer de pratiquer le massage à son enfant, ce mode de communication pouvant faciliter leur relation.

Le suivi ultérieur de Muriel N. et de son enfant sera confié à la puéricultrice de PMI pour que des visites régulières à domicile puissent aider la mère à consolider ses acquis.

Intervention du psychologue à la naissance d'un enfant porteur de handicap

Lors du suivi de grossesse, le gynécologue obstétricien découvre parfois à l'examen échographique une malformation ou encore, grâce à l'amniocentèse, une anomalie chromosomique. Il peut s'agir aussi d'une maladie génétique (telle que la mucoviscidose par exemple) découverte soit fortuitement dans les premières semaines de vie de l'enfant, soit lors des recherches en anténatal du fait des antécédents familiaux. La découverte du handicap sidère le couple et l'équipe soignante, elle brise les rêves, les idéaux de « bons parents », de « bons soignants », du « bon enfant ». Elle rappelle brutalement à chacun ses limites.

Lors de la découverte du handicap en anténatal, les parents peuvent choisir l'interruption médicale de grossesse, validée par un comité d'expert, ou la poursuite de la grossesse (Sirol, 2002). Parfois, le couple est contraint de poursuivre la grossesse puisque la malformation n'est pas reconnue comme dommageable pour l'enfant à naître, comme par exemple le « bec de lièvre ». L'équipe a alors le temps de la grossesse pour préparer la venue de l'enfant au sein de la famille et élaborer avec le couple les représentations de l'enfant et leurs ressentis à son égard. Dans tous les cas, la découverte de la malformation ou de l'anomalie chromosomique déclenche un orage psychique intense chez les futurs parents. La circulaire du 29 novembre 1985 relative à la sensibilisation des personnels de maternité à l'accueil des enfants nés avec un handicap et de leur famille donne des indications précieuses du travail en équipe. La circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2002/239 du 18 avril 2002 apporte, elle, des actualisations utiles quant à l'accompagnement des parents et l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré- et postnatale d'une maladie ou d'une malformation.

Sur le plan psychique, l'intégration de l'annonce du handicap se fait sensiblement selon les quatre phases décrites plus haut pour le deuil. Pour Bensoussan (1997), trois mouvements sont à l'œuvre. La confusion peut s'installer entre l'enfant en tant que personne et le handicap, les parents risquant de réduire l'enfant au handicap. Par ailleurs, le handicap de l'enfant réactive le manque à être des parents ; ils peuvent se sentir alors malades eux-mêmes, comme handicapés. Enfin, il peut y avoir confusion du traumatisme lié à l'annonce avec celui lié au handicap lui-même, ils ne font plus qu'un.

L'ébranlement identitaire est essentiellement dû au fait que l'enfant renvoie une image « cassée » aux parents et induit un effondrement des repères et valeurs identificatoires parentales (« sentiment de vie gâchée,

foutue »). Souvent, le clinicien observe une rupture spatio-temporelle chez les parents (Schauder et Durand, 2004). En effet, il se crée à partir de la naissance un avant et un après. L'après reste comme figé dans une identification à l'enfant. Puis il se déroule à nouveau comme décevant et péjoratif. Cet enfant est vécu comme celui qui ne grandira pas, qui restera le bébé car dépassé par les puînés dans son développement.

Quand la réalité du handicap concrétise une rupture violente avec le monde des représentations, la culpabilité et l'effondrement narcissique envahissent le couple. L'élaboration du ressenti sera tributaire de nombreux facteurs y compris les ressources psychologiques du couple et le type de personnalité de chacun. Le psychologue clinicien a tout intérêt de collaborer avec le médecin chargé de l'annonce du handicap pour mettre en place un protocole sensible, adapté et compréhensif (Gold, 1995). L'accompagnement de la jeune femme, de son enfant, de la famille sera assuré par l'équipe qui a nécessairement su prendre la bonne distance grâce à un travail sur ses propres représentations du handicap. Essentiellement, elle doit éviter deux écueils – une trop grande proximité affective qui la fera projeter ses propres angoisses vis-à-vis du handicap sur la mère, et, à l'autre extrême, une trop grande distance affective induisant le retranchement du professionnel derrière la technicité de ses gestes et sa protection excessive par une attitude froide et peu empathique.

VIGNETTE CLINIQUE N° 4

« Un bébé à n'être » : l'accompagnement d'un couple et de l'équipe face à un enfant dont le handicap a été découvert à la naissance

Béatrice et Jean L. arrivent à la maternité vers 3 heures du matin. Ils ont tous les deux une excellente situation professionnelle. Complices et heureux, ils vivent intensément les derniers moments de la grossesse. À l'accouchement, la sage-femme s'aperçoit très vite, dès que la tête du bébé est sortie, que quelque chose « ne va pas ». L'enfant n'a pas d'yeux. La peau glisse du front sur les joues dessinant quelque peu les cavités orbitales. D'emblée, la sage-femme prend le nouveau-né et l'emmène dans une salle conçue spécialement pour la réanimation. Elle est suivie par l'auxiliaire de puériculture, le couple reste seul, torturé par l'angoisse et ne sachant pas encore ce qui se passe. L'équipe est sidérée, horrifiée. Elle appelle le médecin de la patiente. Entre-temps, la sage-femme a



dû, devant les questions pressantes du couple, montrer l'enfant. Le couple est également horrifié. Ce sont des cris, un rejet profond de cet enfant, de l'équipe, de la vie...

Le psychologue intervient au troisième jour du post-partum, après que la jeune femme accepte de lui parler. Le conjoint refuse catégoriquement de le rencontrer.

Les objectifs du psychologue sont lors de ce premier entretien de favoriser l'expression de la douleur et la libération des émotions pour qu'un travail de deuil de l'enfant imaginaire puisse débuter. Être à l'écoute, élaborer les écarts entre les représentations et la réalité constitue une phase de réflexion essentielle. Dans un second temps, il va évaluer le degré d'investissement de l'enfant par sa mère, la capacité de cette dernière à se projeter à court et à moyen terme dans le quotidien avec son enfant. Il évalue également l'aide, le soutien qu'elle peut espérer de son entourage proche.

Dans les jours suivants, petit à petit, la mère entre en contact avec son enfant. Le père refuse de le voir, refuse de le reconnaître comme son enfant. La situation est aussi douloureuse pour l'équipe qui avoue au psychologue éviter la chambre « car elle ne sait pas quoi dire à la mère ». Les soignants nécessitent un soutien, une écoute pour prendre de la distance. L'identification à la jeune femme, à l'enfant présent les paralyse, les sidère, ce d'autant que le handicap est inhabituel, vécu comme horrible. La mise en mots favorise l'élaboration d'un état émotionnel intense.

À la naissance, le handicap physique est vécu comme plus traumatisant que le handicap mental, qui est non perceptible immédiatement. L'enfant risque de disparaître totalement derrière le handicap et la malformation d'envahir la totalité du champ psychique des parents et de l'équipe. Sur le plan clinique, le psychologue se doit de bien connaître les répercussions psychologiques du handicap sur la famille et sur la fratrie (Schauder, 1999 et 2003). Sur le plan institutionnel, le psychologue pourra orienter la famille en fonction de ses besoins vers la PMI, vers les associations de parents d'enfant handicapé, vers une travailleuse familiale, vers des SESSAD (service d'éducation et de soins spécialisés à domicile) ou vers des structures spécialisées dont le CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce). L'assistante sociale, quant à elle, informera les parents de leurs droits spécifiques à l'AES (allocation d'éducation spéciale).

Intervention du psychologue lors d'une demande d'IVG

L'accès à l'interruption volontaire de grossesse a été d'abord régulé par la *loi Veil* en 1975. L'autorisation par la loi n'exclut pas le conflit psychique que la décision de l'interruption puis la réalisation de l'acte induit. En effet, les conséquences psychologiques du geste sont importantes, parfois handicapantes dans les suites, avec l'installation d'une culpabilité tenace chez la femme, ravivée souvent de manière dramatique à la grossesse suivante. Une dépression peut s'installer. Cependant, de plus en plus de femmes ont recours à l'IVG, l'augmentation des demandes s'expliquant davantage par l'évolution des valeurs dans la société que par une contraception défaillante.

La loi du 4 juillet 2001 modifie quelque peu la loi de 1975. Elle porte à quatorze SA (semaines d'aménorrhée) le délai au cours duquel l'IVG est autorisée. À la première visite doivent être expliquées les méthodes médicamenteuses et chirurgicales, un dossier guide doit être remis comprenant la liste des centres pratiquant l'IVG. L'entretien social est proposé et n'est plus obligatoire, sauf pour l'adolescente mineure qui doit rencontrer avant l'IVG une conseillère conjugale – les textes ministériels ne mentionnent pas de psychologue, alors que dans de nombreux services, c'est à lui que revient cette tâche. Enfin, il n'y a plus nécessité d'un consentement parental, l'adolescente mineure peut faire la demande de l'IVG si elle est accompagnée d'une personne majeure de son choix.

VIGNETTE CLINIQUE N° 5

« C'est moi qui le porte ! » : l'accompagnement d'une adolescente refusant l'IVG

Guilaine M., lycéenne, a 16 ans. Elle se présente à l'entretien pré-IVG avec sa mère et sa sœur aînée, célibataire et sans emploi. La mère ainsi que la sœur aînée souhaitent qu'elle interrompe la grossesse. Elles prévoient un avenir noir pour Guilaine : l'arrêt des études, un futur père non fiable, une jeunesse ratée, etc. Guilaine ne l'entend pas de cette oreille. Elle a bien réfléchi, elle est sûre d'elle, a investi l'enfant à venir. D'ailleurs, lors de l'entretien avec la conseillère conjugale, elle peut dire qu'elle attend l'enfant avec impatience, elle se projette de façon structurée avec lui sans omettre les difficultés et les contraintes : les études à poursuivre, l'avenir incertain avec son compagnon. Sa mère, profes-



seur, se décrit comme dépressive et pleure, abattue par la décision de sa fille. La sœur est très en colère, peste contre sa sœur. Le père refuse l'événement et souhaiterait que la « petite » avorte. La conseillère conjugale demande au psychologue de rencontrer la mère et sa fille.

À l'entretien, la mère pense d'emblée que le psychologue va inviter Guilaine à recouvrer la raison et à l'amener à avorter du fait de son jeune âge, des études, de sa situation de couple. Or, les objectifs du psychologue sont les suivants :

- redéfinir le rôle du psychologue auprès de Guilaine et de sa mère : écoute, neutralité, aide à l'élaboration du choix, accompagnement dans ce choix ;
- entendre et écouter le vécu des deux femmes par rapport à l'événement.

Avec Guilaine :

- aborder la question du choix, conserver ou non la grossesse, avec ses conséquences sur le plan psychologique, social et familial ;
- évaluer la qualité de l'investissement de la grossesse et de l'enfant chez la jeune fille ;
- évaluer la faculté de la jeune fille à se projeter dans l'avenir avec l'enfant : poursuite des études, prise en charge de l'enfant, seule ou avec son ami ;
- mesurer les écarts par rapport à ses représentations, évaluer la faculté d'y faire face.

Avec la mère de Guilaine :

- apprécier ce que la grossesse et la décision de Guilaine réactivent chez cette femme (blessure narcissique, honte, culpabilité, envie, jalousie...) ;
- aider cette femme à se projeter dans son avenir de grand-mère.

L'entretien dure une heure. À la fin, la mère ne pleure plus, elle semble assez résignée mais un peu rassurée par rapport à ce que sa fille prévoit de faire en cas de difficulté. Elle n'apprécie pas encore son enthousiasme à poursuivre la grossesse et craint la réaction de son mari. Elle dit aimer sa fille et lui apporter son soutien si elle est en difficulté. Elle peut aussi définir quel type d'aide elle pourra lui apporter.

Le psychologue propose à la mère un nouvel entretien et à Guilaine de la revoir seule. Un accompagnement par la sage-femme de PMI est également programmé.





Huit mois plus tard, Guilaine M. accouche d'un superbe petit garçon, Félix. Les parents de l'adolescente sont très présents en suites de couches. Le jeune père de Félix éprouve une grande joie et semble investir son rôle paternel. Guilaine est radieuse, elle donne le sein. La période postnatale se déroule très bien, Félix évolue de façon favorable. Par ailleurs, la jeune fille a réussi à mener de front grossesse et études puisqu'elle passe brillamment en terminale.

Quelles sont les significations inconscientes de l'interruption de grossesse ?

Le choix d'interrompre la grossesse prend nécessairement sens dans l'histoire de chaque femme. Ce choix débouche sur plusieurs issues (Levacher, 1997). L'IVG peut symboliser la mise en acte d'une perte pour pouvoir investir un projet d'enfant ultérieur. C'est aussi la possibilité pour la femme de se libérer de l'emprise maternelle, un rite de passage pour s'autoriser l'enfantement dans un deuxième temps. Certains couples recherchent l'épreuve, voulant se prouver que l'IVG ne les séparera pas. Débuter une grossesse permet aussi de vérifier sa virilité ou sa féminité : il y aurait dans ce cas un désir de grossesse mais non un désir d'enfant. En ce sens, l'IVG peut être entendue comme une revendication phallique : « J'en ai les moyens, je me le prouve, je vous le prouve »...

Dans certains cheminements, le psychologue peut interpréter l'acte en lui-même comme un moyen de détourner la pulsion de mort. En effet, l'acte, qui devient paradoxalement thérapeutique, permet d'instaurer un écart salutaire entre le sujet et l'objet de son acte. Ainsi, le sujet laisse derrière lui l'acte qui lui permet d'évoluer en se détournant des pulsions de mort qui l'envahissaient auparavant. L'interruption de grossesse tient alors lieu d'exutoire pour préserver le psychisme du sujet. Parfois, l'enfant à naître vient bouleverser l'ordre des générations et la place du sujet – l'interruption de grossesse est alors vécue comme incontournable pour ne pas modifier les positions de chacun.

Chaque situation est unique, c'est à la femme ou au couple d'élaborer son choix et de donner un sens à ce parcours. Quelles qu'en soient les motivations, l'interruption de grossesse s'inscrit dans l'histoire de la femme, du couple et vient signifier une rupture, de nouveaux investissements... Dans certaines situations, le recours à l'IVG est pathologique par sa répétition, il s'apparente à une forme d'addiction. Pour certaines de ces femmes, aucune élaboration n'est possible de par le déni des risques vitaux qu'elle encourt.

Le psychologue intervient quand la femme ou le couple en fait la demande dans une volonté de comprendre son choix, quand l'IVG cause une grande souffrance morale ou encore, quand des troubles du comportement apparaissent : troubles de l'humeur, somatisations, symptômes dépressifs. Il intervient, toujours avec le consentement de la patiente, lorsque les interruptions de grossesse sont répétitives.

VIGNETTE CLINIQUE N° 6

« Faut pas m'en vouloir si je suis là » : l'accompagnement d'une patiente demandant sa huitième IVG

Martine R. vient à la consultation pour sa huitième IVG. Elle a déjà deux enfants de deux pères différents et ne souhaite pas garder cette grossesse car elle dit ne pas pouvoir subvenir aux charges financières d'un troisième enfant. Du fait de ses interruptions de grossesse répétitives, la conseillère conjugale et le médecin gynécologue refusent de la recevoir. Martine accepte de rencontrer le psychologue.

Ses objectifs auprès de Martine sont les suivants :

- retracer l'histoire des IVG de Martine dans l'espoir que le fait de l'élaborer permette l'amorce d'une réflexion ;
- aider Martine à donner du sens à ses actes ;
- définir les traits de personnalité de Martine ;
- explorer la nature des liens qu'elle entretient avec sa mère, son père et ses partenaires.

Lors des entretiens, Martine apparaît comme très fragile, esseulée, elle n'a plus de contacts avec sa famille. Dans son discours, les éléments d'une personnalité organisée état limite sont repérables. La jeune femme se dit abandonnée par tous, sa famille, ses amis, ses partenaires... Elle se dégage de ses responsabilités en disant que toutes ces interruptions de grossesse sont « graves » mais qu'elle n'y est pour rien : elle fait trop confiance en ses amants qui lui font des promesses de vie commune sans les tenir. Et comme Martine tombe souvent amoureuse, elle change souvent de partenaire. Elle a bien trouvé un moyen de contraception qui lui conviendrait mais il coûte trop cher.





Par ailleurs, son deuxième enfant, Pascal, est suivi au CMP car il présente des troubles du comportement : hyperactivité, absence de concentration. Elle fait, selon elle, tout ce qu'il faut pour lui mais ce n'est jamais suffisant. Elle dit se sentir « nulle » en tant que femme et en tant que mère.

La pose de limites du corps soignant (refus du médecin gynécologue et de la conseillère conjugale de recevoir Martine) et quatre entretiens avec le psychologue vont permettre à Martine de trouver un substitut maternel en l'institution. La valorisation de ce qu'elle peut entreprendre avec ses deux enfants amorce une restauration narcissique chez la jeune femme qui accepte une psychothérapie pour travailler sur son histoire personnelle qu'elle décrit comme douloureuse. Par ailleurs, la pilule « chère » lui sera délivrée par le service gratuitement.

Aujourd'hui Martine n'a plus recours à l'interruption de grossesse et vient chercher régulièrement son moyen de contraception. Le psychologue, dans cette situation, intervient également auprès de l'équipe pour réguler l'agressivité qu'induit l'*acting out* de Martine. En effet, le soignant ne supporte plus « de se vivre comme le complice des démarches de la jeune femme », et la juge selon ses convictions personnelles. L'analyse de la situation et de ce qu'elle réactive chez le soignant favorise la prise de recul nécessaire pour poursuivre l'accompagnement des patientes en demande réitérée d'une interruption de grossesse.

4. Conclusion

Nous venons de le voir, la périnatalité constitue un champ clinique extrêmement varié qui offre au psychologue des possibilités d'intervention très enrichissantes sur les versants professionnel et personnel. L'étendue de ses missions est susceptible de changer et de s'agrandir encore sous la pression de nombreux facteurs dont :

- la mutation de plus en plus rapide de notre société et l'évolution des pratiques médicales vers le « degré zéro du risque » (par exemple, attente de l'enfant « parfait ») ;
- les modifications induites par la médicalisation, voire la surmédicalisation des grossesses, susceptible de rendre les mères consommatrices de soins. Citons deux exemples : au cours de la grossesse, quel est l'impact

de la pratique de l'échographie sur l'investissement maternel du fœtus ? La construction de l'image fœtale en mode volumique se substitue-t-elle à la construction de l'enfant imaginaire ou, au contraire, vient-elle l'étayer ? Du fait de la surmédicalisation de l'accouchement, la femme n'est plus actrice de la naissance mais la subit. Cette « soumission » au corps médical peut créer une dépendance, infantiliser le futur parent et perturber son entrée dans ses nouvelles fonctions ;

- le recours à la procréation médicalement assistée, cette dernière bouleversant les rapports déjà complexes entre la filiation et la transmission psychique de la vie entre les générations ;
- la nécessité de prévenir dès la maternité, par des actions concertées et cohérentes, la maltraitance de l'enfant en offrant un soutien et une aide appropriée à la dyade à risque.

Face à tous ces changements qui se dessinent, le psychologue se doit d'être citoyen à part entière, alliant dans son attitude professionnelle réflexion sur l'actualité sociétale, humanité auprès des personnes rencontrées et vigilance à tout moment, en ce qui concerne notamment le discernement de son implication personnelle.

5. Pour aller plus loin

Lectures conseillées

- BYDLOWSKI M., CANDILIS C. (1998). *Psychopathologie périnatale*, Paris, PUF. Cet ouvrage est le compte rendu d'une journée d'étude sur la psychologie périnatale et intègre à ce titre les exposés de différents auteurs dont V. Bitouzé et B. Golse. Il aborde plusieurs sujets essentiels tels que la grossesse après une mort périnatale, le deuil périnatal, le repérage des transmissions psychiques maternelles, la dépression maternelle... Le livre ne se prétend pas exhaustif, mais permet d'avoir une vision assez globale des enjeux psychologiques de la maternité. Plutôt qu'une fin en soi, son premier objectif est de stimuler la pensée.
- BYDLOWSKI M. (1997). *La Dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris, PUF, coll. « Le Fil rouge ». Cet ouvrage aborde le travail psychanalytique en maternité, le concept de transparence psychique chez la femme pendant la grossesse. Le désir d'enfant et ses représentations sont précisément évoqués avec la question des transmissions de ces dernières et de leur impact sur les premières relations mère-enfant. Une

troisième partie évoque la souffrance de la stérilité et les enjeux d'un travail en binôme, entre les thérapeutes de l'organe et de la psyché. Il constitue un ouvrage de référence en psychologie périnatale.

- BYDLOWSKI M. (2000). *Je rêve un enfant*. Paris, Odile Jacob. Dans cet ouvrage, l'auteur reprend certains concepts présentés dans les livres précédents mais les articule autour de vignettes cliniques. Elle nous parle de l'ambivalence maternelle au sujet de la grossesse, de la place paternelle, de la dépression maternelle, de la perte d'un enfant... de plusieurs situations rattachées à la maternité.
- FAURE-PRAGIER S. (1997). *Les Bébé de l'inconscient. Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. Paris, PUF. C'est un passionnant voyage au pays de la procréation et de ses avatars. L'auteur introduit des notions psychanalytiques importantes qui revisitent la théorie freudienne de la féminité et de la maternité. Ces notions expliquent en partie ce qui vient empêcher l'enfant mais dans un cadre plus large, elles peuvent donner sens à certains états et comportements pendant la grossesse quand le symptôme ne se cristallise pas exclusivement autour de la stérilité.

Revue spécialisée

- *Les Cahiers de l'AFFREE* : publication de l'Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement. Ces cahiers diffusent les travaux des formations européennes de formateurs, des journées européennes « Naissance et Avenir », et d'autres cycles originaux de formation. F. Molénat, pédopsychiatre, est responsable de la rédaction de ces cahiers. Pour de plus amples renseignements, tel. : 04 67 45 36 91 ; e-Mail : afree@sc.univ-montpl.fr.
- *Enfance, Devenir, Spirale* sont trois revues spécialisées dans la périnatalité éditées par Érès qui propose également des collections pointues traitant des situations en périnatalité, *Mille et un bébés* et *Prévention en maternité*.

Sites Internet

- www.ash.tm.fr : site des *Actualités sociales hebdomadaires*, proposant des flashs, interviews et informations sur l'action sociale.
- www.ancic.asso.fr : site de l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC). Elle a été fondée en 1979 après la législation de l'avortement en France. S'y rassemblent des professionnels travaillant dans les centres de planification et d'interrup-

tion de grossesse des secteurs privés et publics, soignants, psychologues, psychiatres, sages-femmes, médecins et toute personne participant à la défense des droits des femmes, à la réflexion et aux recherches théoriques et pratiques concernant la sexualité et la maîtrise de la procréation, l'éducation sanitaire particulièrement l'éducation sexuelle. Le site présente, entre autres, les travaux de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), ayant notamment pour mission de promouvoir la démarche d'évaluation dans le domaine des techniques et des stratégies de prise en charge des malades, en particulier en élaborant des recommandations professionnelles.

- www.espace-adoption.ch : site présentant les textes législatifs et les pratiques d'adoption actuelles, avec des références d'ouvrages spécialisés.
- www.famille.gouv.fr : site ministériel de la famille et de l'enfance regroupant de nombreuses informations utiles.

Formations

- Le Centre d'études du vivant a organisé le 31 janvier 2004 une journée scientifique sur les enjeux psychologiques liés aux technologies modernes en reproduction humaine. Pour figurer sur la *mailing list* de manifestations ultérieures, écrire à cev@paris7.jussieu.fr. Pour figurer sur le fichier postal, écrire à : CEV, Case courrier 7 041, Université Paris VII Denis-Diderot, 2 place Jussieu, 75005 Paris, Tél. : 01 44 23 63 78.
- L'université Paris VII propose un Master 2 Recherche « Sexualité, procréation et péri-natalité ». Consulter le site [http://www.sigu7.jussieu.fr/Diplomes.Master 2 Recherche/ D_sex_proc. htm](http://www.sigu7.jussieu.fr/Diplomes.Master%20Recherche/D_sex_proc.htm) où l'on peut télécharger une brochure de présentation de ce Master 2 Recherche.
- Les CHU des régions proposent des formations spécifiques sur lesquelles l'on peut s'informer soit auprès de la DRH, soit par Internet en lançant une recherche par mots-clés par exemple sur le moteur de recherche Google.

Références bibliographiques

- ALLOUCH J. (1995). *Érotique du deuil au temps de la mort sèche*. Paris, EPEL.
- BENSOUSSAN P. (1997). *Naître différent*. Ramonville St-Agne, Érès, coll. « Mille et un bébés ».
- BERGERET J. (1997). *Personnalité normale et pathologique*. Paris, Dunod, 3^e éd.

- BRAZELTON T.B. (1973). « Neonatal Behavioral Assessment Scale », *Development Medecine*, Londres, Heinemann Clinics, 50.
- BRAZELTON T.B., Cramer B.G. (1991). *Les Premiers Liens : l'attachement parents/ bébé vu par un pédiatre et par un psychiatre*, Paris, Stock/Calmann-Lévy.
- DARCHIS E. (2000). « Comment naît la rencontre dans les six premiers jours de la vie », *Dialogue*, 1^{er} trim, n°47, p. 3-16.
- DAYAN J., ANDRO G., DUGNAT M. (2003). *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris, Masson.
- DELAUNOIS M., MIEL C. (2000). « L'approche maternologique dans un service de pédiatrie », *Soins pédiatrie et puériculture*, 192, p. 29-32.
- Dialogue* (1995). « Penser le bébé. Le temps de l'observation », n° 128.
- DOLLANDER M., TYCHEY C. DE (2002). « Fragilités », *L'Évolution psychiatrique*, 2, 67, p. 291-311.
- DUGNAT M. (1999). *Devenir père, devenir mère. Naissance et parentalité*. Ramonville St-Agne, Érès.
- FRYDMAN R., FLIS-TREVES M. (dir.) (1997). *Mourir avant de n'être ?*. Paris, Odile Jacob.
- FUSTIER P. (1999). *Le Travail d'équipe en institution*. Paris, Dunod.
- GALEMBERT D. (DE) (2004). « Malgré la cicatrice laissée par la perte de notre enfant... », *Analyse du deuil auprès de mères multipares*. Mémoire de maîtrise en psychologie clinique et pathologique dirigé par Silke Schauder, IED - Université Paris VIII. Non publié, consultable à l'IED.
- GALLEY-RAULIN F. (2002). « L'accompagnement de la dépression dans le post-partum », *Vocation sage-femme*, 4, p. 12-15.
- GALLEY-RAULIN F. (2003). « Missions en suites de couches », conférence du 30 mars 2003 au Collège national des sages-femmes, Paris.
- GALLEY-RAULIN F., CARON S. (2001). *Hypofécondité, organisation état limite et addiction, un possible lien*. Mémoire de maîtrise de psychologie clinique et pathologique dirigé par P. Angel et S. Schauder, IED/Paris VIII, extrait publié in S. SCHAUDER (dir.) (2005), *Actes du Premier Colloque Junior*, Université Paris VIII, tome 1, p. 163-178.
- GOLD F. (1995). « Problèmes éthiques posés par la naissance d'un enfant gravement malformé », *Éthique. La vie en question*, 2, 16, p. 22-37.
- GOLSE B. (1998). « Définition du champ théorico-clinique », in M. BYDŁOWSKI, C. CANDILIS, *Psychopathologie périnatale*. Paris, PUF, p. 8-9.

- GREENSPAN S.I., LIEBERMAN A. (1980). « Infants, mothers and their Interactions. A Quantitative Clinical Approach to Developmental Assessment », in S.I. GREENSPAN et G.H. POLOCK (éd.), *The Course of Life*, Washington, Government Printing Office, vol. 1, p. 271-310.
- GUEDENEY A., FERMANIAN J., GUELFY J.-D. et al. (1995). « Premiers résultats de la traduction de l'*Edinburgh Post-Natal Depression Scale* sur une population parisienne », *Devenir*, 7, 2, p. 69-90.
- HAAG M. (dir.) (2003). *Esther Bick : témoignages vivants de l'observation du couple mère-nourrisson. À propos et à partir de l'œuvre et de la personne d'Esther Bick*, vol. I (ouvrage auto-édité. Commandes auprès du Dr Haag, 18, rue Émile-Duclaux, 75015 Paris, Tél. : 01 47 83 29 84).
- HAUSSAIRE-NIQUET C. (dir.) (1998). *L'Enfant interrompu*. Paris, Flammarion.
- KAËS R. (dir.) (1996). *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris, Dunod.
- KAYR C. (1999). « Psychothérapies autour de la naissance », *Gyn-Obst*, 400.
- LE GRAND-SEBILLE G., MOREL M.-F., ZONABEND F. (dir.) (1998). *Le Fœtus, le nourrisson et la mort*. Paris, L'Harmattan.
- LEBOVICI S. (dir.) (1983). *Les interactions précoces*, Paris, Éditions Centurion.
- LEBOVICI S., STOLERU S. (2003). *Le Nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Paris, Bayard Culture.
- LEVACHER C. (1997). « Une IVG pour le dire », *Gynécologie et psychosomatique*, 18, 8.
- LOF A.-F. (2000). *Saskia ou le deuil d'un bébé distillbène*, Paris, Éditions Frison-Roche.
- MARCIANO P. (dir.) (1999). « Le père, l'homme, le masculin en périnatalité », *Spirale*, Ramonville St-Agne, Érès, 11.
- MARCIANO P. (dir.) (2000). « Les réseaux de soin en périnatalité », *Spirale*, Ramonville St-Agne, Érès.
- MAZET Ph. (2004). « Bébés et mères déprimés », in P. ANGEL et Ph. MAZET, *Guérir les souffrances familiales*. Paris, PUF, p. 537-554.
- MOLENAT F. (1997). « Remettre sur le métier », in *Répéter, jouer, déplacer, Les Cahiers de l'AFFREE*, Montpellier, 12.
- MOLENAT F. (2000). *Grossesse et toxicomanie*, Ramonville St-Agne, Érès, coll. « Prévention en maternité ».
- MORO M.-R. (1999). « Les méthodes cliniques », in R. GHIGLIONE et J.-F. RICHARD (dir.), *Cours de psychologie*, t. II : *Bases, méthodes et épistémologie*, Paris, Dunod, p. 457-507.
- ROUSSEAU P. (1995). « Les pertes périnatales, la famille, les soignants et la société », *Devenir*, 7, 1, p. 31-60.

- ROUSSEAU P. (1998). « La grossesse après mort périnatale, celle de tous les dangers », in Ph. MAZET et S. LEBOVICI (dir.) (1998). *Psychiatrie périnatale*. Paris, PUF, p. 75-80.
- SCHAUDER S. (1999). « Possibilités de prévention auprès des la fratrie de l'enfant handicapé », *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 28, p. 89-96.
- SCHAUDER S. (2003). « La fratrie de l'enfant handicapé : entre mythe et réalité », *Contraste*, 18, p. 75-93.
- SCHAUDER S., DURAND B. (2004). « Famille et handicap », in P. Angel et Ph. Mazet, *Guérir les souffrances familiales*. Paris, PUF, p. 609-628.
- SIROL F. (2002). *La Décision en médecine fœtale*. Ramonville St-Agne, Érès, coll. « Mille et un bébés »
- SOULÉ M. (dir.) (1984). *Mère mortifère, meurtrière, mortifiée. La vie de l'enfant*. Paris, ESF, 4^e éd.
- SQUIRES C. (2002). « Les psychothérapies périnatales lors d'une mort fœtale in utero. L'angoisse du clinicien face aux angoisses de mort. L'analyse du contre-transfert », in M. BYDLOWSKI (dir.). *Des mères et leurs nouveau-nés. Recherche et interventions autour de la naissance*. Paris, ESF, collection La vie de l'enfant, p. 57-66.
- STERN D. (1985) (trad. fr. 1989). *Le Monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF.
- STERN D., BRUSCHWEILER-STERN N. (1997, 1998). *La Naissance d'une mère*, Paris, Éditions Calmann-Lévy/Odile Jacob.
- SZEJER M. (1997). *Des mots pour naître. L'écoute psychanalytique en maternité*, Paris, Gallimard.
- VALORS M.H. (2002). « De la globalité de la naissance, la fonction maternelle en péril », *Les Dossiers de l'obstétrique*, 310, p. 18-24.
- ZAOUCHE-GAUDRON C. (dir.) (2001). *La Problématique paternelle*. Ramonville St-Agne, Érès.



CHAPITRE
2



*Le psychologue clinicien
et la petite enfance¹*



1. Par Fattaneh Maleki, Véronique Cohier-Rahban et Donatienne Bethemont.

Sommaire

▶ Introduction.....	Page 85
▶ 1. Le psychologue clinicien à la crèche	Page 86
▶ 2. Le psychologue clinicien en structure d'accueil type « Maison verte »	Page 124
▶ 3. Conclusion.....	Page 144
▶ 4. Pour aller plus loin	Page 145
▶ Références bibliographiques.....	Page 150

Introduction

L'objectif de ce chapitre est de présenter la pratique du psychologue clinicien auprès de la petite enfance. Nous souhaitons expliciter les différents aspects du travail du psychologue dans une équipe en témoignant de son positionnement dans deux structures : une crèche et une structure d'accueil type « maison verte ». Les mots clés guidant son travail sont l'observation comme l'attitude et l'écoute attentive, le travail en équipe, la place de l'enfant et des parents, et la problématique de la mise en place du lien et de la séparation.

Dans la première section de ce chapitre, nous exposerons un bref rappel historique et décrirons les différents professionnels intervenant dans les crèches. Nous aborderons ensuite de manière plus spécifique la fonction et le rôle du psychologue dans les crèches. Une réflexion sur son travail clinique et institutionnel nous permettra d'en apprécier à la fois la complexité et la nécessité d'établir des liens fonctionnels entre les différentes interventions et les acteurs.

La seconde section du chapitre sera consacrée à l'intervention des psychologues dans un autre lieu d'accueil de la petite enfance : les structures type « maison verte », inspirées du lieu créé par Françoise Dolto. Nous aborderons la qualité spécifique de cet accueil conjoint de jeunes enfants et de leurs parents. Le psychologue y tient une place d'accueillant parmi les autres accueillants, sans faire état de sa formation d'origine.

Des exemples cliniques illustreront le travail du psychologue dans les deux contextes qui diffèrent autant par les modalités d'accueil que par leurs objectifs. Enfin, une réflexion sur le temps FIR et ses possibilités élargira notre réflexion.

1. Le psychologue clinicien à la crèche

Les psychologues cliniciens sont arrivés dans les crèches au cours des années soixante héritant d'une pratique hygiéniste dont il fallait sortir. Ils devaient travailler avec un personnel peu ou pas formé pour intervenir auprès des jeunes enfants. Depuis, de nombreuses évolutions ont eu lieu concernant la connaissance du développement de l'enfant, la reconnaissance de sa vie psychique très précoce et de son éventuelle souffrance psychique. Au fil des années, une prise de conscience des conséquences de cette souffrance sur son développement somato-psycho-affectif a permis de réfléchir à l'accueil précoce dans les lieux de garde, à la formation des personnes assurant le soin donné aux bébés et petits enfants et aux relations entre adultes entourant à la fois l'enfant mais aussi ses parents.

Petit historique des crèches

Les crèches sont nées d'une nécessité sociale : le développement de l'activité professionnelle des femmes. Au départ, ces lieux ont été conçus davantage pour soulager les parents que pour accueillir les enfants. Des initiatives locales ont pu voir le jour pour aider les familles accaparées par leurs travaux extérieurs : la première est recensée dans les Vosges en 1770¹. Mais c'est au milieu du XIX^e siècle que des gardes collectives s'organisent à plus grande échelle. Cependant, le personnel n'a aucune qualification, des épidémies se développent dans un contexte matériel non adapté et une mauvaise alimentation des enfants aboutit à de nombreux cas de rachitisme. On parle de « salles d'asile² » pour ces premiers modes de garde collectifs. Il s'agit de « sauver les enfants³ » dans un contexte où la mortalité infantile est importante : « La mission était également de contrôler les parents considérés comme incompetents⁴. »

Au début du XX^e siècle, les progrès de la médecine vont imposer une philosophie hygiéniste rigoureuse qui primera jusque dans les années soixante. Les crèches fonctionnent alors sur un modèle hospitalier. La préoccupation majeure est de ne laisser entrer dans la crèche aucun microbe. La désinfec-

1. Wagner A., Tarkiel J. (2003). *Crèches, nounous et Cie. Modes de garde, mode d'emploi*, Paris, Albin Michel, p. 19.

2. Custos-Lucidi M.-F. (2002). *Crèches mode d'emploi, vécu et réalité des modes de garde aujourd'hui*, Paris, La Découverte et Syros, p. 16.

3. *Ibid.*, p. 16.

4. *Ibid.*, p. 16.

tion maximale est de rigueur. Les parents n'ont accès qu'au vestiaire dans lequel ils déshabillent leur enfant. Celui-ci est remis nu au personnel. Puis il est plongé dans un bain, sa température est contrôlée et il est habillé avec les vêtements de la crèche. Enfin, l'enfant est déposé dans son berceau, certains y sont même attachés. L'attention des professionnels est focalisée sur la propreté des bébés, des vêtements et des locaux, ainsi que sur l'alimentation à heure fixe. Ces professionnels sont principalement issus du personnel hospitalier trop fatigué pour en suivre le rythme. Une sorte de « préretraite¹ » leur est offerte auprès des bébés.

Des règles strictes existaient aussi quant aux horaires de repas, de sieste... Les enfants ne se soumettaient que très difficilement à ce mode de vie. Une tension importante apparaissait du côté des adultes ne disposant d'aucun autre choix que celui d'appliquer les règles. Les parents inquiets n'avaient pas de droit d'information sur la vie de leur enfant. Au niveau du personnel, un rejet massif pointait ces « parents qui étaient impossibles² ». Ce n'est qu'en 1965, avec l'arrivée des psychologues dans les crèches et des jardinières d'enfant (les éducatrices d'aujourd'hui) qu'une réflexion sur l'aménagement des lieux et l'organisation des activités pour les enfants âgés de 2 à 3 ans débute.

L'arrivée des psychologues dans les crèches fut très controversée. Si au départ ils étaient surtout présents pour évaluer à l'aide de tests le niveau intellectuel de l'enfant, ils s'intéressent dès 1968 à son développement psycho-affectif. On envisage alors de plus en plus l'enfant dans une perspective globale, prenant en compte son environnement familial et son quotidien à la crèche. Des réflexions émergent sur les conséquences de ces influences diverses. Les aides-soignantes sont progressivement remplacées par des auxiliaires de puériculture. Un personnel de mieux en mieux formé à la petite enfance se trouve réuni pour améliorer le sort des enfants confiés la journée. On ne considère plus que tous les enfants ont les mêmes besoins aux mêmes moments (heure du pot, heure de manger, heure de dormir). Les professionnels commencent à prendre en compte les enfants de manière différenciée. La crèche s'humanise. Les professionnels cherchent à ce que chaque enfant s'épanouisse durant ses journées à la crèche. Plus de temps est consacré aux échanges quotidiens entre les parents et les professionnels.

1. Wagner, Tarkiel, *op. cit.*, p. 21.

2. *Ibid.*, p. 22.

De nombreux psychologues, psychanalystes, médecins, pédiatres, pédopsychiatres, directrices de crèches ou éducatrices et puéricultrices ont œuvré pour qu'aujourd'hui les enfants soient accueillis en fonction de leur individualité et que le personnel soit formé pour prendre soin d'eux. On peut citer de manière non exhaustive quelques auteurs dont les travaux ont permis une plus grande connaissance et compréhension du développement psycho-affectif du nourrisson et du jeune enfant et qui ont influencé la manière de travailler avec les enfants et leurs familles.

D. W. Winnicott a développé les concepts d'objets transitionnels et de phénomènes transitionnels¹ ;

- J. Bowlby qui a exposé la théorie de l'attachement qu'il définit comme un besoin social primaire² ;
- F. Dolto qui a montré l'importance du langage, de la mise en mots, de la verbalisation de ce que l'enfant vit au travers de ce que nous ressentons lorsque nous sommes en lien avec lui³ ;
- S. Lebovici qui a décrit de manière très détaillée les différents types d'interaction précoces entre la mère et son nourrisson. Grâce à des observations minutieuses, il a mis en évidence les moyens de communication non verbaux utilisés à la fois par la mère et par le bébé. En différenciant les interactions imaginaires, fantasmatiques de celles de la réalité, Lebovici montre comment le bébé initie ou influence la relation⁴. Nous apprenons que le bébé est actif dans l'interaction ;

D.N. Stern développe les notions « d'intersubjectivité », « d'accordage affectif » et de « constellation maternelle ». Il décrit cette dernière comme un « organisateur psychique (qui) détermine une nouvelle configuration de comportements, de susceptibilités, de fantasmes, de peurs et de désirs⁵ ». Cette organisation psychique de la mère est transitoire et normale. Le travail de D.N. Stern invite les professionnels à une attention particulière aux moments où ils reçoivent les parents et durant les moments de soin, à observer, ressentir, vivre la « danse affective » entre chaque protagoniste, à

1. Cf. Winnicott D.W. (1^{re} éd. 1958, 1969 1^{re} éd. en langue française, 1992). *De la pédiatrie à la psychanalyse. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Une étude de la première possession non-moi* (1951), Paris, Payot, coll. « Science de l'homme », p. 169-187.

2. Cf. Bowlby J. (1978). *Attachement et perte*, Paris, PUF.

3. Cf. Dolto F. (1987). *Tout est langage*, Paris, Vertiges du nord/Carrère.

4. Lebovici S., Stoleru S. (1983), *Le Nourrisson, la Mère et le Psychanalyste : les interactions précoces*, Paris, Le Centurion.

5. Stern D.N. (1995, pour la trad. fr., 1997). *La Constellation maternelle*, Paris, Calmann-Lévy, p. 223.

considérer chaque instant comme un moment porteur de nombreuses informations sur l'état psychique de l'enfant mais aussi comme potentiellement modificateur de cet état.

Dans la pratique, comme nous allons le voir ci-après dans les exemples cliniques, ces concepts nous permettent de mieux comprendre les enfants, leurs attitudes, leurs jeux ou leurs comportements au quotidien. Ils nous éclairent sur la manière professionnelle d'être en interaction avec les jeunes enfants. Enfin, ils nous invitent à nous interroger sur nos réactions, en tant que professionnels touchés affectivement, émotionnellement et inconsciemment lorsque nous intervenons dans une crèche.

Les projets éducatifs des crèches se sont inspirés de différents modèles. Par exemple, on peut citer les recherches du centre Janine Lévy qui préconisent pour « s'occuper du développement des petits enfants [...] de leur donner le coup de pouce qui va leur permettre d'accélérer leurs acquisitions¹ ».

Différemment, la pédiatre hongroise E. Pikler fait des observations à domicile sur la motricité des enfants. À partir de ces expériences, est née la pouponnière de Loczy qui accueillait les petits orphelins après la Seconde Guerre mondiale. Ces recherches, qui continuent encore aujourd'hui, ont mis en évidence l'importance de l'activité libre et son influence sur le développement psychique. La relation avec un adulte privilégié prédomine dans les prises en charge de ces enfants au moment des soins. L'observation fine est développée afin de repérer les signaux objectifs émis par l'enfant.

En France, au début des années soixante, G. Appell et M. David² alertées par les carences relationnelles observées dans les collectivités, ont emprunté et développé le modèle de Loczy. Elles ont ainsi contribué aux développements du lien individualisé avec une auxiliaire référente, de l'observation et de l'activité libre des enfants en collectivité.

En 1968, les parents revendiquent le droit à la parole dans les institutions où leur enfant est confié et mettent en place les crèches parentales. Ces revendications aboutissent officiellement avec le décret du 1^{er} août 2000 qui « souligne l'importance de mettre en place des conseils d'établissement qui permettent de consulter les parents sur l'organisation et la vie de la crèche, [...] ils restent rares malgré les préconisations ministérielles. L'ouverture des crèches aux familles qui veulent s'investir déstabilise cer-

1. Wagner, Tarkiel, *op. cit.*, p. 34.

2. Cf. David M., Appell G. (1973). *Loczy ou le Maternage insolite*, Paris, Éd. du Scarabée.

tains professionnels comme certains gestionnaires ; la résistance est tenace¹ ».

Le contexte institutionnel

La France est le seul pays au monde qui reçoit les enfants si jeunes (à partir de 3 mois) en collectivité. Différentes structures ont été mises en place impliquant des organisations distinctes.

- ▶ Les différentes crèches : collectives, familiales, parentales, les « multi-accueil » et autres lieux d'accueil

Les *crèches collectives* ont généralement la préférence des parents mais peu de places sont disponibles puisqu'elles accueillent à peine 10 % des enfants. Sur leur modèle se développent les crèches d'entreprise et les crèches hospitalières. Aujourd'hui encore, peu d'entreprises développent ces activités. Il semble pourtant que ce soit « un bon moyen de fidéliser les salariés² » pour lesquels il est plus simple de lier vie familiale et professionnelle si l'entreprise assure le confort de leurs jeunes enfants en journée.

Les *crèches familiales* sont un compromis entre la crèche collective et l'assistante maternelle qui accueille, seule, les enfants à son domicile. Dans ces crèches, les assistantes maternelles agréées sont salariées de la commune, des départements ou d'association. La directrice est puéricultrice, médecin ou éducatrice. Dans ce dernier cas, cette crèche doit regrouper un maximum de quarante enfants contre cent cinquante enfants dans les autres situations. Ils sont répartis au domicile des assistantes maternelles par un, deux ou trois enfants. En cas de difficultés, les parents s'adressent à la directrice. Les assistantes maternelles sont encadrées et soutenues par la directrice. Des éducatrices assurent chaque semaine l'accueil collectif des enfants dans d'autres lieux.

Les *crèches parentales* ont vu le jour après mai 1968. Dans ce contexte, les parents revendiquaient leur droit à s'intéresser et à participer à la vie quotidienne et à l'éducation de leurs enfants même s'ils travaillaient. Les parents doivent se rendre disponibles une demi-journée par semaine ou quinzaine pour accueillir les enfants. Ce sont en général des associations à but non lucratif. Les parents s'entourent de professionnels de la petite enfance, éducatrice de jeunes enfants et auxiliaires de puériculture. Les

1. Custos-Lucidi, *op. cit.*, p. 122.

2. *Ibid.*, p. 20.

parents s'investissent de diverses autres façons en participant à la gestion, au bricolage, au jardinage ou autres activités... Vingt enfants maximum peuvent y être accueillis sauf dérogation. Ces crèches sont réunies au sein d'une association nationale, l'ACEPP (Association des collectifs enfants-parents-professionnels).

Depuis peu se développent de nouveaux établissements appelés « multi-accueil, structures innovantes, ou encore maisons de l'enfance, [qui] associent différentes formules d'accueil au sein d'une même structure¹ ». Ces lieux offrent plus de souplesse pour les besoins des familles qui évoluent. Il peut s'agir d'un accueil régulier autant que d'accueils temporaires.

D'autres lieux d'accueil existent répondant à d'autres besoins.

Les *jardins d'enfants* accueillent les enfants de 3 ans, par dérogation ceux de 2 ans. Ils sont dirigés par des éducatrices qui ont une formation de base adaptée aux besoins des enfants de cet âge. Les accueils sont réguliers et les horaires sont du même type que ceux des crèches. Ils s'adressent aux enfants qui ne connaissent pas encore la collectivité afin de les familiariser à la rencontre d'autres enfants et adultes dans un nouveau contexte avant leur entrée à l'école maternelle.

Les *lieux d'accueil parents-enfants* ont vu le jour à l'initiative de Françoise Dolto (cf. la section 2 du présent chapitre concernant les structures d'accueil type « maison verte »). Les parents ou les personnes qui prennent soin de l'enfant y sont accueillis en même temps que les enfants. Ils sont soutenus, aidés dans leur parentalité ou leur profession, rassurés par la présence des autres parents et des professionnels avec lesquels ils discutent de ce qui les préoccupe.

D'autres lieux ont pour vocation de soutenir les parents à exercer leur rôle, de favoriser rencontres et discussions. Il peut s'agir de groupes de parole pour les parents, de maisons de la parentalité, de cafés de l'école des parents etc. C'est en 1999 qu'une « délégation interministérielle à la famille lance un appel d'offres pour la constitution de réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents visant à les accompagner dans leur rôle éducatif »².

► L'organisation des crèches

Les institutions auxquelles sont liées les structures de la petite enfance sont très diversifiées. En voici quelques-unes.

1. *Ibid.*, p. 21.

2. *Ibid.*, p. 40.

Les lois de décentralisation de 1982 ont laissé les communes et les départements prendre en charge ce que l'État gérait auparavant. Toutefois, l'État réglemente et se charge de faire respecter les textes légaux. Il a créé un fonds d'investissement exceptionnel pour la petite enfance (FIPE) afin de favoriser le développement de nouveaux lieux d'accueil. Les décisions de créer ces lieux dépendent des communes et des volontés politiques des maires. Même si « l'État soutient les actions menées pour la petite enfance¹ », aucune loi n'oblige les communes à développer de telles structures. Le soutien à la parentalité est reconnu comme une nécessité qui permet de mettre en place de multiples « projets petite enfance ». Ils sont dépendants des services de la préfecture de chaque département. Depuis juin 1989, « un protocole d'accord pour la mise en place d'une politique commune d'éveil culturel et artistique du jeune enfant a été signé entre le ministère de la Culture et le secrétariat d'État à la Famille pour financer des actions d'éveil culturel dans les établissements de la petite enfance² ». Depuis le 3 mars 1999, « la délégation interministérielle à la famille a mis en place un réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents³ » qui soutient les initiatives allant dans ce sens. Les caisses d'allocation familiales (CAF) interviennent auprès des gestionnaires des crèches autant pour apporter des aides à la création de nouvelles structures que pour l'amélioration et l'entretien de celles existant déjà.

Les familles regroupées en associations nationales et fédérations « se battent pour mettre en place une vraie politique familiale⁴ ». Elles agissent sur le terrain auprès des structures existant déjà et pour l'ouverture d'autres lieux d'accueil. Elles gèrent actuellement 20 % des établissements d'accueil et réfléchissent à une adaptation toujours meilleure des structures aux besoins des parents et de leurs enfants. Enfin, la direction départementale des services vétérinaires et le service de l'hygiène alimentaire de la DASS fixent et contrôlent les règles d'hygiène à respecter à l'intérieur de ces structures ainsi que pour la préparation des repas.

Nous présentons ci-après deux organigrammes (figures 2.1 et 2.2) qui sont donnés à titre d'exemple car ils diffèrent selon les départements ou les communes. L'organigramme de la crèche départementale est réalisé à partir de celui des services départementaux concernant la petite enfance. Il a été

1. *Ibid.*, p. 130.

2. *Ibid.*, p. 132.

3. *Ibid.*, p. 131.

4. *Ibid.*, p. 136.

actualisé le 4 juillet 2005 et diffusé auprès des responsables de crèche par le département en question.

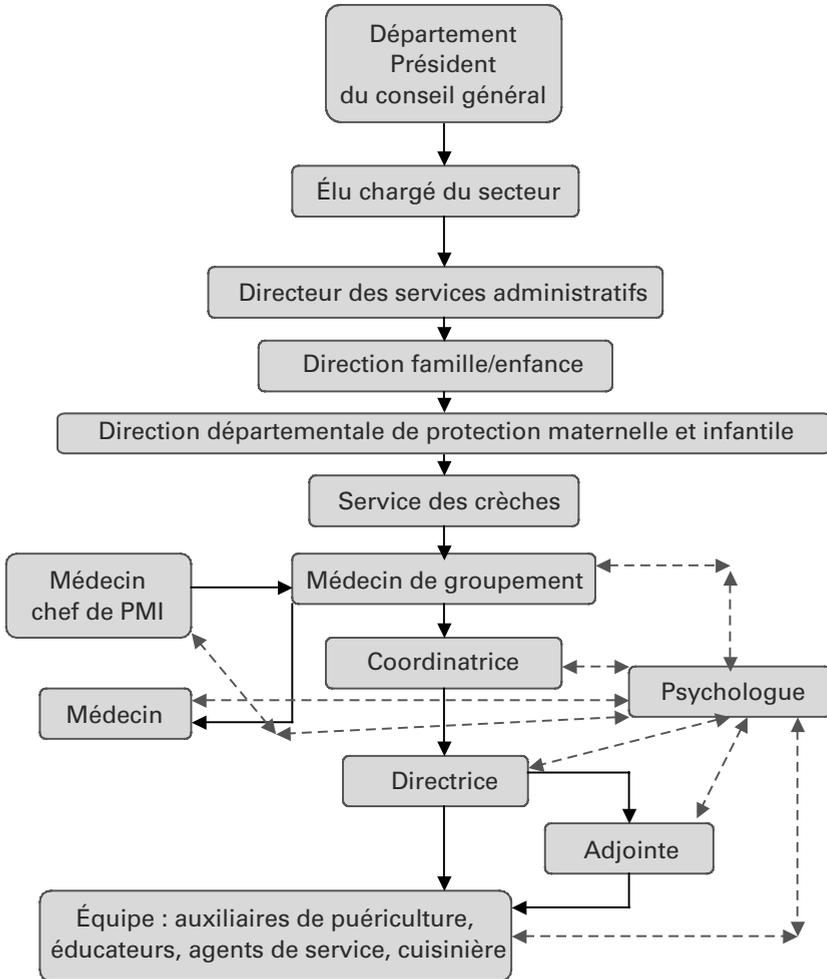


Figure 2.1
Organigramme d'une crèche départementale

Il est intéressant de constater l'évolution de l'accueil des tout-petits influencée à la fois par le mode de vie des familles, le regard posé sur l'enfant et sa place dans la société. Leur accueil s'est élargi à celui de leur famille. L'Élu chargé de la petite enfance gère et défend le projet qui concerne la petite enfance au niveau même du service qui comprend les crèches familiales et collectives, les halte-garderies et les services multi-accueil.

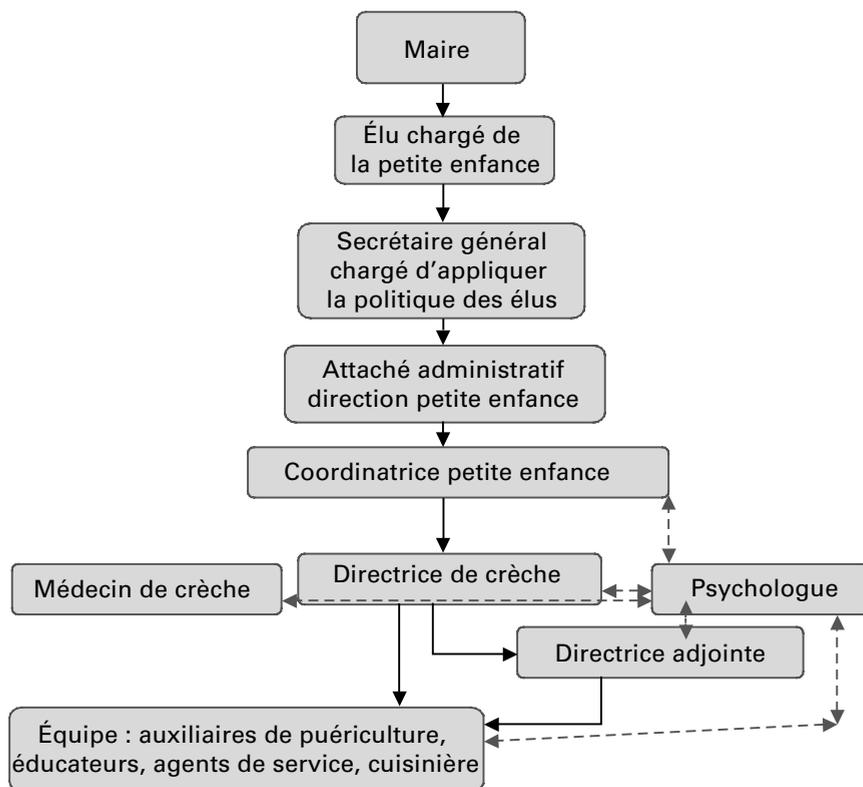


Figure 2.2
Organigramme d'une crèche municipale

La présence des psychologues dépend des moyens de chaque crèche mais aussi d'une volonté de chaque directrice d'offrir à l'équipe une réflexion sur son travail. Si le psychologue peut être en relation directe avec différents professionnels (flèches en pointillés), il n'entretient pas de relation hiérarchique (flèches noires). Cette situation particulière devrait être garante d'une certaine liberté de pensée. Comme on le voit, de nombreux acteurs interviennent dans le secteur de la petite enfance, cette multiplicité posant le problème de la coordination de leurs actions et de la concertation. Toutefois, les professionnels sont de mieux en mieux formés pour prendre soin des petits et entendre leurs parents. Les psychologues travaillent avec ces multiples partenaires, enfants, parents et professionnels. De fait, les réalités, qu'elles soient politiques, économiques ou sociétales influencent le contexte de leur pratique.

► Les intervenants dans les crèches

Directrice, puéricultrice, éducatrice, auxiliaire de puériculture, pédiatre, personnel technique et psychologue sont employés dans les crèches. Cette diversité d'intervenants permet un regard complémentaire sur chaque enfant. Mais cet état de fait peut aussi être source de difficultés. La majorité du personnel est constituée de femmes. Les hommes représentent 1 % à 2 % des professionnels de la petite enfance.

La *directrice* a un bac + 5. Elle est titulaire d'un diplôme d'État d'infirmière ou de sage-femme et un de puériculture. Un médecin peut aussi remplir cette fonction. La directrice décide de la composition de son équipe. Elle est responsable devant la loi de tout ce qui peut arriver à la crèche même si elle est en congé. « La surveillance de l'état de santé des enfants et la prévention des maladies constituent sa tâche primordiale¹. » Elle entretient des relations avec tout le personnel et avec chaque famille. Selon les difficultés rencontrées, la directrice fait appel au pédiatre ou au psychologue. Dans les crèches familiales, son rôle est différent. Elle reçoit les parents et doit trouver une assistante maternelle convenant le mieux à l'enfant et aux parents. La directrice organise des formations régulières pour les assistantes maternelles. Elle prévoit des regroupements de ces dernières avec les enfants qui se rencontrent régulièrement. Les plus grands d'entre eux peuvent être pris en charge par une éducatrice pour partager quelques activités.

La *puéricultrice* est un cadre de santé qui possède un diplôme d'infirmière obtenu en trois ans prolongé par une spécialité qui dure deux ans.

Les *éducatrices de jeunes enfants* ont reçu une formation de deux ans. Elles organisent les jeux et diverses activités des enfants âgés de 2 à 3 ans. Les éducatrices interviennent donc en complémentarité de l'auxiliaire. Elles peuvent animer un groupe de quinze enfants maximum. Depuis le décret du 1^{er} août 2000, après cinq ans d'expérience professionnelle, elles peuvent diriger une crèche de moins de quarante enfants².

L'*auxiliaire de puériculture* a un diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture (DPAP), préparé en une année de formation principalement axée sur les soins et l'hygiène. Le travail du psychologue en crèche à leur côté assure la continuité de leur formation et aiguise leur capacité d'observation et d'analyse des diverses situations rencontrées. L'auxiliaire référente s'occupera de cinq enfants, toujours les mêmes, jusqu'à l'âge de 15 mois.

1. Wagner, Tarkiel, *op. cit.*, p. 70.

2. *Ibid.*, p. 62.

Entre 15 mois et 3 ans, elle pourra prendre soin d'un maximum de huit enfants.

La *pédiatre* fait la visite d'admission et construit un dossier médical exhaustif. Elle voit ensuite les enfants très régulièrement, au moins une fois par trimestre. Le dossier médical n'est partagé qu'avec la directrice. Elle contrôle l'hygiène et observe les enfants dans différentes activités. Elle peut prendre contact, si nécessaire, avec les parents et le médecin traitant.

Le personnel technique (femme de ménage, lingère ou cuisinière) occupe une place importante. Les enfants connaissent bien ces personnes qui ont toutes pour vocation de participer à leur bien-être quotidien.

Depuis septembre 1997, des normes européennes « fixent les conditions d'hygiène dans les établissements collectifs à caractère social¹ ». Ainsi, les *cuisinières* sont formées pour l'élaboration de menus équilibrés. Si leur cuisine peut rester familiale, elles doivent respecter les règles strictes d'hygiène. Chaque cuisinière peut exercer sa créativité culinaire en adaptant des recettes de manière à faire découvrir aux enfants de nouveaux aliments tout en leur permettant de les apprécier. Elles entretiennent des échanges réguliers avec l'équipe pour s'adapter aux besoins et aux goûts des enfants. La *lingère* est, comme la cuisinière, un agent de service intérieur. Les draps, les serviettes et tout autre tissu de la crèche passent entre ses mains. Elle est formée pour le respect de règles d'hygiène de base en collectivité. Elle peut aussi faire quelques travaux de couture, des raccommodages, des habits de poupée, des coussins... Les *femmes de ménage* entretiennent les locaux et l'ensemble du matériel que les enfants utilisent.

Enfin, le poste de *coordinatrice petite enfance* existe depuis 1981. Restant lié à une volonté politique, ce poste n'est pas toujours pourvu. Cette coordinatrice est responsable des accueils pour la petite enfance au sein d'une commune ou au sein d'un conseil général. Les familles ne la rencontrent pas d'emblée. Elle appréhende l'enfant dans sa globalité afin d'être en mesure d'organiser les liens à différents niveaux : entre les structures et les parents, entre les professionnels des différentes structures et entre les institutions si la famille de l'enfant connaît des changements (situation professionnelle, maritale...). L'objectif est de créer des passerelles assurant la stabilité et la cohérence dans la prise en charge de l'enfant. Elle collabore avec l'élu chargé de la petite enfance pour évaluer les besoins et les priorités. Parfois, son rôle pourra être celui de médiateur dans des conflits entre parents et professionnelles. En général, les professionnels qui assurent cette

1. *Ibid.*, p. 66.

fonction ont été directeurs de crèche, ayant passé un concours les nommant cadre de direction de la fonction publique. Des « attachés de direction du secteur administratif, ayant une compétence en matière de petite enfance, et, plus rarement des éducatrices de jeunes enfants¹ » peuvent aussi assurer cette fonction.

Lorsqu'il existe un *élu chargé du secteur petite enfance*, il dépend de la volonté politique du maire en place. S'il doit faire respecter certaines promesses électorales, sa place est définie en fonction de celle donnée à l'accueil des tout-petits dans le programme politique. Toutefois, ce dernier n'est pas souvent clairement défini.

Fonctions et missions du psychologue en crèche

Pour plus de clarté, nous distinguerons ci-après les différents domaines d'intervention du psychologue en crèche. C'est ainsi que l'on abordera son travail en réunion d'équipe, son rôle d'interface entre familles et professionnelles, ses observations auprès des enfants. Le travail auprès de l'équipe a une visée de soutien et d'accompagnement mais aussi une formation continue et une analyse des pratiques. La crèche a un rôle de prévention. Le psychologue y contribue au niveau de l'enfant et de l'équipe. Les familles en difficulté peuvent également tirer parti de ses interventions. À la lecture des exemples cités, nous comprendrons que ces différents domaines sont imbriqués et liés les uns aux autres. Les exemples et vignettes cliniques donnés sont extraits d'expériences professionnelles dans une crèche précise avec un projet particulier. Dans d'autres crèches, les accueils des enfants et de leurs familles peuvent être différents.

Comme la plupart des autres professionnels en crèche, la majorité des psychologues sont des femmes. Même si les psychologues sont de plus en plus nombreux à intervenir dans les crèches, toutes les crèches n'ont pas choisi d'en employer. Leur intervention en crèche débute en 1965. Attentifs à l'enfant, mais aussi à sa famille et à l'équipe de professionnels, ils sont vacataires le plus souvent et travaillent dans plusieurs institutions. Ils n'entretiennent pas de rapport hiérarchique avec les autres professionnels de la crèche.

Pour accéder au titre de psychologue et obtenir un poste en crèche, un master-2 professionnel en psychologie est indispensable. Concernant le personnel, il est spécifié dans les textes officiels comme dans le projet de

1. Custos-Lucidi, *op. cit.*, p. 76.

guide d'accompagnement du décret du 1^{er} août 2000 « [qu'] il est souhaitable que les psychologues aient une spécialisation ou une expérience dans le domaine de la petite enfance¹ ». Dans ce même document, en référence au *Code de déontologie des psychologues* (1996), l'article 3 chapitre 1 titre II indique que « la mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur la composante psychique des individus, considérés isolément ou collectivement ». Le même texte souligne que « dans une structure d'accueil de jeunes enfants, le psychologue, garant de la prise en compte de la dimension psychique de la personne, peut aider à la reconnaître et à la prendre en compte au niveau des enfants, des parents et des professionnels ». Cette précision concernant les parents et les professionnels est une difficulté que le psychologue aura à élaborer pour faire son travail le plus correctement possible. Toutes les interactions viseront dans un premier temps à construire une relation de confiance avec chaque professionnel de la crèche.

Le psychologue intervient dans différents domaines et à différents niveaux. Il doit réfléchir continuellement à de multiples questions. Son rôle essentiel est d'ouvrir un espace où la dimension de l'enfant comme sujet peut émerger. Un lieu où on parle de l'enfant lui-même. Il est important qu'il fasse partie du projet de la crèche et concoure à son élaboration. Le psychologue doit pouvoir défendre sa position propre qui ne correspond pas toujours à la demande institutionnelle.

Les applications quotidiennes du travail de l'équipe résultent d'une longue réflexion avec le psychologue. Face à leur pratique quotidienne, au fur et à mesure de ces espaces de pensées partagées, les différents acteurs se rendent compte de la professionnalisation nécessaire de leur pratique. Au travers des élaborations en commun, l'équipe acquiert plus de disponibilité, d'ouverture à l'autre et limite les projections de chacun liées à sa propre histoire.

Au départ, la priorité va à la construction d'une relation de confiance entre les professionnels et le psychologue afin de pouvoir aborder les difficultés complexes rencontrées. Ce temps peut prendre de plusieurs semaines à plusieurs années.

1. Cf. document de travail distribué à la direction dans les crèches. *Guide d'accompagnement du décret du 1^{er} août 2000*, du 16 mai 2001 (dernière version), chapitre VIII : « Les personnels », p. 13.

Sans cette confiance, de nombreux problèmes resteront tus et risquent de prendre une place considérable. Les conséquences se ressentent à la fois au niveau des professionnels – équipe et individuels — et des familles – enfants et parents. Dans cet espace de confiance, chaque professionnel ose exprimer ce qu'il pense et ressent sans crainte d'être jugé et sans culpabiliser. Ce travail continue lors des réunions hebdomadaires, indispensables pour la bonne santé psychique de la crèche.

► La fonction clinique

Le travail d'observation et de prévention auprès des enfants

- Travail d'observation

Le psychologue se rend régulièrement dans les groupes d'enfants. On peut considérer qu'il joue un rôle de traducteur si sa présence permet de donner la parole à l'enfant et de rendre celle-ci vivante.

Quand nous parlons d'observation, ce n'est pas dans le sens d'observer le comportement de l'enfant et l'étudier à partir de ces données. Observer c'est être présent et attentif à ce que l'enfant est en train de dire aux adultes par différents moyens. L'observation peut être diversifiée pour saisir l'enfant dans sa globalité. Elle porte le développement de l'enfant pendant son séjour à la crèche.

- La fonction observante et le travail en équipe

Quelles sont les conséquences de l'observation, en quoi et pour qui ce peut être positif ou négatif ? Quel est le rôle du psychologue dans ce travail ? Quel regard est porté et en quoi est-ce important pour l'enfant ? Le regard attentif et vigilant du psychologue peut montrer à l'auxiliaire où elle doit être attentive et vigilante. Le repérage de ce que l'auxiliaire regarde nourrira la réflexion d'équipe. Tout ceci n'est possible que lorsque ces interventions font partie d'un projet unifié en sachant que l'équipe encadrante porte ce projet et que le psychologue fait partie de l'encadrement. Quand ce travail de réflexion collective n'existe pas, les réunions risquent de rester des discussions « sur les problèmes d'un enfant ».

Il est important de définir et différencier la fonction du regard du psychologue de celle du regard de l'auxiliaire, de la directrice ou tout autre professionnel afin que le psychologue définisse sa place et se positionne dans l'équipe. Il arrive que la demande de l'équipe soit que le « psychologue vienne observer », « le psychologue doit venir voir, regarder ». Que doit-il

voir ? Une illusion peut circuler au sein de l'équipe portant sur le fait que seul le psychologue peut observer un enfant et grâce à cette observation il « saurait ». Que saurait-il ? Que verrait-il que les autres adultes ne verraient pas, ne comprendraient pas ? Pour observer un enfant, le psychologue doit savoir écouter et entendre. La demande vient de l'équipe, d'une auxiliaire en relation particulière avec un enfant particulier à un moment particulier.

La demande de l'équipe est toujours formulée en fonction d'un « problème » de l'enfant. De quel problème s'agit-il ? De quoi le psychologue doit-il prendre soin ? De qui doit-il prendre soin ? Le « problème » que l'adulte croit observer chez l'enfant est teinté de ses propres représentations concernant divers éléments comme le développement de l'enfant, ce que serait un bon enfant, des bons parents, un jeu « comme il faut », une bonne auxiliaire..., etc. Toutes ces représentations sont construites en fonction de l'histoire individuelle de chaque intervenante.

Si le psychologue répond à cette demande stricte d'observation de l'enfant, il écarte une grande partie du « problème », à savoir la difficulté relationnelle ou la souffrance de l'adulte face à ce que cet enfant lui renvoie. Il peut aussi s'agir de la souffrance de l'enfant pris dans la multitude de relations auxquelles il doit s'adapter. Le psychologue qui accepte cette demande « pure » d'observation de l'enfant entretient l'illusion selon laquelle en regardant l'enfant on sait ce qui se passe en lui. Or l'observation de l'enfant sert de base pour construire des hypothèses, pour imaginer des choses à propos de cet enfant puis réfléchir, ressentir, élaborer... Entendre la souffrance de l'adulte en lien avec un enfant et proposer d'autres interprétations de la situation libère l'adulte de cette difficulté et lui redonne le plaisir d'être avec cet enfant-là. Relier l'observation à l'écoute des adultes en lien avec cet enfant permet de saisir comment ces adultes sont touchés par lui.

L'observation prend son sens lorsque le psychologue peut la raccorder avec les mouvements inconscients qui traversent les professionnels déstabilisés par ce qu'ils sont en train de vivre. Ceci permet de différencier la propre histoire d'enfant de l'adulte concerné et cet enfant avec lequel il est en relation. L'enfant retrouve la liberté d'être ce qu'il est. Le professionnel redevient disponible pour la rencontre et l'accompagnement de l'enfant dans son développement.

L'observateur et l'observation ne sont pas neutres. Le fait d'observer influence ce qui est observé. Un enfant sait tout de suite qu'il est observé, il sollicite l'observateur. Un adulte aussi. Chacun va être influencé par cette observation. Le regard de l'autre touche et agit sur soi. Quand le psycho-

logue apporte cette écoute complémentaire à l'observation, il prend une place spécifique au sein de l'équipe.

VIGNETTE CLINIQUE N° 1

Emma B., 4 mois : trouver la juste distance

Emma est un bébé de 4 mois pour laquelle l'adaptation a été difficile. Elle a beaucoup pleuré. La mère est réservée. Elle exprime peu de choses par rapport à cette entrée en crèche.

Lors d'une observation, le psychologue regarde Emma sur son tapis qui se positionne de manière très raide, le dos en arc, puis se met à pleurer. Lorsque l'auxiliaire intervient en lui parlant doucement, il semble impossible de la calmer. Elle la prend dans les bras. Emma ne regarde pas l'auxiliaire et semble ne pas pouvoir se laisser bercer. Ses pleurs augmentent.

Après cette observation, le psychologue demande aux auxiliaires de lui parler d'Emma et de la manière dont s'est passée l'adaptation récente. L'auxiliaire pense qu'Emma n'est pas adaptée à la crèche. Le psychologue est surpris par le comportement d'Emma et commente ainsi son observation : « Emma semble te refuser. Elle met une distance et ne se détend pas. »

Le psychologue fait une nouvelle observation après cette réunion puis demande aux auxiliaires présentes d'observer attentivement Emma lorsqu'elle se mettra à nouveau en arc sur son tapis et lorsqu'elle ne se laissera pas bercer.

À la réunion suivante, le psychologue proposera deux actions : après élaboration d'un consensus quant à la demande d'Emma au travers de son comportement, une stratégie est mise au point pour respecter son besoin de maintenir une certaine distance lorsqu'elle est prise dans les bras par une auxiliaire.

Sur un plan pratique, habituellement, l'auxiliaire donne le biberon à Emma puis elle la change. Les pleurs débutant dès les premiers contacts, il est prévu de commencer par la relation plus distante puis de finir par le repas où le bébé est très proche du corps de l'auxiliaire. Le change se fera sur une serviette dans laquelle Emma sera enveloppée pour la prendre dans les bras pendant le biberon. La distance sera ainsi respectée et l'approche sera plus progressive.





Simultanément, le psychologue décide de rencontrer la mère. Durant l'entretien, la mère parle avec Emma dans ses bras. Cette dernière est très éveillée. Le psychologue explique ce qui se passe, sans alarmer la mère. Il s'informe sur l'attitude d'Emma à la maison. Après une heure d'entretien, la mère évoque une fausse couche qui a eu lieu juste avant sa grossesse d'Emma. Elle parle de son angoisse de perdre Emma durant toute la grossesse. Le psychologue se tourne alors vers Emma et dans ce contexte émotionnel spécifique s'adresse ainsi à l'enfant : « Quand tu étais dans le ventre de ta maman, elle se demandait si tu étais vivante. Aujourd'hui, quand tu te tends c'est comme si tu n'avais que ce moyen pour rassurer ta maman et lui montrer que tu es bien vivante, solide, forte. » Après cet entretien avec la mère, Emma a arrêté de s'arc-bouter. Elle a pu se détendre et jouer ou regarder calmement autour d'elle.

Quant à ses relations avec l'auxiliaire, l'enveloppement « serviette » a permis à Emma d'accepter la relation avec son auxiliaire. Elle ne pleurait plus dans ses bras et pouvait être consolée. Elle a grandi tranquillement en profitant de ses journées à la crèche.

Ce bébé et son observation ont beaucoup appris à l'équipe. Les auxiliaires ont pu mesurer l'importance de leurs observations et la manière dont un bébé peut s'exprimer, autrement que par ses pleurs.

Bien souvent les adultes sont attentifs aux pleurs mais le corps de l'enfant (en dehors des maladies) est souvent laissé de côté faute de pouvoir donner du sens et réfléchir à des solutions. Emma ne s'agitait pas à n'importe quel moment. Grâce à l'observation fine de la situation, l'auxiliaire a repéré que c'était au moment du repas, précisément quand elle la prenait contre elle pour le biberon. Tout son petit corps remuait, bras et jambes dans tous les sens, débordant des bras de l'adulte et l'empêchant de la tenir calmement dans ses bras.

Emma nous apprend qu'une relation si proche avec un autre adulte que la mère peut être menaçante, lui rappelant que sa mère n'est pas là. La nécessité de réfléchir s'impose pour remédier à ce qui est insupportable pour ce bébé. La serviette et l'inversion de l'ordre des soins ont permis une approche délicate et progressive de l'enfant. La serviette contient littéralement son corps tout en préservant une certaine distance avec le corps de l'adulte référente.

De telles observations associées aux réflexions de l'équipe aboutissent à une réponse cohérente de la crèche aux besoins de chaque enfant.

- Travail de prévention

Nous l'avons souligné, la crèche est avant tout un lieu de prévention. Le psychologue aide à repérer si un enfant ou une famille est en difficulté. Ensuite, un dialogue est entamé avec la famille en vue de rechercher des solutions appropriées. Dans ses relations avec les parents, le psychologue va répondre à une demande de leur part. Il peut aussi les solliciter quand il perçoit des difficultés persistantes chez un enfant dans un contexte global de travail d'équipe.

Plusieurs entretiens avec les parents peuvent avoir lieu et selon la situation, ce soutien peut suffire à améliorer la situation et soulager chaque protagoniste. Dans ce cadre, le psychologue doit connaître ses limites d'intervention. Un travail psychothérapeutique extérieur peut être nécessaire. Les entretiens suivants servent alors à préparer et soutenir ce projet en proposant une orientation.

On peut considérer le travail de prévention comme un travail global qui se fait au quotidien. L'accueil, l'adaptation des enfants en crèche en est un bon exemple¹. En effet, à ce moment se joueront l'avenir relationnel de la famille avec la crèche et l'équilibre de l'enfant passant ses journées en crèche. Se montrent et se vivent aussi les émotions spécifiques liées à la séparation, autant du côté des parents que des professionnels. Les séparations sont un « passage obligé » qui n'est pas toujours bien négocié par les adultes. Un retentissement sur le vécu de l'enfant durant toutes ses journées passées à la crèche est prévisible.

En général, la décision de mettre un enfant à la crèche est prise dès la conception de l'enfant. Il s'agit souvent d'une première séparation nécessitant un travail préliminaire. Avant que le bébé ne soit né, l'accueil des futurs parents est prévu par les professionnels de la crèche. Entretiens entre la directrice et les parents, rencontre de l'équipe, du lieu, explications sur l'organisation. Le but est de rendre la crèche vivante pour les parents. Ils font connaissance avec celle qui sera l'auxiliaire référente de l'enfant. Le projet pédagogique est présenté et un livret d'accueil qui le résume est donné aux parents. Tout est fait pour qu'ils puissent imaginer et se représenter la vie à la crèche.

Pour l'accueil d'un bébé dès 3 mois, on prévoit une « fiche de rythme ». Le nombre de biberons est noté, la quantité, les horaires, les changes, le

1. Cf. Maleki F. et Cohier-Rahban V., « Pour améliorer la prévention en crèche, ma maman, mon auxiliaire et moi ou la nécessité d'une médiation relationnelle dès l'entrée à la crèche », *Dialogue*, n° 147, *Bébés, parents, professionnels : l'art de tisser les liens*, 1^{er} trimestre 2000, p. 17-25.

rythme du sommeil... Cette fiche fera les navettes entre la maison et la crèche. Elle servira de lien et permettra une adaptation réciproque entre les professionnels et le bébé, entre les parents et le bébé, et entre les professionnels et les parents.

Dès le début, les parents et l'enfant sont actifs dans le déroulement des journées du bébé à la crèche. Les parents précisent : « Mon bébé ne dort que dans son couffin, il ne prend son biberon que dans cette position... » Les intervenants respecteront et organiseront son quotidien en fonction de son rythme et de ses besoins. La crèche doit essayer de se mettre à l'écoute du bébé, mais aussi des parents.

La référente est l'auxiliaire qui va assurer la continuité de la prise en charge globale dans la vie du bébé. Elle effectuera les soins importants. La manière d'accueillir le bébé et ses parents sera possible grâce au soutien et à l'écoute de l'équipe. Cette continuité est nécessaire à prendre en compte, en particulier pour un bébé de trois mois à peine sorti de la relation duelle avec sa mère. Il ne peut pas d'emblée s'adapter, intégrer les façons d'être des différentes personnes qui prennent soin de lui.

Le projet institutionnel devrait permettre une meilleure adaptation des adultes pour éviter de trop déstabiliser la vie psychique du bébé. Une seconde auxiliaire accompagne l'auxiliaire référente en dehors des moments de soin pour être près du bébé pendant les jeux, la sieste ou lorsque la référente est absente. Cette organisation nécessite une anticipation et une compréhension par toute l'équipe de l'intérêt d'un tel fonctionnement à la fois pour le bébé, sa famille mais aussi pour l'équipe. Un travail de réflexion accompagne cette mise en œuvre du projet avant l'arrivée du bébé et bien sûr tout au long de son accueil.

Lorsque les parents présentent leur enfant, différentes dimensions sont à entendre : inconsciente, imaginaire, consciente. Il est important de pouvoir les distinguer. En effet, si le discours des parents est trop envahi par l'imaginaire ou l'inconscient, il pourra être nécessaire de les aider à mieux s'ajuster à la réalité de leur enfant. La relation qui émergera au fur et à mesure entre la famille et l'institution en sera d'autant plus harmonieuse. Une relation de confiance est nécessaire entre les parents et la crèche. Le bien-être de l'enfant en dépend. Il pourra d'autant plus profiter de ces moments pour jouer, dormir, manger, rêver, le plus tranquillement possible. Cela concerne aussi l'ensemble de son développement psychomoteur.

De leur côté, les parents travaillent. Ils doivent pouvoir le faire l'esprit libre, sans inquiétude majeure. Lorsqu'ils pensent à leur enfant, ils doivent pouvoir l'imaginer à la crèche dans une de ses activités possibles. Il est

important qu'ils se sentent entendus sans être jugés. Un échange régulier, stable et dans la continuité favorise cette tranquillité. Par exemple, telle auxiliaire donne le biberon à tel endroit. Lorsque les parents peuvent poser toutes les questions qui leur semblent importantes, ils sont plus rassurés.

Si le temps de l'adaptation d'un enfant à la crèche semble « respecté », il est souvent confondu avec ce qui devient une simple habitude, ou résignation, des enfants et parfois aussi des parents. Se poser les quelques questions qui suivent, pour chaque enfant, chaque famille, ne donne pas toujours les mêmes réponses. En conséquence, un aménagement de l'accueil sur mesure, adapté à chaque famille devrait pouvoir être réfléchi. Quel sens a la période d'adaptation ? à qui ça sert ? à quoi ça sert ? Parfois, des parents disent : « Je dois encore prendre trois jours de congé », ou bien : « Ça se passe bien quand je le confie à ma mère, à quoi ça sert cette période d'adaptation ? » Banalisation, minimisation, la mère peut aussi parler de congé plutôt que de séparation. Tous ces mots traduisent une grande difficulté à se séparer. C'est pourquoi il est important de signifier quelque chose de cette période pour chaque parent et pour le bébé.

La préparation à la séparation sera la première étape. Elle permet une prise de conscience de la séparation réelle à venir. La première rencontre avec l'auxiliaire référente fait naître une ébauche de lien avec le bébé. Cette période permet au bébé de se familiariser, de s'imprégner avec sa mère du lieu, de l'environnement, des bruits, des odeurs. Plus le bébé restera avec sa mère durant cette période, plus la séparation sera facile. Ce temps évitera au bébé une souffrance psychique trop importante, d'autant plus si la mère a des difficultés à se séparer de lui.

Jusqu'au dernier moment la séparation doit être préparée en présence de la mère. Plus elle reste près de lui et avec lui les premiers temps à la crèche, plus l'enfant sera prêt à s'adapter à ce nouvel environnement. On entend souvent des parents dire au bout de deux demi-journées : « C'est bon, il va s'habituer. » Dans ce cas, l'enfant vit et apprend la séparation comme une souffrance et devient le réceptacle de l'angoisse de ses parents. L'équipe peut partager cette angoisse. Le poids porté par l'enfant n'en est que plus lourd.

La crèche peut être un lieu d'ouverture vers le monde extérieur, vers le futur. Il peut aussi, hélas être un lieu de drame : « De toute façon je suis obligée, on va pleurer, il s'habituer. » Une séparation bien accompagnée permet aux parents de savoir leur enfant en sécurité et de le vivre en sécurité. Si l'enfant n'est pas envahi par l'angoisse des adultes qui l'entourent, il devient disponible à son environnement. À partir de ce moment, il sera

prêt à s'y adapter. Cette préparation à la séparation est la même quel que soit l'âge de l'enfant.

Tout ceci nécessite un long travail du psychologue pour préparer l'équipe. Les auxiliaires sont formées pour repérer les difficultés des parents, celles des enfants et les leurs. Le psychologue soutient les auxiliaires, les écoute comme elles auront à le faire avec les familles et l'enfant qui leur est confié. Elles n'ont pas seulement à travailler avec l'enfant. Comment se positionner par rapport aux ressentis des auxiliaires, leurs observations et leurs émotions ?

Les moments de séparation et de retrouvailles qu'ils soient au début de l'arrivée en crèche de l'enfant ou au quotidien sont toujours des moments importants pour l'enfant et ses parents. L'équipe doit rester vigilante aux signes de difficultés émis par l'enfant. En effet, la clinique nous montre qu'un événement familial extérieur peut facilement perturber ce qui semblait aller tout seul.

Le dispositif d'accueil lors de la période d'adaptation est réfléchi en équipe. Il peut être réalisé avec le père et la mère, ou bien en alternance entre le père et la mère. Le plus souvent, c'est la mère qui est présente. Cependant, il est important de respecter la place du père dès le premier entretien, telle qu'elle existe au sein de chaque famille. Pour le premier jour d'adaptation, l'auxiliaire a déjà pensé à l'aménagement du lieu pour accueillir le bébé et son parent. Un endroit est prévu pour le bébé et quelques jouets sont posés sur un tapis en fonction de son âge. Un espace pour le parent est réfléchi. Lorsque la mère arrive, l'auxiliaire est entièrement disponible pour regarder et écouter la mère et le bébé, et la mère avec son bébé. Dans ces premiers contacts, la mère agit, l'auxiliaire écoute et apprend de cette mère en lien avec son enfant. Elle est attentive aux gestes, aux mimiques, elle peut poser des questions si elle sent la mère disponible pour y répondre. Elle écoute la mère parler de son bébé. La mère est invitée à venir pour ces premiers échanges lorsque le bébé est suffisamment éveillé, lorsqu'il peut être réceptif à ce nouvel environnement. Ce premier temps sera court, il peut être plus long pour un enfant plus grand.

Le temps augmentera progressivement jusqu'à ce que le bébé soit disponible pour entrer en relation avec l'auxiliaire. Il commence à la regarder, elle lui parle, il l'écoute. Elle se présente, lui dit qu'elle va prendre soin de lui. À ce moment, il est dans les bras de sa mère. Si elle réagit, le bébé réagit. Il peut se mettre à pleurer ou, s'il est déjà plus grand, s'éloigner ou au contraire se coller à sa mère. L'auxiliaire repère ces signaux. Elle rassure l'enfant : « Ce n'est pas tout de suite. Nous allons prendre notre temps. Ta

mère est là. Nous allons apprendre à nous connaître. » Ces paroles s'adressent indirectement au parent présent. Elles vont rassurer la mère qui peut alors à son tour évoquer son enfant.

L'auxiliaire rassure aussi l'enfant entendu dans sa réaction. L'auxiliaire peut ajouter qu'elle l'accompagnera, qu'elle sera avec lui quand sa mère sera au travail. Elle explique que la crèche est un nouveau lieu de vie et qu'elle partage ce changement en partie : « Moi aussi j'ai besoin de temps pour te connaître. » Elle a à apprendre à reconnaître et comprendre le langage non verbal de cet enfant-là. La première séparation sera courte. La mère reste dans la crèche. Un rendez-vous avec la directrice peut être prévu sur ce temps-là.

Pour réussir à mettre en place cette période d'adaptation, il est important de soutenir les auxiliaires pour qu'elles soient disponibles psychiquement. Une réflexion autour de leur travail est indispensable mais parfois difficile à mettre en place. Nous comprenons par cet exemple de préparation à la séparation qu'un projet mal ou non construit a des répercussions sur chaque professionnel, sur l'équipe, sur chaque enfant et sur les parents. Ces répercussions peuvent durer.

En tant que psychologue, nous avons la responsabilité d'élaborer un projet clair et cohérent partagé par l'équipe pour limiter les souffrances quotidiennes que peuvent vivre les enfants à chaque séparation. Le psychologue intervient parfois directement auprès des enfants. Il peut verbaliser à l'enfant ce qu'il voit et ressent puis le faire entendre aux professionnels et, éventuellement, aux parents. L'enfant et l'adolescent et l'adulte à venir aura à vivre des séparations tout au long de sa vie sous différentes formes et dans des contextes très variés. L'aspect préventif du travail du psychologue prend ici toute sa valeur.

VIGNETTE CLINIQUE N° 2

Antoine H., 5 mois : les retrouvailles, s'ajuster à son bébé

Le psychologue est dans la section des bébés. Il observe les retrouvailles le soir entre les parents et leurs enfants.

La mère arrive. Antoine, 5 mois, joue avec son hochet sur le tapis. Sa mère le voit de loin. Elle dit bonjour à l'auxiliaire. Antoine entend la voix de sa mère, il se retourne vers elle, la regarde puis détourne son regard vers l'objet qu'il tient dans sa main. À partir de ce moment, il semble agir comme si elle n'était plus là.





Elle s'approche de lui. « Bonjour Antoine, c'était dur aujourd'hui ? Tu t'es bien amusé ?... » Elle lui parle, il ne la regarde pas. Sa mère le prend dans les bras et lui fait plein de bisous. Il évite de la regarder. Elle lui dit : « Tu m'en veux, je t'ai abandonné. » Puis : « Dis donc, tu m'as complètement oubliée ! »

Le psychologue se rapproche et s'adresse à Antoine : « Peut-être que cette journée a été très longue pour toi. Tu as besoin d'un peu de temps pour retrouver ta maman. Peut-être que tu l'as tellement attendue qu'il te faut un peu de temps pour réaliser que tu es là, dans ses bras. Ton auxiliaire, Françoise, va raconter à ta maman tout ce que tu as fait aujourd'hui, comment tu as profité de ta journée. Ensuite, tu vas retourner à la maison, passer des bons moments et nous t'attendons demain. »

Avec cette intervention, le psychologue soutient à la fois l'enfant, sa mère et leur relation. Il déculpabilise la mère qui peut se rendre compte que son bébé peut être submergé émotionnellement. Puis il réintroduit de la continuité, un rythme et une prévisibilité de ce qui va arriver. La mère peut alors penser, anticiper pour elle et pour son enfant. Ceci aide l'enfant à faire face à ce qu'il vit. Dans cet exemple, le psychologue est intervenu directement auprès de la mère durant une observation. Il soutient indirectement l'auxiliaire présente.

Les outils évaluatifs du psychologue à la crèche¹

Lors de ses interventions à la crèche, divers types d'outils pourront être utiles au psychologue que ce soit dans son travail auprès de l'équipe (notamment ceux qui permettent l'évaluation des stratégies de coping, cf. chap. 6), des familles (cf. chap. 1, 3, 7, 9) ou des enfants accueillis.

Nous nous limiterons dans cette section à la présentation des instruments et méthodes nécessaires pour l'évaluation du petit enfant (0 à 3 ans). Mais, étant donné que l'un des enjeux majeurs de l'évaluation dans cette tranche d'âge est le dépistage précoce de divers troubles atteignant la progression du développement de l'enfant², nous recommandons la lecture conjointe des sections proposant des outils évaluatifs des autres chapitres de ce livre et notamment celle du chapitre consacré aux enfants porteurs de handicap (chapitre 6).

Les diverses épreuves proposées aux bébés (nourrissons et/ou petit enfants) auront pour but de mesurer le niveau d'homogénéité de leur développe-

1. Cette section de chapitre a été rédigée par Silvia Sbedico Miquel.

2. Cf. HAS (sept 2005).

ment. Il ne s'agit pas de mesurer leur intelligence car chez le bébé constructions cognitive et affective sont indissociables et l'ensemble s'établit au travers des échanges continus entre celui-ci et son environnement.

Nous présentons d'une part les outils utiles pour l'évaluation quantitative et qualitative du développement du bébé et, d'autre part, une classification diagnostique spécifique pour les enfants de 0 à 3 ans.

L'évaluation auprès du bébé s'appuie essentiellement sur deux démarches complémentaires : l'évaluation quantitative de son développement avec une échelle et l'observation directe ou indirecte de son comportement, de ses relations aux personnes ou activités proposées¹.

■ L'évaluation quantitative du développement du bébé par les « *Baby Tests* »

Ces outils constituent des échelles du développement pour très jeunes enfants préverbaux (*Infant Developmental Scales*, dans les pays anglophones) permettant d'effectuer un bilan développemental global dans un premier temps, puis d'affiner l'exploration et de mesurer la progression de l'enfant en lui proposant des activités réussies par des enfants de différents âges par rapport auxquels on pourra le situer.

L'utilisation de ces instruments demande une excellente connaissance des théories et notions les sous-tendant ainsi que de leur méthode.

Échelle d'évaluation des conduites néonatales (NBAS) de T. B. Brazelton (1973, 1995)

Cette échelle se base sur les connaissances récentes des compétences du bébé. Elle est administrable aux nouveaux nés (entre 3 jours et la fin du premier mois) n'ayant pas présenté de problèmes apparents au cours de la grossesse ou de l'accouchement. La NBAS est brièvement présentée dans le chapitre 1 du présent ouvrage.

Échelle Brunet-Lézine Révisée ; Josse, EAP (1997)

Cette échelle constitue l'outil de référence pour l'évaluation du développement des enfants de 2 à 30 mois tant dans le domaine de la recherche qu'en clinique. Elle a été construite afin de permettre d'évaluer objectivement le développement psychomoteur de l'enfant et de dépister des anomalies dans le développement ou d'éventuelles carences dans l'environnement de l'enfant. Quatre sous-échelles permettent de mesurer les progrès et les capacités du tout-petit dans quatre domaines : développement postural, coordination oculomotrice, langage (incluant les aspects communicatifs préverbaux tels l'attention conjointe), la sociabilité (relations à autrui, prise de conscience de soi, adaptation aux relations sociales). Le cahier d'examen propose de présenter successivement différentes situations comportant plusieurs items de plus en plus difficiles. Chaque tranche d'âge comporte dix items appartenant aux quatre domaines. Le test a été réétalonné afin de mieux intégrer l'évolution actuelle des enfants dans un contexte socio-éducatif différent de celui des décennies précédentes.

1. Nous faisons ici une brève présentation. Pour approfondir, cf. notamment Tourrette (2001).

La passation se fait en présence de la mère (enfant sur ses genoux) et sa durée varie en fonction de l'âge de l'enfant. L'administration commence par la présentation d'items correspondant à l'âge chronologique de l'enfant : s'il y a un échec, l'évaluateur lui propose des items du niveau inférieur jusqu'à ce qu'il y ait une totale réussite aux dix items d'une tranche d'âge complète. Ce test ne cherche pas du tout à évaluer les capacités intellectuelles de l'enfant mais l'homogénéité et le rythme de son développement. Il n'a aucune valeur prédictive quant au développement intellectuel avant l'émergence du langage.

C'est le constat d'un retard persistant dans le développement qui sera significatif par lui-même et engagera le clinicien à approfondir l'investigation. Cet aspect rend cette échelle unique et fondamentale pour la recherche des retards éventuels ou le dépistage de profils particuliers. La version révisée consacre plusieurs chapitres de son manuel à l'évaluation d'enfants prématurés ou porteurs de déficits particuliers (trouble envahissant du développement, retard de langage, etc.).

Échelle Casati-Lézine ; Casati I., Lézine (1968)

Cette échelle permet d'évaluer les étapes de l'intelligence sensori-motrice selon les différents stades de la théorie piagétienne. Quatre situations différentes permettent d'explorer les comportements des enfants entre 6 et 24 mois (sous-stades III, IV, V, VI de l'intelligence sensori-motrice). Cette échelle donne à l'évaluateur la possibilité d'approcher les mécanismes intellectuels mis en œuvre par les enfants pour réaliser les tâches et aboutit à l'appréciation de leurs performances. Son intérêt réside dans la possibilité qu'elle offre de codifier en niveaux de développement des conduites utilisées par l'enfant pour la résolution d'un problème pratique. Toutefois, il s'agit plutôt d'un outil de recherche que d'un outil clinique.

Infant Developmental Scales (IPDS) ; Uzgiris, Hunt (1975). IPDS-Révisées : Échelles d'évaluation du développement cognitif précoce (EEDCP) ; Nader-Grobois (2000)

Ces échelles, également issues du modèle piagétien sur la période sensori-motrice (1 à 24 mois), visent par la présentation de situations-problèmes (« situations inductrices ») à déclencher un comportement observable (« actions critiques ») chez l'enfant témoignant de son niveau de développement. Six échelles ordinales correspondant aux différents aspects des acquisitions sensori-motrices sont explorées : poursuite visuelle et permanence de l'objet, développement de moyens pour atteindre un but désiré, développement de l'imitation (vocale et gestuelle), développement des relations de cause à effet, développement des relations spatiales entre objets, développement des schèmes de relations avec les objets.

Les EEDCP constituent une version révisée et complétée des IPDS conçues pour remédier à certaines limites de ces dernières.

Ces échelles s'avèrent intéressantes du point de vue clinique surtout pour l'évaluation d'enfants présentant un retard de développement ou un développement atypique. En effet, elles soulignent l'existence de patterns individuels de progression pouvant rendre compte de stratégies individuelles ce qui permettra de définir ou d'adapter des objectifs éducatifs.

Évaluation de la communication sociale précoce (ECSP) ; Guidetti, Tourrette (1993)

L'ECSP est le seul instrument permettant l'évaluation des compétences communicatives chez des enfants de 3 à 30 mois, ce domaine n'étant pas exploré par les évaluations adaptées à cette tranche d'âge. Il s'agit d'un *baby-test* récent dont un des postulats de base est que l'enfant apprend à parler dans un contexte de « dialogue d'action » (l'enfant et l'interlocuteur échangent dans un environnement particulier et à propos de cet environnement). Les auteurs postulent également qu'il existe une continuité dans les processus communicatifs, d'abord non verbaux puis verbaux. L'attention conjointe dont on connaît l'importance dans l'apparition du langage, pourrait être un de ces facteurs de continuité. La structure factorielle de l'échelle isole trois dimensions : les fonctions communicatives (interaction sociale, attention conjointe et régulation de l'enfant), le rôle tenu par l'enfant et le niveau de développement de ces compétences.

L'analyse factorielle a confirmé le lien entre les capacités d'attention conjointe et les capacités langagières.

L'échelle permet de déceler des aptitudes ou des déficits spécifiques dans les diverses compétences communicatives évaluées. Pour ce faire elle fournit également des indices.

L'ECSP pourra servir au suivi longitudinal du développement des capacités communicatives d'un enfant en particulier, elle pourra être utilisée au-delà de 30 mois pour des enfants présentant un retard ou des dysfonctionnements de la sphère communicative.

■ L'observation des très jeunes enfants

La psychologie du développement a mené un grand travail d'objectivation de l'observation en tant que source de données qualitatives que viennent compléter les données quantitatives issues des échelles.

En clinique et en matière d'évaluation, l'observation est une méthode nécessaire à tout psychologue. Cet aspect est incontournable s'agissant de petits enfants ou d'enfants présentant des troubles de la communication puisque dans ces cas le psychologue ne dispose pas du langage pour échanger avec l'enfant. Son analyse devra alors se fonder sur les comportements de l'enfant dans diverses situations. L'observation respectera le cadre clinique qu'elle s'assigne et se fondera sur les principes éthiques délimitant toute intervention dans le domaine de la petite enfance¹ : « Accorder tout son intérêt au bébé et à la famille, respecter les situations, ne jamais être directif ni intrusif, avoir une attitude bienveillante dépourvue de jugement moral². » Signalons que l'observation auprès du nourrisson présente des caractéristiques particulières puisque le répertoire comportemental est restreint et en évolution constante.

1. Et au-delà de la petite enfance, ces principes sont les mêmes que devraient suivre toute intervention et évaluation psychologique dont nous rappelons qu'elles doivent prendre place dans le cadre du *Code de déontologie des psychologues* (1996).

2. Cf. Tourrette, *op. cit.*, p. 37.

Toute observation s'accompagnera d'un recueil (papier-crayon au fur et à mesure ou enregistrement vidéo) non seulement des données concernant le comportement cible mais aussi des éléments significatifs des événements qui se déroulent dans l'interaction avec l'enfant. Cette observation apporte les données qualitatives (comment fait l'enfant ?) qui sont des compléments indispensables aux données quantitatives apportées par les outils évaluatifs (combien ?) pour pouvoir appréhender l'enfant dans sa globalité et analyser qualitativement ses comportements et leur finalité dans la situation clinique. Outre l'observation en laboratoire dont nous ne tiendrons pas compte ici puisqu'elle concerne le cadre de la recherche, l'observation en clinique revêt différents aspects que nous détaillons ci-dessous.

– *Observation indirecte par questionnaires*

Ce type d'observation vise à compléter les données tirées de l'observation directe, concernant des domaines difficilement observables directement (comme l'affectivité ou la personnalité de l'enfant) en interrogeant les parents ou éducateurs de l'enfant.

Questionnaire Symptom Check-List ; Robert-Tissot et coll. (1989)

Ce questionnaire permet l'évaluation qualitative et quantitative des troubles psychofonctionnels de la petite enfance (enfants de 6 semaines à 30 mois) en permettant d'analyser plus précisément et d'objectiver des faits habituellement abordés en entretien. Ce questionnaire comporte quatre-vingt-quatre questions explorant : le sommeil et ses troubles, l'alimentation et ses troubles, la respiration (asthme, spasme du sanglot), la peau (eczéma) et les allergies, les comportements (colères, opposition, agressivité), les peurs (manifestations et circonstances), le recours aux soins médicaux et les changements (de personnes, de lieux) dans la vie de l'enfant.

L'analyse du questionnaire est constituée de la quantification apportée par les réponses aux questions fermées des différentes rubriques (permettant d'évaluer objectivement l'évolution d'un enfant) et de l'apport d'informations qualitatives données par les réponses aux questions ouvertes (utiles pour la discussion du cas et une éventuelle indication thérapeutique). Ces informations peuvent être complétées par l'apport des données tirées du questionnaire ci après.

L'entretien « R » ; Stern et al. (1989)

Ce questionnaire explore les représentations que la mère a de son enfant et de sa position de mère et tente de repérer les modifications de ces données suite aux interventions thérapeutiques. Dix thèmes généraux sont abordés à l'aide de 28 questions.

– *Les observations comportementales*

Ces techniques de recueil des données étayent de nombreux travaux portant sur les interactions précoces entre le bébé et différents membres de son entourage¹.

1. Cf. le chapitre 1 du présent ouvrage.

Les recherches de Lebovici (1983). Cf. chap. 1.

GLOS (Greenspan Lieberman Observation Scale) ; Greenspan et Lieberman (1980). Cf. chap. 1.

Kia-Profil (Kiddie-Infant Affect Profile). Modification : Stern (1989)

L'observation peut pallier à l'absence d'instruments pour évaluer les états affectifs de l'enfant. Ainsi, cet instrument d'observation qui ne requiert pas d'apports verbaux (ni de la part de l'enfant ni des parents) se centre sur la fréquence et l'intensité des affects de l'enfant en objectivant et quantifiant les émotions exprimées (joie, tristesse, colère, etc.). Les comportements sont codifiés et l'enfant et sa mère sont observés dans des situations semi-standardisées. La complexité du codage semble rendre cependant l'utilisation de cet outil peu fonctionnelle en clinique. Cette observation peut avoir lieu en conjonction avec *l'entretien R* (cf. supra) afin d'enrichir l'investigation.

– *Les observations thérapeutiques*

La méthode d'observation d'Esther Bick¹ qui est présentée de manière exhaustive par Haag et al. (1995, 2003)

Dans ce dispositif, c'est la situation d'observation qui a un effet thérapeutique sur l'enfant et sa famille. L'observateur occupe une position particulière dans cette observation qui a lieu au domicile de l'enfant, en présence des parents, de façon hebdomadaire (de la naissance à la fin de la deuxième année de l'enfant). Lors de cette observation participante il devient un familier tout en gardant une certaine distance par rapport aux événements puisqu'il ne doit intervenir en aucune façon. Dès la fin de chaque séance l'observateur doit rédiger un compte rendu détaillé au plus près des faits, sans interprétations, qu'il restituera au groupe auquel il participe. C'est lors de cette discussion qu'émergera le sens de ce qui a été observé. Les effets de cette observation qui place le bébé au centre d'une attention très empathique se manifestent tant au niveau du bébé (capacité à partager des émotions) qu'au niveau de sa famille qui développe elle aussi une attention particulière au bébé.

■ La classification diagnostique 0-3

Diagnostic classification, Zero to Three (« Classification diagnostique 0-3 ») ; National Center for Infant Clinical Programs (1994). Traduction française révisée : Cordeiro M. J. et al. (1998)

Cette classification tient compte dans son élaboration du diagnostic de la spécificité de la clinique du nourrisson et du petit enfant de 0 à 3 ans permettant une évaluation fine de ses capacités dans ses différentes relations et de son niveau de développement émotionnel. Le souhait initial de ses constructeurs (un groupe de cliniciens américains reconnus, travaillant dans le domaine de la petite enfance depuis 1977)² était de proposer un système provisoire de classification multiaxiale qui tienne compte des dernières recherches concernant le développement précoce et qui constitue une alter-

1. Cf. Haag (dir.) (2003) qui en fait une présentation exhaustive et Tourrette (2001) dont sont tirés les éléments étayant notre discussion.

2. Cf. Fenichel (1999).

native complémentaire au DSM-IV (1994) puisque celui-ci n'aborde presque pas les premières années de la vie. Ce système se veut compatible avec les autres systèmes diagnostics existants (notamment DSM-IV et ICD-10) dont il cherche à pallier les carences en proposant des critères diagnostiques pour les catégories spécifiques de la petite enfance et un arbre de décision désignant leur hiérarchisation (le répertoire limité du bébé en termes de comportements ou de réponses aux stimuli ne rend pas les symptômes discriminants pour les différentes catégories). Ainsi, si un diagnostic du DSM-IV décrit mieux le trouble primaire (diagnostic principal), celui-ci devra être codé sous l'axe I de ce système. La classification est constituée de cinq axes :

- axe I du diagnostic principal avec ses catégories spécifiques (syndrome de stress post-traumatique, troubles de l'affect, troubles de la régulation, troubles touchant de multiples systèmes du développement) ;
- axe II de la relation, le trouble de la relation est mesuré à l'aide du PIR-GAS (*cf. infra*) ;
- axe III des troubles médicaux ou développementaux associés qui sont cotés dans les classifications préexistantes (DSM-IV ou ICD-10) ;
- axe IV de l'intensité du stress psychosocial ;
- axe V du développement émotionnel.

Comme toute nouvelle classification diagnostique, ce système soulève de multiples interrogations concernant les enjeux idéologiques entre les systèmes de pensée et les cultures qui la sous-tendent. Pour approfondir ces réflexions, nous renvoyons le lecteur aux articles d'A. Guedeney (1999) ayant étayé cette présentation¹.

PIR-GAS (Parent-Infant Relationship Global Assessment) ; Zeanah (1996)

Cette échelle est composée de quatre-vingt-dix items et tente d'apprécier la qualité des relations parents-enfant, sur un continuum allant de « très dysfonctionnel » à « bien adapté ». Il est recommandé de procéder à la cotation après une investigation approfondie de la situation clinique, les problèmes relationnels pouvant avoir pour source l'enfant lui-même, le parent, l'interaction entre l'enfant et le parent ou le contexte social plus large.

■ Mesure globale de la psychopathologie de l'enfant

CBCL (Children Behaviour Check List, Liste de comportements pour les enfants) ; Achenbach et Edelbrock (1978, 1983), Achenbach (1991). Traduction française : Fombonne E. (1992)²

Cet outil a pour but d'établir une liste standardisée des troubles comportementaux et émotionnels et des compétences sociales, chez des enfants de 4 à 16 ans existe également dans une version permettant l'évaluation des comportements précoces chez l'enfant de 1 à 3 ans.

1. *Cf.* Guedeney (1999).

2. Cet instrument est présenté plus en détail au chapitre 6.

► La fonction institutionnelle

Le travail d'interface entre familles et professionnels

Le psychologue assure *l'interface entre les familles et les intervenants* et un travail de *lien entre les enfants et les adultes*. Là encore il se pose de nombreuses questions : comment peut-il être garant de la place des parents à la crèche ? Comment rendre les parents présents pendant leur absence, et pour qui ? Quels liens créer avec les parents pour les rendre actifs dans la vie de la crèche ? Il doit être en capacité d'entendre les questionnements des parents par rapport à la vie de la crèche, leur expliquer le sens de ce qui se fait ou non à la crèche. Le projet de chaque institution devrait permettre d'ouvrir un dialogue avec les parents. Le but est de favoriser le lien avec le projet et non de le transformer en une donnée rigide à laquelle les parents se soumettraient. Une demande répétitive des parents indique que quelque chose qui leur est propre n'est pas entendu par la crèche. Le travail en lien direct avec l'enfant ou/et ses parents est plus rare. Il est toujours secondaire à un travail de réflexion en équipe, et à différentes solutions que les auxiliaires ou l'éducatrice auront tenté de mettre en place. Ce n'est que lorsque l'équipe se sent bloquée que le psychologue intervient à leur niveau.

VIGNETTE CLINIQUE N° 3

Sarah M., 16 mois : le nez coule, et le lait ?

C'est à 16 mois que Sarah fait son entrée à la crèche dans la section des moyens. Lors d'une réunion, l'auxiliaire dit que Sarah n'est pas encore sevrée. La mère travaillant près de la crèche profite de chaque coupure pour venir donner le sein à sa fille. Le psychologue a beaucoup travaillé avec l'équipe la nécessité de respecter les familles et leurs choix éducatifs. En conséquence, les auxiliaires tolèrent la mère qui vient allaiter sa fille régulièrement. Elles sont étonnées de l'intérêt que le psychologue va porter à Sarah. « Elle mange bien ? — Oui, il n'y a aucun problème... » répondent les auxiliaires.

Le psychologue décide d'aller observer Sarah. Elle joue mais son nez coule. C'est ainsi qu'elle se lève toutes les cinq minutes, quel que soit le jeu, se dirige vers l'auxiliaire, dit : « nez coule », l'auxiliaire essuie, Sarah retourne jouer. Quelques minutes plus tard, même manège... Elle vient voir l'auxiliaire et repart et joue et revient... Ainsi, c'est un va-et-vient permanent entre elle et l'auxiliaire ou l'éducatrice présente.



Un jour la mère arrive dans le jardin de la crèche en allaitant sa fille. Elle parle avec tout le monde, le sein à l'air.

Lors de la réunion suivante, l'équipe prend conscience de ces agissements et s'interroge. Le psychologue demande où la mère donne à téter à sa fille. La réponse est « dans le groupe, dans un coin ». Le psychologue questionne le sens que peut avoir pour la mère, pour Sarah et pour les autres enfants le fait qu'elle allaite Sarah, n'importe où, n'importe quand, puis reparte.

Il est décidé d'un lieu pour cette mère qui donne le sein à sa fille et d'un entretien avec le psychologue afin de comprendre le sens de cet allaitement.

La mère demande à la directrice la raison pour laquelle le psychologue veut la voir. La directrice ne parle pas de l'allaitement. Elle répond qu'elle est surprise par le nez de Sarah qui coule depuis son arrivée à la crèche sans qu'elle soit malade.

Au début de l'entretien, Sarah est collée contre sa mère. Le psychologue propose à Sarah une petite chaise. Elle prend le sein de sa mère et se met à téter. Le psychologue demande : « Est-ce que ça coule dans ta bouche ? » Sarah répond : « Non. » La mère rit. Le psychologue demande à la mère ce qu'elle comprend de cette situation, d'autant que Sarah mange bien. La mère dit : « Ça lui fait plaisir. » Le psychologue : « Ça fait plaisir à Sarah. Et à vous ? » Sarah arrête de téter et écoute. Après une heure trente d'entretien, la mère explique qu'elle a nourri Sarah à la cuillère uniquement pour son entrée à la crèche. Avant, sa fille ne prenait que le sein. Elle évoque alors sa difficulté à se séparer de sa fille. Le psychologue parle à Sarah : « C'est pour ça que tu vas toujours voir ton auxiliaire. Et quand tu dis que ton nez coule, tu parles du sein de ta maman. » L'enfant dit « non » et reste très attentive.

Le psychologue termine sur l'idée qu'il serait intéressant de réfléchir à arrêter l'allaitement, quand elles seront prêtes, très progressivement. Dès le lendemain, le nez de Sarah ne coule plus et elle ne vient plus voir les adultes dans un manège incessant. Elle se consacre à ses activités.

Quant à la mère, elle est revenue deux ou trois fois allaiter sa fille et a arrêté d'elle-même ses propres allers-retours.

Dans cette situation, un seul entretien avec le psychologue a suffi. Il a été largement préparé par toutes les réunions d'équipe où ce sujet a été discuté. On peut considérer que son efficacité est liée à ce travail en commun.

Le travail en réunion d'équipe

Le psychologue participe aux *réunions d'équipe*. Son objectif est de favoriser les échanges et soutenir la pensée, écouter et réfléchir avec l'équipe, élaborer ce qui se vit et se ressent dans le collectif. Il doit adhérer à l'élaboration des projets de la crèche et réfléchir en équipe à la manière de les construire en tenant compte des compétences de chaque professionnel.

Le psychologue n'est pas neutre : sur quoi veille-t-il dans une crèche ? S'il est indispensable de créer une relation de confiance avec les auxiliaires, le psychologue peut recevoir des demandes potentiellement contradictoires de la part de la directrice. Son rôle est d'aider l'équipe encadrante et les auxiliaires à trouver et investir leur juste place. Comment peut-il favoriser une réflexion autour des parties inconsciente, émotionnelle et subjective des personnes qui travaillent avec les enfants ?

Le psychologue doit pouvoir entendre la part inconsciente, *infans*, de chaque adulte qui est réactivée lors des relations avec l'enfant et avec les parents. Il est indispensable qu'il puisse différencier les parties objective et subjective au travers de ce que les auxiliaires énoncent, sans juger ni interpréter. Ceci aboutit à ce qu'elles puissent distinguer ce qui relève de leur propre histoire d'enfant de leur situation d'adulte professionnelle en lien avec chaque enfant. Grâce à ce travail les projections des adultes sur les enfants diminuent.

Le rôle du psychologue est de réfléchir à ce qu'un jeune enfant peut faire vivre à un adulte. Si la réflexion avec les auxiliaires se fait au niveau émotionnel et relationnel, elle est aussi nécessaire tant sur le registre du savoir-faire que de celui du savoir-être.

VIGNETTE CLINIQUE N° 4

Antoine K., 2 ans : à la crèche comme à la maison ?

À 2 ans, Antoine fréquente la crèche depuis vingt et un mois. Un matin, la mère arrive et annonce à son auxiliaire référente : « Antoine est propre à la maison. » L'auxiliaire demande de lui expliquer comment ça se passe concrètement. À la réunion qui suit, elle dit : « Les parents veulent nous forcer à mettre Antoine sur le pot alors qu'il n'est pas prêt. » Le psychologue rappelle qu'on ne peut pas mettre en doute les paroles des parents. En tant que professionnels, nous devons tenter d'entendre le désir des parents.





Le psychologue doit aussi permettre aux professionnels d'exprimer leurs attentes, leur ambivalence dans une situation où ils sont gênés. Il s'agit alors de faire entendre à l'auxiliaire que ce qui se passe relève d'un problème qui lui appartient.

La réflexion collective concernera ce qu'elle peut dire à ce sujet, comment et à qui ? Après mûre réflexion, l'auxiliaire s'adressera ainsi à Antoine : « Ta maman m'a dit que tu es propre à la maison, on respecte ça. À la crèche, on propose comme à la maison et c'est à toi de décider. Quand tu seras prêt à aller sur le pot quand tu es à la crèche, tu pourras y aller. »

Après cette réflexion partagée par l'équipe, l'auxiliaire est sereine par rapport à ce qu'elle pense et ce qu'elle peut dire à Antoine. Peu de temps après ces paroles, Antoine a pu être propre à la maison et à la crèche.

Dans cette situation, l'auxiliaire exprimait ce que cette situation faisait résonner en elle. Tout le travail en équipe a permis de remettre l'auxiliaire en position professionnelle. Antoine a été dégagé de sa loyauté à la fois envers ses parents mais aussi envers son auxiliaire référente avec laquelle il s'entendait bien depuis tout petit.

L'intervention du psychologue se fait d'abord avec l'équipe. Les professionnels amènent leurs observations et précisent la situation en fonction de leurs émotions, de leur gêne ou au contraire du fait qu'aucune gêne n'apparaît dans une situation où on pourrait l'attendre. À partir de ces données, une réflexion partagée favorise l'émergence d'un sens pour chaque professionnel. Une intervention du psychologue auprès de la famille ou de l'enfant peut se faire dans un deuxième temps si la situation n'évolue pas.

Plusieurs risques peuvent grever sa pratique : si le psychologue pense et agit seul, il se met dans une situation de toute-puissance ou entretient celle dans laquelle l'équipe le met par le biais de ce type de question : « Qu'est-ce que tu en penses ? » Le psychologue peut toujours répondre : « Nous allons en discuter ensemble pour voir ce que cette relation avec cet enfant sollicite en vous. » Il est risqué pour chacun que le psychologue apporte des réponses toutes faites loin des réalités des professionnels, de l'enfant et des parents.

Le travail fondamental est d'engager une réflexion quand l'équipe indique qu'elle est déstabilisée, tout en respectant l'intimité des intervenants. Le psychologue doit permettre aux adultes de rester dans une posi-

tion professionnelle. Une position qui, toutefois, ne peut pas être neutre. Les connaissances de l'enfant qu'ont l'auxiliaire référente, l'éducatrice et les autres membres de l'équipe sont essentielles pour que le psychologue puisse les aider à mettre du sens là où les difficultés apparaissent. Valoriser leur travail est indispensable pour leur narcissisme professionnel. Sans leur regard, sans leur connaissance, le psychologue ne peut pas faire un travail en lien avec leur réalité. Reconnaître la valeur de leurs paroles, quelles qu'elles soient, est nécessaire mais pas toujours facile...

Cet espace de réunion permet à chaque professionnel de s'approprier sa propre place, de redéfinir son rôle et ses fonctions, de s'interroger sur ses relations avec chaque enfant et les parents de cet enfant. Un travail d'interrogation permanente de ce qui se fait à la crèche redynamise l'intérêt de chacun pour toutes les personnes investissant la crèche. Le quotidien reste vivant et empêche la routine de s'immiscer. Chaque acte est pensé. Cette pensée entretient la vie.

À l'opposé, la routine chez les professionnels entraîne un désintérêt progressif pour la relation à l'autre – enfants et adultes. On peut alors entendre de leur part : « Je connais les enfants, ça fait des années que je m'en occupe... » Dans ce type d'énoncé, l'enfant n'est plus considéré comme un sujet à part entière. Le lien n'est plus créatif pour chaque protagoniste. L'enfant devient le lieu des projections, des craintes et des angoisses des adultes qui sont censés en prendre soin. L'enfant n'est pas pris en compte dans son individualité, il n'est plus vu, ni regardé ou entendu. Lorsque la routine s'installe, l'attention qui devrait être portée à chaque enfant diminue, voire disparaît. L'attitude attentive meurt.

C'est pourquoi le psychologue doit permettre aux professionnels de se poser des questions lors des réunions hebdomadaires sur leur relation avec chaque enfant et chaque parent. La présence du psychologue sert aussi à parler du quotidien et de ce que l'auxiliaire ressent et vit lorsqu'elle prend soin de l'enfant. Ces débats dégagent chaque auxiliaire d'une partie projective nécessairement présente lors des interactions avec les enfants. Ceci a pour but de permettre aux auxiliaires d'être disponible psychiquement lorsqu'elles sont en lien avec les enfants. Cette disponibilité favorise une attitude particulière, attentionnée et différenciée.

Le travail de formation des professionnels

Il est nécessaire de former les professionnels aux différents thèmes essentiels au développement psycho-affectif et moteur des enfants. Cela implique

une interrogation des différentes dimensions en jeu dans le travail réalisé avec les enfants que ce soit au niveau des enfants ou celui des adultes.

La formation de l'équipe nécessite une préparation faite par le psychologue. Sans le soutien de la directrice, le psychologue ne pourra pas réaliser ce type de travail. L'équipe ne s'attend pas à ce rôle du psychologue considérant généralement sa présence nécessaire uniquement pour les enfants et les parents. Or le soutien et la formation des professionnels sont l'essentiel et la base du travail du psychologue en crèche, l'accès aux enfants et aux familles passant la plupart du temps par le filtre de l'équipe.

VIGNETTE CLINIQUE N° 5

Bastien J., 18 mois : des mots pour contenir l'émotion

L'auxiliaire dans la moyenne section reçoit les parents. Bastien, 18 mois, entend la voix de son père qui vient le chercher alors qu'il joue avec ses gros Lego. D'un seul coup, il se lève et détruit ce qu'il venait de construire. Il ramasse quelques pièces et les lance l'une après l'autre au travers de la pièce. Son père va vers lui, lui fait un bisou, lui demande comment s'est passée sa journée. Lorsqu'il veut le prendre dans ses bras, Bastien résiste et part en courant dans la pièce. Le père attend patiemment.

Pendant ce temps, l'auxiliaire lui raconte la journée de l'enfant. Au moment de dire au revoir, le père appelle son fils qui fait alors un grand sourire et repart en courant. Son père commence à s'impatienter : « Ça suffit comme ça. Je sais que tu préfères rester parce qu'ici tu as plein de jouets et de copains mais il faut partir maintenant. »

L'auxiliaire intervient en s'adressant à l'enfant. « Bastien, ton père pense que tu préfères rester que partir avec lui, mais peut-être que tu es si content de retrouver ton papa que tu ne peux pas rester en place et que tu cours partout. » Elle va alors vers Bastien, le contient verbalement et physiquement. Elle essaye de l'aider à se manifester autrement que par l'agitation.

Ce recadrage permet aussi de contenir l'angoisse du père en voyant réagir son fils de cette manière. L'auxiliaire l'aide ensuite à habiller son fils. Toujours en s'adressant à l'enfant : « Tu sais les jouets seront là demain. Je t'attends demain. Moi aussi je vais finir mon travail. Je vais aussi partir. Puis on se retrouve demain ! »

Les interventions de la part des professionnels sont discutées, réfléchies et préparées lors de ces temps de formation au travers de situations apportées par chacune. Comment peut-on repérer les différents signes adressés par les enfants ? Comment les comprendre ? Comment recadrer les situations ? Pourquoi recadrer les situations et pour qui ?

Le recadrage est un des constituants du travail du psychologue qui existe quotidiennement auprès des professionnels. Le but est de renforcer la professionnalisation de leurs relations avec les enfants. C'est un travail difficile car il est toujours nourri des projections inconscientes de chaque professionnel dans ses relations aux enfants. Les interventions du psychologue, lorsqu'elles sont acceptées, sont intériorisées par chaque professionnel. Il leur devient alors possible d'intervenir à leur tour de manière professionnelle et positive auprès des enfants et des parents.

Pourquoi le professionnel répond au parent en s'adressant à l'enfant ? Là aussi, c'est le résultat d'un travail mûrement réfléchi en équipe avec le psychologue. En s'adressant à l'enfant, il prend en compte ce que l'enfant lui montre : évitement du regard ou agitation par exemple. En traduisant avec des mots ce que l'enfant fait, il permet au parent de s'identifier à son enfant. Le parent se sent moins blessé, moins angoissé ou moins culpabilisé. Les projections sur l'enfant sont limitées. Le psychologue apprend à chaque professionnel de la crèche à traduire les gestes des enfants avec des mots. Il propose un sens à ce que l'enfant fait. En signifiant ce qu'il dit en agissant, Il permet aux parents et aux professionnels d'entendre et de regarder cet enfant comme un sujet.

Ces temps de formation ouvrent des perspectives différentes à partir d'éléments quotidiens de la vie à la crèche souvent source de confusion. Nous pouvons citer entre autres :

- la confusion des places. Rivalité, jalousie entre mère et auxiliaire, mais aussi entre auxiliaires au sujet d'un enfant : l'auxiliaire peut se sentir seule responsable de l'enfant, ce qui influence négativement le développement psychomoteur de l'enfant ;
- la confusion émotionnelle. Les bébés et enfants en bas âge convoquent des émotions fortes chez les adultes : lieux de projection, de circulation d'angoisses auxquelles les enfants doivent faire face ;
- la confusion sur des termes entrés dans le langage courant et pouvant donner lieu à des pratiques discutables. Par exemple lorsque sont confondues l'adaptation et l'habituation.

La confusion des termes, les idées préconçues ont parfois des implications négatives pour l'enfant. Il est important de vérifier la compréhension

de certaines notions pour restaurer du sens pour les professionnels mais aussi pour les enfants. Sur ce point, l'objet transitionnel et l'espace transitionnel sont des exemples intéressants. Permettre que les auxiliaires puissent toujours se poser des questions – à quoi servent l'espace transitionnel et l'objet transitionnel ? quelle utilisation ? quel sens ça a pour chaque adulte ? – va leur permettre de mieux comprendre les faits et les gestes de chaque enfant, et en imaginer différents sens possibles pour chacun.

Le psychologue sensibilise l'équipe à cet espace transitionnel entre la maison et la crèche. Parfois, un objet fait des allers-retours entre le dedans et le dehors (tétine, doudou, tee-shirt de la mère...). Parfois ce sont des jeux que l'enfant met en place au départ des parents. L'enfant peut aussi avoir recours aux deux. Ce n'est pas aux professionnels d'introduire cet objet. Ils ont à en respecter l'existence et l'utilisation par l'enfant quand il existe. Des idées toutes faites à propos de « l'objet transitionnel » peuvent interférer avec ce dont l'enfant a réellement besoin et l'empêcher de construire ce qui serait vraiment utile pour lui à un moment donné.

Certains enfants le construisent à l'intérieur d'eux, un objet extérieur n'est alors pas nécessaire. Si la mère, au premier jour dit que son enfant a besoin de tel ou tel objet pour s'endormir, se calmer, l'équipe doit y être attentive et le respecter. L'enfant est le seul qui décide s'il veut de cet objet et quand. On peut entendre des auxiliaires dire : « C'est bon, tu n'as pas besoin de ton doudou, je te le donnerai quand tu iras au lit. » Dans une telle situation, elle déciderait à la place de l'enfant. Le rôle du psychologue est de faire réfléchir l'équipe au sens de cet objet pour l'enfant, mais aussi pour les parents. Parfois, il n'est pas vraiment nécessaire à l'enfant mais rassure l'un des deux parents, ou les deux. Le psychologue sensibilise l'équipe à la liberté qu'a l'enfant de prendre ou de laisser cet objet. Respecter cette liberté favorise l'individualité de chaque enfant. Ce qui nous semble le plus fécond dans le travail de D.W. Winnicott pour le travail en crèche est la découverte de cet « intermédiaire d'expérience qui simultanément permet à l'individu de surmonter l'épreuve de réalité et constitue le lieu de tout son développement culturel ultérieur¹ ».

Le psychologue doit aussi être vigilant à ce que cet objet ne remplace pas la relation entre l'adulte et l'enfant. Présent dans les groupes à différents moments, le psychologue peut par exemple observer un enfant dans un coin, triste, seul avec son doudou. Il ne pleure pas et ne demande rien. Il est calme. Il ne gêne personne. Si l'auxiliaire présente ne va pas vers lui pour

1. Pingaud B. (1990), *Socrate analyste*, cité in *Revue ARC*, p. 2.

lui demander ce qui se passe, l'enfant doit alors se débrouiller avec sa solitude. L'objet transitionnel n'est pas un substitut relationnel. Il ne peut jouer son rôle que dans le cadre d'une relation.

Le psychologue aura à apprendre et permettre que ces éléments soient intégrés par les professionnels. Les enfants les plus bruyants focalisent souvent l'attention, les plaintes, voire le rejet de la part des adultes qui en prennent soin. Un grand travail de sensibilisation des auxiliaires est alors à prévoir.

À l'opposé, comment distinguer un enfant calme et bien là où il est, à observer ce qui se passe autour de lui d'un enfant calme et triste, qui apparemment ne demande rien ? Comment intervenir ? Quand ? Il est important de vérifier que l'enfant ne s'enferme pas dans cet espace transitionnel¹. Quelle que soit la forme choisie par l'enfant pour la création de cet espace, l'objet est créé pour s'ouvrir et non pour s'enfermer. Il sert à faire le lien entre le dedans et le dehors.

Certains enfants ne choisissent pas un objet externe pour créer cet espace transitionnel. Cet espace est intériorisé par des sortes de rituels, des jeux² ou un autre travail psychique que l'enfant réalise dans le but de rendre l'absence des parents supportable. L'enfant ne peut créer cet espace que s'il sent autour de lui une sécurité affective qui est normalement donnée par les parents et que la crèche doit pouvoir dispenser. Cet espace transitionnel permet à l'enfant de s'ouvrir à l'autre, à la créativité. Si l'enfant utilise cet espace pour s'enfermer dans son monde, il ne peut pas créer, il ne peut que prolonger son angoisse qui prend alors toute la place. Elle peut s'exprimer dans beaucoup de bruit, de dérangement pour les autres mais aussi au travers de retraits silencieux qui n'attirent pas forcément l'attention des adultes.

1. Cf. Winnicott D.W. (1975). *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

2. Cf. Cohier-Rahban V. (2000), « Jouer à Maman qui n'est pas là, les jeux de séparation simples et les jeux de séparation compliqués », in *Dialogue*, n° 147, *Bébés, parents*, 1^{er} trimestre, *professionnels : l'art de tisser les liens*, p. 25-37 et Cohier-Rahban V. (2002). « Distinction des jeux symboliques de la séparation : pour améliorer la prévention dans les crèches et autres lieux de garde de l'enfant », in *Actes du premier colloque junior*, IED/université Paris-VIII, textes réunis par S. Schauder, *Recherches et cliniques plurielles*, t. I, oct., p 141-150 et à Cohier-Rahban V. (2007). « Psychologue en libéral : périnatalité et déplacement à domicile », *Dialogue*, n°175, p. 129-148.

2. Le psychologue clinicien en structure d'accueil type « Maison verte »

Dans cette section, la pratique du psychologue clinicien sera abordée dans un contexte d'accueil collectif du jeune enfant et ses parents. La présentation de ces structures inspirées de la Maison verte fondée en 1979 sous l'impulsion de Françoise Dolto, nous permettra d'envisager les possibilités de l'approche clinique dans des espaces qui ne relèvent pas explicitement du soin. En effet, ces lieux ont pour objectif initial un accueil collectif socialisant, préventif mais qui ne se définit pas comme appartenant à un dispositif curatif. Il s'agit de structures inscrites dans une visée de prévention primaire des troubles interactionnels et des troubles du développement psychologique de l'enfant.

Y exerçant en tant qu'accueillant, le psychologue clinicien se retrouve dans un contexte différent d'une pratique habituelle d'entretien duel et de suivi thérapeutique puisqu'il est amené à travailler en situation de co-accueil et que son identité professionnelle spécifique n'est généralement pas énoncée.

Dans un premier temps, nous évoquerons le référentiel psychanalytique qui sous-tend la pratique de cet accueil conjoint du jeune enfant et ses parents. Dans un second temps, nous analyserons les règles de fonctionnement de ces dispositifs afin de dégager les tenants et aboutissants du cadre de cet accueil spécifique.

Par la suite, nous envisagerons la place de l'accueillant néanmoins psychologue clinicien et la particularité de la pratique des accueillants dans ces structures. Pour finir, nous analyserons la dimension clinique de ce travail d'accueil avant de présenter les modalités institutionnelles du travail d'équipe et le temps FIR.

L'héritage de Dolto et le référentiel psychanalytique

Le concept d'un lieu d'accueil du jeune enfant et ses parents a été élaboré par Françoise Dolto entre 1977 et 1979, en collaboration avec des éducatrices et des psychanalystes : Pierre Benoît, Colette Langinon, Marie-Hélène Malandrin, Marie-Noëlle Rebois, Bernard This. La Maison verte a ouvert à Paris le 6 janvier 1979. Depuis, cette idée a largement essaimé en France et dans d'autres pays. Quoique certaines modalités d'organisation

puissent varier d'une structure à l'autre, la référence à la psychanalyse reste essentielle pour la majorité.

► Des lieux d'accueil de jeunes enfants et leurs parents

Ces lieux d'accueil se présentent d'abord en négatif, comme n'étant « ni une crèche, ni une halte-garderie, ni un centre de soins¹ ». La plupart de ces lieux accueillent les enfants jusqu'à 3 ou 4 ans accompagnés d'un adulte qu'ils connaissent bien et qui reste en permanence avec eux ; des futurs parents peuvent également venir.

Ces structures se présentent comme des espaces de parole, de rencontres informelles et d'échanges visant à favoriser la socialisation de l'enfant et soutenir la relation enfants-parents en dehors de toute visée thérapeutique et de tout suivi psychologique.

Des jeux et jouets sont mis à disposition des enfants mais aucune animation spécifique n'est proposée. Des accueillants sont présents, à deux ou trois, disponibles pour les enfants et les adultes. La fréquentation de ces lieux est totalement libre, ce qui induit que les accueillants ne peuvent jamais anticiper le nombre de personnes qui viendront durant l'après-midi. De plus, l'accueil se fait sous le mode de l'anonymat puisque seul le prénom de l'enfant est demandé.

Ainsi, ces dispositifs se présentent de façon innovante dans le refus de tout contrôle social et de tout interventionnisme, dans une logique transversale, entre intime et institutionnel, entre familial et sociétal ; ce positionnement original favorise la relation de confiance entre accueillis et accueillants.

► Le référentiel psychanalytique

Ces lieux d'accueil mettent au centre de leur démarche l'enfant reconnu comme sujet, différencié de ses parents, individualisé parmi les autres présents dans un espace de socialisation, qu'ils soient enfants ou adultes. Dans ce lieu intermédiaire entre l'intime familial et le social, la parole est fondamentale et ce, même lorsque l'enfant ne maîtrise pas encore le langage.

Dans leur pratique au quotidien d'une parole vraie adressée aux enfants et aux adultes qui les accompagnent, les accueillants gardent à l'esprit « la

1. Dolto F. (1985). « Nous irons à la maison verte », in *La Cause des enfants*, Paris, Robert Laffont, p. 541-602.

reconnaissance chez l'être humain, dès sa conception, d'un sujet de désir et de parole inscrit dans l'ordre de sa génération¹ ».

Par cette circulation d'une parole authentique, l'enfant se repère dans sa similitude et sa différence par rapport à ses pairs, à ses parents, aux autres adultes présents ; il se distingue de chacun d'eux comme ayant ses besoins, ses désirs propres. C'est ce soutien dans ce processus de différenciation subjective qui lui permettra d'accéder à l'autonomie selon son propre rythme.

Cette parole sur laquelle se fonde la pratique de l'accueil va bien au-delà d'une simple mise en relation conventionnelle ; elle structure véritablement les relations entre les trois pôles constitutifs de ce cadre, à savoir les enfants, les parents, les accueillants. Appréhendée en tant que limite symbolique, la parole fait office de tiers médiateur. La référence psychanalytique commune aux accueillants garantit les accueillis du respect de ce qui sera échangé sur le lieu : les accueillants, dans leur subjectivité, répondent à une éthique de leur pratique dans un esprit de non-jugement, d'attention, d'écoute, de disponibilité et de discrétion dans leurs interventions auprès des enfants et des parents.

Dans la plupart de ces dispositifs d'accueil, des psychanalystes font partie des équipes d'accueillants, les autres sont, souvent, des personnes ayant accompli un travail analytique ou étant engagées dans ce processus. Par ce choix, les structures type « maison verte » mettent l'accent dans la pratique de l'accueil sur ce que Krausener (1994) nomme « la discrétion de ceux qui ont expérimenté ce que la parole peut toucher dans l'inconscient et quels peuvent être les effets du silence² ».

Toutefois, pour Canu (1999), la psychanalyse en donnant « le point d'écoute tel que la parole puisse parler sans crainte » ne suffit pas. Chacun des pôles de ce lieu d'accueil doit obéir à une loi, garante du respect et de la sécurité de tous : « La loi pour l'accueillant, c'est l'écoute. Pour les parents, être avec l'enfant et le laisser libre. Pour l'enfant, être dans un ordre tel que l'autre existe³. »

-
1. Premat L. (1999). « Une longue histoire », extrait des Actes du colloque de l'UNESCO autour de l'œuvre de Françoise Dolto », in *Françoise Dolto, aujourd'hui présente. Dix ans après*, Paris, Gallimard, p. 253-257.
 2. Krausener B. (1994). « Du paradoxe de la subjectivation dans un espace fonctionnant dans l'anonymat et la référence à la psychanalyse », *Le Coq Héron*, n° 132, « Maison verte et découverte des autres lieux d'accueil enfants-parents », Paris, p. 51-58.
 3. Canu A.-M. (1999). « La Maison verte : le jeu des relations », extrait des Actes du Colloque de l'UNESCO autour de l'œuvre de Françoise Dolto, *Françoise Dolto, aujourd'hui présente. Dix ans après*, Paris, Gallimard, p. 258-268.

► La visée préventive

Avec leurs objectifs de socialisation de l'enfant, de préparation à la séparation, de soutien à la parentalité, ces structures d'accueil conjoint du jeune enfant et de ses parents constituent une première étape de la vie familiale vers l'activité collective, que ce soit en crèche, en halte-garderie ou à l'école. Pour les enfants comme pour leurs parents, ces dispositifs favorisent souvent une première (re)prise de contact avec d'autres personnes, enfants ou adultes, extérieures à l'entourage le plus proche.

La socialisation

Ces lieux constituent pour les enfants et leurs parents un espace convivial d'éveil, une occasion de rencontrer d'autres enfants, d'autres adultes, de bénéficier d'une ouverture sur leur environnement quotidien. L'enfant a l'opportunité de rencontrer des pairs du même âge que lui, plus jeunes ou plus âgés. Il fait l'expérience de l'échange et du partage ; il découvre aussi la rivalité et la jalousie. La présence des parents ou de l'adulte tuteur constitue une garantie de sécurité affective dans l'apprentissage de ces nouvelles relations sociales, ainsi qu'une base de réconfort lors de rivalités autour d'un jeu. Les adultes présents observent, constatent les interactions qui s'établissent autour d'un ballon, d'une poupée, d'un camion ; les interventions des accueillants visent à médiatiser les échanges et à faire émerger des modalités de négociation entre enfants.

Les adultes, parents, assistantes maternelles, nourrices, partagent avec d'autres des expériences d'éducation, des conseils, des informations utiles. Des amitiés se nouent parfois lors de venues régulières sur le lieu, des familles se trouvent des intérêts, parfois des problèmes communs ; des mères s'entraident en gardant leurs enfants en alternance pour s'accorder chacune un peu de temps. Les accueillants assistent alors à ce que Dolto (1985) qualifie comme « l'entrée dans la convivialité, sans dépendance au groupe »¹.

La préparation à la séparation

La présence permanente de l'adulte en charge de l'enfant permet à celui-ci de se préparer à une séparation ultérieure (entrée à la crèche, à la halte-garderie, à l'école) dans une grande sécurité psychique. Cet aspect essentiel des

1. *Ibid.*, p. 549.

lieux d'accueil peut paraître paradoxal comme le souligne Vasse (1995) : « La première condition pour qu'un enfant acquière son autonomie et consente à la séparation est de ne pas le laisser seul. C'est dans le rapport aux autres qu'il fait l'expérience de la séparation subjective.¹ »

Si l'enfant sait que dans cet espace il peut expérimenter la rencontre avec l'autre en présence de son parent ou d'un adulte qui s'occupe régulièrement de lui, il se sent en confiance pour explorer le monde environnant. Lors de ces expériences et échanges avec d'autres, l'enfant a la garantie qu'il pourra toujours trouver réconfort, consolation et sécurité auprès de l'adulte qu'il connaît bien. C'est auprès de cette personne qu'il pourra marquer une pause après un temps fructueux de jeux avec d'autres, se reposer, goûter, se faire lire une histoire, se faire câliner.

En tant qu'accueillants, nous pouvons observer dans quelle mesure les jeux de « coucou » ou la recherche d'une cachette sont autant d'initiatives de l'enfant pour choisir de s'éloigner, d'expérimenter le phénomène de présence/absence que permettent de tels lieux d'accueil (présence permanente mais pas toujours visible). Dans ces espaces collectifs, l'enfant peut chercher en toute sécurité, à sortir du champ visuel de l'adulte, s'y soustraire pour mieux revenir vers lui, vérifier sa présence, signifier à nouveau la sienne et repartir vers d'autres jeux.

VIGNETTE CLINIQUE N° 6

Alice, 2 ans : le regard des adultes

Alice a bientôt 2 ans ; elle vient régulièrement avec son assistante maternelle, sa mère les rejoint systématiquement, parfois aussi son père. Alice évolue ainsi dans ce lieu sous le regard des deux ou trois adultes qu'elle connaît le mieux. La plupart du temps, ces adultes restent debouts, assistant aux évolutions de la fillette d'un jeu à l'autre, participant, commentant ses découvertes.

Un jour, l'accueillant observe Alice allongée sur le tapis des bébés, faire une pause après un long moment d'activité. Elle ne voit pas son père qui depuis l'autre salle lui fait des signes intermittents par le mur vitré qui sépare les deux pièces. Quand elle s'en apercevra, un jeu de « coucou » se mettra en place.



1. Vasse D. (1995). *Se tenir debout et marcher. Du jardin œdipien à la vie en société*, Paris, Gallimard, coll. « Sur le champ », p. 20.



Une autre fois, Alice est très affairée au coin cuisine situé au fond de la seconde salle. Exceptionnellement, les trois adultes sont assis sur le canapé dans la pièce donnant sur la rue et bavardent. Soudain, Alice traverse la salle où elle se trouve, entre dans la première pièce et se tourne vers l'endroit où elle avait laissé ses parents et son assistante maternelle. Personne !

Les adultes, la voyant depuis l'autre bout de la salle, l'observent et lorsqu'elle se tourne vers eux les cherchant du regard, s'exclament amusés : « Eh oui, on a changé de place ! »

Lorsqu'Alice cherche à se soustraire aux regards de ces trois adultes, c'est son père qui tente de reprendre le contact lui signifiant ainsi qu'il reste attentif et désireux de jouer avec elle. La fois suivante, Alice expérimente la non-présence de ses parents à ses côtés, la concentration dans un jeu. Au moment où elle désire reprendre contact avec ses parents, Alice éprouve tour à tour la surprise et l'angoisse de ne pas les trouver puis le soulagement et la joie des retrouvailles.

La présence conjointe dans un même espace du jeune enfant et de ses parents permet le partage de cette expérience que Winnicott (1958) nomme « la capacité d'être seul »¹. C'est la possibilité pour l'enfant d'éprouver la solitude en présence de sa mère, de supporter l'expérience d'une solitude mutuelle où « pourtant la présence de chacune importe à l'autre »². Et c'est cela qui est travaillé dans ces lieux d'accueil, dans le but de préparer l'enfant comme son parent, à la séparation.

Le soutien à la parentalité

Dans un tel cadre d'accueil collectif, des mères peuvent évoquer leurs appréhensions à laisser advenir leur enfant à une relative autonomie. La présence constante du parent auprès de l'enfant dans ce lieu d'accueil, son regard vers lui conjugué à l'attention qu'y portent les accueillants, peuvent constituer un contexte propice à l'évocation de certaines difficultés, certains problèmes de vie quotidienne (sommeil, nourriture, comportement d'opposition, jalousie envers un puîné...). Dans ce temps de présence conjointe dans un lieu qui leur permet à tous deux de se poser, de moduler les distances entre eux (proches/éloignés/proches à nouveau), de s'ouvrir aux

1. Winnicott D. W. (1958). « La capacité d'être seul », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, coll. « Science de l'homme », p. 325-333 (1969 pour l'éd. fr.).
2. *Op. cit.*, p. 327.

autres, les parents peuvent aborder ce que Neyrand (1995) décrit comme « le positionnement de l'Un (l'enfant) par rapport aux Autres (les parents) qui cherchent à expliciter dans la parole la place qu'ils lui ont faite dans leur vie, et que lui-même se fait¹ ».

Dans cet espace collectif où se côtoient plusieurs situations familiales, un parent peut trouver écho à ses difficultés avec son enfant auprès d'autres. Le groupe constitué par ces personnes qui fréquentent plus ou moins régulièrement ce lieu, permet d'enclencher un processus de dédramatisation, voire de déculpabilisation du sentiment de ne pas savoir comment faire avec son enfant. L'aspect collectif des accueils atténue la dualité parfois pesante d'une relation mère-enfant quotidienne et permanente, et redonne ainsi confiance à chacun des partenaires de cette interaction.

Le cadre de l'accueil

Pour répondre au mieux aux objectifs que nous venons de présenter, les structures d'accueil type « maison verte » fonctionnent selon certains principes visant à établir un cadre stable et sécurisant pour les enfants et les adultes accueillis.

► **Les principes de fonctionnement du dispositif de l'accueil**

L'accueil des enfants et leurs parents est régi par des règles qui fondent la spécificité même de ces lieux, les différenciant d'autres espaces d'accueil du jeune enfant (crèches, halte-garderies...).

Le jeune enfant accompagné par un adulte tuteur

Comme nous l'avons déjà indiqué, une des premières conditions d'accueil de l'enfant est qu'il vient et reste accompagné, durant le moment passé dans ce lieu, par un adulte qu'il connaît. Les accueillants précisent également à cet adulte que l'enfant reste sous sa responsabilité.

Lorsque c'est l'assistante maternelle ou la nourrice qui vient régulièrement avec l'enfant, les accueillants apprécient que les parents puissent également découvrir ce lieu où leur enfant passe du temps avec l'adulte qui s'occupe de lui au quotidien.

1. Neyrand G. (1995). *Sur les pas de la Maison verte. Des lieux d'accueil pour les enfants et leurs parents*, Paris, Syros, p. 278.

Le préronymat

La grande originalité de ce type d'accueil est l'anonymat des familles qui y passent. À l'inverse des institutions que parents et enfants fréquentent habituellement (PMI, crèche, garderie, école, assistante maternelle, médecin, ateliers récréatifs...), ce lieu leur offre un espace où les déterminants sociaux habituels (nom, adresse, profession...) s'accommodent différemment. Ici, il n'y a pas de contrainte administrative, il n'est pas procédé à une inscription préalable ; les usagers sont libres de venir quand ils le souhaitent et pour la durée qu'ils choisissent.

Dans ce lieu, seul le prénom de l'enfant est connu, reconnu même puisque son inscription sur un tableau à chaque accueil constitue une étape essentielle, la première d'ailleurs, du travail des accueillants. C'est du prénom de l'enfant considéré comme signifiant d'un sujet que Vasse (1995) construit le terme de préronymat.

Contrairement à l'ensemble des structures qu'il côtoie et dans lesquelles il agit au quotidien, l'adulte qui accompagne l'enfant, est toujours référencé par rapport à celui-ci : la maman de Marc, le papa de Lucie, la nourrice de Tom, la grand-mère de Paul... Cette mise en avant de l'enfant par l'inscription de son prénom dénote la promotion qui est faite de sa subjectivation : l'enfant est ici considéré comme un sujet à part entière dans un espace de relations plurielles.

Les règles posées dans le lieu

Ces lieux de sociabilité précoce fonctionnent avec des règles d'utilisation de l'espace qui sont exposées aux enfants et aux adultes dès leur première venue. Il s'agit généralement, et selon les modalités matérielles de chaque structure :

- d'un marquage au sol qui sépare deux espaces signifiant qu'un seul des deux est accessible aux camions-porteurs et aux vélos ;
- de l'utilisation systématique d'un tablier pour jouer à l'eau dans l'espace réservé à cet effet ;
- de l'obligation d'enlever ses chaussures pour aller sur le tapis des bébés.

Ces règles limitent et cadrent l'activité des enfants dans un même espace. Elles soutiennent le principe de socialisation inhérent à ces structures d'accueil. Elles ne sont pas vides de sens, elles partent de la recherche d'un « être-ensemble » respectueux du rythme, des préoccupations et de la sécurité de chacun. Les accueillants sont là aussi pour soutenir et aider les adultes accompagnant les enfants, à les faire respecter. Krausener (1994) décrit ce rôle de tiers comme le fait que « l'adulte est encouragé à introduire

des limites édifiantes et à supporter son enfant dans ces périodes de renoncements et de castrations »¹. Le travail autour de ces limites que les enfants cherchent parfois à transgresser, réactive la place primordiale de la parole dans cet espace collectif.

VIGNETTE CLINIQUE N° 7

Zoé, 20 mois : de l'autre côté de la ligne

Zoé, une fillette de 20 mois, vient pour la seconde fois avec sa mère. Celle-ci se plaint dès son arrivée de ce « qu'en ce moment c'est dur, elle dit tout le temps "non" ». La mère de Zoé contrôle beaucoup l'activité motrice de sa fille : elle ne veut pas qu'elle dérange les jouets, qu'elle mette les choses à la bouche, qu'elle se retourne pour regarder la poupée qu'elle avait placée dans une poussette derrière elle pendant qu'elle mange son yaourt. Sur le lieu, la mère de Zoé garde sa veste et son sac sur elle, semble ne pas parvenir à se détendre.

À un moment, l'accueillant se trouve dans la seconde salle, près de la ligne qui signale que les enfants ne peuvent pénétrer dans cet espace sur un véhicule. La mère de Zoé est dans la première salle, de l'autre côté de la ligne. Zoé, assise sur un camion-porteur, avance en direction de la ligne. Sa mère lui dit de ne pas dépasser la ligne avant même que Zoé ne s'en approche de près. Zoé roule vers la ligne au point presque de la passer. L'accueillant signale alors à Zoé la présence de la ligne, le fait qu'elle ne peut aller avec le porteur dans la seconde salle. Il lui rappelle que, par contre, elle peut à loisir utiliser ce véhicule dans la salle où elle se trouve. L'accueillant ajoute que si elle veut vraiment aller dans la seconde salle, elle peut le faire à pied, après être descendue du porteur. Toujours sur le camion, Zoé se penche pour regarder attentivement la ligne et échange longuement avec l'accueillant au sujet de cette limite visible, indéniable, colorée. L'accueillant met son index sur la ligne, dit à Zoé qu'elle peut rouler jusque-là mais pas au-delà. L'enfant recule, repart en avant jusqu'au même point, amène son véhicule jusqu'à presque toucher le doigt de l'adulte sans l'effleurer pourtant. Elle se penche du camion, touche elle aussi la ligne avec son index. Et toujours l'accueillant lui parle de cette limite, de ce qu'elle ne peut faire dans cet espace et de ce qu'elle peut y faire.



1. *Ibid.*, p. 58.



Zoé recule, regarde sa mère et va rouler dans des coins de la première salle réservée à ce type d'activité.

La limite instituée dans le lieu s'est véritablement concrétisée pour Zoé, elle a pris chair. À proximité de sa mère, attentive durant toute la scène, Zoé a testé physiquement la limite, dans un mouvement d'avant/arrière de conduite de son véhicule. Elle a usé de son corps, de ses sens pour appréhender l'un des interdits liés à ce lieu. Nous pouvons relier cet épisode à ce que Vasse (1995) expose de la place de la parole échangée dans le respect des limites : « lorsque certaines limites sont marquées de l'interdit, elles deviennent le lieu où s'intériorise la parole dans la rencontre. Positivement, dans l'obéissance. Négativement, dans la transgression »^a. L'accueillant a cherché à ouvrir le champ des possibles pour Zoé, à proximité de sa mère. À l'impossibilité d'aller dans la seconde salle avec le camion, se sont ajoutées d'autres possibilités. Zoé a désormais le choix ; elle n'est plus enfermée dans l'opposition.

a. *Op. cit.*, p. 100.

► La permanence du cadre

L'esprit inhérent à ce travail d'accueil, le référentiel psychanalytique qui le sous-tend ainsi que les règles de fonctionnement de ces structures, posent un cadre à la fois tangible, symbolique et porté par les accueillants qui se doivent d'en garantir la permanence :

- une permanence physique puisque les accueillis sont assurés de trouver à chaque accueil, deux ou trois accueillants selon le fonctionnement des structures ;
- une permanence mobilière dans l'agencement de l'espace d'accueil. Il arrive que les associations qui gèrent une structure type « maison verte », louent une salle qui sert par ailleurs à d'autres activités. Un temps d'installation des jeux, des jouets, des chaises, canapés, tapis... est alors nécessaire préalablement à l'accueil des enfants et adultes.
- une permanence symbolique puisqu'en préservant la fiabilité du cadre et le respect des règles qui le sous-tendent (anonymat, accueil des enfants jusqu'à un certain âge, présence permanente de l'adulte accompagnateur, paiement à chaque accueil pour les lieux qui le pratiquent...), les

accueillants assurent aux enfants et parents présents, une sécurité psychique génératrice de confiance dans les échanges qui se déroulent au cours des accueils.

► Fonctions maternelle et paternelle du cadre

Dans ces lieux d'accueil collectif, le cadre remplit les fonctions de contenant et de tiers.

Cet espace intermédiaire de socialisation, entre famille et société, prend alors la dimension d'un espace transitionnel entre l'ordre du réel et l'ordre du symbolique, renforcé encore par l'aspect groupal. C'est Rouchy (1998) qui nous rappelle la dimension transitionnelle propre au groupe : « c'est en cet espace que s'élabore la relation entre l'intrapsychique individuel et la réalité extérieure, que se métabolisent la réalité psychique, le monde imaginaire, les fantasmes et la réalité sociale¹ ».

Il est possible d'envisager la dimension du cadre comme contenant dans le sens où ces structures d'accueil, dans l'espace-temps qu'elles offrent aux parents et aux enfants, dans l'attention apportée par les accueillants aux uns comme aux autres, remplissent une fonction maternelle de pare-excitation où peuvent être déposés angoisses et fantasmes de certaines mères vis-à-vis de leur enfant.

La dimension du cadre fait office de tiers, organisateur et régulateur des relations entre les enfants, leurs parents et les accueillants. Le cadre, par les règles et les limites qu'il pose, symbolise les interdits, la loi que chacun, adulte et enfant, doit respecter ; en cela, il remplit une fonction paternelle.

Les accueillants : fonction, place et position

Dans ces structures d'accueil, il est fréquent que des psychologues cliniciens interviennent en tant qu'accueillants. Ils composent alors avec leur formation et leur identité professionnelle habituelle, sans toutefois se départir du rôle spécifique de l'accueillant dans cet espace donné.

► L'identité professionnelle du psychologue en tant qu'accueillant

Dans la très grande majorité des lieux d'accueil type « maison verte », les accueillants se présentent aux enfants et aux parents par leur prénom et le

1. Rouchy J.-C. (1998), *Le Groupe, espace analytique. Clinique et théorie*, Ramonville Saint-Agne, Érès, coll. « Transition », p. 46.

qualificatif « accueillant ». La spécificité professionnelle de chacun d'entre eux (psychologue, éducateur de jeunes enfants, psychomotricien, psychothérapeute, psychanalyste, médecin...) n'est généralement pas précisée mais cela peut se pratiquer dans certains lieux.

Le fait de se situer comme « accueillants » permet d'éviter un morcellement dans la représentation que les adultes accueillis se font des personnes qui travaillent dans ce lieu et dans la relation qui s'établit avec eux autour de leurs questionnements concernant leur enfant ; tel parent pourrait vouloir adresser les questions d'ordre médical à un accueillant dont il sait qu'il est médecin ou une question d'ordre éducatif à une éducatrice de jeunes enfants accueillante dans cette structure...

En tant que psychologue clinicien, ce positionnement professionnel « transversal » s'apparente à une sorte d'« être et ne pas être psychologue ». D'une part, il s'agit de ne pas se présenter de manière frontale aux accueillis en affichant une identité professionnelle extérieure à la structure, ce qui pourrait figer ou réduire la prise de contact. On peut en effet se demander ce que ferait un parent qui souhaite venir avec son enfant dans un tel lieu, qui éventuellement apprécierait d'évoquer certains questionnements relatifs à sa relation à son enfant mais qui par ailleurs, a une très mauvaise image des psychologues. D'autre part, en tant qu'accueillant, le psychologue fait appel à ses compétences professionnelles en relation avec sa formation spécifique mais dans un cadre qui peut le déstabiliser au départ en ce qu'il diffère des institutions habituelles.

► Le travail en binôme ou trinôme et dans un cadre collectif

L'accueil des enfants et des adultes se fait, selon les structures, à deux ou trois personnes. De même, en fonction des lieux d'accueil, les équipes peuvent être fixes ou bien les accueillants sont amenés à travailler avec différentes personnes constituant une même équipe d'accueillants, selon les disponibilités de chacun.

Il convient donc d'être attentif au travail réalisé par son ou ses co-accueillants, dans un esprit de complémentarité et de cohérence, alors même que les accueillants interviennent tous de façon ponctuelle dans le lieu, à savoir sous la forme de vacations d'environ une fois par semaine, voire deux fois par mois.

Par ailleurs, chaque temps d'accueil dans ce lieu dont la fréquentation est libre, réserve aux personnes présentes sa part de surprises, d'inattendus. Ce principe de fonctionnement stimule particulièrement la capacité du

psychologue clinicien à affiner et assouplir ses registres d'identification aux accueillis, enfants comme adultes, parents, assistante maternelle, nourrice... La multiplicité des échanges relationnels qui s'élaborent en quelques heures dans un même espace, oblige à travailler ses capacités d'observation, ses aptitudes à favoriser les échanges relationnels dans le groupe comme à réserver un temps d'écoute plus approfondi à un parent qui en a besoin, tout en restant dans cet espace collectif.

La stabilité de l'espace topographique dans lequel se déroulent les accueils, combinée aux variantes de binôme ou trinôme d'accueillants, favorise un effet de transfert sur le lieu et non pas sur les personnes. Les accueillants sont ainsi dégagés d'un transfert massif sur l'un d'eux.

► Le deuil d'une pratique thérapeutique

Dans ce cadre d'accueil collectif, où les allées et venues des uns et des autres sont libres, les observations et le développement d'une capacité de penser à partir de ce qui se déroule sous nos yeux doivent s'accommoder d'une parcellisation, d'une fragmentation et parfois d'une interruption brutale dans les contacts avec les accueillis.

Les accueillants dans ce type de structure s'adaptent à un cadre de travail qui ne permet aucune maîtrise de la relation aux personnes qui la fréquentent : pas de rendez-vous, pas d'entretiens formels, pas de suivi. Cet aspect-là du fonctionnement de ces dispositifs d'accueil peut générer chez les accueillants une certaine frustration, relative à un travail thérapeutique impossible à mener.

Il est notable que les familles qui fréquentent de tels lieux expriment rarement une demande directe de soin ou d'orientation. Le travail d'accueil s'inscrit alors, du point de vue clinique, dans une dimension de « rétrospective » ainsi que le soulignent Fleury, Gautrain et Leuliet (1994), signifiant par là même la qualité de prévention de ces dispositifs d'accueil conjoints enfants-parents :

« Faut-il attendre le symptôme avant d'intervenir ? Nous sommes souvent présents avant même le symptôme, s'il advient. Notre clinique est donc celle de la méconnaissance où la demande se fait souvent après-coup. C'est en quelque sorte un « espace de travail psychique » en construction¹. ».

1. Fleury E., Gautrain Y., Leuliet A. (1994), « Quelle est la fonction du pédopsychiatre en maison verte ? », *Revue neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 42, n° 8-9, p. 535-537.

La dimension clinique du travail d'accueil

Si l'on cherche à cerner l'ampleur de ce que recouvre ce travail d'accueil, on peut commencer par préciser ce qu'il n'est pas : il ne s'agit pas de faire de l'animation auprès des enfants, de les occuper ; il ne s'agit pas non plus de donner des conseils éducatifs, encore moins des injonctions, aux parents inquiets et en recherche de solutions.

► L'implication et l'observation des interactions

Être accueillant consiste en une présence et une disponibilité faite d'un désir de rencontre, d'ouverture, de non-jugement. Être accueillant dans ce contexte, c'est être dans une qualité d'écoute et d'attention aux interactions qui se déroulent sous ses yeux et auxquelles il prend part.

La fonction d'accueillant repose sur l'observation participante qui est faite d'attention extrême aux échanges verbaux, para-verbaux, aux interactions entre parents et enfants, entre enfants, entre adultes, mais également de discrétion, d'écoute et de présence empathiques. Le terme d'« observation participante » ne signifie pas un regard froid et distant posé sur les personnes accueillies mais bien au contraire une attention sensible, une présence impliquée par rapport à l'enfant et l'adulte qui l'accompagne. Ce travail d'accueil est fait du maillage permanent et subtil du regard porté par l'accueillant sur chacun des protagonistes, de la perception de ses ressentis à ce qui se déroule dans l'ici et maintenant et auquel il participe, et du développement d'une capacité à élaborer cet ensemble, à le penser à l'aune du référentiel psychanalytique commun et de ses expériences personnelles propres.

► L'écoute et la médiation par la parole

La parole et son pendant, l'écoute, sont accordés à l'enfant avec une attention particulière. Que l'enfant s'exprime par des mots lorsqu'il est en âge de les formuler, par des pleurs, des cris, des rires ou du babillage, les accueillants s'efforcent de restituer cette parole subjective dans le contexte dans lequel elle apparaît, auprès de l'adulte qui l'accompagne.

Par ailleurs, l'écoute empathique des parents permet de créer un climat de confiance, de soutenir pour certains d'entre eux la verbalisation d'un vécu douloureux ou incompréhensible d'avec leur enfant. Il convient en tant qu'accueillants de témoigner de notre attention à ce qui se dit, aux messages conscients et inconscients que développent les adultes à propos des enfants qu'ils accompagnent sur ce lieu, et ce afin d'accéder aux non-dits, aux projections dont l'enfant peut être l'objet.

VIGNETTE CLINIQUE N° 8

Yacine, 3 ans : grandir, oui mais pas trop vite

Yacine a 3 ans. Il vient pour la première fois avec sa mère et sa sœur de 3 mois. La mère est accompagnée d'une amie qui connaît le lieu. Elle fait connaissance avec d'autres mères par le biais de son amie puis s'installe au milieu de la seconde salle pour allaiter sa fille. Yacine joue aux Legos et partage avec l'accueillant un moment autour de cette activité. Après avoir installé sa fille dans un relax sur les tapis de l'espace bébés, la mère de Yacine les rejoint. Elle observe son fils et alors que l'accueillant continue à lui donner les éléments de construction qu'il assemble au fur et à mesure, elle lui demande à chaque fois de dire « merci à la dame » puis elle lui propose de compter les pièces qu'il a juxtaposées. Il s'exécute à chaque fois. Il semble que cette femme tient à montrer combien son fils est habile à manier les chiffres, à être poli, à obéir à sa mère.

Un peu plus tard, elle allaite à nouveau sa fille près de l'espace bébés. Yacine voudrait aller sur les tapis, sa mère lui dit qu'il faut enlever ses chaussures mais qu'il n'est plus un bébé. L'accueillant lui fait remarquer que les enfants plus grands peuvent aussi aller sur les tapis à condition effectivement d'enlever leurs chaussures. Yacine peine à enlever seul ses chaussures à lacet ; voyant que sa mère est occupée avec sa sœur, l'accueillant lui propose de l'aider. La mère le remercie d'aider son fils. Yacine marche sur les tapis. L'accueillant s'assoit près de sa mère et regarde avec elle son fils qui paraît très satisfait. La mère dit que Yacine parle très bien pour son âge. Sur les tapis, Yacine joue avec des hochets musicaux, s'allonge sur les coussins. La mère précise que son fils « n'est pas jaloux du tout » de sa petite sœur, qu'il est grand maintenant. L'accueillant suggère que cela semble faire du bien à Yacine de constater qu'il peut encore aller sur les tapis, voir comment ça fait d'être là où sont les plus jeunes, comme quand il était encore un bébé. La mère raconte alors que Yacine lui a dit l'autre jour qu'il souhaitait que la petite retourne dans le ventre de sa mère. L'accueillant souligne « comme si elle n'était pas encore née » et réitère que cela peut être agréable quand on est grand et qu'on est devenu un aîné, de s'accorder des temps au cours desquels on peut se souvenir de comment c'était quand on était petit, seul avec ses parents. La mère sourit.



Il est notable que cette mère souhaite que son fils soit grand, poli, prêt aux apprentissages scolaires. En aidant Yacine à aller sur le tapis des bébés par un soutien dans son respect des consignes consistant à enlever ses chaussures, l'accueillant soulage sa mère occupée à allaiter sa fille et s'instaure en médiateur des relations entre la mère et le fils. Il partage ensuite avec cette mère le regard porté sur son fils lorsqu'il se permet d'être bien sur les tapis des petits. Sa disponibilité vis-à-vis d'eux favorise sans doute le discours de cette mère sur son fils, là encore montré comme un grand. On peut noter une distorsion entre les dires de la mère, son désir que son fils soit grand, qu'il ne ressente pas négativement la naissance de la puînée, et le plaisir évident du garçon à être dans un espace destiné surtout aux bébés. Le commentaire de l'accueillant sur ce qu'il voit de Yacine et ce qu'il ressent de son besoin d'être encore un peu « un petit », lui permet de faire tiers entre les désirs contradictoires de la mère et du fils. En intervenant ainsi, il cherche à verbaliser l'affect de l'enfant, à le signaler à cette mère et à l'aider à le supporter alors que cela ne correspond pas à ce qu'elle souhaite. L'accueillant reste auprès d'elle pour regarder son enfant être bien là où il a choisi d'aller, pour partager avec elle ce regard porté sur un « grand » à qui cela fait du bien de s'autoriser à jouer, le temps d'un jeu, à être « petit ». L'accueillant soutient la mère comme le fils dans ce moment de régression constructive.

► Une pratique préventive

Comme nous l'avons signalé précédemment, ces lieux d'accueil du jeune enfant et ses parents s'inscrivent dans une optique de prévention primaire des troubles interactionnels. C'est pourquoi il importe pour les accueillants de travailler autant avec l'enfant qu'avec son parent. Par l'attention qu'ils portent à l'enfant, par l'écoute qu'ils accordent à ses parents, par l'observation de leurs interactions, les accueillants accompagnent et soutiennent le premier dans ses expériences motrices et émotionnelles, ses découvertes, ses rencontres dans cet espace collectif, les seconds dans leur besoin de parler, d'exposer leurs désirs ou leurs craintes concernant leur enfant et ce qu'il leur renvoie de leur parentalité.

Le travail d'accueil réalisé dans de telles structures favorise la prévention des conflits entre l'enfant et son parent par l'accent mis sur les échanges relationnels (échanges dyadiques mais aussi échanges entre adultes dans le but de prévenir l'isolement de certains parents), les interventions en tiers

des accueillants, le soutien de chacun des partenaires de la dyade dans la mise en place d'une distance salutaire. Ainsi, il convient d'agir de façon concomitante auprès de l'enfant et de son parent, dans l'objectif de favoriser l'individuation du premier par rapport au second et la renarcissisation de l'adulte dans l'étayage psychique et le rôle de pare-excitation qu'il tient auprès de son enfant.

La dimension institutionnelle de cette pratique

Puisque le travail d'accueil des enfants et des adultes qui les accompagnent ne réunit jamais l'équipe des accueillants au complet, il est essentiel que des réunions mensuelles aient lieu, en tant que temps de travail commun à tous.

► Les réunions d'équipe

Ces réunions ont pour objectif de coordonner l'ensemble des aspects pratiques de type organisationnel du travail de l'accueil ; le coordinateur de l'association, lorsque ce poste existe, est présent. Il convient durant ces temps d'examiner divers points plus ou moins récurrents. Ainsi, c'est à cette réunion que se fixe le planning d'accueil du mois à venir pour les dispositifs où les accueillants n'interviennent pas régulièrement aux mêmes jours d'accueil. De façon moins systématique, et non exhaustive, peuvent être évoqués :

- des questions d'ordre budgétaire avec proposition d'achat de jouets, jeux, matériel divers et mobilier utiles à l'accueil des enfants et leurs parents ;
- la participation financière des parents (gratuité, paiement obligatoire mais libre ou encore tarif imposé) ;
- les relations avec le bureau de l'association ;
- les questionnements sur la fréquentation du lieu si celle-ci est en baisse ou trop en hausse ;
- les contacts avec le réseau des partenaires (PMI, crèches, pédiatres, sages-femmes, halte-garderies...) avec par exemple, la mise en place d'un site internet, l'organisation d'une journée portes ouvertes ou la préparation de nouveaux tracts pour réactualiser la diffusion d'informations concernant la structure.

Sur ce dernier point, il importe de préciser que les espaces d'accueil type « maison verte » font partie du réseau des structures d'intervention auprès

des jeunes enfants et leurs parents (cf. figure 2.3). À ce titre, les accueillants doivent promouvoir leur lieu de pratique auprès des différents partenaires susceptibles d'informer et orienter les parents vers eux.

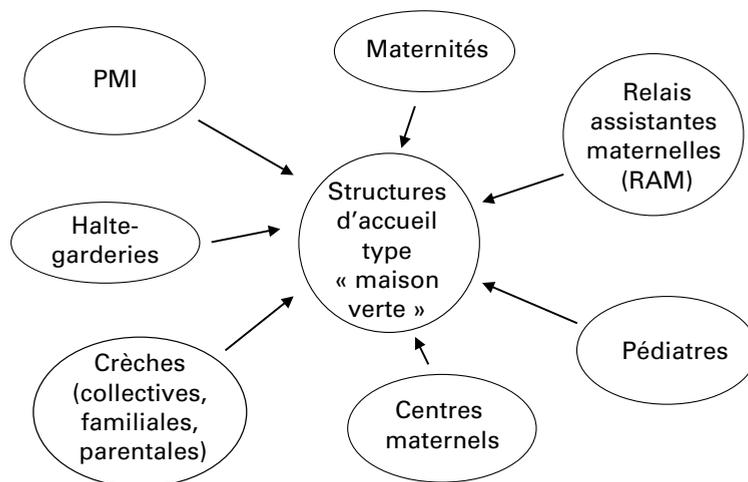


Figure 2.3
Le réseau de la petite enfance

► La supervision

Elle ne se pratique pas dans tous les lieux d'accueil type « maison verte ». Dans ces cas-là, les accueillants échangent de manière informelle après chaque temps d'accueil sur ce qui vient de se dérouler.

Lorsqu'elle est instituée, la supervision réunit les accueillants une fois par mois ; elle est animée par un psychanalyste extérieur à l'association et constitue une élaboration collective sur le travail de l'accueil, dans ses dimensions à la fois cliniques et pratiques. Ainsi, la supervision permet-elle :

- d'une part, l'évocation de situations vécues sur le terrain auprès des enfants et leurs parents, le témoignage des accueillants relatifs à leurs questionnements, leurs éventuelles difficultés dans leur travail réalisé auprès des accueillis, les éléments contre-transférentiels envisagés ;
- d'autre part, la réflexion sur la pertinence de dispositions pratiques et néanmoins symboliques de l'accueil comme : est-il adapté d'inscrire les prénoms des accueillants sur le tableau où ils inscrivent les prénoms des enfants ? convient-il, d'un accueil sur l'autre, de laisser la liste des prénoms et de ne l'effacer qu'au moment de l'arrivée du premier enfant à l'accueil suivant ?

Intervenir en tant qu'accueillant dans une structure type « maison verte » est une activité qui vient en complément d'autres, compte tenu du peu d'heures effectuées sur la semaine. Il n'est pas rare que les psychologues cliniciens travaillent à temps partiel ; ils peuvent alors enrichir une pratique institutionnelle plus traditionnelle de leurs interventions dans de tels espaces intermédiaires.

Des psychologues qui évoluent habituellement en crèche y découvriront un travail conjoint avec les enfants et leurs parents, notamment par l'observation des interactions précoces lors de jeux, du goûter... Pour ceux qui occupent des postes en PMI ou à l'ASE, pratiquer dans des dispositifs régis par l'anonymat des familles les ouvrira à des situations nouvelles sur lesquelles ils ne possèdent pas les informations préalables habituelles (dossiers médicaux, sociaux, signalements...) et ne peuvent maîtriser la mise en relation avec les parents (pas de prise de rendez-vous). Pour d'autres psychologues, plus souvent auprès d'adolescents ou de parents, ce type d'accueil les replace dans une perspective de prévention primaire. De même, la particularité du co-accueil incite les cliniciens exerçant en libéral à prendre en compte les interventions d'un collègue auprès des enfants et des parents, à composer avec ce co-accueillant.

La spécificité des dispositifs d'accueil type « maison verte », notamment l'anonymat et la libre fréquentation du lieu par les accueillis, diversifie la pratique habituelle du psychologue clinicien en ce qu'elle l'oblige à une disponibilité et une adaptabilité maximales. En tant qu'accueillant, le psychologue clinicien se soumet à la dialectique précisée par Roy (2005) lors de la dernière journée de réflexion organisée par la Maison verte, à savoir que « le lieu accueille et travaille ceux qui y sont (les accueillants) et ceux qui y viennent tout autant que le lieu est travaillé par ceux qui y sont et ceux qui y viennent¹ ».

Le temps FIR

Pour que le psychologue soit garant d'un projet cohérent, de la place de l'enfant et de sa famille à la crèche ou en structure d'accueil, différents temps d'élaboration doivent être réservés en dehors de l'institution.

La supervision des difficultés que nous rencontrons est indispensable pour assurer la vitalité de notre questionnement. Inviter l'équipe à réfléchir

1. Intervention de Christine Roy lors de la journée organisée par la Maison verte en octobre 2005 à Paris, sur la thématique « Qui accueille qui ? ».

à son activité, à son implication implique que nous, psychologues, le faisons de même.

Aucun texte officiel dans le Code du travail concernant les psychologues n'oblige à un travail psychothérapeutique personnel ni à une supervision de notre pratique. Même s'il est inscrit sur le *Code de déontologie des psychologues* (1996), ce travail personnel n'est pas toujours respecté ce qui est fortement dommageable tant pour les patients que pour le psychologue lui-même.

Continuer de se former en permanence, lire des articles et des ouvrages, faire un travail en groupe avec des pairs sont des conditions indispensables pour élaborer une certaine distance maturative qui favorise la réflexion continue sur notre travail. Le temps FIR permet ces moments.

Toutefois, les psychologues travaillant à temps partiel ou étant vacataires ne disposent pas toujours de ce temps FIR. C'est donc souvent un choix personnel et un investissement autant de temps, d'énergie et d'argent au sujet duquel le psychologue se doit de prendre une décision.

Dans les structures d'accueil type « maison verte », les accueillants interviennent généralement sous forme de vacations ; il n'y a pas de temps FIR institutionnalisé et rémunéré en tant que tel. Néanmoins, les accueillants se doivent de continuer, en dehors de leur temps d'intervention lors des accueils, à se former et s'informer sur les plans théorique et pratique.

Il est conseillé que le psychologue fasse un travail personnel suffisamment poussé (thérapie analytique ou cure analytique pure). Si les auxiliaires ou autres professionnels en crèche sont influencés et parfois débordés par leurs ressentis, le psychologue n'y échappe pas. Ce travail sur soi permet de distinguer ce qui vient de sa propre histoire. Il rend disponible et ouvert à l'autre. Au fil des années, potentiellement déstabilisé par des rencontres professionnelles parfois éprouvantes, le psychologue peut être amené à reprendre un travail psychothérapeutique personnel.

► Formation

Un psychologue clinicien qui intervient en tant qu'accueillant dans ces dispositifs, peut envisager de compléter sa formation de diplômes universitaires spécialisés dans le domaine de la petite enfance et des interactions précoces comme un DU de psychopathologie du bébé (par exemple, celui dispensé à Paris-XIII sous la direction du Pr. Marie-Rose Moro – département de psychopathologie de l'enfant et de la famille, centre Serge-Lebovici à Bobigny).

Par ailleurs, la formation à l'observation du bébé selon Esther Bick peut constituer un apport essentiel à la pratique de l'accueil en structure type « maison verte ». Le Collège de psychanalyse familiale et groupale propose un séminaire spécialisé dans ce domaine avec des sessions organisées à Paris comme à Lyon (le site est www.psychafamille.com). Cette formation se déroule sur deux ans.

L'association Pikler-Loczy de France dispense de nombreux stages, journées d'étude et soirées débats et forme également à la démarche d'observation du bébé selon l'approche développée à Budapest par Emmi Pikler (le site est www.pikler.fr).

► Information

En matière de colloques, débats ou conférences, notons la journée de réflexion organisée tous les deux ans par la Maison verte. Plusieurs thèmes sont proposés sous forme d'ateliers d'une vingtaine de participants, accueillants ou intéressés par cette pratique. La dernière de ces journées s'est déroulée en octobre 2005 à Paris. Les éléments suivants y ont été abordés : « préventions et modernité », « l'accueil de l'infantile », « ce qui nous échappe... », « le lieu d'accueil en tant qu'espace possible de rencontre ».

Pour la lecture régulière d'ouvrages ou revues concernant le domaine de la petite enfance, les éditions Érès proposent un choix très varié de collections comme « Mille et un bébés » ainsi que des revues telle *Spirale* (le catalogue est consultable sur le site www.edition-eres.com).

3. Conclusion

Les fondements du travail du psychologue clinicien en crèche comme dans des lieux d'accueil inspirés de la maison verte sont l'accueil et la prévention.

Dans ces dispositifs d'accueil collectif, l'ampleur des enjeux de la vie psychique du jeune enfant en relation avec ses parents est au centre des préoccupations des professionnels qui interviennent.

À la crèche comme dans un lieu d'accueil conjoint enfant-parents, il s'agit de soutenir l'expérience des premières séparations entre le bébé et ses parents, en tant que fondement des processus de base du développement psychomoteur du jeune enfant, de ses capacités ultérieures d'attachement comme d'individuation. Pour les parents, ces premières séparations réacti-

vent celles qu'ils ont vécues et mettent à l'épreuve leurs capacités d'empathie et de contenance des angoisses de leur enfant, leurs facultés à lui assurer une continuité relationnelle et interactive.

Dans une structure type « maison verte », c'est souvent un projet de séparation à venir qui est accueilli, avec tous les questionnements voire les inquiétudes qu'il suscite : la reprise de l'activité professionnelle de la mère, l'entrée en crèche, en halte-garderie ou à la maternelle après un congé parental ou bien encore l'arrêt de l'allaitement pour un enfant dont la mère est enceinte du second.

À la crèche, les professionnels accueillent le projet des parents pour leur enfant tout autant que le bébé lui-même : la séparation est anticipée, préparée en équipe et en relation étroite avec l'enfant et ses parents. Le bébé, par le soutien des personnes qui le prennent en charge dans le respect de ce que souhaitent ses parents pour lui, peut alors supporter l'absence physique de ceux-ci tout au long de la journée. Le lien entre lui et ses parents est préservé, la continuité des soins qui lui sont apportés est assurée.

En crèche comme dans un lieu d'accueil enfants-parents, la pratique du psychologue clinicien et/ou accueillant se fonde particulièrement sur l'observation du langage infraverbal, corporel et somatique du bébé et sur le développement d'une forme d'attention sensible portée aux interactions entre le très jeune enfant et son entourage.

Dans cet esprit de prévention des dysfonctionnements relationnels entre le bébé et ses parents qui anime ces premiers espaces de socialisation de l'enfant, le psychologue a pour mission d'être le garant d'une médiation par la parole des interactions qui s'y déroulent.

4. Pour aller plus loin

Les ouvrages

- AUBRY J. (1955). *La Carence de soin maternel*, Paris, PUF, 2^e éd. 1965.
- BASTARD B., CARDIA-VONECHE L., EME B., NEYRAND G. (1996). *Reconstruire les liens familiaux. Nouvelles pratiques sociales*, Paris, Syros. Cet ouvrage réalisé par des sociologues propose à la fois une évaluation des différents types de lieux d'accueil enfants-parents, qu'ils soient référencés à la psychanalyse ou non, et la mise en parallèle de leur considérable essor avec les évolutions de la famille comme des institutions sociales.

- CICCONE A., LHOPITAL M. (1991). *Naissance à la vie psychique*, Paris, Dunod. Dans cet ouvrage, les auteurs soulignent la place qu'occupe l'enveloppe psychique et le rôle que tient la fonction contenante de l'objet externe/interne dans le développement et le fonctionnement de la psyché.
- DALLOZ D. (2003). *Où commence la violence ? Pour une prévention chez le tout-petit*, Paris, Albin Michel. Ce livre aborde la question de la violence là où chacun la crée, où chacun la rencontre, c'est-à-dire au quotidien sans toujours s'en rendre compte et parfois avec les meilleures intentions. La violence dans tous ses états, revisitée à partir des besoins des bébés, des enfants et des adolescents et de ce que chaque parent et la société leur imposent de vivre.
- DAVID M., APPELL G. (1962). « Facteurs de carences affectives dans une pouponnière », in *Psychiatrie de l'enfant*, vol. 4, fasc. 2, Paris, PUF.
- DOLTO F. (1981). « La Maison verte », in *La Difficulté de vivre, le psychanalyste et la prévention des névroses*, Paris, InterEditions, p. 351-370.
- DOLTO F. (1987). *Tout est langage*, Paris, Vertiges du nord/Carrère.
- DOLTO F. (1977, 1978, 1979). *Lorsque l'enfant paraît*, Paris, Le Seuil, t. 1, 2, 3.
- DOLTO F. (1982 et 1985). *Séminaire de psychanalyse d'enfants*, Paris, Le Seuil, t. I et II. Dans ces deux volumes, F. Dolto éclaire les questions de l'écoute d'un langage qui n'est pas toujours verbal.
- FONDATION DE FRANCE (1991). *Maisons vertes : dix ans après, quel avenir ? Des lieux d'accueil parents-enfants*, Paris, Les Cahiers n° 3, d'après le colloque organisé à l'UNESCO le 25 avril 1989. Ce recueil d'expériences de différents lieux d'accueil donne une large vision des questionnements récurrents que pose cette pratique. Les témoignages croisés de certains des fondateurs de la Maison verte avec d'autres accueillants du même lieu ou d'autres structures, donnent une tonalité extrêmement vivante à ces cahiers, reflétant la pertinence de ce travail auprès des jeunes enfants et leurs parents.
- GUEDENEY N., GUEDENEY A. (2002). *L'Attachement. Concepts et applications*, Paris, Masson, coll. « Les âges de la vie ». Ce livre retrace l'histoire, les développements théoriques et les applications cliniques du concept d'attachement. Une analyse complète, étendue du bébé à l'adulte, et transculturelle.
- LAMOUR M., BARRACO M. (1999). *L'Observation du bébé. Méthodes et clinique*, Paris, Gaëtan Morin.

- MALANDRIN M.-H. (2004). « Le papa, c'est celui qui dit », in Schauder C. (sous la dir.), *Lire Dolto aujourd'hui*, Ramonville Saint-Agne, Érès, coll. « Actualité de la psychanalyse ».
- MAURY M., LAMOUR M. (sous la dir. de) (2000). *Alliances autour du bébé, de la recherche à la clinique*, Paris, PUF. De nombreux aspects des interactions précoces ont été étudiés dans les différentes recherches présentées. Des outils et méthodes de recherche sont explicités. Elles ont un intérêt immédiat et évident pour tout professionnel de la petite enfance en lien avec un bébé, son père et sa mère, soulignant les influences, compétences et rôles de chacun.
- MILLER A. (1983). *C'est pour ton bien*, Paris, Aubier. Ce livre sensibilise aux souffrances de la petite enfance. A. Miller dénonce ce qu'elle nomme la « pédagogie noire ».
- MILLER L., RUSTIN M., SHUTTLEWORTH J. (1989). *L'Observation attentive des bébés, une expérience d'une richesse inestimable*, Tavistock Clinic, trad. D. Alcorn, intro. D. Houzel, Éditions du Hublot, 1^{re} éd. fr. mars 1997. Grâce à des observations régulières de bébés à leur domicile en famille, les auteurs nous guident dans une plus grande compréhension des processus du développement de l'être humain. Un excellent ouvrage qui explicite l'observation selon la méthode d'Esther Bick. De nombreux concepts théoriques articulés à la clinique et une réflexion sur la méthode alimentent notre pensée critique dans le quotidien du travail auprès des enfants en bas âge.
- MOZÈRE L. (1992). *Le Printemps des crèches. Histoire et analyse d'un mouvement*, Paris, L'Harmattan.
- SCHAUDER C. (dir.) (2004). *Lire Dolto aujourd'hui*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- STERN D.N. (1977). *Mère-enfant, les premières relations*, Bruxelles, P. Mardaga.
- STERN D.N. (1989). *Le Monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF.
- WINNICOTT D.W. (1975). *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.
- WINNICOTT D.W. (1^{re} éd. 1958, 1969 ; 1^{re} éd. fr., 1976). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, coll. « Science de l'homme ». Ces deux grands classiques sont consacrés aux objets transitionnels et à la capacité qu'a l'enfant de créer, à travers le jeu, un espace intermédiaire entre le dedans et le dehors.

Les articles et revues

- AUTHIER-ROUX F. (dir.) (2000). *Spirale*, n° 16, *Madame Dolto*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- COUETOUX F. (2000). « Auprès des parents et de leur bébé en difficulté », *Le Journal des psychologues*, n° 175, p. 15-17.
- COUETOUX F. (2003). « Le temps de l'accueil », *Le Journal des psychologues*, n° 211, p. 63-67.
- GARIEL-BATAILLE S., LAFORGUE-RICARD E. (2005). « Être bien ensemble pour pouvoir se séparer », in *Indispensables séparations*. L'Escabelle, textes rassemblés par Robineau C., Ramonville Saint-Agne, coll. « Mille et un bébés », n° 76. Cet article analyse la pratique dans un lieu d'accueil enfants-parents à l'aune des apports théoriques de D.W. Winnicott, E. Bick et W.R. Bion.
- GOLSE B. (dir.) (1998). *Spirale*, n° 9, *L'Attention*. Ramonville Saint-Agne, Érès.
- MAUVAIS P. (1995). « L'observation dans les lieux d'accueil de l'enfance et de la petite enfance ; réflexion sur le rôle du psychologue dans l'équipe », in *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVIII, I, p. 247-309.
- *Dialogue* n° 152 (2^e trimestre 2001). *Parentalité défailante. Soins et séparations*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- SANDRI R. (dir.) (1998). *Spirale, Le Bébé observé*, n° 7, Ramonville Saint-Agne, Érès. Ce numéro révèle la richesse et la variété d'application de l'observation du bébé dans différents contextes tels qu'un CATTP, une salle d'attente de PMI, une crèche, lors de thérapies conjointes...

Les cassettes vidéos

Il existe un coffret sur la vie et l'œuvre de Françoise Dolto ; il se compose de trois volets s'intitulant : *Tu as choisi de naître*, *Parler vrai* et *N'ayez pas peur*, réalisé par E. Coronel et A. de Mezamat, Abacaris Films (1994).

Suivant la trame de sa biographie, des lectures d'extraits de ses ouvrages, certaines de ses interventions lors de conférences et de nombreux témoignages de psychanalystes, psychiatres... nous offrent une vision globale de ses recherches et de ses innovations.

C'est dans le second volet que l'on retrouve les principes constitutifs de la Maison verte illustrés par des propos d'accueillants.

Le CPPA, centre de puériculture et pédagogie appliquée, à Vitry (centre de formation pour les agents du département 94), possède une documentation audiovisuelle considérable qu'il est possible de louer, pour des for-

mations par exemple, concernant des thèmes fondamentaux : la séparation, les retrouvailles, les soins, les jeux etc. Il s'agit d'une vidéo-thèque réalisée à partir de très nombreuses observations d'enfants dans diverses collectivités.

Les sites Internet

- Le site www.francoise-dolto.com est présenté par l'Association des archives et documentation Françoise Dolto dont le siège social est à Paris (rue Cujas). Ce site propose une liste des structures type « Maison verte » sur tout le territoire français.
- Le site de la Maison verte est : www.lamaisonverte.asso.fr : les textes présentés par certains accueillants lors de la dernière journée d'étude en octobre 2005 à Paris, y figurent.
- Le site de l'Association nationale des psychologues pour la petite enfance (ANAPSYpe) est www.anapsype.free.fr. Il présente les fondements comme l'actualité de cette association active depuis 1986.
- Un site pour mieux connaître les différentes crèches et différencier ces modes de garde : www.magicmaman.com-crèche.htm
- Si l'on veut en savoir plus sur l'actualité politique concernant les réseaux dans le domaine de la petite enfance : reseau-enfance.com
- Le site officiel qui informe sur les droits, les prestations ou diverses statistiques concernant la famille et l'enfance : www.famille.gouv.fr

Les associations

- Association Pikler Loczy de France, pour une réflexion sur l'enfant : 20 rue de Dantzig, Paris 75015, Tél. : 01 53 68 93 50. Cette association est inspirée par la pensée et le travail d'Emmi Pikler. Elle propose de nombreuses formations, séminaires et conférences aux différents intervenants de la petite enfance. Site : www.pikler.fr.
- Association nationale des psychologues des services de protection maternelle et infantile et des lieux d'accueil et de consultation de la petite enfance : A.NA.PSY, 28 rue Didot, Paris 75014, Tél. : 09 50 79 44 73. Cette association est un lieu de conférence et de séminaires pour les psychologues, à partir de la pensée et du travail de F. Dolto. Site : www.anapsype.free.fr

- Association COPES : 20 rue de Dantzig, Paris 75015, Tél. : 01 53 68 93 40. C'est un lieu à la fois de formation, théorique et clinique, et de spécialisation sur tous les thèmes concernant la petite enfance : la parentalité, l'observation, la grossesse..., etc. Site : www.lecopes.com.

Références bibliographiques

- BOWLBY J. (1978). *Attachement et perte*, Paris, PUF.
- CANU A.-M. (1999). « La Maison verte : le jeu des relations », in *Françoise Dolto, aujourd'hui présente. Dix ans après*, extrait des Actes du colloque de l'UNESCO autour de l'œuvre de Françoise Dolto, Paris, Gallimard.
- COHIER-RAHBAN V. (2007). « Psychologue en libéral : périnatalité et déplacement à domicile », in *Dialogue*, n°175, p. 129-148.
- COHIER-RAHBAN V. (2000). « Jouer à maman qui n'est pas là, les jeux de séparation simples et les jeux de séparations compliqués », in *Dialogue*, n° 147, 1^{er} trim., *Bébés, parents, professionnels : l'art de tisser les liens*, p. 25-36.
- COHIER-RAHBAN V. (2002). « Distinction des jeux symboliques de la séparation : pour améliorer la prévention dans les crèches et autres lieux de garde de l'enfant », in *Actes du premier colloque junior*, IED/Université Paris-VIII, textes réunis par S. Schauder, *Recherches et cliniques plurielles*, t. I, p. 141-150.
- CUSTOS-LUCIDI M.-F. (2002). *Crèches mode d'emploi. Vécu et réalité des modes de garde aujourd'hui*, Paris, La Découverte et Syros.
- DAVID M., APPELL G. (1996). *Loczy ou le Maternage insolite, 25 ans après !*, Paris, CEMA/Le Scarabée.
- DOLTO F. (1985). *La Cause des enfants. Nous irons à la Maison verte*, Paris, Robert Laffont, p. 541-603.
- DOLTO F. (1987). *Tout est langage*, Paris, Vertiges du nord/Carrère.
- FLEURY E., GAUTRAIN Y., LEULIET A. (1994). « Quelle est la fonction du pédopsychiatre en Maison verte ? », *Revue de neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 42, n° 8-9, p. 535-537.
- KRAUSENER B. (1994). « Maison verte et découverte des autres lieux d'accueil enfants-parents », in revue *Le Coq Héron*, n° 132, Paris. p. 51-58.
- LEBOVICI S., STOLERU S. (1983). *Le Nourrisson, la Mère et le Psychanalyste. Les interactions précoces*, Paris, Le Centurion.

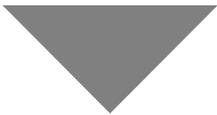
- MALEKI F., COHIER-RAHBAN V. (2000). « Pour améliorer la prévention en crèche, ma maman, mon auxiliaire et moi ou la nécessité d'une médiation relationnelle dès l'entrée à la crèche, in *Dialogue*, n° 147, 1^{er} trim., *Bébés, parents, professionnels : l'art de tisser les liens*, p. 17-24.
- NEYRAND G. (1995). *Sur les pas de la Maison verte. Des lieux d'accueil pour les enfants et leurs parents*, Paris, Syros.
- PINGAUD B. (1990). « Socrate analyste », *Revue ARC*, p. 1-3.
- PREMAT L. (1999). « Une longue histoire », extrait des Actes du colloque de l'UNESCO autour de l'œuvre de Françoise Dolto. *Françoise Dolto, aujourd'hui présente. Dix ans après*, Paris, Gallimard.
- ROUCHY J.-C. (1998). *Le Groupe, espace analytique. Clinique et théorie*, Ramonville Saint-Agne, Érès, coll. « Transition ».
- STERN D.N. (1995). *La Constellation maternelle*, Calmann-Lévy, 1997.
- VASSE D. (1995). *Se tenir debout et marcher. Du jardin œdipien à la vie en société*, Paris, Gallimard, coll. « Sur le champ ».
- WAGNER A., TARKIEL J. (2003). *Crèches, nounous et Cie. Modes de garde, Mode d'emploi*, Paris, Albin Michel.
- WINNICOTT D.W. (1958). « La capacité d'être seul », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, coll. « Science de l'homme », p. 325-333.
- WINNICOTT D.W. (1975). *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.
- WINNICOTT D.W. (1951). *De la pédiatrie à la psychanalyse. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Une étude de la première possession non-moi*, Paris, Payot, coll. « Science de l'homme », 1992, p. 169-187.

Documentations diverses

- Document de travail : *Guide d'accompagnement du décret du 1^{er} août 2000*, du 16 mai 2001 (dernière version), distribué à la direction des crèches.
- Intervention orale de Christine Roy lors de la journée organisée par la Maison verte en octobre 2005 à Paris, sur la thématique « Qui accueille qui ? ».



CHAPITRE
3



*Le psychologue clinicien
en PMI et à l'ASE¹*



1. Par Fabienne Galley-Raulin et Silke Schauder.

Sommaire

▶ Introduction.....	Page 155
▶ 1. Contexte institutionnel.....	Page 157
▶ 2. Fonctions et missions du psychologue	Page 163
▶ 3. Exemples d'intervention sur le terrain.....	Page 187
▶ 4. Conclusion.....	Page 206
▶ 5. Pour aller plus loin	Page 207
▶ Références bibliographiques.....	Page 209

Introduction

Depuis les lois sur la décentralisation du 2 mars 1982, il revient au département d'organiser, sous l'autorité du conseil général, les soins dans le domaine de l'action sanitaire et sociale¹. La PMI (Protection maternelle et infantile) et l'ASE (Aide sociale à l'enfance) font partie de ses structures essentielles. La loi du 6 janvier 1986, dite « loi particulière » rattache l'ASE au département dont elle dépend sur le plan financier et organisationnel. Aussi, le statut particulier du cadre d'emploi des psychologues territoriaux a-t-il été fixé par le décret n° 92-853 du 28 août 1992. Enfin, des propositions de collaboration entre les services sanitaires et ceux de la protection sociale ont été faites dans la circulaire du 11 décembre 1992.

Les missions PMI consistent en la prévention et des soins de santé publique à la mère et à son enfant jusqu'à ses 6 ans. De manière générale, le travail de la PMI s'inscrit dans la continuité de la prévention et du dépistage qui a été réalisé en maternité, en amont et en aval de la naissance². Idéalement, la PMI joue un rôle de relais essentiel à la sortie de la maternité, en vue d'assurer un accompagnement de la dyade mère-enfant permettant de prévenir ou du moins de réduire les troubles de l'interaction précoce. Toutefois, le dépistage en anténatal et postnatal reste encore perfectible – de trop nombreuses situations pathogènes sont découvertes tardivement, au mieux à la demande de la mère, lors de ses visites en PMI, ou sur intervention du médecin traitant de l'enfant, sur conseil de la crèche, ou, plus tard encore, sur avis de l'école. L'organisation actuelle de la périnatalité dont l'ouverture de grandes maternités et les sorties précoces non préparées ne favorisent ni la sensibilisation des services à un dépistage systématique ni la proposition, le cas échéant, d'un dispositif de soin adapté aux besoins de la mère et de son bébé.

1. La loi du 22 juillet 1983 a défini, quant à elle, les rôles respectifs de l'État et des collectivités territoriales.

2. Cf. le chapitre 1 du présent ouvrage, rédigé par les mêmes auteurs.

Or, ces dépistages non faits, « manqués », peuvent être lourds de conséquences puisque les troubles se sont parfois déjà enkystés lorsque la PMI est enfin sollicitée. À l'avenir, l'objectif principal des services de PMI est de renforcer le travail en binôme avec les maternités, en établissant une organisation de travail inter-équipes, des conventions d'intervention et la mise en commun plus systématique des observations et des réflexions des professionnels. À l'heure actuelle, un tel partenariat est malheureusement trop peu pensé et les compétences de chaque service, maternité et PMI, restent peu exploitées, alors qu'une synergie serait profitable à tous.

Les missions ASE, quant à elles, comprennent essentiellement trois types d'action :

- la mise en place d'une AEP (action éducative préventive), une AEAD (action éducative administrative) ou encore une AEMO (action éducative en milieu ouvert) ;
- les enquêtes d'adoption et le suivi d'adoption ;
- la prise en charge des enfants, de 0 à 18 ans (voire 21 ans) suite à un signalement d'enfant en danger. La mise à l'épreuve des intervenants est constante du fait des contre-attitudes particulièrement massives que notamment ce dernier dispositif suscite. La maltraitance psychologique associée ou non à une maltraitance physique, les abus sexuels, les séparations brutales, les conflits violents, les troubles psychiatriques, les comportements parentaux dangereux – autant de situations extrêmes qui fragilisent les capacités de mise à distance des professionnels. En outre, les intervenants sont souvent confrontés lors des situations de placement, à un système d'interactions « perverses » dont la complexité est aggravée par de possibles dysfonctionnements institutionnels (absence de continuité dans les soins, lourdeurs administratives, décisions arbitraires ou paradoxales, absence de concertation et d'élaboration de stratégies à long terme...).

Actuellement, le fonctionnement de l'ASE suscite de nombreux débats. Berger dénonce, en tant qu'éminent spécialiste de la question, *L'Échec de la protection de l'enfance* (2003) et l'idéologie du lien qu'elle véhicule. L'avenir de l'enfant maltraité doit-il s'envisager avec ou sans parent ? L'auteur explique les raisons qui mettent en échec, selon lui, le système de protection de l'enfance. Il évoque l'absence d'évaluation objective des situations et des soins offerts par les professionnels. Selon lui, une refonte complète du système de soins intégrant des lois et des règles de fonctionnement moins complexes ainsi que des stratégies de travail plus rigoureuses permettraient d'obtenir de meilleurs résultats.

1. Contexte institutionnel

Rappelons que le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) est un outil défini dans chaque département qui permet la mise en œuvre et la maîtrise des objectifs définis par le conseil général. L'organisation de ces services essaie de répondre aux besoins de la population du département, en s'adaptant à l'évolution de son contexte socio-économique (chômage, chute de la natalité...) et en fixant un certain nombre d'objectifs, dont ceux qui ont volonté d'assurer la protection maternelle et infantile, de favoriser la protection de l'enfance et de sa famille. Afin d'en concrétiser le travail, nous décrivons ci-dessous les équipes PMI et ASE au sein d'une UDAS (unité départementale d'action sociale).

Présentation de l'UDAS (unité départementale d'action sociale)

L'équipe UDAS est dirigée par un responsable, secondé par un responsable adjoint. Le responsable UDAS est garant de la politique des missions sur son secteur. Le médecin de l'UDAS et le psychologue peuvent intervenir à la fois en PMI ou en ASE en fonction des demandes, des besoins et des missions qui leur sont confiés en propre. L'équipe dite de polyvalence, composée de conseillers socio-éducatifs, d'assistants socio-éducatifs et de secrétaires, travaille sur l'ensemble de ces missions. Cependant, pour les missions PMI (protection maternelle et infantile) et ASE (aide sociale à l'enfance), sont définies des équipes spécifiques (*cf.* figure 3.1).

► Composition de l'équipe en PMI

L'équipe de PMI se compose d'un pédiatre, d'un psychologue, de sages-femmes, de puéricultrices, d'infirmières et d'une secrétaire. Elle assure les missions traditionnelles comme les consultations de nourrissons, les visites à domicile, l'aide aux femmes enceintes et mères avec enfant de moins de six ans. Elle participe à quelques missions de l'aide sociale à l'enfance : les signalements, les demandes de travailleuse familiale...

► Composition de l'équipe à l'ASE

L'équipe ASE se compose d'un psychologue, d'éducateurs spécialisés, d'assistantes sociales et d'une secrétaire médico-sociale. L'équipe assure le suivi des enfants confiés : adoption, placements, AEP, AEAD, AEMO et agré-

ment des assistantes maternelles à titre permanent. Notons que certaines variantes locales existent dans l'organisation et la composition des équipes sans que les missions en soient fondamentalement modifiées.

► Fonctions des différents intervenants

Fonctions du responsable UDAS

Il représente la direction à l'échelon territorial et assure l'autorité hiérarchique sur l'ensemble du personnel territorialisé. Il participe à la définition de la politique sociale et médico-sociale de la direction de la solidarité. Il est garant de l'organisation et de la coordination de l'activité sur son secteur ainsi que de la gestion du personnel. Il est responsable de l'encadrement technique et pédagogique des agents de l'UDAS exerçant sous son autorité. L'encadrement technique des actions de PMI est assuré par le médecin de PMI par délégation du médecin départemental responsable de la PMI. Le responsable UDAS a également pour mission de développer le partenariat avec d'autres structures : foyers d'accueil, maternité, centre de planification familiale...

Fonctions du responsable adjoint

Il participe au conseil technique et donne son avis sur une situation critique, aide à la prise de décision et à sa mise en action. Il lui est demandé d'assurer l'encadrement technique et pédagogique en vérifiant que les agents travaillent conformément aux règles et protocoles définis par le conseil général et l'équipe de direction. Il assume ces fonctions auprès de l'ensemble du personnel UDAS. En ce qui concerne la PMI, il travaille alors en collaboration étroite avec le médecin de PMI. En lien avec la conseillère technique départementale en travail social, il assure la formation des jeunes professionnels arrivants et participe à l'élaboration de nouveaux protocoles et outils pédagogiques. Il favorise et suscite la recherche en travail médico-social et participe à la réflexion sur les actions de formation du personnel.

Fonctions des membres de l'équipe PMI

La *puéricultrice* organise et assure les consultations des enfants de moins de six ans. L'accueil, l'animation, le conseil et l'information font également partie de ses activités en sus des examens biométriques. Elle organise des actions de prévention médico-sociale et intervient, à ce titre, dans les écoles maternelles, où elle pratique des dépistages sensoriels élémentaires et des

examens biométriques. Elle participe à l'évaluation-diagnostic des handicaps légers et en assure les transmissions au médecin de PMI. La puéricultrice peut aussi intervenir à domicile dans un but préventif chez des enfants présentant des troubles légers. Ces visites se réalisent sur demande des intéressés, ou lorsque la démarche est prescrite par l'hôpital ou le médecin traitant avec leur accord. Il est de son devoir d'inviter la famille d'accueil ou d'origine de l'enfant à consulter si l'état de l'enfant le nécessite. En cas de difficulté et d'irresponsabilité de la famille, elle doit prévenir le médecin de PMI. Elle participe à l'agrément des assistantes maternelles à titre permanent et non permanent.

La *sage-femme* organise des actions de prévention auprès de la femme enceinte : préparation à la naissance et information. En invitant les patientes à consulter, elle lutte contre la prématurité dans les milieux hautement défavorisés. Elle se rend à domicile à la demande ou avec l'accord des intéressées pour dépister une souffrance organique, psychologique ou sociale, pour assurer le suivi des grossesses signalées ou à risque, pour accompagner les parents. Elle travaille en collaboration avec l'équipe de PMI et avec l'assistante sociale si la situation sociale de la femme le nécessite. Elle peut demander une consultation auprès de la psychologue ou une consultation médicale pour la patiente qu'elle prend en charge. Elle travaille également en lien avec l'équipe de maternité, de pédopsychiatrie...

Le *médecin de PMI* assure des actions de prévention en faveur des femmes enceintes, avec la collaboration de la sage-femme de PMI. Il organise des consultations en faveur des enfants de moins de six ans, au cours desquelles il dépiste principalement les troubles latents et oriente vers une prise en charge adaptée. À ce titre, il travaille en milieu scolaire accompagné d'infirmières et de puéricultrices ainsi qu'avec le service de santé scolaire. À partir des renseignements sur les avis de grossesse, de naissance et des certificats de santé, il désigne les patientes nécessitant une attention particulière et les familles dites à risque. Il mène des actions concernant l'agrément et la formation des assistantes maternelles. Le médecin de PMI est chargé d'organiser des actions éducatives auprès des futures mères ou des jeunes mères. Il travaille avec les médecins hospitaliers, les médecins traitants et le service de santé scolaire. Le médecin de PMI participe également à l'agrément des couples d'accueil concourant à la protection et à la garde des enfants de moins de six ans.

Fonctions des membres de l'équipe ASE

Dans sa présentation du « Psychologue à l'Aide sociale à l'enfance », Fua (1997) précise :

Dans les différents départements, le service ASE est souvent organisé de la manière suivante : un *service centralisateur* gère l'ensemble des dossiers sur le plan administratif. Pour chaque enfant, un « inspecteur » est chargé, entre autres tâches, de s'assurer que la mission de l'ASE est bien appliquée ; à cet effet, un dossier est établi et un rapport annuel concernant le mineur lui est remis par le travailleur social référent ; *des permanences* sont localisées dans l'ensemble du département [...]¹.

Ainsi, les éducateurs assurent le suivi des enfants confiés par les autorités judiciaires ou sur décision administrative. À ce titre, ils peuvent être invités à travailler sur un autre secteur ou département dans certains cas. En collaboration avec l'assistante sociale, ils font le lien entre l'enfant, la famille d'accueil, la famille d'origine et l'institution. Parmi les membres de l'équipe pluridisciplinaire, un référent est désigné, représentant l'ASE et centralisant les informations sur la situation d'un enfant précis. Les travailleurs sociaux rencontrent les enfants régulièrement dans les familles d'accueil, informent et pallient les difficultés que peuvent vivre ces familles, s'assurent de l'évolution favorable de l'enfant confié. Ils demandent parfois à ce que le psychologue rencontre la famille d'accueil ou l'enfant, quand le comportement de ce dernier pose problème, pour aider la famille d'accueil à comprendre ses propres réactions à l'égard de l'enfant.

Les membres de l'équipe ASE sont chargés des trois types d'aide éducative (AEP, AEAD et AEMO). En outre, suivant la procédure définie par le service, ils instruisent les dossiers de demande d'agrément d'assistantes maternelles à titre permanent, gèrent le placement, participent aux enquêtes d'adoption, s'engagent dans la vie institutionnelle (réunions, etc.) et tiennent à jour leurs connaissances des textes régulant l'activité de l'ASE et les droits des usagers. Leur travail est difficile du fait des charges affectives et émotionnelles que véhicule l'ensemble du dispositif.

Plusieurs situations de travail sont communes à la PMI et à l'ASE dont l'intervention en cas de maltraitance et l'instruction des dossiers de demande d'agrément, à titre permanent ou non permanent, pour les assistantes maternelles. En effet, les équipes ASE et PMI prennent en charge l'instruction des dossiers de demande d'agrément, mais la responsabilité du dossier incombe au service de PMI. Quelles sont les étapes de l'instruction

1. Fua D. (1997). « Psychologue à l'Aide sociale à l'enfance », in Fua D. (dir.). *Le Métier de psychologue clinicien*. Paris, Nathan, p. 144.

d'un tel dossier ? Toute personne désireuse d'accueillir des mineurs à son domicile à titre habituel et de manière permanente ou non, est tenue d'obtenir au préalable un agrément du président du conseil général. Pour ce faire, la personne doit remplir un formulaire de demande d'agrément qui précise le caractère permanent ou non de l'accueil, le nombre et l'âge des mineurs pour l'accueil desquels l'agrément est demandé. Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical et adressée au président du conseil général en recommandé avec accusé-réception ou déposée auprès du service de PMI qui en donne récépissé.

L'équipe est chargée de la vérification des conditions d'accueil : elle se renseigne à domicile sur le budget familial, les principes éducatifs, l'état du logement... Pour les demandes à titre permanent, le psychologue évalue les motivations de la famille d'accueil lors d'un entretien. Dans l'agrément non permanent, il rencontre parfois le couple parce qu'il a été perçu en amont un vécu problématique chez l'assistante maternelle ou des troubles de la personnalité.

Les dossiers sont ensuite présentés en commission d'agrément. Le délai de réponse est de six mois lorsque la demande concerne l'accueil à titre permanent, trois mois pour un accueil à titre non permanent. À défaut de réponse dans les délais, l'agrément est réputé acquis.

Les équipes PMI et ASE sont tenues de participer aux actions de prévention en regard de la maltraitance et, conformément aux textes législatifs¹, de prendre en charge les enfants mineurs maltraités.

Grâce à l'accompagnement et le soutien qu'ils proposent à la famille, les services de PMI peuvent prévenir les mesures de signalement en secteur ASE². Mais que se passe-t-il si le signalement est nécessaire ? Plusieurs types de signalement existent. Lors d'un signalement par des professionnels ou des particuliers qui composent le 119 ou se confie à un professionnel médico-social, une évaluation de la situation est pratiquée par le service social et la PMI, puis transmise à l'ASE (Lefebvre-Mayer, 2004). L'ASE décide alors :

- soit de poser des mesures administratives portant sur des aides éducatives préventives (AEP) ou engagées sur demande des parents (AEAD) ;

1. Voir sur www.legifrance.gouv.fr les différents lois, décrets et circulaires correspondants et, dans le *Code civil*, les articles 350, 371, 375 à 378, l'article 40 du *Code de la famille et de l'aide sociale* et, dans le *Code pénal*, l'article 62.

2. Cf. le chapitre 5 du présent ouvrage.

- soit d'engager une procédure juridique. L'ASE informe alors le procureur de la République qui saisit le juge des enfants pour assurer la protection de l'enfant. Cette démarche se concrétise dans la réalisation d'une enquête, d'un placement ou des aides éducatives en milieu ouvert (AEMO). Enfin l'ASE peut informer le juge d'instruction pour d'éventuelles poursuites pénales.

Le signalement peut aussi être fait par l'enfant lui-même, par ses parents ou toute autre personne qui aurait constaté un danger, en s'adressant directement, par courrier ou tout autre moyen de communication, à la brigade des mineurs, aux services de police et de gendarmerie, au procureur de la République ou au juge des affaires familiales (JAF).

Le placement se fait, selon l'ordonnance du juge, soit chez un tiers, soit à l'ASE. Si l'enfant est confié à l'ASE, il est placé soit dans une structure d'accueil, soit chez une assistante maternelle agréée en résidence permanente. La mission principale des acteurs sociaux est d'accompagner les familles d'origine et d'accueil ainsi que l'enfant. Nous verrons par la suite quelles missions spécifiques du psychologue à l'ASE vont en découler.

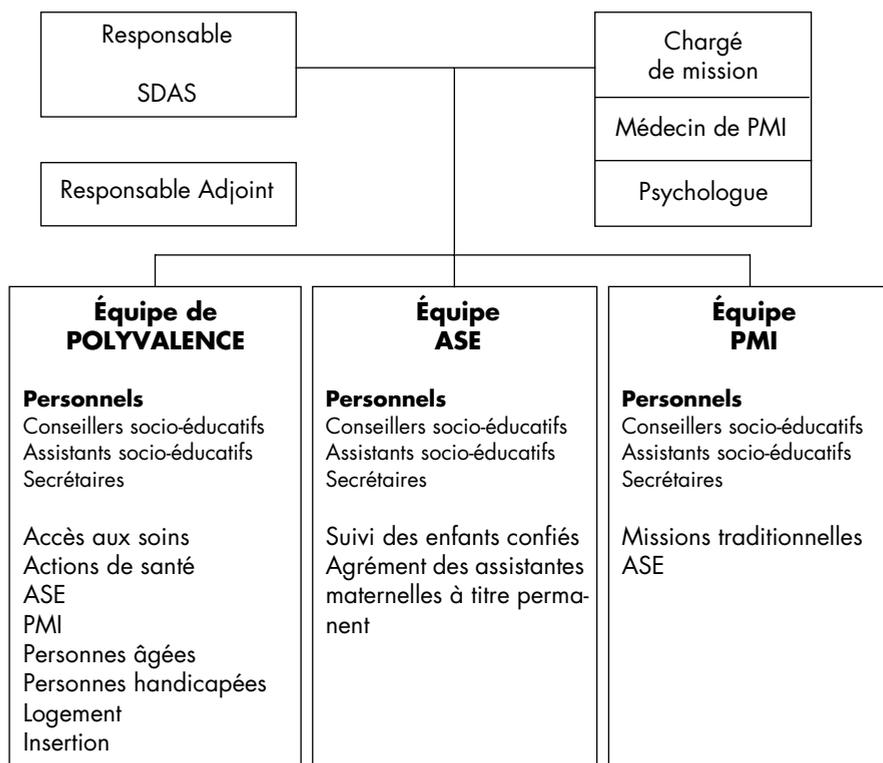


Figure 3.1

Schéma général du service départemental d'Action sociale

2. Fonctions et missions du psychologue

Concernant le cadre d'emploi des psychologues territoriaux, le décret n° 92-853 du 28 août 1992 précise :

Ils contribuent à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives et thérapeutiques et collaborent aux projets psychosocio-éducatifs, tant sur le plan individuel ou familial qu'institutionnel, dans le cadre de l'aide sociale, de la protection maternelle et infantile et dans tout domaine à caractère social. Ils entreprennent et suscitent tous travaux, recherches ou formations que nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leur action [...].

Qu'en est-il concrètement des fonctions clinique, institutionnelle et de la fonction FIR des psychologues territoriaux ?

La fonction clinique

Pour une meilleure lisibilité des missions, nous différencions par la suite les fonctions cliniques, intra- et inter-institutionnelles du psychologue en fonction de ses interventions en PMI ou à l'ASE.

► La fonction clinique du psychologue en PMI

En mission PMI, le psychologue a un rôle d'accompagnement auprès des enfants et des familles en difficulté. En période anténatale, il peut intervenir auprès de la femme enceinte lorsque celle-ci a été repérée par la sage-femme comme étant en souffrance psychologique. En période postnatale, il s'engage dans la prévention des difficultés relationnelles parents-enfants.

Une observation fine ainsi qu'une écoute attentive lui permet de développer une stratégie de travail basé sur l'analyse de la personnalité de la mère/du père et de l'enfant mais aussi sur l'analyse des liens intrafamiliaux.

VIGNETTE CLINIQUE N° 1

« Tiens, je te rends ton linge sale ! » : consultation postnatale
auprès du psychologue en PMI

Le psychologue de la PMI reçoit Mme F., une jeune femme, et son nouveau-né âgé de deux mois. C'est une petite fille qui s'appelle Zoé. La patiente s'est rendue en consultation postnatale et s'est plainte de ne pouvoir reprendre son travail au pressing du fait de sa grande fatigue. Elle s'était rendue d'abord chez le médecin traitant, qui n'a pas cru en sa détresse et n'a pas voulu prolonger son arrêt de travail. Elle est vue par le psychologue sur demande du gynécologue.

Mme F. a l'air triste, une tout petite voix et un mal de dos qu'elle qualifie d'insupportable. Elle transporte cependant sa petite fille dans un *Cosi* à bout de bras.

Dans le bureau, elle pose le *Cosi* sur le sol, la petite ne réagit pas. De sa place derrière le bureau, le psychologue ne peut voir l'enfant. L'entretien va durer une demi-heure. Mme F. dit ne pas avoir de problèmes avec Zoé, ce sont ses beaux-parents qu'elle ne supporte plus : ils l'oppressent, en particulier la belle-mère. Cette dernière lui prend le bébé des bras dès qu'elle arrive à la maison. Elle abreuve sa belle-fille de conseils, fait des réflexions peu avenantes comme : « Tiens, je te rends ton linge sale » en lui tendant l'enfant. Mme F. se souvient très bien qu'à la maternité, sa belle-mère lui a dit sur un ton qu'elle a vécu comme persécuteur : « Ça doit être dur pour toi, avec tes sœurs qui sont mortes ».

D'après Mme F., son mari n'ose trop rien dire à ses parents. « Mes beaux-parents n'étaient pas comme ça avant la naissance », dit-elle. Mme F. pleure et semble à bout. Elle regarde peu son bébé que le psychologue entend crachouiller dans son coin. Elle sort un mouchoir, apparemment pour lui essuyer la bouche, mais n'en fait rien.

Sa propre mère lui manque, mais elle habite à distance (40 km) avec son père qui est très vieux et fatigué. Sa mère n'a pas le permis et ne peut se déplacer facilement. Elle a perdu deux enfants, le premier à six mois, de mort subite, et le deuxième à vingt ans, d'un accident sur la voie publique. Elle a une fille handicapée depuis l'enfance à cause d'une méningite. Mme F. dit avec vivacité et spontanément que sa famille est

très soudée et rajoute quelques instants plus tard (après avoir confié que la belle-mère lui posait trop de questions) que « chez nous, on n'est pas comme ça, on ne raconte pas ». Quand le psychologue se lève pour signifier la fin de l'entretien, il se dirige vers Zoé qui a bel et bien vomi. Elle en a mis partout. Mme F. lui tend le mouchoir pour l'essuyer.

Éléments cliniques les plus importants

Rappelons que la grossesse et la période péri- et postnatale sont des temps sensibles, qui peuvent favoriser soit l'installation, soit la sortie d'un fonctionnement pathologique de la mère^a. Par conséquent, le psychologue se doit de repérer, dans son travail à la PMI qui a une visée de prévention, les mères et leurs enfants en difficulté. Il est conscient du fait que la mère, suite à la grossesse et à l'accouchement, est dans un état de « transparence psychique » (Bydlowski, 1996) dû, entre autres, aux réaménagements identificatoires que sa situation a provoqués. Il la rencontre dans un moment de vulnérabilité et de mobilité psychique extrême, renforcé par la perspective de la reprise du travail. L'entretien actuel ne donne pas tous les éléments nécessaires à la pose d'un diagnostic psychopathologique. Toutefois, l'on peut écarter assez sûrement l'hypothèse d'une psychose puerpérale. Le psychologue s'emploiera davantage à repérer les signes d'une dépression du post-partum. Mme F. a l'air triste, pleure, semble à bout, fait état de plaintes somatiques (mal au dos subtilement contredit par la technique peu adaptée qu'elle adopte pour transporter sa fille, fatigue intense). Comme la maternité actualise inmanquablement des problématiques individuelles, conjugales et familiales, il va s'intéresser à la façon dont la petite Zoé a été inscrite dans la filiation. Que représente son arrivée pour Mme F., son mari, et leur famille d'origine respective ? Auprès de la belle-mère, la maternité de Mme F. semble avoir ravivé une rivalité féminine des plus redoutables – elle tient à sa belle-fille des propos disqualifiants (« Tiens, je te rends ton linge sale » en lui tendant le bébé), commente son histoire familiale de manière peu empathique (« Ça doit être dur pour toi, avec tes sœurs qui sont mortes^b ») et s'empare du bébé dès que Mme F. arrive à la maison. Son comportement assez toxique a-t-il pour fond une jalousie œdipienne non élaborée et un deuil non fait de sa propre fertilité ? Mme F. dit à juste titre : « Mes beaux-parents n'étaient pas comme ça avant la naissance »^c.



Le mari de Mme F. ne semble pas avoir dépassé son attachement initial à sa famille d'origine, en l'occurrence à sa mère (« il n'ose trop rien dire à ses parents »). Le fait qu'il soit peu enclin à s'affirmer vis-à-vis de sa mère pour marquer sa solidarité avec sa femme laisse subodorer une conjugopathie discrète, mais néanmoins active.

Quand le psychologue examine la situation dans la famille d'origine de Mme F., il s'avère qu'elle est la seule dans la fratrie à avoir pu accéder à la maternité – avec tout ce que cela peut comporter de culpabilité pour elle (deux de ses sœurs sont mortes, l'une d'une mort subite du nourrisson^d, l'autre à 20 ans dans un accident de la route, la troisième étant handicapée suite à une méningite contractée pendant l'enfance). De surcroît, Mme F. ne peut s'appuyer sur sa propre mère dont elle souligne l'indisponibilité – celle-ci doit s'occuper de son mari « vieux et très fatigué » et de sa fille handicapée. En résumé, Mme F. souffre d'un manque d'étayage patent, les modèles identificatoires habituels – sa propre mère, sa belle-mère – étant soit indisponibles, soit hostiles à son égard. Elle ne fait pas mention d'autres relais identificatoires pouvant pallier ce manque initial (par ex. une amie ayant accouché récemment, etc.). L'accès à la parentalité semble poser problème tant pour elle que pour son mari, tous deux étant encore sous l'emprise vive de la problématique qui caractérise leur famille d'origine. Dans son for intérieur, le psychologue est plutôt sceptique quand Mme F. dit avec vivacité et spontanément que « sa famille est très soudée » tout en rajoutant que « chez nous, on n'est pas comme ça, on ne raconte pas ». Devant son histoire familiale très douloureuse, l'on peut se demander sur qui elle pense pouvoir compter tout en constatant un manque de communication, de soutien et d'entraide réelle. La place fantasmatique de l'enfant est étonnamment vide. Madame ne parle de Zoé que pour dire qu'elle ne lui pose pas de problème, la regarde peu pendant l'entretien et, trop accaparée par sa propre situation, n'est pas en mesure de lui offrir un *handling* adéquat. Le fait que sa fille « crachouille dans son coin » aurait dû alerter le psychologue sur le fait qu'elle a commencé à vomir pendant l'entretien. Mme F. s'en était rendu compte puisque, tout en lui parlant, elle avait mécaniquement sorti un mouchoir de sa poche sans accomplir les soins nécessaires à son enfant – une image saisissante de ses capacités de maternage actuellement empêchées.





Analyse de l'attitude du psychologue pendant l'entretien

Le psychologue se rend compte – trop tard – qu'il a accepté le dispositif que Mme F. a mis en place dès la première minute de l'entretien. Le fait qu'elle ait posé son bébé par terre, hors de sa vue, ne lui permet pas de travailler selon sa mission habituelle – au lieu de pouvoir évaluer la qualité des interactions précoces entre la mère et son bébé, il est obligé de faire comme si la mère était venue seule en entretien. Elle instaure, sous la pression de son vécu éminemment douloureux, une demande de relation exclusive et d'étayage qui culmine à la fin de l'entretien dans sa demande muette d'essuyer, à sa place, le vomi de sa fille. Ce geste, témoin d'un transfert rapide et massif, fait appel aux capacités de maternage du psychologue. Sa réponse à cette demande doit éviter deux écueils majeurs : s'il essuie la petite fille, il agit à la place de la mère qui, se sentant incapable de prendre soin de sa fille, lui demande de s'en occuper à sa place. S'il répond à cette demande, il ne fait que renforcer ses idées d'incapacité et d'inutilité. S'il refuse, il rompt la relation de confiance avec la mère et la renvoie brutalement à sa solitude. La conduite la plus adaptée consiste dans le fait de « faire avec elle », c'est-à-dire, partager un moment de complicité dans les soins donnés ensemble à l'enfant.

Suites à donner à ce premier entretien

Il importe de prendre en compte le contexte dans lequel se situe la rencontre du psychologue avec Mme F. Celle-ci lui a été adressée par le gynécologue qui l'a examinée lors de la visite postnatale dans le service de la maternité avec lequel le psychologue travaille en réseau. En amont, Mme F. a consulté auprès de son médecin généraliste pour fatigue. Or, celui-ci n'a pas jugé nécessaire de prolonger son arrêt de travail. Elle est donc censée reprendre le travail maintenant, les congés de maternité prenant normalement fin à deux mois de l'accouchement. Plusieurs pistes de travail sont à examiner et à approfondir en fonction de l'évolution observée.

Dans un premier temps, le psychologue va faire le point avec le gynécologue quant à une prolongation de son arrêt et orienter le prochain entretien, sur cette reprise du travail qui s'annonce difficile pour Madame F. Qu'en est-il du mode de garde prévu (serait-ce la belle-mère qui va s'occuper de Zoé ?) ? Mme F. se sent-elle prête de confier



sa fille ? Quelles représentations et affects suscitent chez elle la séparation d'avec sa fille pendant la journée ? Il convient de surveiller de près le risque d'une évolution, chez Mme F., vers une dépression durable, avec toutes les répercussions néfastes sur la qualité des interactions précoces que l'on connaît. L'objectif principal du psychologue est de relancer le processus de parentalité qui est entravée chez Mme F. pour les motifs évoqués plus haut. Mais il faut également tenir compte du risque que Mme F. ne vive sa proposition d'un nouveau rendez-vous comme une intrusion – à l'instar de la belle-mère qui lui pose « trop de questions » – effractant son aménagement défensif habituel (« chez nous, on ne raconte pas »).

Dans un deuxième temps, et en fonction de ce que le psychologue a mis en place à la PMI, il peut lui proposer de participer à des groupes de rencontre informelle entre les jeunes mères. Ces rencontres, à faible seuil d'exigence et dans un cadre relativement « ouvert », sont destinées à offrir aux mères avec leur bébé des moments de jeux et de partage d'expériences socialisantes. Elles ont une fonction contenante, favorisée par le soutien du groupe et de l'étayage réciproque que les mères peuvent s'apporter. Les jeux et les échanges en groupe pourront contribuer à réduire le sentiment d'isolement dont se plaignent fréquemment les jeunes mères, à les inscrire dans un groupe d'appartenance et à stimuler les capacités sociales chez leur enfant. Ces groupes seront propices à l'échange de leur vécu de mère ; à la relance, par l'effet narcissisant du groupe, de leur capacité à être mère ; à l'établissement d'un contact ludique et épanouissant avec leur enfant, etc. Le rôle du psychologue sera essentiellement de contenir ces échanges et d'en favoriser le déroulement tout en observant, de manière non intrusive, les interactions précoces entre les mères et leurs enfants. L'observation du *holding*, du *handling* et de l'*object presenting* maternels (Winnicott, 1971) le guideront dans l'évaluation de la qualité des interactions précoces dont il lui importe de prévenir les dysfonctionnements.

Parallèlement, le psychologue s'assurera d'une installation progressive d'une relation de confiance avec Mme F. et lui proposera une série limitée d'entretiens de soutien lui permettant de parler de sa place dans sa famille d'origine et de ses difficultés de construire une nouvelle famille avec son mari et son enfant.



Dans un troisième temps, il convient d'associer, prudemment et de manière recevable, le père à ces entretiens. Compte tenu de l'extraordinaire mobilité psychique habituellement rencontrée chez les jeunes accouchées, l'on peut espérer une résolution relativement rapide des troubles initiaux. Par contre, si aucune amélioration notable n'est constatée au cours de quelques mois, il convient de travailler avec Mme F. sur une demande thérapeutique lui permettant d'accéder à un suivi à l'extérieur – la PMI ne pouvant offrir un cadre thérapeutique à long terme. Respectant tant le secret professionnel que la nécessité de la continuité des soins, le psychologue s'assurera dans ce cas d'une bonne transmission des informations avec l'accord de Mme F. à un confrère afin de leur permettre de poursuivre le travail dans de bonnes conditions.

Concernant plus spécifiquement les interactions mère-bébé, le psychologue peut orienter Mme F. et Zoé dans une structure d'accueil de la petite enfance de type Maison verte, permettant à la dyade de consolider, de manière ludique, leurs interactions.

- a. La première issue étant, hélas, plus fréquente que la deuxième...
- b. Notons au passage qu'elle semble compter la sœur handicapée de Mme F. soit parmi les mortes, soit pas du tout.
- c. Soulignons que Mme F. emploie à deux reprises le pluriel pour désigner sa belle-mère (« mes beaux-parents » ; « ses parents », en parlant de son mari), alors qu'elle ne dit rien de spécifique quant à l'attitude de son beau-père.
- d. Nous pouvons émettre l'hypothèse que Mme F. éprouve des difficultés à investir libidinalement sa fille sur fond de crainte qu'il ne lui arrive la même chose.

La position du psychologue semble moins complexe en PMI qu'en ASE. En PMI, le psychologue reçoit la mère (et/ou le couple) et l'enfant, propose une relation d'aide, une orientation vers d'autres structures ou une psychothérapie. Il peut être sollicité par la puéricultrice de secteur, le médecin de PMI ou la sage-femme pour éclaircir un questionnement. Son travail est essentiellement centré sur la dyade mère-enfant.

► La fonction clinique du psychologue à l'ASE

À l'ASE, le psychologue prépare le placement de l'enfant confié et assure le suivi des familles d'accueil, de l'enfant et de sa famille d'origine (Fua, 1997). Comme ces situations de placement génèrent des crises et induisent une souffrance chez les différents protagonistes, l'élaboration des conflits et la maintenance du lien peuvent être difficiles. S'ajoutent l'accompagnement et la gestion de la souffrance des travailleurs sociaux par le psychologue. Ces

missions multiples complexifient parfois les relations : les fantasmes sur le contenu de chaque entretien – et ce, même si les règles de confidentialité sont rappelées en début de séance – viennent nourrir et exacerber les tensions entre la famille d'origine, la famille d'accueil, l'enfant et l'équipe ASE.

Définies selon les nécessités de la situation clinique, les interventions du psychologue sont classiquement de deux types¹ : il s'agit soit d'entretiens, soit de visites médiatisées.

Le psychologue intervient :

- sur *demande de la famille* : nous l'avons vu, cette situation est fréquente en PMI, un peu moins en ASE. Cependant certains parents confient eux-mêmes leurs enfants à l'ASE lorsqu'ils ne se sentent plus à même de les protéger. L'accueil ou l'aide éducative peut être temporaire ;
- sur *demande des équipes ASE ou PMI*. En PMI, soit parce qu'un enfant présente des troubles, soit parce qu'une mère est en difficulté. En ASE, le psychologue est sollicité car l'enfant, la famille d'origine et/ou d'accueil vivent de façon conflictuelle le placement ;
- sur *demande du juge*, lorsque le psychologue a été mandaté pour recevoir l'enfant dans un but thérapeutique précis ;
- parfois, c'est dans l'urgence que le psychologue reçoit la famille et/ou l'équipe. Il s'agit souvent là d'une situation gravissime à laquelle il faut répondre immédiatement : décès d'un proche de l'enfant, placement en urgence...

VIGNETTE CLINIQUE N° 2

« Où c'est qu'on va me mettre ? » : gestion d'un placement en urgence par un responsable adjoint UDAS

Monsieur et Madame T. ont six enfants. Monsieur T. et les deux premiers fils (âgés de 16 et 15 ans) sont accusés d'abus sexuels envers les deux filles (âgées de 10 et 8 ans). Les deux derniers fils ont respectivement 6 et 4 ans. La gendarmerie est intervenue dans l'après-midi sur dénonciation par les voisins et a arrêté le père et ses deux premiers fils.



1. Rappelons que le champ d'action du psychologue comprend également l'accompagnement des familles souhaitant confier leur enfant à l'adoption ainsi que celui des familles accueillant l'enfant.



Les autres enfants ont été retirés d'emblée car la mère est jugée inapte à s'occuper d'eux. En effet, cette famille a déjà été signalée de nombreuses fois. C'est un vendredi soir. Le responsable adjoint UDAS est très tendu car il doit trouver des solutions rapidement. Il appelle le psychologue pour l'aider à résoudre la situation.

Le psychologue a pour objectifs :

- de choisir les lieux les plus adaptés pour les enfants, sans avoir la possibilité de faire connaissance dans l'immédiat avec ces derniers ;
- de contenir la souffrance de l'équipe.

Trois enfants vont être placés à la pouponnière. Leur référente, désignée dans l'urgence, devra les y conduire. Pour les deux grands, le problème reste entier quand ils sortiront de la garde à vue. Le responsable adjoint « rêve » que le juge fasse un placement direct. Il n'y a pas de place non plus dans une structure pour la petite fille âgée de 10 ans. L'équipe opte pour la confier à une famille d'accueil, mais très peu sont disponibles. Compte tenu de la problématique de l'enfant, la famille d'accueil devrait posséder un profil souple, une capacité certaine à l'empathie, un équilibre stable, et, si possible, ne doit pas compter de fils au foyer. Il est convenu que cette dernière sera déposée avec beaucoup de précautions dans la famille retenue après avoir vu où seront logés ses frères et sa sœur.

Les équipes sont régulièrement confrontées à ce genre de situation où elles sont contraintes de reproduire le caractère violent des scènes que les enfants ont vécues à domicile. À leur sentiment de « mal remplir leur mission » s'ajoutent la culpabilité en regard de la souffrance des enfants, accentuée dans ce contexte de rupture radicale, et la crainte concrète de ne pas trouver un lieu d'accueil adéquat. Cette situation de stress ravive les rancœurs contre les « mauvais parents », qui non seulement ont été destructeurs envers leurs enfants mais qui obligent aujourd'hui l'équipe à « faire mal ». Elle réactive également des sentiments de colère contre les personnes, professionnels ou non, qui n'ont pas parlé ou agi suffisamment tôt pour que la situation n'atteigne pas ce point paroxystique.

Préparation et suivi du placement

Le psychologue intervient en amont et en aval du placement : il est chargé d'en assurer la préparation et le suivi. La préparation au placement suppose

d'agir en trois directions : la famille d'accueil, l'enfant et la famille d'origine (David, 1990).

La préparation de la famille d'accueil est une étape importante dont dépend le bon déroulement du placement. Lors de cette préparation, trois temps sont à distinguer :

- entre le moment où la famille pose sa candidature et celui où l'enfant lui est proposé. Ce temps permet à la famille d'accueil de vérifier son désir et ses compétences pour exercer ce métier ;
- le temps d'une réflexion à propos de l'enfant, pour qui une famille d'accueil est recherchée ;
- enfin, le troisième temps se concrétise dans des rencontres préalables.

Les deux derniers temps permettent à la famille d'accueil de se projeter dans la situation de placement avec l'enfant. Sur le terrain, cette démarche est insuffisamment respectée du fait du nombre insuffisant de familles d'accueil et des pressions multiples qui s'exercent sur les services de placement.

Lors de la préparation de l'enfant au placement, le psychologue essaie de cerner sa personnalité, de l'aider à verbaliser ses craintes au sujet du placement et de lui apporter un éclairage sur les motifs de cet acte. Il s'agit de permettre à l'enfant de s'approprier cette décision judiciaire, de l'aider à sortir d'une position passive où il ne fait que de la subir pour l'amener, idéalement, à comprendre et à valider les mesures prises en sa faveur. Le psychologue donne son avis sur l'indication et le type de placement : institution ou famille d'accueil. Le choix devra se faire en fonction de l'âge de l'enfant, de sa problématique, de sa personnalité et du profil de la famille d'accueil. Mais trop souvent, le choix se fait en fonction des places disponibles. En effet, les structures d'accueil affichent souvent complet, les familles d'accueil sont en nombre insuffisant. Ces faiblesses dans le système ASE créent des conflits au sein des équipes. Les temps de réflexion se raréfient, il s'agit de trouver de toute urgence une place, même si elle n'est pas adaptée aux besoins de l'enfant. Quand l'enfant placé renvoie la famille d'accueil à sa propre problématique, les dégâts peuvent être considérables : l'enfant confié ne peut pas bénéficier d'un étayage constructif et la famille d'accueil est traumatisée. Parfois cette dernière ne peut plus accueillir un enfant par la suite, car la souffrance générée par la situation a été trop importante.

La préparation de la famille d'origine, quant à elle, est également une étape importante, hélas trop peu prise en compte du fait de l'urgence du placement. Les parents sont toujours bouleversés par la nécessité de placer

leur enfant. Le placement ravive et accentue des blessures narcissiques déjà profondément inscrites. Il est indispensable de les aider à réfléchir posément au sens du placement, parvenir à ce qu'ils expriment leurs craintes quant à leurs droits parentaux, quant à l'image de mauvais parents qu'ils ont d'eux-mêmes, quant à l'image que l'on leur renvoie et quant aux droits de la famille d'accueil sur leur enfant.

Lors du suivi de placement, le psychologue intervient auprès des enfants confiés, de la famille d'origine ainsi qu'auprès de la famille d'accueil. Il travaille en binôme avec la référente de l'enfant dans des situations complexes, voire inextricables. Le placement débute fréquemment par une idylle entre l'enfant et la famille d'accueil :

Cette idylle résulte de la rencontre entre l'ardeur du désir d'une famille à secourir un enfant et la blessure d'un enfant non tolérée par ses parents. Cette conjoncture entraîne l'enfant, ses deux familles et l'équipe dans un système d'interactions complexes¹.

L'idylle correspondrait à une organisation défensive à laquelle concourent différents intervenants. Selon David (1990), elle les protège contre l'émergence d'une problématique angoissante, contre ce qui pourrait advenir de cet inconnu. Dans un premier temps, la préparation au placement a permis à l'enfant de faire naître en lui le fantasme de la mère « idéale, débarrassée du mauvais de la mère réelle ». L'enfant a mis en place un clivage qui lui donne la possibilité de projeter le bon « sur la mère d'accueil, porteuse du rêve », tandis que le mauvais est désaffecté. Ce temps de l'idylle est fondamental car il va permettre à l'enfant de se reconstruire, de céder à son besoin d'attachement envers la mère d'accueil. Cet attachement deviendra problématique quand d'inévitables effractions surviendront dans l'idylle, quand l'enfant cherchera à réinvestir ses liens antérieurs : moments douloureux pour la mère d'accueil, qui nourrissait l'espoir de se substituer totalement à la mère en en tirant des gratifications narcissiques substantielles, et pour l'enfant qui se sent comme écartelé entre deux mères et deux amours. Certaines mères d'accueil sortiront grandies de cette épreuve si elles perçoivent combien était importante cette idylle première pour réalimenter le dynamisme interne de l'enfant.

Il importe lors de ce temps idyllique que l'équipe participe à ces moments heureux, rassure la famille d'accueil sur ses compétences et soutienne les parents d'origine. L'équipe doit être consciente des mécanismes

1. M. David (1990). *Le Placement familial*. Paris, ESF, coll. « La vie de l'enfant », 2^e éd., p. 35.

de défense qui sont à l'œuvre contre les effractions possibles et, progressivement, assister à des manifestations de clivage qu'elle doit être à même de tolérer et endiguer pour pouvoir maintenir uni ces deux pôles affectifs. Elle accepte d'être mise à l'écart lors de l'idylle et d'être appelée à l'aide quand les effractions surviennent, annonçant parfois le temps de la désillusion. David (1990) décrit trois modalités évolutives concernant cette idylle :

- l'idylle et son effondrement se succèdent ;
- l'idylle est tout au long enchevêtrée de tourments ;
- l'idylle paraît interminable puis est soudainement interrompue.

De toute façon, quelle que soit l'évolution de l'idylle, son issue peut être extrêmement douloureuse, blessante et pénible tant qu'il n'est pas compris par la famille d'accueil que cette évolution ne constitue pas un échec et peut même être féconde pour l'enfant. La famille d'accueil inspire à l'enfant une certaine sécurité, une sérénité qui lui permet de se risquer à rejouer ses relations fondamentales et de vérifier que d'autres réponses que celles de sa famille d'origine sont possibles.

Tout au long du placement, la famille d'accueil, l'enfant confié, la famille d'origine et l'équipe ASE traversent inévitablement des crises. Les moments féconds alternent avec des périodes de régression pouvant être très conflictuelles. Mais la plupart du temps, ces mouvements sont constructifs, si le psychologue et l'équipe ASE les contiennent et si les réaménagements économiques de l'enfant et de son entourage sont de qualité. Parfois, la collaboration entre famille d'accueil et équipe ASE est difficile du fait de la position de subordination de la famille d'accueil à l'équipe. L'équipe a choisi la famille d'accueil, elle a le pouvoir de donner et de reprendre l'enfant. Mais aussi, elle connaît la famille d'accueil dans son intimité et s'interroge sur la façon dont s'implique cette famille avec l'enfant. Enfin, la famille d'accueil doit partager la responsabilité de l'enfant avec l'équipe, n'est donc pas libre de faire comme elle veut, a l'obligation d'information et de consultation vis-à-vis de l'équipe. Le rôle du psychologue est alors de contenir l'ensemble, d'être à l'écoute des peurs, des craintes et des non dits, d'en trouver le sens avec chacun des acteurs impliqués.

VIGNETTE CLINIQUE N° 3

« Qui fait quoi ? » : conflits entre la famille d'accueil et l'équipe ASE

Monsieur et Madame D. ont un agrément permanent pour une fratrie de deux enfants depuis 3 ans, Fabien et Émeline, âgés actuellement de 8 et 9 ans et demi, ainsi que pour une dyade mère-enfant depuis 2 ans, Marie (mère mineure au début de l'accueil) et Karl, âgés respectivement de 20 et 3 ans. Le couple a par ailleurs un fils de 20 ans qui ne vit plus à la maison et une fille de 16 ans qui est en pension la semaine.

Le psychologue rencontre cette famille deux fois par mois pour assurer une régulation et Fabien une fois par mois. En effet, il présente des troubles du comportement, notamment une hyperactivité.

Monsieur est enseignant, Madame est assistante maternelle. L'un et l'autre sont très soucieux de l'évolution des enfants confiés. C'est très souvent ensemble qu'ils se rendent à l'ASE. Il semble, d'après l'équipe, que le projet d'accueil de Marie et de son fils soit davantage le projet de Monsieur.

En sus des difficultés vécues avec les quatre enfants confiés, le couple est en conflit avec l'équipe ASE. Il ne supporte pas que ces dernières puissent détenir des informations sans les lui communiquer, ainsi que les conseils qu'elles leur donnent en ce qui concerne les enfants. Les référentes vivent mal cette situation, sont très critiques vis-à-vis du couple et méfiantes vis-à-vis du psychologue, qui reçoit le couple régulièrement.

L'agressivité du couple se traduit par des mots lors des visites, des coups de fil nombreux, intempestifs et des messages implicites adressés à l'équipe ASE.

Il semblerait que ce soit au moment où Marie et Karl ont été confiés que le climat s'est dégradé avec l'équipe ASE. L'introduction de la dyade mère-enfant a bouleversé la dynamique familiale dans le sens où elle a suscité un important investissement de la part de Monsieur. Il a alors pris l'ascendant sur le projet d'accueil de Madame. Il s'est installé une jalousie en regard de l'investissement de Monsieur dans le projet et envers la jeune fille. Les tensions s'établissent à plusieurs niveaux, au sein du couple, entre les référentes et la famille d'accueil, mais aussi entre le psychologue et les référentes qui développent un sentiment d'abandon et de trahison à son égard, compte tenu du fait que sa confiance reste établie envers la famille d'accueil.



L'analyse de la situation met en évidence la complexité des relations entre les différents intervenants et l'ampleur des conflits. Lorsque les systèmes affectifs sont débordés et trop nombreux à réguler, la distanciation et la gestion professionnelle des entretiens peuvent devenir impossibles.

Cette expérience montre :

- qu'il semble très utile d'étudier les réflexions qui se dégagent lors des procédures d'évaluation pour la demande d'agrément. Elles peuvent indiquer parfois dans quels registres les problèmes risquent d'émerger, leur anticipation permettant une meilleure gestion de ceux-ci ;
- qu'il apparaît extrêmement difficile pour le psychologue de ne pas être débordé par ses propres affects dans la gestion d'un tel conflit où il lui est demandé de remplir sa fonction clinique, auprès de la famille d'accueil, et sa fonction institutionnelle, auprès des référents ASE. Les observations, réflexions et rancœurs lors des entretiens avec les différents intervenants l'assaillent de part et d'autre. Une aide extérieure de type supervision ou régulation de l'équipe semble indispensable pour ne pas s'engager dans des missions incompatibles et pour pouvoir intervenir avec discernement ;
- qu'il est nécessaire que les référents ASE, à l'aide d'un groupe de réflexion sur leur pratique, prennent du recul par rapport à la situation, se centrent de nouveau sur leur mission et restaurent un dialogue sain avec la famille d'accueil et le psychologue.

Le suivi de l'enfant placé est fondamental. Malheureusement, du fait d'un effectif insuffisant de psychologues dans l'institution, il n'est pas systématiquement effectué. L'enfant lui-même présente parfois des résistances considérables, majorées par celles de la famille d'accueil, à cet accompagnement psychologique. Or, l'objectif principal de cet accompagnement est de fournir à l'enfant les moyens d'élaborer les difficultés que lui pose son placement. Le psychologue essaie de travailler les clivages qui émergent au sein de cet entre-deux familles. Il aide l'enfant à lutter contre le rejet de l'une pour l'autre, contre ce qui le pousse à se faire rejeter en cultivant ainsi une mauvaise image de lui-même.

En fonction de l'indication, le suivi se double parfois d'une psychothérapie au centre médico-psychologique pour aider l'enfant à symboliser et à contenir ses affects, étayer ses assises narcissiques fragiles et l'aider à se construire. Ces deux démarches, distinctes par le lieu et l'intervenant, différentes

en théorie mais moins en pratique, sont parfois lourdes pour l'enfant parce qu'elles multiplient les acteurs et peuvent opacifier ses repères.

Concernant le suivi plus spécifique de l'enfant à l'ASE, le type et la fréquence des entretiens avec le psychologue dépendent de la problématique de l'enfant, des difficultés qu'il rencontre et de la nature des liens qu'il entretient avec la famille d'accueil et ses parents.

VIGNETTE CLINIQUE N° 4

« Je veux pas y aller pour toujours chez maman ! » : conflit de loyauté pour une enfant placée en famille d'accueil

Danielle est une petite fille âgée de 6 ans. Elle est confiée à une famille d'accueil depuis l'âge de huit mois. Elle a deux grands frères âgés de 13 et 15 ans placés dans une autre famille d'accueil. Mme L., la mère, est alcoolique, dépressive et a bénéficié d'un suivi en milieu hospitalier ces dernières années. Sa relation avec sa propre mère est pathogène ; elle se sent rejetée par cette dernière qui a constamment un discours négatif sur ses capacités à s'occuper des enfants. Enfin, Mme L. aurait subi des sévices sexuels par son beau-père (son propre père, alcoolique, a quitté le foyer lorsqu'elle était très jeune). Monsieur L., le père de Danielle, est routier et souvent absent, il n'assumait pas, avant leur séparation qui remonte à 5 ans, son rôle de père et menait une double vie. On ne connaît rien de son passé, ses parents habiteraient Paris.

Monsieur et Mme L. ont divorcé officiellement il y a 4 ans. Ils rencontrent régulièrement leurs enfants. Mme L. a un nouveau compagnon. Sont nés de cette union deux enfants. Elle s'alcoolise épisodiquement, mais s'investit auprès de ses enfants. Les relations avec son compagnon sont tendues et pour cette raison, elle a demandé spontanément la reconduction de l'accueil provisoire, il y a quelques mois.

Du fait de l'amélioration du comportement maternel et de la dynamique familiale, il est question actuellement de préparer Danielle, sa mère et son beau-père, les demi-frères, et la famille d'accueil à un retour au domicile. Le père de la fillette et la mère d'accueil, Mme B., sont contre ce projet. Quant à Danielle, elle est très ambivalente par rapport à cet éventuel retour au domicile.

Les objectifs du psychologue sont les suivants :

- favoriser la verbalisation des angoisses chez l'enfant ;
- soutenir l'expression de ses souhaits ;

– préparer l'enfant à un éventuel retour chez sa mère en l'aidant à se projeter dans l'avenir.

Deux entretiens ont lieu durant lesquels le psychologue donne les moyens à la fillette de donner sens à ses angoisses et d'exprimer ses craintes quant à son retour à la maison et à la séparation d'avec sa famille d'accueil : « je veux pas y aller pour toujours chez maman ». Danielle évoque les éléments qui pourraient « l'embêter », en particulier dans le second entretien, tels que l'absence d'armoire dans sa chambre, les moqueries du grand frère, le fait que sa mère ne l'écoute pas ou s'occupe des petits. On peut penser que sa demande concernant « l'armoire pour ranger ses affaires » révèle sa peur de ne pas avoir sa place au sein de la famille, la nécessité pour elle d'un contenant dans cette aventure. Danielle, chez la famille d'accueil, ne se « frotte » pas aux enfants du foyer parce qu'ils sont grands. Elle y est dorlotée comme une enfant unique. Il se peut qu'elle ne comprenne pas la nécessité de partager, de se confronter aux aléas de la fratrie si elle retourne vivre à la maison. L'enfant parvient à livrer sa souffrance, à trois reprises : « ça me fait mal au cœur », verbalisation importante qui lui permet de prendre conscience de ce qu'elle ressent, dans cet entre-deux mères. Le comportement de la mère d'accueil ne lui facilite pas la tâche. À travers le discours de Danielle, il semble que, dans la souffrance et la peur de perdre l'enfant, l'assistante maternelle soit négative quant au retour de l'enfant dans sa famille d'origine, et profite de l'ambivalence de Danielle pour « faire pencher la balance de son côté », tout en occultant les conséquences d'un tel comportement sur l'enfant. Le psychologue convoque Mme B. pour aborder l'éventuel départ de Danielle. Il recentre la réflexion sur les besoins de Danielle et tente d'enclencher un travail de séparation entre la mère d'accueil et Danielle.

Il s'avère que deux éléments viennent étayer les résistances de Mme B. à se séparer de Danielle :

- la fillette est confiée depuis six ans, les liens établis sont puissants ;
- le frère de Mme B. a fréquenté pendant un certain temps la mère de Danielle. Les conflits entre mère d'accueil et mère d'origine trouvent également là un point d'ancrage.

Dans cette situation, les acteurs sont nombreux et leurs intérêts divergents : père, mère, beau-père, frères placés, fratrie du second concubinage, famille d'accueil, l'ensemble rendant le positionnement du psychologue éminemment délicat et le système de relation compliqué pour Danielle.

Les outils évaluatifs du psychologue en PMI et à l'ASE¹

Nous présentons ici des outils qui pourront être nécessaires au psychologue dans ses multiples missions en PMI et à l'ASE, que ce soit pour le suivi des relations et l'accompagnement des familles d'origine, d'accueil ou d'adoption, l'évaluation en vue de l'agrément des futures assistantes maternelles ou pour le dépistage de troubles chez les enfants, etc.

Concernant l'évaluation des enfants, les instruments pour l'établissement d'un bilan psychologique « classique » seront traités au chapitre 4. Nous citerons ici² quelques éléments et outils permettant de souligner l'importance d'un dépistage précoce dans le domaine de l'abus sexuel. L'importance du dépistage précoce du handicap sera illustrée par la présentation des outils nécessaires au dépistage et au diagnostic d'autisme et de trouble envahissant du développement au chapitre 6 du présent ouvrage.

Nous présenterons également dans cette section, une échelle indiquée pour dépister l'état de détresse chez le bébé ainsi que les tests projectifs permettant l'évaluation de la personnalité chez les adolescents et les adultes.

En ce qui touche à la psychopathologie adulte, nous nous limiterons à la présentation d'un inventaire de psychopathologie générale, le BPRS, outil le plus utilisé, qui discrimine bien la psychose, une échelle évaluant l'adaptation sociale du sujet psychotique et enfin un outil d'exploration de la vie de couple.

■ Évaluation de la maltraitance sexuelle chez les enfants

S'agissant d'enfants victimes de maltraitance et/ou d'abus sexuel, des auteurs spécialisés en ce domaine³ soulignent la sous-évaluation des données due en partie au déni et à la résistance des divers acteurs en lien avec l'enfant. Ils préconisent d'attirer l'attention sur cet aspect surtout en PMI et à l'ASE. Ces mêmes auteurs nous rappellent qu'en cas d'abus sexuel la révélation par l'enfant est loin d'être « automatique » et que divers signes cliniques, qui sont autant de réactions immédiates de l'enfant, peuvent permettre d'évoquer une agression sexuelle même si l'enfant ne s'est pas confié. Ces signes cliniques sont constitués essentiellement de comportements composant la symptomatologie à observer (cf. Échelles de comportement, au chapitre 4) dont les anomalies du comportement sexuel (masturbation excessive, intromission d'objets dans le vagin et l'anus, comportement de séduction, demande de stimulation sexuelle, connaissance inadaptée à leur âge de la sexualité adulte). Des études portant sur une population adolescente ayant subi un inceste ont mis en évidence la fréquence très importante de tentatives de suicide, des états dépressifs, des difficultés scolaires majeures, des fugues, de l'anorexie, des troubles anorganiques invalidants, de la toxicomanie. Pour L. Deltaglia⁴, plus que

1. Cette section de chapitre a été rédigée par Silvia Sbedico Miquel.

2. Nous encourageons vivement le clinicien-lecteur à s'adresser, pour prendre connaissance des outils adaptés, de la formation nécessaire, et être conseillé judicieusement dans des domaines aussi spécifiques, à s'adresser des organismes spécialisés de formation (comme le DU de Victimologie à Lyon ou DU Autisme et TED à l'université de Toulouse-le-Mirail, par exemple).

3. Cf. Gabel M. et coll. (1992). *Les Enfants victimes d'abus sexuels*, Paris, PUF, 1992, 3^e éd., 1998.

l'acte sexuel imposé à l'enfant, c'est la violence de la situation de domination qui provoque les troubles du comportement que l'on constate. Outre l'utilisation d'inventaires comportementaux avec, en arrière plan une conscience des divers éléments que nous venons d'évoquer, le psychologue devra analyser finement le contexte dans lequel évolue l'enfant (nature des liens familiaux, conjugaux...).

Citons J. Dayan¹ qui préconise une évaluation globale des troubles à l'aide d'inventaires comportementaux et de procédures d'entretien semi-directifs, mettant l'accent sur l'exploration de l'état de détresse. Suivra une évaluation différenciée des troubles caractéristiques suite au traumatisme sexuel chez l'enfant : troubles du comportement sexuel chez l'enfant et syndrome de stress post-traumatique (ESPT). Les outils nécessaires à l'évaluation de l'état de détresse ou la dépression ainsi que ceux utilisés pour l'ESPT seront présentés au chapitre 8 du présent ouvrage.

Le dessin libre

Il constitue une épreuve avec une bonne validité clinique, chez des enfants de 18 mois à 12 ans. Ce type d'exercice implique la capacité de l'enfant à reproduire des représentations mentales et s'avérera très utile, notamment auprès d'enfants ayant subi des maltraitances ou un abus sexuel, en ce qu'elle permet, par l'absence de thème pré déterminé, la réactivation des situations les plus étendues et les plus régressives. Les contenus latents seront néanmoins souvent centrés sur l'image du corps, les images parentales et le maniement des affects. Cette épreuve privilégiera la projection de la fantasmatique personnelle de l'enfant, aussi l'expression de certains conflits pourra avoir un effet cathartique. Des *dessins à thème* (voir chapitre 4) pourront compléter l'épreuve si le matériel s'avère insuffisant pour l'interprétation. L'interprétation des dessins nécessitera la comparaison avec les données génétiques de tous les facteurs impliqués dans chaque graphisme. L'analyse des éléments affectifs ne peut se faire qu'après celle des facteurs instrumentaux et intellectuels surtout s'il y a suspicion de déficit. L'interprétation des facteurs affectifs relève des épreuves projectives et demande prudence, une longue expérience clinique ainsi qu'une bonne maîtrise clinique des concepts psychanalytiques. Une grande rigueur sera indispensable pour limiter les risques de l'intuition clinique. Cette épreuve a tout intérêt à être incluse dans une batterie plus complète de tests car, en l'absence de références habituelles connues, le risque d'erreur est accru. Mais, la portée diagnostique de cette épreuve ne se limite pas aux seuls facteurs affectifs, elle apporte également des éléments diagnostiques sur les facteurs instrumentaux et intellectuels. En effet, comme tout graphisme, l'épreuve est sensible aux facteurs grapho-perceptifs et permettra de dépister des difficultés dans ce domaine ainsi qu'au niveau de l'image corporelle ou de troubles de la structuration spatiale, ce qui permettra de procéder à des explorations approfondies dans ces domaines. D'autre part, cette épreuve est un bon indi-

4. Psychologue expert auprès des tribunaux citée par Rouyer M., in Gabel M. et coll., *op. cit.*, p. 80.
1. Jehel L., Dayan J. (2003). « Quels sont les outils de repérage permettant d'évaluer la gravité du traumatisme lié à une maltraitance sexuelle ? », in *Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir*, Conférence de consensus Paris, Fédération française de psychiatrie et ANAES, novembre.

cateur de la maturation mentale, ce qui permettra de déceler d'éventuels troubles ou retard des fonctions intellectuelles qui seront à investiguer.

■ Évaluation de la détresse chez le bébé

ADBB : échelle Alarme Détresse Bébé ; A. Guédeney, M. Vermeillard (2001)

Cette échelle, construite en PMI, permet d'évaluer le retrait émotionnel du bébé de 2 mois à 2 ans. Elle pourra également être utile en CAMPS et dans le suivi des troubles d'origine génétique ou liés à la prématurité. La construction de l'outil est basée sur le constat de l'absence d'outil validé évaluant cet aspect avant l'âge de 2 ans. Carence de soins maternels, séparation, retrait relationnel et dépression étant des notions très liées mais prêtant à confusion, le constructeur a choisi de baser l'évaluation sur le concept plus ancien, donc plus clairement délimité : le retrait relationnel. Aspect qui est en soi un risque pour le développement, en plus de sa cause possible (d'origine relationnelle, sensorielle ou organique). L'échelle a été construite en recherchant les items les moins sensibles au changement en lien avec le développement et les plus facilement repérables lors d'un examen pédiatrique. Cet examen de dépistage est riche en stimulations variées permettant d'évaluer le niveau de la réponse du bébé.

L'échelle s'avère facile d'utilisation en clinique, mais nécessite néanmoins un certain entraînement ; elle peut être utilisée aussi bien de façon systématique ou pour préciser une inquiétude par rapport à un enfant donné. Si la note obtenue est supérieure à une note seuil, il faudra alors rechercher les causes de ce retrait. Elle s'avère également utile en recherche et a fait l'objet d'études de validation dans plusieurs pays en plus de la France. Diverses études ont ainsi montré que l'échelle est sensible au changement et confirment sa validité d'utilisation en clinique : l'ADBB permet de distinguer le groupe clinique (présentant un trouble de la relation) du groupe non clinique.

■ Évaluation de la personnalité chez l'adolescent et l'adulte. Les tests projectifs

Parmi les divers types d'outils permettant l'évaluation de la personnalité (auto-évaluation à partir de questionnaires, méthodes d'observation de la personnalité, méthodes projectives), les méthodes projectives (ou tests projectifs) semblent apporter, dans certaines situations, une réponse adaptée aux besoins du travail du psychologue en PMI et à l'ASE.

Rappelons que les tests projectifs (les plus utilisés étant le Rorschach et le TAT) ont été développés dans l'approche psychodynamique. Ces méthodes reposent sur l'hypothèse de la projection considérée comme un mécanisme de défense du moi prévenant les risques de conflits psychiques. Leur utilisation exige une grande maîtrise des concepts psychanalytiques du fonctionnement de l'appareil psychique puisque le choix de ces épreuves présuppose que le sujet n'a pas accès aux contenus les plus signifiants de sa conduite et c'est l'interprétation qui permet d'y accéder. Le clinicien devra également être entraîné à la passation et au dépouillement du protocole.

Les méthodes projectives ont en commun de mettre le sujet face à un matériel ambigu et peu formalisé qui a la particularité de ne jamais amener un seul type de réponse stéréotypée. Comme dans la cure psychanalytique, le

sujet est libre dans le contenu et l'élaboration de ses réponses. Ces caractéristiques font des tests projectifs de remarquables outils d'exploration, offrant au praticien finesse clinique et richesse d'exploitation. De tels outils permettent en effet de mettre à jour les mécanismes de défense, le type d'organisation de la personnalité, les contenus latents concernant divers conflits psychiques, la nature des relations d'objet, l'instance dominante...

Le Thematic Apperception Test (TAT) ; Murray (1935), V. Shentoub et al. (École française, à partir de 1954)

La version actuelle du TAT se compose de vingt planches dont les gravures sont constituées de dessins originaux, de photographies, ou de reproductions de tableaux et représentant différentes situations plus ou moins ambiguës dont Murray disait qu'il s'agit de « situations humaines classiques » alors que l'école française y verrait plutôt des « conflits universels ». Cette école postule que chaque planche confronte le sujet à un contenu manifeste (figuré par les éléments majeurs en présence) et à des sollicitations latentes (susceptibles de réactiver tel ou tel niveau de problématique). La consigne « Imaginez une histoire à partir de la planche » serait chargée de la même contradiction interne puisque l'individu doit à la fois tenir compte du contenu manifeste de l'image, élaborer une histoire logique (représentant du réel) et se laisser aller à imaginer, abaissant son seuil de contrôle (ce qui signifie régression, accès aux fantasmes et processus primaires). Évoquant les étapes de la démarche, V. Shentoub précise que « la passation du TAT doit être envisagée comme une situation où d'emblée une relation s'établit en trois termes : le sujet, le test et le clinicien ». ¹ Les cliniciens de l'école française ont tenté d'élaborer une méthode objective d'analyse du matériel recueilli. Cette méthode repose sur l'étude des procédés du discours mis en œuvre dans l'élaboration des récits et de leur articulation avec les problématiques qu'il s'efforce de traiter. La procédure comporte une feuille de dépouillement qui aide le clinicien à décrypter et à regrouper les différents procédés d'élaboration du discours. Ce travail de synthèse permettra de dégager les modalités du fonctionnement psychique réactivées par le TAT et de proposer des hypothèses concernant l'organisation psychologique du sujet.

■ Évaluation des troubles psychopathologiques de l'adulte

Nous avons pu constater dans la vignette clinique n° 7 du présent chapitre l'intérêt de l'évaluation des troubles psychopathologiques que peut présenter le parent dont l'enfant est confié à l'ASE. Ci-après, nous présentons les échelles les plus usitées.

BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale, Échelle abrégée d'évaluation psychiatrique) ; Overall et Gorham (1962)

Cet inventaire de psychopathologie générale s'adresse à une population adulte et est le plus utilisé au monde. Il se pratique en hétéro-évaluation pendant un entretien clinique où l'observateur s'attache aux manifestations comportementales et verbales du sujet. L'échelle comporte dix-huit items sur sept degrés, ce qui en fait un outil rapide à la passation pour un clinicien

1. Shentoub V. et al. (1990). *Manuel d'utilisation du TAT*, Paris, Dunod.

entraîné. Initialement conçu pour les psychoses fonctionnelles, il permet de dégager cinq facteurs différents : aspects délirants et hallucinatoires/hébéphrénique/mélancolique/paranoïaque/psychotique aigu.

Cette échelle permet de mesurer la gravité des atteintes dans les psychoses fonctionnelles et autorise l'évaluation des modifications sous traitement psychopharmacologique. En cas de réévaluation, un intervalle d'une semaine sera nécessaire. Certains items (anxiété, hostilité, émoussement affectif) sont cotés par rapport aux trois jours précédant l'entretien. Il existe une version à quarante-deux items qui couvre plus largement le champ de la psychopathologie (neuf facteurs reflétant mieux le champ de la névrose) mais sa sensibilité au changement doit être vérifiée.

PANSS (Positive and Negative Syndrom Scale, Échelle de syndrome positif et négatif) ; Andreasen (1987)

Diverses études psychopathologiques ont souligné, pour les psychoses schizophréniques, l'importance de distinguer les symptômes positifs des symptômes négatifs, dans une perspective clinique, thérapeutique et évolutive. La PANSS constitue un outil adapté pour apprécier la qualité du syndrome délirant dans ses aspects productifs et déficitaires.

Cette échelle, en hétéro-évaluation, comporte trente items (trente à quarante-cinq minutes) et autorise le calcul de scores pour trois dimensions syndromiques : positive, négative et de psychopathologie générale. La cotation se fonde sur des éléments verbaux du discours et sur des manifestations physiques et comportementales recueillies pendant l'entretien. Sont également intégrées des observations rapportées par la famille et/ou l'équipe soignante.

La PANSS est utilisée pour définir un profil psychopathologique, dégager des éléments pronostiques et évaluer l'efficacité de différentes stratégies thérapeutiques, chez des personnes schizophrènes (en phase aiguë ou chronique) ou dans d'autres contextes psychotiques (délires chroniques ou psychoses délirantes aiguës). Des études longitudinales peuvent être envisagées afin d'apprécier la stabilité et l'influence pronostique des dimensions négatives et positives.

MRSS (Morning Rehabilitation Status Scale, « Échelle MRSS ») ; Affleck J.W., Mc Guire R.J. (1984). Traduction française : Pomini V.

Cette échelle, en hétéro-évaluation, a été construite dans le but d'évaluer l'adaptation sociale du sujet psychotique. Elle permet d'apprécier le fonctionnement global du sujet, avant et après un programme de réadaptation, en fonction de quatre dimensions : indépendance/dépendance ; activité/inactivité ; intégration sociale/isolement ; effet des symptômes présents.

Le questionnaire sera rempli, au cours d'un entretien, par un clinicien connaissant bien le sujet et pouvant éventuellement recueillir d'autres données auprès de l'entourage. La MRSS porte sur le comportement réellement observé au cours du dernier mois. L'évaluateur doit d'abord se placer au niveau du degré 3 et se déplacer verticalement sur l'échelle selon que l'état du patient semble être meilleur ou pire que celui décrit par ce degré. Plus le score est haut et plus le comportement du patient est inadapté. L'échelle d'évaluation comprend sept degrés (0 : pas de problème dans cette dimension ; 7 : degré d'extrême incapacité).

Chaque dimension pourra être considérée et le total correspondra à la somme des notes des quatre dimensions, donnant un indice du niveau de fonctionnement du sujet. Plus cette note est élevée et plus le patient aura besoin d'un programme de réadaptation. Les études de validation (validité de critère et validité convergente) pour la version anglaise mettent en évidence l'intérêt de la quantification du niveau de fonctionnement du sujet pour la mise en place d'interventions et de projets thérapeutiques adaptés. Les études de validation pour la version française sont en cours en Suisse.

Les auteurs anglais, à partir de leur expérience, affirment que des patients ayant un score supérieur à 16 ont des difficultés à vivre dans la communauté et qu'au-delà de 20, c'est presque impossible. Sur le plan clinique, il est également intéressant de cerner la dimension dans laquelle le sujet a le plus de difficultés.

■ Évaluation de la relation de couple

Locke Wallace Marital Adjustment Scale (Test de satisfaction conjugale) ; Locke H. et Wallace K. (1959). Traduction française : Wright J. et Sabourin S. (1988)

Ce questionnaire, en auto-évaluation, est utile pour confirmer « objectivement » la perception qu'ont les couples de leur satisfaction ou leur insatisfaction conjugale. Il devra être rempli individuellement par chacun des conjoints. Le questionnaire est constitué d'une échelle de l'adaptation conjugale (de « très malheureux » à « parfaitement heureux ») et de 14 items abordant divers aspects de la vie maritale : gestion du budget ou des conflits, relations avec la belle famille et les amis, relations sexuelles, conventions sociales, loisirs, temps partagés, philosophie de la vie...

La cotation se fait à partir d'un barème de correction de chaque item donné après le questionnaire. Hunt (1978) a proposé une autre cotation qui reste peu utilisée.

Les études sur la version française (Freeston et Plechaty, 1997) ont été établies dans la cotation traditionnelle et déterminent une note seuil de 100 (100 points et plus indiquent une bonne relation de couple). Les qualités psychométriques de l'outil sont assez satisfaisantes. Malgré son ancienneté, ce questionnaire peut encore être utilisé de nos jours.

La fonction intra- et inter-institutionnelle

Dans les deux domaines d'intervention, tant en PMSI qu'à l'ASE, entretenir des relations fonctionnelles avec l'équipe interdisciplinaire et avec le réseau est une priorité évidente pour le psychologue.

► La fonction intra- et inter-institutionnelle du psychologue en PMI

En PMI, le psychologue a *un rôle de liaison* en direction des différents intervenants extérieurs : service de pédiatrie, centre médico-psychologique, maternité, foyer d'accueil... en ce qui concerne la concertation des prises en

charges conjointes. Le psychologue participe à *l'établissement des actions* à mener au sein de l'institution, actions dont l'intérêt est riche et diversifié : actions de prévention, participation à des groupes de réflexion sur le travail en réseau, etc. Faisant partie de la fonction inter-institutionnelle du psychologue, ce dernier point sera concrétisé par son travail d'orientation de la dyade mère-enfant vers d'autres structures en fonction de l'indication (unité mère-enfant, CAMSP, CMP, etc.). Il se doit de connaître ses homologues travaillant dans ces différentes structures et réfléchir avec eux à des modalités efficaces de collaboration.

Sur le plan intra-institutionnel, le psychologue peut induire une réflexion sur les difficultés que les travailleurs médico-sociaux rencontrent dans leur profession. Il favorise, par l'analyse et l'évaluation des différentes situations lors des réunions de synthèse, la concertation entre les différents acteurs et la mise en place de dispositifs de soins qui seront le plus possible en adéquation avec les besoins réels de la famille. Lors des commissions d'agrément, la participation du psychologue comprend l'évaluation des motivations du couple qui souhaite devenir famille d'accueil. Le psychologue peut également intervenir sur demande de l'équipe, pour l'évaluation d'un agrément à titre non permanent.

► La fonction intra- et inter-institutionnelle du psychologue à l'ASE

Fua (1997) souligne ce point avec force :

Les liens inter-institutionnels (travailleurs sociaux de secteur, PMI, services de prévention, services d'action éducative, établissements scolaires), une connaissance approfondie du tissu social sont donc nécessaires au bon fonctionnement de l'ASE¹.

À l'ASE, le psychologue participe aux réunions de synthèse propres à la structure et à celles réunissant les intervenants du secteur ayant en charge la famille. Notons que, compte tenu de la grande complexité de la situation, le psychologue à l'ASE est confronté, sur les plans intra- et inter-institutionnels, à de nombreuses contraintes :

- du fait de la multiplicité des intervenants et de la souffrance induite par les différentes situations, la communication au sein de l'institution n'est pas toujours de bonne qualité ;

1. *Ibid.*, p. 146.

- l'évaluation des situations et les choix à faire sont parfois difficiles pour le psychologue, contraint de trouver « les solutions les moins pires » : il y a, par exemple, peu de familles d'accueil, les foyers sont pleins et beaucoup d'enfants à confier ;
- l'effectif en psychologues est souvent insuffisant pour assumer le travail dans les secteurs PMI et ASE ;
- les décisions finales sur les différents dossiers qu'on lui confie appartiennent à des responsables siégeant dans d'autres services, décisions qui ne prennent pas toujours le sens souhaité ;
- les mesures de placement dépendent du juge et les propositions faites par l'ASE après évaluation, ne sont pas toujours suivies pour des raisons qui peuvent rester obscures ;
- les budgets pour les formations et supervisions sont restreints.

Fort de l'identification de ces problèmes, le psychologue tentera de trouver, petit à petit, des solutions créatives tout en se protégeant de la démotivation et de l'épuisement professionnel.

Le temps FIR

En quoi peut consister le temps FIR du psychologue intervenant en PMI ou à l'ASE ?

► **Formation**

En fonction de son projet professionnel, l'étudiant en fin de formation peut d'emblée choisir pour son année de Master 2 Professionnel la spécialisation Enfance et Adolescence¹. Sur le plan de la formation continue, il peut entre autres s'informer sur le site www.perfectionnement.info sur les formations existantes en psychologie.

► **Information**

Compte tenu de la complexité du domaine, le psychologue aura intérêt à se constituer une documentation régulièrement mise à jour sur des thèmes centraux tels que la prévention, le placement, l'adoption. Parmi les revues spécialisées, citons *Sauvegarde de l'enfance*, *Revue internationale de l'enfant*, *Devenir*, *Spirale*, etc.

1. Consulter sur Internet, à partir de *Google*, les annuaires des universités françaises comprenant les Master 2 Professionnel par spécialisation.

Par ailleurs, une bonne connaissance des textes ministériels s'avère indispensable pour connaître le cadre précis des interventions des professionnels ainsi que les droits des usagers. Sur le site ministériel www.legifrance.fr, le psychologue peut s'informer sur les différents textes relatifs.

Toujours dans le souci d'accéder à des informations d'actualité lui permettant d'orienter sa pratique, le psychologue peut se rapprocher des associations qui œuvrent dans son domaine. Sur le plan intraprofessionnel, citons l'Association nationale des psychologues des services de Protection maternelle et infantile et des lieux d'accueil de la petite enfance, l'Association nationale des personnels de l'Aide sociale à l'enfance organisant régulièrement des journées d'études des psychologues ASE et éditant le bulletin d'information *ANPASE*. L'ANAPsy, quant à elle, réunit sous forme d'association nationale les psychologues travaillant dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence.

Enfin, sur le plan interprofessionnel, le psychologue peut également s'intéresser aux activités du Syndicat national professionnel des assistantes et assistants maternels (*cf.* leur site www.assistante-maternelle.org).

► Recherche

Concernant un DU ou un travail de recherche ultérieur, le psychologue peut utilement consulter l'annuaire des formations doctorales et des unités de recherche sur <http://dr.education.fr/8080/annuaire/index.jsp>. afin de choisir une orientation susceptible de prolonger son questionnement et pouvant formaliser son expérience du terrain.

3. Exemples d'intervention sur le terrain

Intervention du psychologue en PMI auprès d'une dyade mère-enfant

De quels repères théoriques le psychologue dispose-t-il pour penser et prévenir les difficultés relationnelles parents-enfant ? La parentalité n'est pas un état mais un mouvement dont il importe de soutenir la dynamique évolutive (Dugnat, 1999). La naissance mobilise des processus psychiques complexes dont l'évolution dépend entre autres de l'histoire intergénérationnelle de la mère. Des éléments parfois destructurants sont réactivés lors de l'accès à la parentalité, bousculant une image narcissique fragile, ravivant un complexe œdipien non résolu... Dans certains cas, des troubles de l'interaction au

sein de la dyade mère-enfant, voire de la triade père-mère-enfant peuvent apparaître. C'est aussi parfois lors d'événements traumatisants tels que le deuil d'un proche ou une séparation, qu'un état dépressif s'installe tant chez la mère que chez l'enfant.

En pratique, les prises en charge pour difficultés relationnelles entre parents et enfant sont demandées de manière spontanée par la famille elle-même ou par les professionnels de santé qui ont repéré des comportements maternels ou familiaux à risque pour l'enfant.

Les demandes spontanées émanent d'une population spécifique, consciente de sa propre souffrance et des conséquences que celle-ci peut avoir pour la santé mentale de l'enfant. Comme nous l'avons souligné plus haut, les demandes auprès de la PMI concernent les troubles relationnels entre la mère et l'enfant jusqu'à l'âge de 6 ans. Les motifs de consultation initiale relèvent souvent des troubles chez l'enfant (pleurs fréquents, refus d'alimentation, énurésie, encoprésie, angoisses nocturnes...) induits par un mal de vivre ou des comportements maternels pathogènes. Mais la mère ou le couple peut aussi consulter pour dépression, grande fatigue. Rappelons que la consultation PMI s'adresse également à la femme enceinte qui nourrit des angoisses envers son petit ou envers son état de grossesse. Généralement, les entretiens ont lieu une fois par semaine ou tous les quinze jours. Les premières séances permettent d'évaluer la problématique de la dyade en explorant le vécu de la mère, les événements qui ont marqué sa vie, son passé, les liens à ses propres parents. Ils permettent également d'observer en temps réel (quand le nouveau-né ou l'enfant est présent) les interactions entre la mère et l'enfant. Des entretiens à visée psychothérapeutique peuvent débiter à la suite de cette évaluation, en fonction de l'implication de la mère ou des parents, le relais à plus long terme étant assuré par le CMP¹.

1. Cf. le chapitre 4 du présent ouvrage rédigé par Raphaël Boussion et Silke Schauder.

VIGNETTE CLINIQUE N° 5

**« Où qu'il est mon père ? » : difficultés relationnelles
entre une mère et son fils**

Madame P. est une jeune femme de 30 ans. Elle se présente à la consultation de PMI, épuisée. Elle est mère de quatre enfants : deux sont issus d'une première rencontre, Olivier et Paul, âgés de 9 et 8 ans ; les deux autres sont nés d'un second concubinage, Nicolas et Élodie, âgés respectivement de 5 et 3 ans. Madame P. élève aujourd'hui seule ses quatre enfants. Le premier concubin rencontre les deux aînés régulièrement, le second ne donne plus de nouvelles du tout depuis deux ans, date à laquelle il a quitté le foyer.

Mme P. consulte pour des troubles du comportement concernant son fils Nicolas qui bégaye et présente une agressivité au quotidien. Il réclame par ailleurs son père. Mme P. ne parvient pas à lui parler, à lui donner des explications quant à l'abandon par son père.

Mme P. est issue d'une fratrie de cinq enfants. Son propre père, boulanger et alcoolique, a quitté le foyer quand elle avait neuf ans. Elle ne connaît pas la raison exacte de son départ si ce n'est une grande fatigue évoquée par sa mère, elle-même très dépressive.

Le scénario de vie de Mme P. ressemble sensiblement à celui de ses propres parents. Son père l'a abandonnée alors qu'elle était enfant, ses concubins la quittent et abandonnent les enfants également. Le second conjoint ne donne plus de nouvelles, comme son propre père.

Lors de l'entretien, le psychologue a pour objectif de :

- situer Mme P. dans sa relation avec ses propres parents, amorcer un travail sur les représentations familiales ;
- repérer les mécanismes identificatoires, évaluer la nature de l'angoisse de Mme P., lui faire prudemment prendre conscience des phénomènes de répétition ;
- favoriser la verbalisation du ressenti de Mme P. afin de susciter un travail d'élaboration sur ce qui se joue au sein de la dyade mère-enfant ;
- d'explorer plus précisément la relation entre Nicolas et sa mère depuis la naissance de ce dernier.

Il sera aussi important :

- d'élaborer une réflexion sur le type de relation que Mme P. peut entretenir avec les hommes ;



– d’obtenir davantage d’éléments sur la mère de Mme P. et sur sa fratrie.

Une rencontre ultérieure, en présence de Nicolas, sera souhaitable pour qu’il puisse exprimer son vécu de la situation.

Concernant les demandes de consultation émanant des professionnels de santé, elles peuvent soit provenir du personnel travaillant en PMI – médecins, puéricultrices, assistantes sociales ; des équipes de maternité, de néonatalogie et de pédiatrie ; des médecins traitants ou des enseignants qui ont constaté des troubles du comportement de l’enfant en classe.

Dans un premier temps, ces demandes ont une visée préventive. Si la mère n’adhère pas aux propositions de soin qui lui sont faites et si la situation de l’enfant s’aggrave, les professionnels procéderont dans un deuxième temps à des signalements, toujours à visée préventive (dans les situations à risque de maltraitance) ou à visée curative (dans les situations où la maltraitance est avérée)¹.

Intervention du psychologue en PMI dans le cadre d’une demande d’agrément

Dans la procédure d’agrément, il est demandé au couple désirant accueillir un enfant de rencontrer plusieurs professionnels dont un psychologue. Le rôle du psychologue est d’évaluer si les motivations du couple sont compatibles avec l’accueil de l’enfant. L’entretien avec le psychologue, d’une heure à une heure et demie, est obligatoire. Il a pour objectifs :

- d’apprécier les motivations conscientes et inconscientes du couple dans le projet de demande d’agrément ;
- d’évaluer le degré de compatibilité entre le vécu familial antérieur et actuel avec l’accueil d’un enfant en difficulté ;
- de cerner la personnalité des deux partenaires ;
- d’évaluer la capacité du couple à élaborer des affects et à les mettre à distance dans sa fonction de famille d’accueil ;
- d’identifier les limites du couple qui pourraient faire échouer ce projet ;

1. Rappelons que les signalements pour maltraitance avérée entrent dans le cadre juridique civil (art. 375 du *Code civil*) et pénal (art. 222-14 du *Code pénal*). Cf. le chapitre 5 du présent ouvrage rédigé par Jean-Luc Viaux.

- d'évaluer leur capacité d'analyse et d'élaboration face à des situations difficiles qu'ils seront amenés à rencontrer avec l'enfant confié, au sein de leur foyer, avec la famille d'origine.

Dans cet entretien, différentes questions¹ seront abordées dont :

- la composition de la famille et l'ambiance familiale ;
- comment est né ce projet et comment il a été présenté aux enfants du couple ?
- comment les parents d'accueil envisagent l'accueil d'un enfant confié (âge de l'enfant, intégration au sein du foyer, etc.) et quelles sont leurs attentes ?
- comment réagiraient-ils devant certaines situations difficiles (le psychologue donne des exemples) ?
- ont-ils déjà été confrontés à des difficultés dans le passé ? comment y ont-ils fait face ?
- comment gèrent-ils les difficultés avec leurs propres enfants ?
- comment chacun des deux partenaires se perçoit-il ?
- quelles sont les valeurs éducatives qu'ils partagent ?
- quelles sont leurs représentations de l'enfant confié ?
- quels regards portent-ils sur la famille d'origine de l'enfant confié ?
- comment envisagent-ils leur rôle de famille d'accueil (implication de chacun dans le projet) ?
- comment perçoivent-ils leur propre vécu d'enfant ?
- comment perçoivent-ils la formation obligatoire des assistantes maternelles ?
- quelles sont leurs attentes vis-à-vis de l'équipe ASE ?
- comment conçoivent-ils le rôle des référentes ASE vis-à-vis de la famille d'accueil ?

1. Bien entendu, ces questions constituent seulement la trame d'investigation du psychologue, qu'il adaptera en fonction de la dynamique de l'entretien. Son objectif est éminemment délicat, compte tenu du fait que les candidats à l'agrément le perçoivent souvent comme un entretien-sanction, et fournissent des réponses convenues, de crainte de ne pas obtenir l'agrément.

VIGNETTE CLINIQUE N° 6

« Une patate de plus à éplucher ! » : entretien avec un couple dans le cadre d'une procédure d'agrément

Monsieur et Madame N. entrent dans le bureau du psychologue de la PMI, un peu intimidés. Ils ont entre 40 et 45 ans. Madame, les cheveux bruns, raides et mal coiffés, a un air assez sévère mais qui peut se détendre facilement. Elle s'installe devant le bureau en retrait par rapport à son mari. Lui, c'est un homme costaud, le visage rubicond, l'œil brillant (parce qu'il est grippé et non parce qu'il a bu comme le psychologue pouvait le penser au début de l'entretien) ; il est extrêmement nerveux. Il s'installe en s'accoudant sur le bureau, il tient entre ses deux mains des clés qu'il manipulera et fera cliqueter durant les trois premiers quarts d'heure de l'entretien. Le psychologue s'est reculé instinctivement devant l'espace que prenait Monsieur N.

Le couple a 4 enfants, trois grands, et un petit dernier, Cyril, arrivé par surprise à l'aube de leurs 40 ans. Il avait ce projet de demande d'agrément avant la naissance du dernier. Monsieur souligne : « Avant la naissance du dernier, ma femme n'avait pas de travail, rester entre quatre murs, c'était pas une vie ». L'arrivée du quatrième a modifié leur programme, mais maintenant que le petit est âgé de quatre ans, le couple se sent prêt à accueillir un enfant confié par l'ASE.

Le couple désire un enfant plus petit que Cyril, Monsieur ne « veut pas le rétrograder et faire l'inverse de ce qu'on veut, et puis, si on veut qu'il apprenne à partager, c'est maintenant. Il va partager sa vie quotidienne et comme ça, on n'en fera pas un gosse de vieux ». Cyril, d'ailleurs, préfère aussi un bébé. L'ambiance familiale semble saine.

Mme N. a déjà un agrément non permanent depuis 4 ans, elle garde deux enfants à temps complet et un enfant en périscolaire. Le couple est jugeant vis-à-vis des parents des enfants qu'on lui a confiés ; il évoque les problèmes rencontrés sur un ton « moi, je sais comment il faut faire » : l'oubli de certaines choses dans la précipitation, la température de la maison inadéquate, le choix des vêtements, l'alimentation. Toutefois, il n'oublie pas « de laisser aux parents la joie des découvertes ». Mme N. dira en fin d'entretien que « la mère qui quitte son enfant pour aller travailler, c'est tout juste s'il faut pas sortir son mouchoir pour la

plaindre. Elle a le choix, c'est pas du tout pareil avec l'enfant qu'on enlève parce qu'il y a des problèmes. J'ai fait mon choix, moi, j'ai arrêté de travailler ». Elle dit avec une certaine amertume qu'elle n'a pas de diplôme et qu'elle ne sait que s'occuper d'enfants. Elle préfère cependant la garde permanente à la garde non permanente « parce qu'il y a moins de contraintes, on sort quand on veut faire les courses ». Elle pense que « la prise en charge est plus stable, que l'enfant nécessite un peu plus d'amour ». Monsieur renchérit : « Un enfant qu'on balade d'un foyer à un autre, ça laisse des traces, donc dans la mesure où il sera là, ce sera plus stable pour lui. » Le couple pense qu'après une période d'adaptation, ça ira. En plus par rapport à l'agrément non permanent, « le gamin qui vit temps plein avec nous, voit moins ses parents et quelque fois ne les voit peut-être pas du tout ».

À la question du psychologue « Comment réagiriez-vous si l'enfant vous parlait des différences entre votre mode de vie et celui de ses parents ? », Mme N. se montre très rigide : « Je lui dirais, chez tes parents, tu faisais comme ça ; chez nous tu fais comme ça, l'habitude chez nous c'est comme ça. » Les règles sont d'ailleurs ainsi posées pour les autres : « Je ne suis pas là que pour faire à manger. Aujourd'hui, au grand je lui ai dit : ben, si je suis pas là, tu te débrouilles. » Monsieur est moins incisif : « Il suffit de lui expliquer le fonctionnement de la famille ».

D'une manière aussi catégorique, à une demande de positionnement du couple en regard de critiques par la famille d'origine, Mme N. s'énerve : « Déjà pourquoi l'enfant aurait été retiré aux parents ? À cause des violences ! Je dirais : "Vous êtes un peu mal placé pour en parler." » Monsieur semble plus tempéré : « Il y a une période de transition entre la famille d'accueil et la famille d'origine. » Il ne pense cependant pas pouvoir modifier le fonctionnement familial : « Les règles existent depuis trente ans, si on change, ce sera du momentané. » L'arrivée d'un enfant « ne changera pas grand-chose, il y aurait un de plus à table, une patate en plus à éplucher. Enfin, ça changera pas notre vie, mais plutôt celle de Cyril ». Le couple semble ne pas avoir conscience que l'arrivée d'un enfant peut nécessiter un réaménagement de la dynamique familiale.

Monsieur décrit Madame comme une bonne gestionnaire, une bonne cuisinière, pas une « folle du ménage ». Il perçoit l'arrivée de leur quatrième enfant comme un remariage. Madame décrit Monsieur comme quelqu'un « qui aime bien qu'on fasse comme il pense, d'assez tolérant avec les autres, plus qu'avec ses proches ».



Elle ajoute avec humour qu'il ronfle la nuit. Le couple semble très complice. Ils partagent des valeurs éducatives comme la vie de famille, le respect de l'autre et la politesse. Auparavant, Monsieur et Madame N. ont gardé un enfant du Secours catholique pendant un mois. Il a pu découvrir qu'il existait des enfants différents des leurs parce que l'enfant confié avait tendance à chaparder, à « se planquer ». Comme il le gardait seulement un mois, le couple a pensé inutile de modifier ses habitudes de vie.

Concernant la durée du séjour de l'enfant confié, Mme N. pense que c'est « plus facile de donner de soi si c'est quelqu'un qu'on a longtemps que si on nous le retire au bout de quinze jours. L'attachement n'est pas le même si on l'a trois mois ou une dizaine d'années ». Monsieur ajoute que « si ce qui l'a séparé de ses parents est arrangé, ça peut être une deuxième coupure. S'il n'a pas perdu contact avec ses parents, c'est bien ».

Madame ne peut s'empêcher de donner l'exemple de sa belle-sœur qui garde un enfant depuis très longtemps et de ses craintes qu'on le lui retire pour le rendre à sa mère. Le couple est conscient que l'enfant ne leur appartient pas et que son départ fera un vide, « que c'est une perte ». Cependant il montre dans son discours leur souhait d'un enfant confié sur une longue durée.

Quant à ce qu'ils attendent l'un de l'autre dans leur futur rôle, Madame souhaite que Monsieur ne change rien, « qu'il se comporte pareil, comme avec les nôtres. J'attends un soutien moral de lui ». Monsieur fait un formidable lapsus en débutant sa phrase : « Je pense que l'adoption... euh... non... le gardiennage... euh... non... la garde permanente se fait à deux. On est là pour régler les problèmes ensemble. » Ne faut-il pas voir dans ce lapsus une difficulté pour le couple à clarifier leur motivation dans ce projet ?

Madame a vécu une enfance douloureuse. Elle a cinq frères et sœurs dont un frère handicapé qui a été rapidement placé alors qu'il n'était que légèrement atteint. D'après Madame, ses parents ont aggravé son cas en le plaçant. Ses parents sont très rigides et son père, alcoolique et violent. Ils ont refusé son mariage et n'y ont d'ailleurs pas participé. Madame est encore très imprégnée de la souffrance endurée à cette époque. Les liens aujourd'hui sont toujours très tendus.





Monsieur est le troisième d'une famille de onze enfants. Il éprouve un profond respect pour sa famille et en particulier son père, qui lui a transmis beaucoup de choses : « je ne changerais rien ».

À la question sur une éventuelle mésentente entre l'enfant confié et Cyril, le couple n'y a pas réfléchi. Madame dit alors que si c'est pour un problème de jouet, elle enlèvera le jouet. Elle ajoute qu'elle a bien changé parce que, il y a quelques années : « Je cassais le jouet carrément, vous auriez vu la tête des gamins ! Après, ça a été fini, ils n'en voulaient plus du jouet. »

Le couple doute du bien-fondé d'une éventuelle formation. Pour lui, le rôle des référentes par rapport à la famille d'accueil n'est pas clair, mais il comprend pourquoi une telle procédure est mise en place. Monsieur le vit comme un examen. Le psychologue réajuste en resituant cette procédure, non dans une question d'aptitude ou d'inaptitude, mais plutôt dans un souci de compatibilité avec l'accueil d'un enfant.

Le psychologue raccompagne le couple à la sortie, ce dernier semble assez satisfait de cette rencontre.

En analysant le contenu de l'entretien, il semble effectivement difficile que ce couple puisse accueillir un enfant confié par l'ASE au sein de leur foyer et ce, pour les raisons suivantes :

- les motivations du couple ne sont pas adaptées à ce projet d'accueil ;
- il n'y a aucune prise de conscience des difficultés qu'ils vont rencontrer ;
- malgré une complicité dans le couple, il apparaît une extrême rigidité dans le comportement de Madame N. envers les enfants ;
- le couple est assez jugeant envers les parents des enfants dont ils ont la garde ;
- l'histoire familiale de Madame et celle de Monsieur sont encore très prégnantes ;
- une formation ne leur semble pas nécessaire.

En commission d'agrément, un avis défavorable a été émis par l'ensemble des travailleurs médico-sociaux ainsi que par le psychologue.

Intervention du psychologue à l'ASE dans le cadre de visites médiatisées

Afin d'illustrer la complexité du travail du psychologue à l'ASE, nous avons choisi de présenter une situation qui nous semble représentative de l'intrication des plans clinique et institutionnelle. Il s'agit d'une analyse de la pratique d'un psychologue à l'ASE (Galley-Raulin, 2001).

VIGNETTE CLINIQUE N° 7

« Vers des amours possibles » : visites médiatisées entre une mère malade mentale et son fils

Le psychologue de l'ASE a été mandaté par le JAF (juge des affaires familiales) pour encadrer, à raison de deux fois par mois, des visites médiatisées entre une mère malade mentale et son fils. Auparavant, les droits de visite étaient médiatisés par la référente ASE. Mais les relations étant trop conflictuelles entre la mère et l'enfant, la référente ne parvenait plus à offrir un contenant à la dyade et se trouvait à son tour en conflit avec la mère.

Sur le plan de l'anamnèse et de l'histoire des troubles, voici les éléments qui ont pu être reconstruits : Mme M., la mère d'origine, est née en 1971. Elle est issue d'une famille nombreuse, elle a six frères et sœurs. Le contexte familial est très pauvre et conflictuel. Le père est alcoolique et violent, la mère est malade mentale, la fratrie est constituée de six frères et sœurs dont deux bénéficient de l'AAH (Allocation d'Adulte handicapé), un frère a déjà été hospitalisé en hôpital psychiatrique.

Mme M. est une jeune femme brune, légèrement ronde, aux cheveux courts. Son expression de visage est agréable quand elle n'est pas déformée par les effets des neuroleptiques qu'elle prend irrégulièrement. Mme M. est diagnostiquée schizophrène.

Elle accouche d'Alain, son unique enfant, en 1990, et vit au domicile familial jusqu'en 1994. Personne ne sait qui est le père biologique d'Alain. Le frère de Mme M., prénommé Noël, est soupçonné d'inceste et serait selon l'équipe ASE, le père d'Alain. Aucune preuve n'est établie à ce sujet. En 1994, Mme M. est accueillie dans un centre d'hébergement spécialisé avec son enfant puis exclue pour agressivité, elle est admise alors dans un foyer.

En ce qui concerne l'histoire des troubles de Mme M., le psychologue possède peu d'indices avant 1994. Il y a eu une hospitalisation en hôpital psychiatrique mais il n'y a pas de compte rendu se rapportant à ce séjour.

En 1994, le psychologue du centre de bilan diagnostique décèle chez Mme M. des troubles du langage avec pauvreté des propos ; des troubles du comportement liés à la sphère relationnelle ; un contact difficile ; des troubles de l'efficacité intellectuelle avec inhibition ; des capacités opératoires altérées ; des troubles du jugement (sans précision) ; des troubles du contenu de la pensée avec éléments subdéliants et perte des repères temporo-spatiaux. Il conclut à « un effondrement narcissique, l'amorce d'une déstructuration du moi, une confusion d'identité, le tout dans une configuration dépressive ». Le traitement de Mme M. par neuroleptiques aurait débuté à cette période. En 1995, le séjour au CHRS est marqué par une agressivité importante – qui justifiera l'exclusion de Mme M. du centre – et des troubles de la relation mère-enfant. La relation est qualifiée par l'équipe de fusionnelle. Mme M., quant à elle, dénie toute pathologie.

De 1995 à 1999, l'on peut relever des troubles identiques, de façon cyclique. L'année 1998-1999, les droits de visite sont suspendus du fait du comportement très agressif de Mme M. Notons que depuis 1995, Mme M. consulte épisodiquement un psychiatre privé, et, à son initiative, également un psychologue installé en libéral. Par ailleurs, Mme M. rencontre son nouveau partenaire B. en 1997 et vit à son domicile depuis 1998. Elle ne parvient pas à conserver une activité professionnelle

Son enfant Alain est confié à l'ASE, dans une famille d'accueil, la famille T., en 1995. Les troubles de l'enfant débutent dès son plus jeune âge avec notamment de graves carences affectives. On relève chez Alain à partir de l'âge de 4 ans (point de départ des rapports écrits), une instabilité psychomotrice, une ambivalence affective à l'égard de sa mère (se blottir contre elle/lui cracher dessus), des somatisations, des régressions comportementales. Il présente des troubles du langage (défaut de prononciation) et est suivi par une orthophoniste. En 1995, année où il est confié en famille d'accueil, Alain évolue bien à l'école. Il est également en thérapie dans un CMP. En 1997 et 1998, d'importants progrès sont réalisés dans les registres de la symbolisation et de la structuration de la



pensée. Son niveau scolaire se maintient, par contre un comportement agressif persiste. La psychothérapie d'Alain est arrêtée en 1999 car le psychologue du CMP s'absente sur une longue durée.

C'est donc dans ce contexte, après un an sans aucune rencontre entre la mère et l'enfant que le juge ordonne des visites médiatisées par le psychologue de l'ASE. Le psychologue s'est fixé principalement deux objectifs :

- permettre la relation mère-enfant : contenir l'agressivité, faciliter les échanges entre la mère et l'enfant ;
- travailler avec la dyade dans l'ici et maintenant mais également avec les éléments du passé afin de favoriser l'élaboration de leur histoire.

Ces visites médiatisées, au nombre de douze, auront lieu de septembre 1999 à juin 2000. Des événements dramatiques vont émailler l'année. Le fils de la famille d'accueil décède d'un accident du travail en juillet 1999 dans des circonstances horribles. Très éprouvée, la famille d'accueil ne s'en remet pas, le père d'accueil se suicide quelques mois plus tard. Alain est alors confié à une famille d'accueil en urgence d'octobre 1999 à janvier 2000. Il réintègre à cette période la famille T. sur demande expresse de la mère d'accueil. Par ailleurs la mère d'Alain, par deux fois dans l'année, va tenter de mettre fin à ses jours. Malgré les épreuves traversées par la dyade, les visites médiatisées par le psychologue vont permettre une certaine amélioration de la relation entre la mère et l'enfant. Chez Alain, on note l'accès à une certaine sécurité affective, à des moments de sérénité mais aussi à la mise en récit de son histoire. Pour Mme M., l'on note une meilleure capacité à associer, l'accès à des comportements maternels ajustés et surtout une reprise de l'élan vital.

Cette vignette clinique met en évidence la complexité du cadre d'intervention du psychologue : il y a en effet intrication des plans judiciaire (intervention sur demande du juge), psychiatrique (les troubles mentaux de Mme M.) et psychologique (restauration du lien mère-enfant). La prise en charge simultanée de la mère et de l'enfant, la superposition des missions PMI et ASE ainsi que celle de fonctions de référente et de psychologue clinicien potentialisent les risques de dérapage. Détaillons pour plus de clarté ces différents plans.

► **Sur le plan judiciaire**

Le psychologue intervient sur demande conforme à la décision de la cour d'appel. Mme M. et Alain le savent : le psychologue représente ainsi pour la dyade une référence à la loi bien que dès le début de la prise en charge, le psychologue s'est positionné non comme décideur, mais susceptible d'apporter une aide et un éclairage sur la relation mère-enfant. Ce message peut ne pas être aussi clair qu'il y paraît pour la dyade. D'une part, bien que le psychologue ne fasse pas partie intégrante du système judiciaire, il travaille indirectement pour. D'autre part quelques-unes de ses interventions, de type normatif et directement inhérentes au cadre de travail ambigu, ont pu influencer les représentations de Mme M. et de son fils dans ce sens.

► **Sur le plan psychiatrique**

Mme M. souffre des troubles psychiatriques importants. Cette donnée confère à la situation une difficulté centrale. En effet, les absences, les vides, l'épuisement rapide, la difficulté d'élocution de Mme M. occasionnée par la prise de neuroleptiques ne facilitent pas la qualité de la relation entre elle et son fils et induisent parfois de l'agressivité chez Alain du fait de l'incompréhension de la situation.

Dans la prise en charge, le psychologue ne peut faire abstraction de la maladie de Mme M. Cet état de fait entraîne parfois des biais dans l'enchaînement des dialogues comme dans l'anticipation du psychologue sur les intentions de Mme M. à l'égard de son fils.

La maladie modifie par ailleurs les représentations qu'Alain se fait de sa mère. Il ne veut pas d'une mère folle, il dit d'ailleurs qu'il ne veut pas que sa mère aille chez le psychiatre.

Il semble également que la maladie psychiatrique de Mme M. induise certaines positions normatives du psychologue par crainte de débordement.

► **Sur le plan psychologique**

La dimension psychologique des visites médiatisées doit s'insérer dans ce contexte délicat, à l'intersection du judiciaire et du psychiatrique. Deux objectifs de travail ont été dégagés dans ce suivi : la volonté de contenir les débordements de la dyade et la mise en place progressive d'un travail thérapeutique. Or, l'analyse détaillée de la pratique du psychologue fait apparaître plusieurs difficultés qui entravent la réalisation de ces objectifs :

- *la prise en charge simultanée de la mère et de l'enfant* oblige le psychologue à aller vers l'un puis vers l'autre en essayant de créer un lien entre les deux. Cette démarche inévitable dans le cadre choisi, est inductrice de « dérapages » et peut ne pas satisfaire la mère et l'enfant, qui se sentent frustrés, individuellement, de ne pas être écouté suffisamment ;
- *la superposition des missions PMI et ASE et celle des fonctions de la référente ASE et du psychologue* : l'analyse du cadre de travail fait apparaître que le psychologue réalise un soutien PMI dans une situation ASE, qu'il effectue un travail thérapeutique lors des visites médiatisées, tout en assurant aussi la transmission des informations institutionnelles à l'encontre de la dyade. Classiquement, les droits de visite sont des rencontres « libres » entre parents et enfant. Il semble extrêmement difficile dans ce contexte de ne pas, à certains moments, affronter la culpabilité et s'égarer des objectifs visés. En effet quand la dyade joue, est-ce légitime d'aller sonder la psyché de l'un ou de l'autre pour travailler sur le vécu du placement et l'histoire familiale ? Est-ce légitime d'informer la mère à ce moment-là de certains éléments du dossier ? Le fait que le psychologue soit dans un même temps vécu comme le référent et le clinicien est source de confusion pour la dyade mais aussi pour le psychologue qui risque d'être piégé par l'ambiguïté de la situation ;
- *la tenue du dossier d'Alain* : il existe un dossier administratif concernant Alain où sont classés les rapports de synthèse et les décisions du juge. Dans les rapports, les événements sont repris sans clarté d'une synthèse sur l'autre. Le lecteur ne sait pas qui a donné l'information ; par exemple, il est dit qu'Alain présente une amélioration dans son comportement mais on ne sait pas qui a trouvé Alain mieux et selon quels critères cette amélioration a été définie. Les rapports de synthèse ne sont pas non plus validés par les intéressés. Les suivis se succèdent sans établissement de rapport personnalisé et spécifique des intervenants. Par exemple, Alain a bénéficié d'un suivi orthophonique en 1995. Or aucun rapport de l'orthophoniste n'est établi. Pendant deux ans, Alain a suivi une psychothérapie dans un CMP et aucun rapport n'est établi non plus. Mme M. est dite schizophrène et aucun rapport émanant d'un psychiatre ne le confirme. On note une absence d'évaluation rigoureuse des situations et une absence de prise en compte de la chronologie et de l'historicité des faits. Par ailleurs, chaque participant aux synthèses possède son propre dossier, sans qu'il y ait une mise en commun, à des moments précis, des informations avec les autres intervenants (réalisation d'une fiche de synthèse, bilan de suivi, etc.) ;

- *l'absence de continuité des prises en charge* : elle se concrétise notamment dans l'absence de données écrites et de transmissions entre les différentes institutions qui ont pris en charge la dyade. Suite à ses tentatives de suicide, Mme M. a été hospitalisée en HP et le psychologue n'a aucune transmission à ce sujet. Il en est de même pour Alain qui a été suivi un temps au CMP. Mme M. rencontre un psychiatre libéral et plus récemment un psychologue privé. Or aucun lien ne se met en place avec ces derniers. Après avoir été sollicités, les intervenants de chaque partie mettent en avant le respect du secret professionnel. Dans les faits, on assiste à un morcellement de la prise en charge qui ne fait que rééditer, symboliquement et très concrètement, l'histoire morcelée des sujets et nourrir leurs angoisses d'éclatement ;
- *la qualité de la prise en charge d'Alain avant 1994* : les services de PMI ont suivi Alain et sa mère pendant quatre années avant qu'il n'y ait eu mise en place d'un dispositif de soins. Le dossier d'Alain sur cette période est vide, si ce n'est quelques enquêtes sociales peu systématisées. Au vu et su des antécédents de Mme M. et du contexte socio-économico-psychologique de la famille, on ne peut que s'étonner que la PMI n'ait pas lancé un projet de « sauvetage » plus tôt. À cela, le service répond que l'on ne peut obliger les personnes à suivre ce qu'il préconise. Dans ce cas précis, le service semble comme « fasciné », débordé par sa propre souffrance devant la détresse de la dyade qui le contraint de préconiser soit des solutions extrémistes, soit pas de solutions du tout. Delagrangé (1999) résume ce genre de situation ainsi : « Notre désir de réparation nous pousse à croire que l'intervention d'une puéricultrice dans le premier âge, d'une travailleuse familiale chez une mère débordée... vont permettre de remédier aux troubles constatés. Autrement dit, nous espérons nous en tirer à bon compte... Toutes ces interventions ont montré leur utilité ailleurs. Mais l'expérience nous montre que ces mères (psychotiques) mettent en échec de façon successive, et répétée ces diverses interventions¹. » L'auteur exprime l'épuisement des travailleurs sociaux, leur investissement dans les rendez-vous manqués, la confusion des rôles, mais aussi l'inévitable apparition dans ce contexte de carences affectives et éducatives, de pathologies narcissiques chez l'enfant. Il confirme la difficulté de prise de décision par l'équipe laquelle « tient à deux facteurs : la tendance à méconnaître la position de l'enfant parce qu'on ne l'entend pas

1. G. Delagrangé (1999). « La protection des mères psychotiques », *Sauvegarde de l'enfance*, 1, p. 121.

dans l'affaire, la résistance que nous opposons à l'idée qu'une mère puisse être inadéquate, voire même nocive¹ ». Selon ce psychiatre, une meilleure compréhension des enjeux de la situation et des positions de chacun permettrait de réduire les conflits ;

- *la qualité de la prise en charge d'Alain après 1994* : après étude approfondie du dossier, nous possédons quelques objectifs pour le séjour de Mme M. au CHRS. Par contre, nous n'avons aucun élément sur les moyens et la méthodologie adoptés pour atteindre lesdits objectifs. L'état de Mme M. se dégrade, elle est exclue du CHRS après trois signalements au juge par rapport à sa dangerosité (agressivité avec passages à l'acte) à l'égard d'Alain et des autres patientes accueillies. On ne sait rien de ce qui a été mis en place pour maîtriser la situation, aucun rapport n'en restitue l'évolution. Au premier abord, le lecteur du dossier ne s'étonne pas de ce vide élaboratif. Comme l'équipe du CHRS, il est sidéré par la dégradation de l'état de Mme M. (amenant une exclusion définitive du CHRS) et « fantasme » sur cet état et les conséquences sur l'enfant ;
- *l'arrivée d'Alain en famille d'accueil* : contrairement aux pratiques préconisées, personne n'a été préparée : l'enfant est arraché à la mère ; la mère est arrachée à l'enfant ; l'enfant entre en famille d'accueil alors que cette dernière s'apprêtait à partir en vacances le lendemain. Compte tenu de l'urgence, la famille d'accueil n'a pas été choisie en fonction de la problématique de l'enfant : « C'était la famille disponible à ce moment-là. » Certes, les familles d'accueil sont peu nombreuses et il n'y a guère de choix possible. Mais une meilleure évaluation de la situation de la dyade aurait fait percevoir les signes avant-coureurs de la crise de Mme M. nécessitant, bien en amont, le placement d'Alain ;
- *la gestion des épreuves en famille d'accueil par l'équipe ASE* : le fils aîné de la famille d'accueil décède dans des conditions dramatiques. Le psychologue du CMP rencontre Alain au décours de cette épreuve. Aucun rapport n'est établi dans le dossier d'Alain quant à la nature de ce suivi. Selon les informations dont le psychologue de l'ASE dispose, Alain a traversé avec Flavien, le dernier fils de la famille d'accueil âgé de 10 ans, le deuil « relativement bien ». Les enfants ne participeront pas à la cérémonie religieuse car la famille d'accueil ne le souhaite pas. La famille souffre, le père ne se remet pas de la mort de son fils, la mère refuse d'en parler : l'ambiance familiale est lourde à supporter pour les enfants de la famille T. et Alain. Le psychologue de l'ASE rencontre la famille et évalue

1. *Ibid.*, p. 65.

la détresse familiale, la culpabilité du père, les défenses mises en place par la mère. Cette détresse est telle que le père en dépression se suicide peu après. L'équipe ASE se déplace dans l'heure qui suit le drame. Le psychologue rencontre Alain au domicile puis le lendemain, à l'ASE, met des mots sur le décès. Alain ne veut pas en parler. Il est accueilli dans une nouvelle famille à la demande spontanée de la mère d'accueil qui ne peut plus assumer sa présence. Il n'assistera pas aux obsèques du père d'accueil, Flavien non plus.

Rappelons qu'à cette époque, Alain ne bénéficie plus de la psychothérapie pratiquée par le psychologue du CMP. La thérapie a été arrêtée parce que le psychologue partait en congé longue durée sans mettre en place un relais pour Alain. La position du psychologue de l'ASE est délicate puisque, lors de cette période, il encadre les visites médiatisées : il ne peut pas assurer un travail sur les deux versants. La nouvelle famille d'accueil se compose de la mère d'accueil veuve et de ses enfants déjà grands. Alain est réintégré dans sa première famille d'accueil après Noël à la demande de Mme T. (la mère d'accueil) et avec l'accord de l'équipe ASE. Lors de l'entretien avec Mme T., qui fait suite à la réintégration d'Alain à son domicile, les difficultés sont niées : Alain devient la bouée de sauvetage de Mme T., l'enfant qui va « l'aider à l'empêcher de sombrer ». Autour de ces deux décès dramatiques, plusieurs réflexions sont à faire : qu'est-ce que signifient pour Alain ces deux décès ? Comment ont-ils été élaborés, s'ils l'ont été ? L'enfant ne verbalise rien. Il ne parle pas non plus de sa tristesse, de son désarroi. Comment vit-il le changement de famille d'accueil ? Que signifie pour lui cette « mise à l'écart » ? Que signifie la chute de toutes ces figures masculines, lui qui recherche désespérément un père ? La thérapie d'Alain au CMP est arrêtée. Contrairement au *Code de déontologie des psychologues* (1996, art. 16), il n'y a pas eu de relais prévu, alors que l'absence de la psychologue allait être longue. Or l'organisation d'un relais aurait permis à Alain de poursuivre son travail d'élaboration psychique et dans cette situation dramatique, de bénéficier d'un contenant pour affronter les deux deuils, la dépression familiale et le changement de famille d'accueil. Cependant, cette démarche aurait signifié l'intégration d'une nouvelle personne dans le dispositif de soin. L'équipe ASE ne se mobilise pas pour qu'Alain ait le choix de participer ou non aux obsèques du fils, puis du père ; la nouvelle famille d'accueil ne compte plus de père, il est également décédé ; l'enfant réintègre la première famille d'accueil à la demande de la mère d'accueil après une évaluation peu rigoureuse de la situation. Il faut néanmoins savoir que la

seconde famille d'accueil n'a pu recevoir très longtemps Alain, l'équipe ASE s'est donc trouvée acculée. Le choix de confier temporairement Alain à un foyer n'a pas été évoqué : c'est difficile « d'enlever » l'enfant à la famille d'accueil alors que celle-ci a aidé Alain à évoluer depuis 4 ans. Par ailleurs, qu'aurait signifié pour Alain d'être confié à un foyer d'accueil ?

- *la gestion des difficultés de l'assistante maternelle* : dans l'entretien, trois mois et demi après le décès de son mari, le psychologue relève quelques éléments mettant en évidence la souffrance de l'assistante maternelle. Mme T., à travers son discours, tente de montrer combien elle est une mère indispensable. Pour ce faire, elle « démonte » une à une toutes les figures féminines qui se sont approchées d'Alain (seconde mère d'accueil, Mme M., l'institutrice, la psychologue du CMP) et refuse d'entendre toute amélioration relationnelle entre Alain et sa mère. D'autre part, elle évoque la confiance et l'amour exclusif que lui porte Alain. Or, une analyse diachronique approfondie montre que les attitudes « déviantes » de Mme T. dans la prise en charge d'Alain étaient prévisibles – lors de l'entretien d'agrément en 1995, il était déjà fait état de la personnalité forte de Mme T. par rapport à celle de son conjoint, de la superficialité des motivations d'accueil, des jugements de valeur sur autrui. À l'époque, le psychologue, ayant mis à jour sa fragilité, faisait part de la nécessité d'un accompagnement « serré », qui finalement n'a jamais été réalisé. En effet, Mme T. se rendait difficilement aux rendez-vous pris avec le psychologue et quand elle venait, ne voulait rien livrer de son ressenti et de ses difficultés, bien avant les deuils traversés ;
- *la justice comme intervenant principal* : dans les entretiens, Mme M. fait souvent référence à la justice ; cette dernière semble avoir plus de poids que les équipes ASE et PMI. Pour ces deux équipes également, la justice est le tiers stabilisateur ; le moyen privilégié pour entrer en relation avec Mme M.¹ ;
- *le délai très long de décision du juge pour l'encadrement des droits de visite par un psychologue (février 1999-septembre 1999)* : l'équipe ASE ne s'explique pas le temps important passé avant que le juge ne se décide à ordonner les visites médiatisées, si ce n'est les lourdeurs administratives. Ce délai a pu être salvateur afin de permettre une élaboration, il eut été

1. Delagrangé (1999) présente l'intervention du judiciaire comme vitale pour que la mère, qui s'est soustraite à toutes les admonestations antérieures, les injonctions et propositions, accepte « l'idée qu'elle n'est pas tout pour lui (l'enfant) comme il ne doit pas être tout pour elle, l'épreuve de séparation est inéluctable ».

- cependant préférable de l'explicitier précisément à Mme M. et à Alain. D'après l'équipe ASE, ce serait le fait que Mme M. ait fait appel pour obtenir la garde de l'enfant qui a réactivé les démarches juridiques ;
- *l'absence de projet thérapeutique après les premiers six mois d'encadrement des droits de visite par le psychologue* : pendant les premiers six mois de la prise en charge, le psychologue a rédigé deux rapports remis au juge, à la mi-février et à la mi-juin 1999. Fin juin, les droits de visite se terminent, il va falloir attendre juillet pour que le juge décide de l'avenir en fonction de l'éclairage apporté par la psychologue. Alain et sa mère vivent très mal cet inconnu. L'équipe éprouve également un malaise car elle prend conscience de leur impuissance face aux procédures juridiques. Les visites médiatisées ont favorisé l'évolution de la relation mère-enfant. Mais de nouveau, il n'y a pas anticipation ni continuité possible puisque les droits de visite ne pourront reprendre qu'après l'avis favorable du juge.

Nous percevons à travers notre analyse synchronique et diachronique d'une situation professionnelle complexe :

- le malaise de l'équipe ASE devant la famille d'accueil qui est *in fine* considérée comme la famille d'origine. En caricaturant la situation, nous sommes dans une réactualisation du contexte d'avant 1994, en miroir, face à une famille d'accueil qui présente des conduites pathogènes comme a pu en présenter Mme M. (dénî de sa pathologie par Mme M. à une époque/dénî de sa souffrance par Mme T. ; lutte de Mme M. pour garder Alain en rejetant la faute sur la référente ASE/lutte de Mme T. pour garder Alain en se positionnant comme super-mère et en dénigrant les autres figures féminines), etc. ;
- la forte réactivation de la problématique de la mère d'accueil. Cette problématique ne bénéficie que d'une évaluation succincte lors de l'entretien d'agrément. En effet, la procédure de sélection ne permet pas d'évaluation rigoureuse des capacités à accueillir un enfant puisqu'elle se résume à UN entretien avec le psychologue (qui doit, au décours, apporter un éclairage sur le couple) et à une enquête sociale ;
- le fait que la relation entre Mme M. et son fils soit émaillé de nombreux passages à l'acte. Ceux-ci sont répétés et augmentés par les dysfonctionnements de la prise en charge institutionnelle. Certes, plusieurs événements de vie ne sont pas à imputer au système de santé social tels que les congés de la psychologue du CMP, le décès du fils d'accueil, le décès par suicide du père d'accueil. Cependant, ils auraient pu être appréhendés différemment par la mère et l'enfant, s'ils avaient été élaborés dans un premier temps par l'équipe ;

- un positionnement de la justice à retardement, ce qui ne facilite pas le respect de la continuité des projets. Ce qui est reproché à Mme M. est rejoué par l'institution et par la justice qui édictent, ensemble, ses droits sur la dyade. Or institution et loi auraient pu agir comme un tiers structurant si les décisions et les limites posées avaient été explicitées et si elles avaient pu prendre sens dès le début pour Mme M. et Alain ;
- une pratique abusive du secret professionnel. Sous son sceau, des informations essentielles n'ont pas été transmises, rendant aléatoires l'orientation des projets mis en place. D'autres secrets fantasmés se créent et parasitent l'approche des différents professionnels impliqués ;
- enfin, des effets de fascination, la sidération, le sentiment d'inexorabilité de la situation qui inhibent la créativité des intervenants et empêchent une élaboration cohérente d'un projet par l'équipe. D'ailleurs, les événements se succèdent et sont gérées « compulsivement » de la même façon. La faiblesse des moyens et la charge affective véhiculée par une telle situation concourent au manque de rigueur et à l'absence d'efficacité dans la gestion d'une prise en charge qui, pour avoir duré plusieurs années, apparaît rétrospectivement comme peu planifiée, voire chaotique.

4. Conclusion

L'exercice de la profession de psychologue en ASE et en PMI est éprouvant, mais formateur. L'implication dans ces secteurs nécessite plus que dans tout autre lieu d'exercice, une supervision clinique :

- particulièrement quand cette profession est assurée par une psychologue femme avec tout ce que la maternité et ses suites peuvent réactiver ;
- parce que le travail est rendu difficile par la multiplicité des intervenants : psychologues du CMP, éducateurs, sages-femmes, médecin mais aussi personnel administratif, juge, etc. Ces personnes sont issues de secteurs différents (justice, soins, assistance, placement...) et ont des objectifs très orientés en regard de leur mission, rendant nécessaire l'établissement des modes de collaboration précis ;
- parce que le travail réalisé peut manquer de rigueur (par insuffisance de moyens, par manque d'organisation, par absence de régulation) ;
- parce qu'il n'y a pas d'évaluation systématique qui permettrait au psychologue de situer avec précision ses actions et ses réflexions ;

- parce que ce travail s'inscrit, principalement en mission ASE, dans une dynamique affective lourde et compliquée.

Compte tenu de ces différents éléments, il semble nécessaire de réfléchir à la mise en place de nouveaux moyens pour améliorer la performance des équipes PMI et ASE ; former davantage les familles d'accueil ; apprendre à développer les liens inter-institutionnels ; formaliser la trace écrite des actions menées ; sensibiliser à une supervision clinique pratiquée par des professionnels extérieurs ; favoriser l'intégration des concepts d'évaluation sur le même modèle que, par exemple, les établissements de santé dans le cadre de l'accréditation. Ouvrir, enfin, la pratique à une démarche qualité authentique qui pourrait permettre l'identification des difficultés et, par-tant, le développement de solutions grâce à une action professionnelle cohérente, élaborée en concertation avec les équipes concernées et planifiée à court, à moyen et à long terme.

5. Pour aller plus loin

Lectures conseillées

- BERGER M. (2003). *L'Échec de la protection de l'enfance*. Paris, Dunod. L'auteur explique les raisons qui, selon lui, ont mis en échec le système français de protection de l'enfance. Il se place du côté de l'enfant et met en évidence que ses souffrances ne sont pas prises suffisamment en compte. Il remet en question l'idéologie du lien et prône une parentalité partielle. Il propose de « professionnaliser » davantage les professionnels de santé.
- CASTRO D. (2002). « Existe-t-il une profession de psychologue clinicien différente des autres professions de santé ? », *Pratiques psychologiques*, 3, p. 51-58.
- DAVID M. (1990). *Le Placement familial*, Paris, ESF, coll. « La vie de l'enfant », 2^e éd. L'auteur explique les différentes étapes du placement et les mouvements psychiques qui en découlent. Cet ouvrage facilite grandement la compréhension de la théorie du placement familial.
- DUGNAT M. (dir.) (1999). *Troubles relationnels mère-bébé : quels soins ?*, Ramonville St-Agne, Érès. Les auteurs développent la naissance psychique et les troubles de l'interaction précoce. Ils décrivent les différents réseaux de soins en périnatalité.

- GABEL M. , LEOVICI S. , MAZET P. (1995). *Maltraitance, maintien du lien ?*, Paris, Fleurus. Cet ouvrage collectif pose des interrogations difficiles dans le contexte de placement. Comment soigner au mieux les enfants ? Comment évaluer l'importance de l'incapacité parentale ?
- GUILLEC G. (2001). « Psychologues dans le domaine social », *Les psychologues : contribution à une méta-mémoire professionnelle. Éléments de bibliographie avec des propositions de classification et de commentaire*, t. II, Publications université Montpellier-III, p. 307-315.
- LESCARRET O. , PRETEUR Y. (dir.) (1987). *Les Psychologues de l'enfance : formations, pratiques, emplois*, Société française de psychologie et UER des sciences du comportement et de l'éducation de l'université de Toulouse II.
- SAVOUREY M. (2002). *Re-créez les liens familiaux. Médiation familiale – soutien à la parentalité*, Sainte-Foy (Québec), Les Presses de l'Université Laval, coll. « Comprendre les personnes » ; Lyon, Chronique Sociale.
- Revue *Enfances et psy* (2004). Érès, n° 23. Un dossier indispensable, abordant le signalement sous de nombreux aspects institutionnels, relationnels, affectifs, familiaux, juridiques...

Sites Internet

- Le site de la Protection maternelle et infantile
Le service de Protection maternelle et infantile mène des actions de prévention médicale, d'éducation à la santé et de dépistage des handicaps auprès des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans. <http://www.cg94.fr/solidaire/enfance/pmip.htm>.
- Le site de l'Aide sociale à l'enfance [Protection maternelle et infantile] [Planification et éducation familiale] [Crèches départementales] [Assistants maternelles] [Action médico-sociale] [Aide sociale] [Schéma de protection de l'enfance] [Écoles de puériculture]. http://www.cg94.fr/solidaire/enfance/aide_sociale.htm.
- <http://glossairedusocial.free.fr/> regroupe plusieurs centaines de sigles des métiers du social, de la santé et de l'administration.
- Sites informant sur l'accueil familial thérapeutique :
 - www.lesocial.fr.
 - www.famidac.net.
 - www.gerart.com/AFTetAFS.doc.
 - www.abris-de-cœur.com permet de consulter les principales références sur l'accueil familial thérapeutique.

- Sites consacrés à l'adoption : www.espace-adoption.ch ; www.adoptio-nefa.com, et un thesaurus remarquablement bien fait avec pour mot clé l'adoption, proposé sur www.Chu-Rouen.fr.
- Divers :
 - www.cnfpt.fr : site du Centre national de la fonction publique territoriale.
 - www.territorial.fr propose des informations sur les concours et l'emploi dans ce secteur.

Références bibliographiques

- BERGER M. (2003). *L'Échec de la protection de l'enfance*. Dunod, Paris.
- GALLEY-RAULIN F. (2001). *Vers des amours possibles : visites médiatisées entre une mère malade mentale et son fils*. Mémoire de DESS de psychopathologie clinique et pathologique, IED-Université Paris VIII. Extraits publiés in : Schauder, S. (2005). *Actes du Premier Colloque Junior* de l'IED-Université Paris VIII, p. 179-193.
- DELAGRANGE G. (1999). « La protection des mères psychotiques : au carrefour de la psychiatrie et de la justice », *Sauvegarde de l'enfance*, vol. 54, n° 1, p. 12-15.
- DUGNAT M. (dir.) (1999). *Troubles relationnels mère-bébé : quels soins ?* Ramonville St-Agne, Érès.
- DAVID M. (1990). *Le Placement familial*. ESF, coll. « La vie de l'enfant », 2^e éd., Paris.
- FUA D. (1997). « Psychologue à l'Aide sociale à l'enfance », in D. Fua (dir.) (1997). *Le Métier de psychologue clinicien*. Paris, Nathan, p. 133-156.
- LEFÈBVRE-MAYER E. (2004). Dossier « L'enfant à protéger », *Cahiers de la Puéricultrice*, n° 177, p. 9-13.



CHAPITRE
4



***Le psychologue clinicien
au CMP¹***



1. Par Raphaël Boussion et Silke Schauder.

Sommaire

▶ Introduction.....	Page 213
▶ 1. Le contexte institutionnel	Page 202
▶ 2. Le psychologue de la fonction publique hospitalière.....	Page 208
▶ 3. Le champ d'activité du psychologue au CMP	Page 225
▶ 4. Conclusion.....	Page 253
▶ 5. Pour aller plus loin	Page 254
▶ Références bibliographiques.....	Page 254

Introduction

Le CMP (centre médico-psychologique) est une structure centrale du service public hospitalier qui a pour mission d'accueillir toutes les demandes de soins émanant de personnes souffrant psychologiquement. De ce fait, l'équipe du CMP est confrontée aux manifestations les plus variées de la psychopathologie. Le travail du psychologue clinicien sur un secteur infanto-juvénile couvre un champ clinique très large et ses interventions peuvent se décliner selon des modalités particulièrement diversifiées.

Une des spécificités de ce mode de travail, qui le distingue entre autres de celui du psychologue exerçant en libéral, consiste dans le fait que le psychologue en CMP est inscrit d'emblée dans une institution, voire dans un travail institutionnel pluridisciplinaire et multifonctionnel. Ainsi, la position carrefour du psychologue au CMP implique des interventions à différents niveaux du système de soins (travail clinique et psychothérapeutique, travail intra-institutionnel auprès de l'équipe soignante du CMP, travail inter-institutionnel auprès de professionnels du champ de l'enfance et de l'adolescence, temps FIR). Cette inscription du psychologue dans l'institution nous incite à consacrer la première partie de ce chapitre à son histoire, celle du secteur, et de donner un bref aperçu de la spécificité de la pédopsychiatrie française. Nous poursuivrons notre exposé par la définition, en deuxième partie, de la fonction publique hospitalière dont dépend le psychologue au CMP. La troisième partie sera consacrée à la diversité de ses activités sur le terrain qui seront illustrées par plusieurs vignettes cliniques. En conclusion seront données des pistes de travail pour aller plus loin.

1. Le contexte institutionnel

Il nous paraît nécessaire, avant de définir les missions du CMP, de donner des éléments de compréhension de ce qu'est le secteur de psychiatrie dont le CMP fait partie¹.

Bref historique du secteur psychiatrique

Nous pouvons considérer comme fait marquant la naissance de la psychiatrie « moderne » avec la loi de 1838 sur les aliénés. Celle-ci définissait l'assistance aux personnes présentant un danger pour elles-mêmes et pour l'ordre public et relevant de soins pour troubles mentaux. L'assistance concernait deux domaines : la protection des biens et l'internement dans des établissements spécialisés. Cette politique a montré ses limites et un peu plus d'un siècle plus tard, dans l'immédiat après-guerre, s'est développée en France l'idée de secteur qui venait en réponse à l'échec de la politique d'internement. Son principe est, au contraire, d'éviter les ruptures et l'exclusion, en favorisant le retour du patient dans son environnement habituel après une hospitalisation. Le fonctionnement du secteur repose de ce fait sur la continuité de la prévention et des soins avec, toujours en arrière-plan, la volonté d'éviter l'exclusion. Le principe fondateur de la sectorisation est de « réunir des actions et des moyens diversifiés à l'échelle d'une aire géographique afin de lutter contre les maladies mentales et de répondre à toutes les expressions de la souffrance psychique ».

Nous pouvons noter trois éléments essentiels de la politique du secteur psychiatrique :

- la continuité des soins, qui implique des actions de prévention, de diagnostic, de soins, d'accompagnement social, définies et mises en œuvre à l'échelle du secteur ;
- une équipe pluridisciplinaire, qui regroupe l'ensemble des métiers et des intervenants sous l'autorité d'un médecin responsable ;
- l'aire géographique qui constitue un secteur de psychiatrie adulte couvrant une population de 70 000 habitants. Un secteur de psychiatrie infanto-juvénile correspond à trois secteurs adultes (200 000 à 250 000 habitants ; décret du 14 mars 1986).

1. Cf., pour le secteur de psychiatrie adulte, le chapitre 1 rédigé par Claude Schauder in S. Schauder (dir. ; 2007), *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées*, Paris, Dunod.

Modalités de mise en place du secteur

Le premier acte administratif précisant la définition du secteur est la circulaire princeps du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Ce texte définit les principes de base ainsi que les règles de mise en œuvre (définition de l'aire géographique, etc.).

Plusieurs principes ont présidé à la rédaction de ce texte :

- suppression de l'attitude de ségrégation vis-à-vis des malades ;
- obligation de prendre en charge le malade ;
- possibilité de choix du centre de soin par le malade ;
- distinction des soins et de l'assistance (aide sociale) ;
- facilitation des recherches épidémiologiques ;
- accent mis sur le dépistage.

Les moyens nécessaires définis sont :

- une hospitalisation, ne représentant qu'un temps de la prise en charge ;
- des structures extra-hospitalières telles que les dispensaires d'hygiène mentale devenus CMP (centres médico-psychologiques), les foyers et les ateliers protégés ;
- une même équipe, assurant le travail intra- et extra-hospitalier.

De 1960 à 1968, la mise en place des secteurs a été très lente. En 1968, une dynamique nouvelle s'est constituée avec plusieurs lois : celle du 3 janvier 1968 concerne la protection des biens des malades mentaux en mettant en place un système progressif de protection des biens (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle). Celle du 31 juillet 1968 intègre les hôpitaux psychiatriques (HP) dans le droit hospitalier commun et les psychiatres dans le statut des praticiens hospitaliers du second degré.

En 1972, la sectorisation progresse à nouveau : le 14 mars 1972, paraît une circulaire harmonisant les territoires avec ceux de la loi hospitalière du 31 décembre 1970, c'est-à-dire le découpage des départements en secteurs. Le 16 mars 1972, paraît la circulaire n° 443 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents ; elle définit de nouvelles orientations spécifiques sur la sectorisation infanto-juvénile qui regroupe 3 secteurs adultes.

Elle sera complétée par la circulaire du 9 mai 1974 laquelle prend en compte les progrès en matière de psychiatrie infanto-juvénile et les différents types de prévention tels qu'ils ont été définis par l'Organisation mondiale de la santé, les textes mettant l'accent sur le diagnostic et le traitement précoce : « *les modes de cure ambulatoire ou à temps partiel sont considérés comme prioritaires afin de maintenir l'enfant dans son milieu familial et scolaire le plus possible* ».

L'action de l'équipe du CMP doit s'inscrire en liaison avec la famille de l'enfant et les différents services sanitaires, sociaux et éducatifs. L'innovation thérapeutique en pédopsychiatrie a connu un développement important, notamment par la discussion en France des travaux pionniers de psychanalystes d'enfants tels que Melanie Klein (1921), Anna Freud (1926) et Daniel Winnicott (1958). L'étude et la compréhension fine du développement psychique de l'enfant, ses conflits internes, ses troubles psychopathologiques spécifiques ont été nourris par leurs apports décisifs. Si la théorie et la pratique psychanalytique ne constituent plus aujourd'hui le cadre théorique exclusif des équipes en pédopsychiatrie, il est nécessaire de souligner l'impact décisif qu'a eu la psychanalyse sur la mise en place de la pédopsychiatrie française et sur la création des intersecteurs. Liliane Abensour (2001), psychanalyste, le rappelle en évoquant l'histoire de la création du centre de psychanalyse du XIII^e arrondissement (Paris) à la fin des années cinquante et au début des années soixante :

[...] la psychanalyse joue un rôle déterminant dans l'affirmation constante d'une spécificité de la pédopsychiatrie qui se détache de la psychiatrie générale. La création de la psychiatrie de l'enfant, en 1958, avec J. de Ajuriaguerra, S. Lebovici, R. Diatkine et R. Crémieux, vient, avec la volonté de travailler dans un cadre concret, sceller cette reconnaissance. Ainsi on ne considère plus que l'enfant présente les signes et les symptômes d'un malade mental en réduction. Et dans un premier temps la psychanalyse contribue à rompre avec le modèle anatomo-clinique et sémiologique de la psychiatrie adulte. Elle insiste sur les conflits, avec des remaniements toujours possibles, dans le cadre de la relation intrafamiliale. D'où l'intérêt porté non seulement à la famille, à la relation précoce mère-enfant, mais aussi à l'environnement, aux facteurs socio-économiques et culturels¹.

1. L. Abensour (2001), « Le psychanalyste dans la cité. La création du centre de psychanalyse du XIII^e », *Psychanalyse et psychose*, 1, p. 21-34.

Si les activités de secteur se sont vues attribuer en 1960 et 1972 un cadre réglementaire, le problème de leur base juridique n'a été réglé qu'au cours du second semestre de l'année 1985.

C'est effectivement cette année-là, vingt-cinq ans après la circulaire principes de 1960, que le secteur reçoit une base légale. La loi du 25 juillet 1985 (dans son article 8.1. modifiant l'article L. 326 du Code de la santé publique) donne un statut juridique au secteur psychiatrique en le définissant dans sa double dimension intra- et extra-hospitalière. Cette loi institue un conseil départemental de la santé mentale, instance consultative présidée par le préfet et qui élabore le SDO (schéma départemental d'organisation).

Six mois plus tard, la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique intègre les secteurs dans la carte sanitaire générale (art. 1 et 2). Chaque établissement hospitalier public, centre hospitalier spécialisé ou centre hospitalier général, participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celles-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. Il est chargé de gérer directement l'ensemble des activités intra- et extra-hospitalières (art. 3).

En 1986 est abordée la question de l'unification du financement : la loi de finances de 1986, en son article 79, prévoit que les dépenses de lutte contre les maladies mentales exposées au titre de l'article L. 326 du Code de la santé publique sont à la charge de l'assurance maladie (la Sécurité sociale) à compter du 1^{er} janvier 1986. *Ce nouveau financement qui est assuré sous forme de dotation globale, met fin aux cloisonnements antérieurs entre les activités intra- et extra-hospitalières.*

Le décret d'application de ces lois paraît le 14 mars 1986. Il définit le secteur de psychiatrie générale (adulte), le secteur de psychiatrie infanto-juvénile et le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Il précise les structures utilisées par le secteur (CMP, hôpitaux de jour, CATTP, centres d'accueil...).

La circulaire du 14 mars 1990, autre texte important, étend la mission du secteur au développement de la santé mentale (il était auparavant limité à la « lutte contre les maladies mentales ») et confère un rôle pivot au centre médico-psychologique pour ce qui concerne la prévention, l'accueil et l'articulation des soins avec les hôpitaux.

Le point d'entrée du secteur est bien le CMP dont le rôle couvre à la fois l'accueil, l'orientation, la prévention, le diagnostic, les soins ambulatoires et surtout la coordination des actions.

Définition du CMP

Si l'on reprend la définition donnée par l'arrêté du 14 mars 1986, les CMP sont « des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Ils peuvent avoir des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique ».

Le CMP est un lieu de consultation de proximité, gratuit (le financement est assuré par le budget de la Sécurité sociale) qui propose divers types de prise en charge aux personnes en souffrance psychologique. Il n'est pas ouvert en permanence, mais doit pouvoir répondre aux demandes de soins formulées par toute personne du secteur géographique concerné. Par ses liens étroits avec les autres structures du secteur et par son inscription dans les réseaux de soins, il participe à la continuité des soins, qui est l'un des objectifs premiers de la politique de secteur (*cf.* figure 4.1).

D'un point de vue synoptique, nous pouvons définir le CMP comme suit :

- lieu où converge la quasi-totalité des demandes de suivis d'enfants et d'adolescents en souffrance psychique ;
- lieu de référence pour l'élaboration des projets de soins incluant parfois des orientations sur d'autres structures offrant des soins plus intensifs ;
- lieu d'interface entre les autres structures de soins du secteur et les structures extra-sectorielles auxquelles l'enfant ou l'adolescent a affaire (la PMI, l'école, l'ASE, la PJJ...).

Il est souvent confondu avec les CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques). Les CMPP sont gérés par des associations à but non lucratif (ce sont des structures du secteur privé). Ils bénéficient de façon spécifique du personnel détaché de l'Éducation nationale (psychologue scolaire, rééducateur).

Une autre structure du secteur public peut accueillir certaines demandes initialement adressées au CMP : ce sont les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) qui interviennent auprès d'enfants de 0 à 6 ans. Ils dépendent de l'hôpital et regroupent plusieurs professionnels (psychologue, orthophoniste, psychomotricien, parfois assistant social et éducateur spécialisé), dans le but notamment de dépister un éventuel handicap sensoriel, moteur ou mental chez l'enfant et d'accompagner les parents dans l'acceptation de celui-ci.

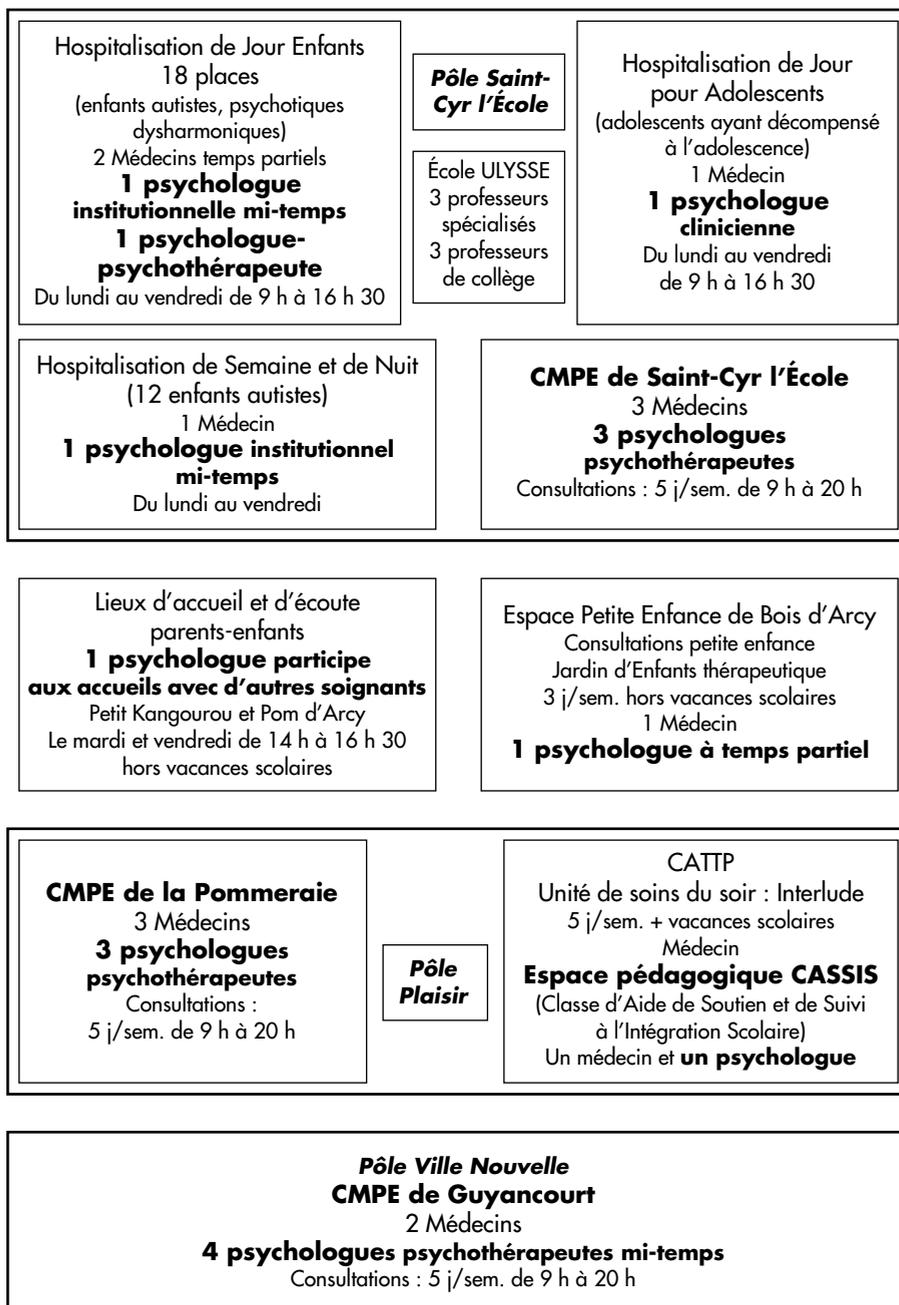


Figure 4.1

Organigramme du Secteur 78 I 04 Psychiatrie infanto-juvénile

2. Le psychologue de la fonction publique hospitalière

Quelques données chiffrées¹

Selon le rapport de synthèse exposé par Camus (2002) pour le Syndicat national des psychologues, la fonction publique hospitalière regroupe mille soixante-trois établissements publics de santé, trois cent cinquante établissements médico-sociaux publics et des maisons de retraite dans lesquels travaillent environ cinq mille huit cents psychologues (essentiellement en psychiatrie) dont environ deux mille cinq cents en centre hospitalier spécialisé, ce qui recouvre la majorité des CMP. Au total, tous lieux d'exercice confondus, trente mille psychologues ont été recensés en France.

Mode de recrutement

Depuis la parution du décret du 31 janvier 1991, la fonction publique hospitalière recrute les psychologues grâce à un concours sur titre. Chaque direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) recueille par l'intermédiaire des directions départementales (DDASS) les postes vacants au niveau de sa région qui sont ensuite publiés obligatoirement au *Journal officiel (JO)*. Peuvent postuler les candidats âgés de moins de 45 ans titulaires d'un DESS de psychologie dans l'un des domaines suivants : psychologie clinique, pathologique, de l'enfance et de l'adolescence, gérontologique... Les dossiers des candidats sont examinés par un jury composé d'un représentant de la DRASS, de deux directeurs d'établissements, de deux médecins hospitaliers et de deux psychologues. Ensuite, les candidats retenus sont reçus en entretien.

Pour la région Île-de-France, depuis la parution du texte de 1991, la DRASS a organisé seulement deux concours sur titre : l'un en 1995, avec vingt-sept postes proposés, le second en 1997, avec vingt-neuf postes offerts. Dans de nombreux secteurs de psychiatrie et en l'occurrence au CMP, la plupart des psychologues sont recrutés non sur des postes de titulaires mais sur des postes contractuels, ce statut plus précaire influant nécessairement sur leur travail.

1. Sources : www.studyrama.com ; « le psychologue hospitalier » ; États généraux de la psychologie (mars 2001) ; Rapport de synthèse sur la situation des psychologues et de la psychologie (août 2002), exposé par J.-F. Camus pour le SNP (Syndicat national des psychologues) consultable sur le site www.psychologues.org.

Statut

Comme nous venons de le dire, c'est notamment en 1991 que le statut des titulaires a été précisé dans le décret *portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière* (décret n° 91-129)¹. Ces psychologues sont recrutés à l'issue d'un concours régional et seuls les étudiants possédant un Master 2 Professionnel appartenant à l'un des champs défini par le ministère de la Santé peuvent y présenter leur candidature. Le décret du 31 janvier 1991 comporte une définition légale de l'exercice professionnel qui sert de référence à la définition des missions du psychologue dans la fonction publique hospitalière, territoriale, et dans la protection judiciaire de la jeunesse :

Les psychologues des établissements mentionnés à l'article 1^{er} exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et mettent en œuvre les moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation qu'ils ont reçue. À ce titre, ils étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité. Ils contribuent à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives et curatives assurées par les établissements et collaborent à leurs projets thérapeutiques ou éducatifs tant sur le plan individuel qu'institutionnel.

Les psychologues appartiennent à un corps classé dans la catégorie A de la fonction publique, c'est-à-dire la catégorie des fonctionnaires « avec décision et responsabilité ». Cette appartenance signifie que *le psychologue ne fait partie ni du personnel médical, ni du personnel paramédical* mais des cadres de l'établissement n'ayant pas fonction d'encadrement. Le psychologue est entièrement responsable de ses actes, des outils et méthodes qu'il utilise ; il dépend hiérarchiquement de l'administration. Rappelons que depuis la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985, la profession de psychologue est reconnue autonome vis-à-vis des professions médicales et paramédicales. *La profession de psychologue n'est pas assimilée au monde médical*. Ceci étant, un certain nombre de rapports ministériels vont dans le sens de propositions de législations contraires à celles qui ont prévalu depuis 1985. Que ce soit le rapport Piel-Roelandt² ou les débats parlementaires sur la loi Kouchner

1. Décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 portant sur le statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière consultable sur le site officiel du JO : <http://www.journal-officiel.gouv.fr/>.

2. Dr É. Piel et Dr J.-L. Roelandt, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, rapport de mission, juillet 2001, http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/professi/Rapports/Piel_Roelandt/default.html.

de modernisation de la santé, il y a eu des propositions de légiférer dans le sens d'une subordination de l'intervention des psychologues à la décision médicale. Actuellement on peut supposer une volonté de la part du législateur d'instaurer une régulation de l'accès au psychologue, assurée par les médecins. Étant donné l'évolution de la démographie médicale et en particulier celle des médecins psychiatres, on voit se dessiner de nouveaux modes d'exercice de la profession de psychologue et de médecin psychiatre où ce dernier serait en position de prescripteur de « prises en charge » assurées par le psychologue. *A priori*, cette subordination du travail du psychologue au médecin n'est pas d'ordre technique mais plutôt d'ordre budgétaire.

VIGNETTE CLINIQUE N° 1

« J'ai peur qu'elle va tout rater sans moi ! » : rencontre du psychologue avec une mère et sa fille au CMP

Mme L. vient consulter au CMP, sur sa propre initiative, pour sa fille Léa L., 6 ans, qu'elle dit être en grand échec scolaire. Sur la prescription du médecin, le psychologue du CMP doit lui faire passer, au tout début de sa prise en charge, un CAT (*Children Apperception Test*). La mère de l'enfant, visiblement très inquiète, demande au psychologue l'autorisation d'assister à la passation du test : « Ma fille est tellement angoissée face à un étranger... J'ai peur qu'elle va tout rater sans moi ! Si je ne suis pas à ses côtés... De toute façon, vous n'avez pas le droit de faire quoi que ce soit sans mon accord. »

Identification des problèmes posés par la situation

D'abord, le médecin, par sa « prescription » de la passation du CAT, entrave l'indépendance professionnelle du psychologue qui répond seul du choix de ses moyens – il ne dépend pas du médecin sur le plan hiérarchique. Quelle est l'indication pour ce test ? En vue de quoi Léa doit-elle le passer ? Pour obtenir quel type d'informations ? Comment celles-ci vont-elles s'intégrer dans le questionnement global que l'équipe pluridisciplinaire a engagé pour déterminer la suite à donner à la demande de la mère ?

La mère, quant à elle, projette visiblement son inquiétude sur sa fille, ne comprenant pas que son attitude surprotectrice puisse compromettre les résultats du test, et, à plus long terme, la prise en charge de sa fille. La mère fait une sorte de chantage auprès du psychologue pour qu'il la laisse assister à la passation.



Pour ce faire, elle détourne un argument initialement juste – aucune action ne peut être pratiquée sur l'enfant sans l'accord des parents – pour justifier sa présence auprès de sa fille. En effet, dans cette situation, le risque est grand pour le psychologue de confondre ces deux arguments et d'accepter la présence de la mère à la passation. Il est devant un dilemme : s'il cède à la pression de la mère, sa présence peut compromettre les résultats du test. Si par contre, il y a un « clash » avec elle juste avant la passation et que le psychologue l'éloigne contre son gré et celui de sa fille, les résultats s'en ressentiront également.

La fille risque, dans ce « bras de fer », de devenir un enjeu entre les adultes au lieu d'être l'intéressée principale. Notons que cette dynamique particulière peut renseigner le psychologue sur une des dimensions du problème initial ayant motivé la consultation au CMP.

Éclairage des problèmes à l'aide du Code de déontologie des psychologues (1996)

Afin de dénouer cette situation, le psychologue peut se référer aux principes généraux du Code, à savoir le principe 3 *Responsabilité*, le principe 4 *Probité* et le principe 7 *Indépendance professionnelle*, le dernier risquant d'être mis à mal notamment par la prescription du médecin et la demande de la mère. En consultant le titre II, il peut utilement appuyer sa pratique sur les articles 3 et 4 et, notamment, l'article 6 : « Le psychologue fait respecter la spécificité de son exercice et son autonomie technique. » Enfin, les articles 9 et 10 portant sur le consentement éclairé du parent et du mineur entrent également en ligne de compte pour ajuster son intervention.

Détermination d'un plan d'action

La situation appelle deux niveaux d'action, le psychologue devant dans l'immédiat, se positionner auprès de la mère et de la fille et, à plus long terme, auprès du médecin.

Auprès de la mère et de la fille, le psychologue se doit de faire respecter le cadre de son travail en le leur expliquant en des termes simples. Fort de son analyse de la situation qui laisse apparaître un certain manque de communication institutionnelle, il précisera auprès de la mère et en présence de la fille le cadre de son intervention. Après avoir expliqué le but de cette passation^a, il lui dira : « Je suis d'accord avec vous sur le principe que rien de ce qui sera fait au CMP ne peut avoir lieu sans votre accord et celui de Léa. En effet, vous avez donné votre accord





en début de la prise en charge de Léa ici, lorsque le médecin vous a expliqué l'intérêt d'une rencontre avec moi. Ceci dit, je comprends tout à fait que vous êtes inquiète pour votre fille et que vous souhaitez l'aider. La passation du CAT est importante pour elle, elle est importante pour nous. Mais il est tout aussi important que ce test puisse se dérouler dans le cadre habituel, à savoir, en ma présence, et en ma présence seule. En acceptant cela, vous aiderez votre fille et vous m'aidez dans mon travail. » Puis, en se tournant vers la fille, il lui demande, directement à elle, son accord à ce qu'elle passe le CAT seule, en soulignant l'aspect non scolaire de celui-ci. Cette mise au point s'avère essentielle non seulement pour la passation du test mais aussi pour la prise en charge ultérieure, que la mère risque de « torpiller » si le psychologue ne lui signifie pas le cadre de son travail avec clarté et tact.

Auprès du médecin, le psychologue a tout intérêt de clarifier à l'avenir les modalités de passation des tests et la nécessité de son autonomie technique. Il peut préciser que l'utilisation des tests doit toujours être contextualisée et s'inscrire dans un projet défini au préalable. Dans un deuxième temps, le psychologue peut solliciter une réflexion, en équipe, sur la pertinence des différentes indications possibles :

- la prise en charge individuelle de Léa a-t-elle un sens si la problématique de la séparation mère-fille s'avère être, après une investigation plus poussée, au cœur de la situation clinique ? En fonction du type des thérapies offertes par le CMP, le suivi de cette dyade peut alors nécessiter une réorientation sur une autre structure ;

- y a-t-il nécessité pour une prise en charge individuelle de la mère, laquelle impliquerait une orientation par exemple sur un psychologue en libéral ? Il faudra déterminer avec plus de précision si la mère « utilise » l'échec scolaire de sa fille pour exprimer ses angoisses personnelles, Léa devenant alors son enfant-symptôme. Qu'en est-il du présumé échec scolaire ? Dans quel contexte celui-ci est-il apparu (naissance d'un puîné, séparation du couple, deuil dans la famille, etc.)^b ? Qu'est-ce que Léa dit elle-même de sa scolarité ? Quel est l'avis du père sur ce problème ? L'école elle-même a-t-elle signalé des difficultés ? Telles sont, à titre d'exemple, les questions pouvant aider l'équipe à élaborer l'indication et le contenu du projet thérapeutique.

a. Celle-ci doit nécessairement tenir compte de l'intéressée principale, à savoir la fille.

b. Notons que Léa vient seulement d'entrer en CP !

Actuellement, le psychologue au CMP est un membre actif dans une équipe pluridisciplinaire : il œuvre dans le respect des missions qui lui sont confiées et du projet défini par le service ou l'établissement. Il peut, particulièrement dans les services de psychiatrie infanto-juvénile, occuper une place importante dans le travail d'élaboration des projets thérapeutiques de service. Par exemple, la mise en place d'un réseau de soins petite enfance à partir d'un CMP de référence sur un secteur peut être piloté par des psychologues qui assurent, en partenariat avec le médecin responsable de l'unité, la coordination, le suivi et l'évaluation du projet.

Le psychologue travaillant à temps plein doit effectuer vingt-trois heures de présence effective dans sa structure d'accueil et peut ainsi consacrer les douze heures restantes à des activités de formation, d'information et de recherche (le temps « FIR »). Nous reviendrons plus loin sur ces aspects.

3. Le champ d'activité du psychologue au CMP

La question des activités du psychologue au CMP est si vaste que nous nous limitons ici à préciser brièvement son environnement professionnel, les motifs de la demande de soins et l'importance de l'analyse de sa formulation. Puis, nous développerons, à titre d'exemple, différentes situations professionnelles.

L'environnement professionnel

La spécificité de la sectorisation en pédopsychiatrie qui la distingue en cela de la psychiatrie adulte consiste en la nécessité de prendre en compte, dans la compréhension de la souffrance de l'enfant, les liens tissés avec la famille. De nombreux auteurs tels que Sanchez-Cardenas (1994), Ausloos (1995), Berger (1995) et Decobert et Sacco (2000), ont attiré l'attention sur cet aspect essentiel. Dans une perspective écologique, l'enfant doit être perçu, en plus de ses liens familiaux, au sein de l'école, et de son environnement social. À l'heure actuelle où la notion de « réseau » est très à la mode (Sama-cher, 2002), la pédo-psychiatrie apparaît comme un modèle ayant été amené depuis ses origines, de par la clinique spécifique des enfants, à développer des soins en réseau.

Le psychologue au CMP a de ce fait un environnement professionnel très étendu avec comme interlocuteurs immédiats ses collègues de l'équipe pluridisciplinaire composée classiquement d'un médecin référent, d'un

cadre infirmier, d'infirmiers, d'une assistante sociale, d'une orthophoniste, d'un psychomotricien, d'une éducatrice spécialisée et de secrétaires. Les liens à l'extérieur concernent l'institution scolaire via les instituteurs, professeurs, psychologues scolaires, les différents représentants des lieux d'accueils des enfants (PJJ, ASE...), les partenaires des champs médico-sociaux et médico-éducatifs, CATTP, hôpitaux de jour, etc.

Soulignons que cette spécificité de l'environnement multi-partenarial incite au développement intense du travail de liens intra- et inter-institutionnels, sans lequel la clinique auprès de l'enfant ne peut se faire.

Les motifs de la demande de soins

La mission du secteur est de répondre à toutes les situations de souffrance psychique ; le CMP est en première ligne pour accueillir la demande de soins. Les motifs de cette demande couvrent tout le spectre des maladies mentales et de la souffrance psychique quelle qu'en soit la cause : ainsi le psychologue clinicien au CMP va être sollicité pour participer à des suivis très diversifiés. Schématiquement, on peut distinguer quatre grands groupes de motifs de demande en fonction de l'âge :

- chez les tout-petits, du nourrisson à 3-4 ans, les demandes de consultations sont majoritairement motivées par des troubles dits « instinctuels » : troubles du sommeil, difficultés alimentaires, la propreté non acquise ou perdue, troubles somatoformes avec vomissements répétés, régurgitations, douleurs abdominales, parfois troubles du comportement notés en collectivité (crèche) comme des morsures répétées, une agressivité peu canalisée... Chez le nourrisson, l'évitement du regard, l'absence de babil, l'indifférence à ce qui se passe autour de lui, une trop grande « sagesse », des signes de troubles de la relation doivent alerter. Plus tard, des jeux stéréotypés, une grande anxiété lorsque l'enfant est séparé d'un objet de prédilection, des colères répétées sont également des signes qui peuvent motiver une consultation ;
- à partir de 3-4 ans, le motif le plus fréquent de demande de consultation est constitué par les troubles du langage (retard d'acquisition ou syntaxe incorrecte, pauvreté du vocabulaire, néolangage...). Les demandes pour troubles du comportement à type d'agitation continue, d'instabilité ne sont pas rares non plus ;
- pour l'enfant d'âge scolaire, les difficultés d'apprentissage, le fléchissement des résultats scolaires, la perte de la propreté, l'agressivité, les vols et mensonges systématiques, les conflits permanents dans la famille ou à l'exté-

rieur de celle-ci, les phobies durables (le loup, les monstres, le fantôme...), les troubles du sommeil, une grande maladresse dans l'utilisation que fait l'enfant de son corps sont autant de signes qui vont alerter l'entourage ;

- à l'adolescence, des manifestations telles qu'une irritabilité, un changement notable de l'humeur, des modifications dans la qualité des relations avec les autres (repli ou désinhibition excessive), des troubles du comportement alimentaire, des bizarreries comportementales, un échec scolaire soudain, des mises en danger répétées, des consommations de toxiques, un absentéisme scolaire ou une souffrance parentale face à une « crise » d'adolescence importante vont amener l'entourage de l'adolescent ou parfois lui-même, à demander une consultation au CMP.

Il est important de remarquer que des demandes de plus en plus nombreuses ne mettent pas en avant une symptomatologie mais plutôt une inquiétude des parents face à des situations de crise (deuil, maladie) ou des ruptures dans la dynamique familiale (divorce, remariage) dont ils appréhendent les possibles incidences sur l'enfant.

La formulation de la demande et son traitement

Ce sont Ortigues et Ortigues (1986) qui dans leur ouvrage *Comment se décide une psychothérapie d'enfant ?* ont posé les jalons pour une réflexion sur la demande en CMP. Très concrètement, la demande, contrairement au secteur libéral, n'est pas adressée à un individu mais à une institution. Voyons-en les différentes étapes. La secrétaire recueille téléphoniquement les demandes et fixe le rendez-vous. Le caractère d'urgence est évalué par ceux qui effectuent les premiers entretiens dans un cadre formalisé ou non (en début de synthèse d'équipe par exemple). *En fonction du projet d'accueil spécifique du secteur et des CMP, les psychologues vont ou non recevoir les patients pour ces premiers entretiens.* Dans de nombreux CMP, ce sont les médecins psychiatres qui reçoivent les patients en premier ; les psychologues n'interviennent alors que sur proposition/indication du médecin consultant. Pour Didier Houzel (1999), « le pédopsychiatre est d'abord celui qui assure les consultations, incluant des entretiens avec l'enfant et avec ses parents, dont le but est l'analyse de la signification des symptômes de l'enfant, de l'organisation de sa personnalité, de l'équilibre affectif de la famille, des possibilités de mobilisation de cet équilibre. Cette tâche lui est grandement facilitée s'il a une formation psychanalytique personnelle qui lui permet de s'identifier à chaque protagoniste, enfant, père, mère, tout en

restant lui-même et sans jamais prendre le parti de l'un contre l'autre¹ ». On le voit, cette place ici est attribuée au pédo-psychiatre. Mais elle est, dans certains lieux, également reconnue aux psychologues. En effet, en faisant respecter sa spécificité, le psychologue a tout intérêt de s'assurer de sa participation aux premiers entretiens lesquels sont décisifs pour la suite.

Dans d'autres lieux de consultation, du fait d'une demande très élevée qui induit des délais de réponse pouvant atteindre 3 à 6 mois, différentes modalités d'accueil peuvent être proposées comme des entretiens d'accueil faits par le psychologue, l'assistante sociale, l'éducatrice spécialisée, l'infirmière, entretiens qui permettent de répondre plus rapidement à la demande et de l'évaluer plus précisément. Ces entretiens d'accueil sont proposés selon un cadre idéalement élaboré par toute l'équipe du CMP, pouvant prendre la forme d'un entretien mené par un des professionnels mentionnés ou conjointement par deux professionnels. Nous insistons sur l'importance d'engager une réflexion précise sur l'accueil, sa formalisation et la définition du cadre de ces premiers entretiens dont on ne soulignera jamais assez l'importance capitale (Gilliéron, 1994).

La diversité du cheminement de la demande pointe la nécessité pour le psychologue de bien connaître le réseau et de développer des liens entre le secteur pédopsychiatrique, les PMI, les pédiatres de ville, les généralistes, les services médicaux de l'Éducation nationale... via une collaboration formalisée ou non. Les voies de cheminement de la demande ont souvent une incidence clinique sur la qualité de la rencontre entre le psychologue et l'enfant et/ou ses parents. Nous reconnaissons là toute l'importance d'une orientation effectuée avec discernement et tact et ayant fait, dans la mesure du possible, l'objet d'une concertation préalable.

Pour qu'une demande puisse être prise en compte, elle doit presque toujours être formulée par les parents sauf pour des adolescents qui, accompagnés d'un adulte de leur choix souhaiteraient consulter sans que leurs parents en soient informés². Les parents s'adressent parfois de façon spontanée au CMP pour faire une demande d'aide pour leur enfant, mais le plus souvent c'est après recommandation du pédiatre, du généraliste, de l'instituteur, d'un professeur, des services sanitaires des établissements scolaires, du psychologue de l'institution où vit l'enfant qu'ils contactent le CMP. Une des difficultés cliniques consistant alors dans les moyens employés pour

1. D. Houzel (1999). « L'examen psychiatrique », in S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, PUF, p. 615-616.

2. Cf. la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art. L.1111.5).

favoriser l'adhésion de l'enfant au projet de soin. Comment l'aider à s'approprier la démarche qui a été faite pour lui ?

VIGNETTE CLINIQUE N° 2

« On vient parce que le docteur l'a dit ! » : quelques circuits de la demande au CMP

Parfois la demande est source de difficultés pour le premier interlocuteur (psychiatre ou psychologue au CMP) quand elle est formulée suite à ce qui a été perçu comme une injonction par les parents, l'enfant ou l'adolescent. Tel médecin scolaire, devant une adolescente se mettant en danger par diverses conduites à risque, va « menacer » les parents d'un signalement d'enfant en danger si ceux-ci ne font pas les démarches nécessaires pour maintenir un suivi au CMP que l'adolescente vient tout juste de commencer. Reçue par un psychologue consultant, cette dernière va être en difficulté de faire en son nom propre une demande d'aide, « coincée » par l'injonction du médecin scolaire et par la disqualification de ses parents menacés de signalement auprès du procureur de la République. Le travail du psychologue va être de désintriquer les exigences du milieu scolaire, la nécessité de soins, et l'offre de soins telle qu'elle peut être faite dans le CMP.

Tel autre adolescent, en classe de 6^e, souffre de phobie scolaire depuis deux mois. Il a déjà consulté au CMP et revoit le médecin scolaire au moment où le symptôme s'intensifie. Celui-ci lui dit : « Tu as une maladie grave, tu dois te faire soigner au CMP. » Là encore, les conditions de consultation devront être précisées avec le jeune et sa famille afin qu'un réel lien thérapeutique puisse s'instaurer.

Les différentes fonctions du psychologue au CMP

Plusieurs facteurs rendent complexe la définition du travail du psychologue au CMP dont le fait que la frontière entre ses attributions et celles d'autres soignants non psychologues n'est pas toujours bien établie. Psychologues, médecins psychiatres, infirmières, assistantes sociales parfois peuvent proposer des interventions similaires auprès des patients du secteur. Ce recouvrement partiel incite le psychologue à préciser la spécificité de son travail, sa place et ses fonctions en s'appuyant sur les textes de loi définissant son statut et en s'appropriant de manière active son identité professionnelle.

► La fonction clinique

La pratique clinique du psychologue va être très étroitement liée à l'orientation théorique du service, en adéquation, de préférence, avec sa formation personnelle. Nous l'avons vu, la place de la psychanalyse dans les institutions pédopsychiatriques françaises reste importante. Elle est source de travaux de recherche riches et féconds sur, entre autres, les interactions précoces mère-bébé en situation de migration, des recherches sur les troubles du langage, sur les techniques psychothérapeutiques pour les adolescents souffrants de troubles limites, etc. Si les CMP enfants et adolescents restent en France majoritairement des lieux orientés par l'approche psychanalytique, certains CMP ont d'autres orientations, et proposent alors des prises en charges cognitivo-comportementales, systémiques ou ethnopsychiatriques (Moro, 1994 et 1998).

Selon leur lieu d'intervention, les psychologues peuvent avoir des fonctions différentes. Cette multiplicité de fonctions ouvre à différentes modalités d'écoute et nécessite, de la part du psychologue, d'adapter ses interventions aux différents cadres d'intervention et de mener un travail permanent de positionnement et de réflexion sur sa pratique. Cette réflexion peut utilement s'accompagner d'une supervision, en dehors de l'institution, pour lui permettre l'élaboration des enjeux contre-transférentiels suscités par ses contacts avec le terrain.

Nous ne pouvons développer ici, tant elles sont riches, toutes les modalités d'intervention du psychologue clinicien au CMP. Notons que, face à cette diversité, le psychologue doit rester vigilant en ce qui concerne la compatibilité des différentes missions entre elles. Voici quelques exemples.

Psychologue référent d'un suivi

Dans ce cas de figure, le psychologue a reçu la demande initiale et a été désigné comme référent du projet de soins. Il va par exemple proposer des entretiens thérapeutiques réguliers, faire des liens avec la famille, proposer d'autres modalités de prises en charge, faire appel au médecin si une prescription est envisagée ou suggérer un suivi familial conjointement. Dans ce contexte, le psychologue peut être amené à participer à des réunions à l'école dans le cadre de suivi d'un PIIS (projet individuel d'intégration scolaire), ou présenter la situation de l'enfant dans une autre structure de soins tel un hôpital de jour. Ces interventions nécessitant chaque fois un travail de préparation et de réflexion afin de trouver le juste milieu entre la mise en commun d'informations essentielles à l'organisation cohérente de la

prise en charge et le respect du secret professionnel (Castro et Santiago-Delefosse, 2001).

Psychologue psychothérapeute

Ici, le psychologue propose un travail à l'enfant qui privilégie sa réalité psychique. Compte tenu du fait que ses interventions ne visent pas les éléments de la réalité externe, il ne peut alors occuper la place de référent du projet de soins. Le cadre est pratiquement identique à celui qui est mis en place dans une consultation privée, à ceci près que le psychologue psychothérapeute est tenu de participer aux réunions de synthèse de l'équipe et que la question du paiement ne se pose pas dans les mêmes termes, les soins au CMP étant gratuits¹. Toutefois, nombre de cliniciens instaurent un paiement par l'enfant d'une somme symbolique ou d'un don d'objet (billes ou autres), afin de pouvoir réguler la relation thérapeutique par ce tiers.

Au CMP, le psychologue en place de psychothérapeute peut avoir accès à un champ clinique plus large que dans le privé : si sa formation le lui permet et s'il en a le désir, il peut proposer des psychothérapies à des enfants autistes ou psychotiques (certains psychothérapeutes du secteur privé le font, mais ils restent rares), ces suivis entrant dans le cadre de prises en charge pluridisciplinaires et sont rarement compatibles avec les contraintes de l'exercice privé.

Dans le suivi pluridisciplinaire d'un patient, il importe de distinguer la place du psychologue de celle du médecin : si le psychologue psychothérapeute n'est pas dans une position d'évaluation ou de référent d'un suivi global, il se situe plus spécifiquement dans le champ de l'écoute du sujet, à l'écart des pressions de toute autre instance externe (médicale, scolaire, juridique, éducative, sociale...). Cette disponibilité spécifique du psychologue repérée par le patient est le point d'ancrage de la rencontre thérapeutique. Rendant compte d'une étude sociologique² qui analyse les représentations que psychologues et psychiatres se font de leur place et de celle des autres, Anne Golse (2004) précise :

-
1. La gratuité étant, dans une certaine mesure, un leurre, vu que les actes sont facturés auprès de la Sécurité sociale.
 2. B. Boulanger, G. Desquesnes, A. Golse, Z. Kessar et P. Plichart (2002). *Transformation de la psychiatrie et pratiques des psychologues*, Convention de recherche 22/00, Mire-Drees, ministère de la Santé.

Les psychologues insistent sur la dimension a-hiérarchique de leur position. N'étant ni médecin ni personnel paramédical, le psychologue se situe en quelque sorte dans une extra-territorialité par rapport à la médecine. Son pouvoir est en quelque sorte de ne rien pouvoir. C'est cette place en creux, hors pouvoir par rapport au patient, qui autorise la rencontre dans le registre de l'intersubjectivité et ce faisant ouvre la possibilité d'un travail sur la subjectivité. Elle fonde également une certaine façon de travailler avec les infirmiers, dégagée des enjeux de pouvoir et de contre-pouvoir, dont le psychologue est absent par statut : le psychologue n'a pas de pouvoir pour encadrer, il ne prescrit pas, il ne signe pas d'admission ou de sortie, il peut juste donner son avis. C'est la différence radicale, la différence essentielle (avec le psychiatre)¹.

Auprès de patients plus jeunes ou ayant peu accès au langage, la fonction d'écoute s'associe à celle de l'observation directe soit de l'enfant seul, soit de la relation parent-enfant. Différentes médiations peuvent alors être utilisées dans ce champ relationnel tel que le modelage, les dessins (Anzieu *et al.*, 1996), et les jeux (Anzieu *et al.*, 2000). Pour des sujets adolescents, l'écoute psychologique s'organise le plus souvent sous la forme d'entretiens psychothérapeutiques ou à l'aide de thérapies de médiation tels que la vidéo, le photolangage, la danse (Sudres, 1998).

Psychologue psychothérapeute dans des cadres spécifiques

Le *psychodrame de groupe ou individuel* nécessite une formation spécifique à cette technique dont l'indication s'avère souvent pertinente en clinique infantile ou adolescente².

Les suivis familiaux. Nous l'avons vu plus haut, la psychopathologie pédopsychiatrique nécessite la prise en compte de l'environnement familial. Pour de nombreuses situations, on ne peut en rester à des propositions thérapeutiques destinées uniquement à l'enfant. Il apparaît en effet assez fréquemment que les troubles manifestés par l'enfant doivent être compris comme participant d'une dynamique familiale et que le suivi familial, voire la psychothérapie familiale, vont être des leviers thérapeutiques pour l'enfant. La question de l'indication d'une psychothérapie familiale d'orientation psychanalytique ou systémique se pose alors.

1. A. Golse (2004). « Psychologues et psychiatres : je t'aime, moi non plus », *Sciences humaines*, n° 147, mars, p. 30-37.

2. Cf. le dossier sur le psychodrame sur www.psynem.necker.fr.

VIGNETTE CLINIQUE N° 3

« Je suis toute vide là-dedans » :
consultation d'une mère et son fils au CMP

Une psychologue reçoit au CMP une femme d'origine tunisienne, Mme F., âgée de 37 ans qui amène son fils Ahmed sur conseil de l'école. La maîtresse lui aurait dit : « Depuis que votre petit dernier est arrivé, rien ne va plus pour Ahmed. » L'enfant, âgé de 8 ans, serait turbulent en classe, manquerait de concentration et ne réussirait pas les opérations les plus élémentaires en mathématiques. Lors de l'entretien exploratoire, la psychologue s'enquiert du déroulement de l'accouchement de son bébé que Mme F. a également amené à la consultation^a. Jetant un regard furtif sur Ahmed qui est absorbé par un jeu de construction, Mme F. précise en chuchotant que suite à une hémorragie importante, le gynécologue a dû pratiquer une hystérectomie sur elle, sous anesthésie locale. Il lui aurait montré son utérus pour bien lui signifier le résultat de l'opération. Depuis, Mme F. est dans l'incapacité totale de reprendre son travail et de s'occuper de ses enfants. Mme F. dit : « Je suis toute vide là-dedans. Le matin, je n'arrive pas à me dire ce qu'il faut faire dans la journée. » Le médecin du travail chargé de l'examiner lui aurait dit : « Vous vous laissez trop aller. Qu'est-ce que moi je devrais dire, j'ai perdu un enfant en couches et vous, vous n'avez perdu que votre utérus. En plus, vous avez déjà quatre enfants ! »

Identification des problèmes qui se posent

Nous proposons de sérier les problèmes en fonction des personnes impliquées, à savoir :

- le gynécologue : en montrant l'utérus à Mme F., il ne tient pas compte de la particularité de la situation ni de la sensibilité de cette femme et de son cadre culturel. Par cet acte abrupt, il cherche à prouver à Mme F. le caractère définitif de son intervention tout en provoquant un nouveau choc. Sans mise en mots explicative, la nouvelle reste parfaitement inassimilable pour Mme F. et constitue un traumatisme majeur ;
- le médecin du travail : elle soupçonne Mme F. de simuler ses troubles afin de bénéficier d'un arrêt de travail prolongé et la sermonne, en se référant à sa propre expérience, au lieu de la conseiller ;

– la patiente : Mme F. est confrontée à une série de bouleversements importants : elle vient d'accoucher – ce qui en soi mobilise déjà ses capacités à élaborer la « perte » de son enfant qui ne se trouve plus en elle, mais en dehors d'elle. De surcroît, on lui retire son utérus. Or, l'intervention, réalisée sans préparation psychologique particulière, porte atteinte, de manière irrémédiable, à son intégrité physique et psychique. Il s'agit d'une blessure narcissique grave qui touche aux fondements même de son sentiment d'identité, de féminité et de maternité. Comment être mère, comment être femme, comment être, après cela ?

– sa famille : en l'état actuel de ses connaissances, la psychologue du CMP ne peut que supposer les répercussions qu'a pu avoir cet événement sur le mari et les enfants de Mme F., en particulier Ahmed qui s'identifie en partie aux symptômes de sa mère (incapacité à se concentrer, etc.). Par ailleurs, le nouveau-né risque de souffrir de dysfonctionnements dans les interactions précoces avec sa mère dont la disponibilité psychique actuelle est grandement réduite.

Une analyse plus fine de la situation fait apparaître que le parcours de Mme F. est émaillé d'événements particulièrement douloureux qui ne font que réactiver, en l'aggravant, son traumatisme actuel. Ainsi, le gynécologue chirurgien qui lui montre son utérus afin de lui signifier le résultat de l'opération la confronte – alors qu'elle est déjà fragilisée par l'accouchement en lui-même – à son dedans se trouvant subitement au dehors. Le but initial de ce geste a sans doute été des plus nobles – permettre à Mme F. de faire le deuil de son organe en voyant de ses propres yeux que, vraiment, il n'est plus là où elle le croit... Au lieu de faire suivre au choc de l'opération le choc de la démonstration, le médecin aurait dû faciliter et étayer son travail de deuil par des mots compréhensifs et par des explications des raisons médicales qui ont justifié l'ablation de l'utérus. Le médecin du travail, quant à elle, insinue dans ses propos une suspicion de simulation de la part de la patiente qui « se laisserait trop aller ». Elle minimise l'importance de la perte de l'utérus de Mme F. en la faisant contraster avec sa propre perte d'un enfant en couches. Or, en tant que professionnelle, elle n'a pas à donner pour exemple son vécu personnel, aussi déchirant soit-il. Elle n'a pas non plus à attaquer les valeurs de sa patiente qui, même en ayant déjà quatre enfants, se sent profondément endommagée de ne plus avoir son utérus qui est synonyme, pour elle, non seulement de maternité, mais de féminité, voire même d'existence tout court. Dans le système

☞ culturel qui est le sien, son utérus lui a garanti jusqu'à présent l'accès à la notoriété. C'est grâce à lui qu'elle a été reconnue comme femme pouvant avoir des rapports potentiellement féconds avec son mari et pouvant lui donner des enfants.

Détermination d'un plan d'action

D'abord, il convient de créer un dispositif thérapeutique qui permettra à la psychologue de rencontrer Mme F. et Ahmed « là où ils se trouvent ». La reconnaissance et le respect de leur vécu seraient le préalable indispensable à tout projet thérapeutique. Il peut être utile, en s'appuyant sur les apports de l'ethnopsychiatrie, de construire un cadre thérapeutique permettant le respect et l'expression de la culture d'origine de Mme F. Pour ce faire, la psychologue peut demander l'aide d'un traducteur interprète lui permettant d'investiguer le parcours de Mme F. dans sa langue d'origine. Il semble utile de s'orienter vers une prise en charge mère-enfant, la prise en charge individuelle soit de l'un, soit de l'autre n'ayant que peu de chances d'aboutir.

Dans sa compréhension des troubles d'Ahmed qui reproduisent en miroir ceux de sa mère, la psychologue essaiera de tenir compte du fait que le contenant psychique de Mme F. a été gravement endommagé, voire détruit, par le retrait de son utérus. Cet événement semble représenter une double effraction tant physique que psychique, ravivant le traumatisme premier de Mme F., à savoir sa migration en France qui a constitué probablement la première fragilisation de son contenant psychique. Auparavant, celui-ci, en lui assurant une stabilité identitaire et un rôle culturellement et socialement défini, l'avait portée. Mais à l'étranger, comment porter des enfants, comment être mère, comment vivre ? La psychologue s'intéressera au déroulement des quatre grossesses de Mme T. et à la façon dont elle a pu accéder à la maternité dans son pays d'accueil. Ses quatre enfants y compris Ahmed sont-ils nés en France ? A-t-elle pris appui ici sur son cadre culturel de là-bas (présence de sa mère ou des membres féminins de sa famille élargie, intervention de sa communauté, etc.) ? Enfin, comment être mère maintenant, en se sentant si étrangère à soi-même ? Comment Mme F. explique-t-elle le mal qui lui est arrivé ? Que dit-on des femmes sans utérus en Tunisie ? Sont-elles perçues comme des êtres potentiellement maléfiques ? Voilà des questions qui pourront orienter la pratique de la psychologue qui tâchera de différencier, avec Mme T., les niveaux inti-


 mement imbriqués entre maternité et féminité. La psychologue rappellera, enfin, la nécessité vitale de l'hystérectomie qui, tout en privant Mme T. de ce qu'elle pense indispensable à sa vie, la lui a sauvée. Elle peut lui présenter ce dilemme en des termes recevables : vaut-il mieux garder son utérus, mais perdre la vie ou perdre son utérus, mais garder la vie ?

Globalement, la psychologue organisera son action auprès de Mme F. et d'Ahmed selon plusieurs axes ayant pour but commun la restauration :

- à court terme, la restauration des liens de Mme F. avec elle-même. Notons que Mme F. a dit à la psychologue : « Je suis toute vide là-dedans. » Elle vit son corps comme inhabité : il est devenu, suite au retrait de son utérus, un corps étranger, suscitant un vécu inquiétant de dépersonnalisation. Suite au traumatisme, Mme F. a perdu tout arrimage symbolique et identitaire et elle ne dispose plus, pour ainsi dire, un appareil pour penser ses pensées... La psychologue acceptera d'être un temps cet appareil pour penser ses pensées, afin qu'elle puisse en reconstituer un, cette reconstitution influant nécessairement sur l'appareil pour penser ses pensées de son fils Ahmed ;

- à moyen terme, la restauration des liens de Mme F. avec Ahmed (le fait de lui restituer, en des termes simples, ce que sa mère a vécu, mettre des mots sur sa tristesse, le faire accéder à une compréhension de la situation permettra à l'enfant de se « décoller » de la symptomatologie de sa mère et favorisera une sédation de ses troubles récents) ; avec son nouveau-né (les effets néfastes de la dépression maternelle sur l'évolution du nouveau-né sont bien connus). Afin de les prévenir, il importe de relancer chez Mme F. le processus de maternalité qui a été douloureusement interrompu par la perte, non élaborée, de son utérus. Dans un contexte plus large, il importe de s'intéresser également aux liens qu'elle entretient avec ses deux autres enfants afin de prévenir des carences éventuelles que ceux-ci peuvent subir ; avec son mari (il faudrait voir si Mme F., du fait de sa stérilité définitive, risque la répudiation). De quelle manière le mari s'occupe-t-il de leurs enfants ? Peut-il assurer « l'intérim » auprès d'eux, le temps que sa femme aille mieux ? Quelles sont les personnes ressources à mobiliser autour d'elle ? Quels sont les moyens permettant d'éviter le placement des enfants si l'état de Mme F. continue à s'aggraver de manière dramatique ?



– à long terme, la restauration des capacités de Mme F. à travailler. Il peut être intéressant pour elle de construire, en fonction des progrès obtenus, un nouveau projet professionnel qui pourrait contribuer à la rassurer et la revaloriser narcissiquement.

a. On constate que la question de la psychologue vise à la fois l'instauration d'une relation de confiance avec Mme F. et l'exploration d'une piste donnée par l'école : celle d'une jalousie, somme toute banale, qu'Ahmed éprouverait à l'égard du bébé, cette piste s'avérant fautive par la suite.

En deçà des dysfonctionnements familiaux nécessitant des suivis spécifiques, la venue au CMP est pour de nombreux parents une démarche douloureuse, pouvant toucher des zones profondes de leur narcissisme et justifiant une écoute spécifique. Dans une prise en charge dense et au long cours pour un enfant présentant des troubles graves du développement, une guidance parentale est indiquée, sous forme d'entretiens réguliers avec les parents. Un travail conjoint associant le psychiatre référent et un psychologue psychothérapeute peut alors être intéressant :

- *auprès d'un groupe thérapeutique*. Pour ce type de propositions thérapeutiques, le psychologue n'est pas toujours référé à un statut (celui de psychologue) mais plus à une fonction (celle de soignant, thérapeute, cothérapeute). C'est l'une des richesses des CMP de pouvoir proposer des soins dans le cadre de groupes. Ceux-ci se déclinent de diverses façons : groupes thérapeutiques pour enfants présentant des troubles du développement et de l'organisation de la personnalité ; groupe d'observation pour enfants de 3 à 5 ans qui présentent des troubles des interactions mais pour lesquels les simples consultations ne suffisent pas à éclaircir ce qui pose problème ; groupe thérapeutique avec médiation par l'écriture pour des pré-adolescents dans un registre d'inhibition et pour lesquels la relation duelle est trop difficile... ;
- *participation à des visites à domicile (VAD)*. Dans le cadre d'un travail thérapeutique dont les indications sont multiples, le psychologue peut se rendre à domicile, souvent avec une infirmière du secteur. L'indication des VAD va être discutée en équipe par exemple pour un nourrisson présentant des troubles de l'alimentation, avec un risque majeur pour la mère de développer une dépression dans un contexte social précaire ;
- *soins avec médiations*. En collaboration avec une infirmière, le psychologue peut mettre en place des bains thérapeutiques comme ceux proposés à une maman d'Afrique noire pour son enfant de 3 ans présentant

des troubles sévères du développement du type d'autisme infantile. Les bains ont permis d'instaurer une relation thérapeutique aidant au réinvestissement de l'enfant, à travers des soins corporels prodigués par sa mère.

Le psychologue effectuant des bilans psychologiques

Le psychologue peut également occuper la place d'« examinateur-évaluateur », par exemple en faisant passer à l'enfant des tests projectifs de type Patte Noire, CAT ou autres (*cf.* les outils évaluatifs décrits ci-dessous). Ces bilans vont être l'aboutissement d'un travail de réflexion entre le psychologue et le ou les autres membres de l'équipe demandeur. Précisons que par souci déontologique évident, les fonctions de thérapeute et celle d'évaluateur doivent être le plus strictement séparées, leur superposition créant une position ambiguë pour le psychologue et une confusion relationnelle insupportable pour l'enfant.

Le psychologue « accueillant »

Détaché du CMP pour des interventions dans le cadre du travail de prévention, il peut ainsi intervenir dans des lieux d'accueil parents-enfants tels que les « Maisons vertes » créées par Françoise Dolto¹.

Le psychologue maître de stage

Compte tenu de la grande variété des situations professionnelles, le psychologue travaillant en CMP est très souvent sollicité pour encadrer des stagiaires psychologues lors de leur stage de licence, M 1 ou M 2 professionnel.

VIGNETTE CLINIQUE N° 4

« Je devais écrire ma punition » : intervention du psychologue en CMP auprès d'un adolescent inhibé

Le psychologue du CMP reçoit en consultation Albert F., un jeune de 14 ans, suite à une automutilation (scarification de la pulpe des doigts dans un contexte où il devait rédiger une punition pour le collègue). Albert présente des difficultés relationnelles importantes marquées par une inhibition majeure et une angoisse ostensible devant un inconnu.



1. *Cf.*, dans le présent ouvrage, le chapitre 2.



Cette inhibition se traduit par une grande difficulté à s'exprimer. Ainsi, pendant les entretiens qui apparaissent vite comme une situation persécutante pour l'adolescent, il lui faut plusieurs dizaines de secondes marquées par l'hésitation avant de répondre à une question, sur un ton à peine audible. Le psychologue propose alors de recevoir avec le médecin psychiatre l'adolescent et ses parents qui notent effectivement des difficultés pour leur fils à s'exprimer avec eux, à manifester des émotions mais qui soulignent qu'il a un petit réseau d'amis fidèles avec lesquels il peut se montrer à l'aise. Au collège en dehors des cours de sport générant des angoisses, Albert ne semble pas aussi marqué par l'inhibition et peut se montrer actif en classe. Ce jeune intrigue les consultants au CMP qui se posent la question du registre psychopathologique : l'adolescent est-il en prise avec des angoisses dont l'intensité peut laisser penser qu'elles relèvent d'éléments de fonctionnements archaïques ou sont-elles en lien avec une structure névrotique marquée par des défenses obsessionnelles importantes ?

La question du diagnostic est importante en ce qu'elle est déterminante pour les soins à proposer (dont l'une des facettes est celle de la prescription éventuelle de psychotropes). Aussi est-il discuté en réunion de synthèse de l'intérêt de faire passer à Albert des tests projectifs (Rorschach ou TAT) pouvant apporter une aide au diagnostic.

Les outils évaluatifs du psychologue en clinique infanto-juvénile¹

■ Le bilan psychologique de l'enfant

Le bilan psychologique d'un enfant s'attachera à décrire, de façon aussi complète et concise que possible, l'histoire et la personnalité de l'enfant, ses manifestations cliniques et leur anamnèse, mais également son environnement et le contexte de la demande d'évaluation. L'enfant étant, par définition, un être en devenir par l'interaction constante avec son milieu, le bilan prendra place au sein des interventions visant à améliorer les conditions de sa construction et de son éducation et à ce titre devra se tenir strictement dans le cadre éthique défini par le *Code de déontologie des psychologues* (1996), notamment en ce qui concerne le but à respecter, la prudence en matière de prédictibilité et une attention particulière portée à la rédaction du compte rendu en vue d'une communication constructive des résultats.

Le bilan psychométrique permettra d'enrichir le bilan psychologique, en permettant une exploration des aspects comportementaux, cognitifs et affectifs. Sachant que tous les tests font appel, à divers degrés, à trois types de facteurs : les facteurs intellectuels (le sujet doit, *a minima* comprendre la

1. Cette section de chapitre a été rédigée par Silvia Sbedico Miquel.

consigne et être capable d'élaborer la réponse), les facteurs instrumentaux (présents proportionnellement à la participation corporelle nécessaire à la production de la réponse) et, enfin, les facteurs affectifs (participant à toute réponse, mentale ou physique, provoquée par un stimulus dont l'impact sera modulé par ce qu'il représente dans le monde imaginaire de l'enfant). Parmi les qualités psychométriques des outils, la validité prédictive demandera que l'on y porte une attention particulière chez l'enfant. L'utilisation des tests trouve pleinement sa justification dans le fait, souligné par de nombreux auteurs, que le clinicien ne saurait se satisfaire, surtout en ce qui concerne l'enfant, de la précarité que constitue l'appréciation subjective de l'efficacité.

Épreuves graphiques : les dessins

Le dessin, par sa simplicité de passation et sa bonne acceptation spontanée, peut constituer une excellente « entrée en matière » pour tout bilan auprès d'un enfant ne présentant pas *a priori* de difficultés grapho-perceptives. Concernant cette épreuve, S. Bourgé nous rappelle qu'« un dessin, plus que toute autre épreuve, devra toujours être considéré simultanément à travers les trois types de facteurs qui influencent son élaboration : grapho-perceptif, mental et affectif¹ ». Ces propos soulignent l'intérêt et la place de choix de ce type d'épreuve dans le bilan psychologique d'un enfant. Diverses épreuves visent à standardiser la lecture des éléments relevant des facteurs impliqués :

Les épreuves faisant appel à la copie de dessins géométriques

Elles explorent préférentiellement les facteurs instrumentaux d'un point de vue psychogénétique. En effet, la copie de dessins géométriques permet de bien repérer les progrès au niveau de l'organisation grapho-perceptive. Les épreuves construites à partir de ce constat se présentent seules ou intégrées au sein de batteries de tests. Elles ont une bonne validité selon les classes d'âge pour lesquelles elles ont été étudiées. Citons rapidement : les *figures complexes* de Rey-Osterrieth (deux formes sont validées : de 4 à 7 ans et à partir de 8 ans), le *test moteur de structuration visuelle* de Bender-Santucci (4 à 15 ans), le *Test sans langage* de Borelli-Oléron (moteur, non verbal, de 4 à 9 ans).

Le dessin à thème

- *Le dessin du bonhomme* de F. Goodenough (épreuve utilisée comme test de *développement mental*, avec de bonnes qualités psychométriques de 4 à 12 ans).
- *Le dessin de la dame* de Fay (adapté par A. Rey, créé pour améliorer la sensibilité à chaque âge de l'épreuve du bonhomme, étalonnage de 5 à 12 ans, comme test de développement). Ces épreuves sont nées de la nécessité d'établir une norme, à partir d'un groupe d'étalonnage, pour pouvoir estimer simplement un niveau de développement mental. D'autre part, la copie de figures géométriques semblait insuffisante pour pouvoir délimiter la richesse, la fidélité et la structuration du dessin.

1. Cf. Bourgé S. (1984). *Approche génétique et psychanalytique de l'enfant*, t. I, chap. 1, Paris, Delachaux et Niestlé.

Le dessin libre

Présenté au chapitre 3, il peut être considéré comme une épreuve projective dans l'analyse des aspects affectifs.

Différents niveaux d'évaluation seront nécessaires et complémentaires dans la constitution du bilan psychométrique. En effet, trois niveaux de mesure sont discernables en psychopathologie quantitative :

- *le niveau comportemental* correspondant à ce qui est observable par toute personne (attitudes, comportements, conduites du sujet) est supposé être le plus objectif. Ce niveau différencie les comportements « externalisés » (comme l'agitation, l'hyperactivité, etc.) des comportements « internalisés » (attitudes de repli, d'inhibition, etc.) ce qui explique que ce niveau ne soit pas superposable aux classifications syndromiques (puisque à un même type de comportement peuvent correspondre des entités syndromiques différentes). Ce niveau de mesure est le plus exploré actuellement chez l'enfant car le plus consensuel ;
- *le niveau syndromique* correspond à l'évaluation des entités pathologiques reconnues (comme la dépression, par exemple), ce qui suppose un consensus sur la reconnaissance et l'identification de ces entités ;
- *le niveau étiologique*, enfin, correspond à l'évaluation de facteurs causaux qui seraient directement impliqués dans la survenue d'un trouble psychiatrique. Ce niveau reste, dans le domaine des troubles mentaux, un niveau hypothétique et expérimental mais qui est à même d'enrichir et d'affiner l'appréciation clinique.

■ L'évaluation comportementale

Les inventaires psycho-comportementaux chez l'enfant vont s'attacher à l'évaluation des comportements observables, durables et répétitifs. Cette observation sera basée sur l'observation de l'enfant en milieu naturel et sera renseignée par des personnes issues de l'environnement habituel de l'enfant (parents, enseignants, soignants...). De ce fait, ces instruments ont été construits en veillant à leur clarté et à leur simplicité d'utilisation. Ils sont bien validés actuellement et vont apporter une grande richesse et cohérence d'informations au clinicien aussi bien lors de l'évaluation individuelle des perturbations comportementales d'un enfant, dégageant un profil comportemental particulier, que dans des évaluations épidémiologiques recherchant, en population générale ou clinique, la fréquence d'apparition de tel ou tel trouble comportemental. Néanmoins, les données obtenues à l'aide de ces outils, ne pourront se substituer aux critères diagnostiques et au jugement clinique qu'ils visent à étoffer. Mentionnons à titre d'exemple :

Conners Rating Scales (Échelles d'évaluation de Conners) ; Conners (1969, 1970, 1982) et Goyette et al. (1978). Traduction française : Dugas et Cook (1987)

Ces échelles ont été développées en plusieurs étapes, dans le but d'évaluer essentiellement la symptomatologie de l'hyperactivité et des troubles comportementaux qui lui sont associés. Les questionnaires s'appuient sur l'observation directe de l'enfant par l'entourage. La formulation des items est simple et évocatrice pour des personnes non formées à la clinique. Il existe trois versions des questionnaires de Conners :

Le questionnaire destiné aux parents (PSQ : Parents Symptoms Questionnaire)

La forme révisée de ce questionnaire, destiné à l'évaluation des comportements de l'enfant à partir de l'observation par les parents, comporte quarante-huit items et a une validité étendue (de 3 à 17 ans). Les données (comme pour le TSQ, forme abrégée) sont normalisées pour l'âge et le sexe de l'enfant. La structure factorielle dégage cinq facteurs principaux : troubles des conduites ; problèmes d'apprentissage ; manifestations psychosomatiques ; impulsivité-hyperactivité ; anxiété. De plus, il existe un index d'hyperactivité, de dix items, correspondant aux items les plus caractéristiques de l'hyperactivité.

Le questionnaire destiné aux enseignants (TSQ : Teacher Symptoms Questionnaire)

Ce questionnaire, constitué de vingt-huit items, sera rempli par les enseignants. Les scores se répartissent en 3 facteurs principaux : trouble des conduites ; hyperactivité ; immaturité-passivité. Comme dans le PSQ, il existe un index d'hyperactivité constitué de dix items.

L'individualisation de l'index d'hyperactivité de dix items communs aux questionnaires enseignants et parents constitue le 3^e questionnaire

Cet index est constitué des dix comportements les plus sensibles aux effets des médicaments ; il est donc particulièrement indiqué pour les évaluations répétées (hebdomadaires) dans le suivi d'enfants sous traitement. Son objectif est de noter la présence et la sévérité des symptômes dans le fonctionnement actuel du sujet. Il peut être utilisé aussi bien par les parents, que par les enseignants ou les soignants.

Les questionnaires de Conners permettent, donc, d'établir un index psychopathologique comportemental chez des enfants hyperactifs et une évaluation complémentaire de la symptomatologie des conduites dans des situations relationnelles et comportementales variées.

Voir également : la CBCL (*Children Behaviour Check List*, Liste de comportements pour les enfants) et la CGAS (*Children Global Assessment Scale*) présentées au chapitre 7, ainsi que la CDRS-R (*Children Depression Rating Scale Revised*, Échelle d'évaluation de la dépression de l'enfant révisée) exposée au chapitre 10 ainsi que les mesures de la douleur chez l'enfant présentées dans cette même section.

■ L'évaluation cognitive de l'enfant

Elle se fait souvent essentiellement à l'aide de batteries de tests¹ qui permettront d'asseoir un suivi, éducatif et thérapeutique, de l'enfant au plus près de ses compétences et de ses besoins. De nombreuses techniques et approches² existent, qu'il est impossible de développer ici. Ces batteries sont constituées d'un ensemble homogène d'épreuves dont l'administration, la cotation et les normes de référence répondent au même type de critères ce

-
1. Cf. les échelles de Wechsler (permettant de calculer les QI) ; la batterie K-ABC ; les EDEI-R (Échelles différentielles d'efficacités intellectuelles) ; les DAT (tests différentiels d'aptitude)... Nous nous limiterons ici à la présentation du K-ABC.
 2. Les tests inspirés du modèle piagétien du développement, les tests factoriels mesurant l'intelligence fluide ou l'intelligence cristallisée, tests de visualisation ou de mémoire.

qui permettra la comparaison des modes de performance du sujet dans les divers registres intellectuels.

Parmi la multitude d'instruments et de techniques, en continuel développement, mentionnons rapidement deux types d'outils, innovants, qui vont sans doute connaître un grand essor dans les années à venir. D'une part, les *batteries de tests informatisés* dont la présentation semble particulièrement adaptée et motivante pour les nouvelles générations d'enfants, attirés et rapidement familiarisés avec l'outil informatique. D'autre part, *l'évaluation dynamique* qui introduit de nouveaux liens entre diagnostic et possibilités de remédiation cognitive.

K-ABC, Batterie de Kaufman ; Kaufman et al. (1983). Version française (1993)

Cette batterie permet l'évaluation des aptitudes intellectuelles chez des enfants âgés de 2 ans et demi à 12 ans dans le champ clinique ou scolaire. Sa durée d'administration est comprise entre 45 et 70 minutes. Cette batterie a été construite à partir du modèle neuropsychologique de Luria (1973). Ce modèle postule qu'il est possible de distinguer les *processus séquentiels* (correspondant à une démarche analytique et dépendant de la zone fronto-temporale du cerveau) des *processus simultanés* (qui correspondent à une démarche globale, dépendant de la zone occipito-temporale). Néanmoins, les auteurs insistent sur le rôle du milieu dans le développement intellectuel, leur vision ne se limitant pas à une approche uniquement anatomiste des fonctions cognitives et s'appuyant sur de nombreux travaux scientifiques récents, pour la plupart cognitivistes. Le choix des subtests s'est fondé sur l'observation des besoins en matière d'évaluation de l'intelligence. Les auteurs se sont particulièrement appliqués à adapter leur outil en fonction des problématiques soulevées par des populations difficilement évaluables avec les instruments classiques (enfants handicapés, déficience mentale, minorités ethniques...). La batterie répare certains défauts des batteries classiques et constitue un réel progrès dans divers domaines (innovation avec de nouvelles épreuves, inexistantes jusqu'alors, directement basées sur les derniers travaux de recherche fondamentale en psychologie cognitive, temps de passation libre des items, simplification de la cotation...).

La batterie est composée de seize subtests, dont au maximum treize seront passés par l'enfant, en fonction de son âge. Les sept premiers tests constituent l'échelle « séquentielle » dont les items se basent sur un traitement séquentiel de l'information qui reflète un processus adaptatif aux niveaux scolaire et social (fenêtre magique, reconnaissance de personnes et de formes, triangles, matrices analogiques, mémoire spatiale, séries de photos). Les trois suivants composent l'échelle « simultanée » (mouvement de main à imiter, mémoire immédiate de chiffres, suite de mots). Une échelle composite rassemble ces deux premières échelles pour apprécier l'intelligence fluide. Les six derniers tests constituent « l'échelle connaissance » mesurant l'intelligence cristallisée, influencée par le milieu socioculturel et la scolarité du sujet (Vocabulaire courant, Personnages et lieux connus, Arithmétique, Devinettes, Lecture et déchiffrement, Lecture et compréhension).

Selon de nombreux auteurs¹, la K-ABC constitue un des outils psychométriques pour l'enfant le plus accompli. Elle constitue un modèle dans le domaine dont l'intérêt propre dépasse celui du test. Cette batterie est un excellent outil diagnostique qui permet également de mettre en place une remédiation étayée sur le profil cognitif du sujet grâce aux modalités pédagogiques qu'elle offre. En s'appuyant sur un modèle psycholinguistique, il serait possible de favoriser un développement de l'enfant sur le plan des matières scolaires (lecture, orthographe, mathématiques). La richesse des éléments cliniques et diagnostiques qu'offre au clinicien la K-ABC est bien supérieure aux autres instruments (styles cognitifs, traits de personnalité, connaissances procédurales et déclaratives, compétences scolaires, etc.).

Le clinicien pourra toutefois compléter le bilan psychométrique des aspects cognitifs par l'utilisation de tests explorant des domaines que n'aborde pas la K-ABC : créativité, compréhension et raisonnement verbal.

Tests dynamiques : Test des processus cognitifs de Swanson² (1995) et LPAD de Feuerstein³ (1985)

Ces deux épreuves, reconnues internationalement (malheureusement la première n'est pas encore adaptée en France), ont été construites en vue d'évaluer les aspects cognitifs dans une perspective dynamique de l'intelligence. Ces outils repensent l'évaluation cognitive, dans le champ de l'éducation et de la formation, en provoquant une mobilisation de l'intelligence en action et des processus d'apprentissage. C'est la capacité de l'enfant à modifier son fonctionnement cognitif, face à une tâche, qui sera mesurée et non pas sa capacité d'adaptation à la tâche. Dans ce but, le gain cognitif de l'enfant suite à une aide extérieure sera pris en compte. Les épreuves dynamiques semblent plus valides et plus à même de mesurer et de comprendre le fonctionnement cognitif chez l'enfant en situation d'apprentissage, ce qui en fait des épreuves de choix pour l'établissement d'un projet pédagogique ou de remédiation cognitive au plus près du fonctionnement cognitif de l'apprenant. Ces tests semblent utiles pour des enfants dont les caractéristiques rendent difficile l'utilisation d'instruments classiques, cependant, leur passation est plus longue et ils ne concernent que certains aspects de l'apprentissage, ce qui limite leur portée.

NEPSY (Bilan neuropsychologique de l'enfant) ; Korkman M. et al. (1997). Adaptation française : ECPA (2003)

Cet outil très utile pour mener une évaluation complète du développement neuropsychologique de l'enfant est présenté au chapitre 7.

■ **L'évaluation affective de l'enfant**

Les techniques projectives⁴ seront la voie royale pour l'exploration des aspects affectifs, même si, comme nous l'avons évoqué, l'affectivité de l'enfant est exprimée par de nombreux signes dans les autres types

1. Cf. notamment : Bernaud J.-L. (2000). *Tests et théories de l'intelligence*, Paris, Dunod.
 2. Swanson H.L. (1995c). *Swanson-Cognitive Processing Test (S-CPT)*, Austin, TX, Pro-Ed.
 3. Feuerstein R., Rand Y., Haywood C., Hoffman M.B., Jensen M.R. et al. (1985). *LPAD – Learning Potential Assessment Device Manual*, Jérusalem, HWCRI.
 4. Dessin libre et tests projectifs.

d'épreuves (appréciant le fonctionnement intellectuel, les fonctions instrumentales, les comportements...). Symptômes et affectivité sont toujours étroitement mêlés. Cette phase de l'examen permettra notamment de circonscrire le rôle des symptômes et de comprendre leur fonction dans la dynamique de la personnalité de l'enfant (voire de sa famille). Chaque test projectif sera spécifique par le niveau de régression et le type de projection qu'il induit, la comparaison qu'il permettra entre le contenu manifeste et les contenus latents. Ces épreuves seront idéalement utilisées dans une perspective dynamique du sujet, autorisant à situer l'enfant, à partir du constat actuel, dans l'ensemble de son évolution affective. Cette perspective permet notamment d'explorer les différentes hypothèses cliniques et d'étayer une compréhension opérante de la problématique du sujet pour la mise en place d'un suivi adapté, qui ne risque pas de réactiver l'origine des symptômes et de renforcer, de ce fait, les modes défensifs qui avaient favorisé l'apparition du symptôme. Ces outils sont donc précieux pour l'analyse de la demande afin de situer l'enfant, de discerner quelle est sa demande implicite, la cause et l'intensité de la souffrance latente étayant cette demande.

La conception, la passation et l'analyse des données de ces tests se fondent sur une conception psychanalytique du développement de l'affectivité chez l'enfant. Ces outils demandent, pour pouvoir être utilisés dans des conditions déontologiquement acceptables auprès d'enfants, non seulement une bonne connaissance des concepts de la psychanalyse mais également de sa pratique, ce qui pose le problème de la formation nécessaire pour leur utilisation. Les principaux tests projectifs utilisés chez l'enfant sont :

Le « Patte noire »

Il permet la réactivation de situations familiales pré-génitales avec prégnance de la rivalité fraternelle, chez des enfants de 5 à 12 ans.

Le CAT

C'est la version étalonnée pour enfants de 3 à 7 ans du TAT. Ce test permet une bonne approche des conflits et de l'adaptabilité relationnelle et sociale de l'enfant.

Le Rorschach

Il peut être appliqué dès l'âge de 3 ans, mais sa passation comporte des risques de choc, chez des enfants jeunes et émotifs, qu'il est important de savoir évaluer pour pouvoir les contenir. Cette épreuve est très sensible et révélatrice des perturbations affectives de la perception. Elle permet une comparaison fine de la capacité intellectuelle avec les potentialités de l'enfant. Le Rorschach peut permettre de détecter certaines pseudo-débilités. Il pourra également être utilisé en complément avec le CAT ou le TAT.

Nous invitons vivement le lecteur à approfondir l'approche de ces épreuves dans la volumineuse littérature spécialisée qui leur a été consacrée¹.

1. Citons notamment Chabert C. et Brelet-Foulard F. (2003). *Nouveau Manuel du TAT*, Paris, Dunod ; Emmanuelli M. et Azoulay A. (2001). *Les Épreuves projectives à l'adolescence*, Paris, Dunod ; Emmanuelli M. (2004). *L'Examen psychologique en clinique. Situations, méthodes et étude de cas*, Paris, Dunod.

■ Outils pour l'évaluation de la douleur chez l'enfant¹

Diverses modalités d'évaluation existent chez l'enfant plus grand. Nous ne ferons ici que les énumérer :

- l'utilisation des *échelles unidimensionnelles* de la douleur peut être possible. Elles sont de trois genres : l'EVA (Échelle visuelle analogique), l'EN (Échelle numérique) ou l'EVS (Échelle visuelle simple) ;
- *planches de visages* (figurant des expressions correspondant à l'intensité de la douleur) ;
- *dessin et utilisation du schéma corporel* (l'enfant doit colorier l'endroit de sa douleur) ;
- les *algotubes* : en étant attentif à la formulation de la consigne en fonction du niveau de compréhension de l'enfant, on lui demande de désigner le cube dont la taille correspond à l'intensité de sa douleur.

Échelle douleur San Salvador²(DESS) ; Combe, Collignon et coll., hôpital de San Salvador, Hyères, France (1993)

Cette échelle originellement construite pour évaluer la douleur chez l'enfant polyhandicapé et dont l'utilisation a été étendue à d'autres types de handicap est présentée au chapitre 5 du présent ouvrage.

Score CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Postoperative Scale³) ; Mc Grath P.J. et coll. (1985)

Cette échelle permet l'évaluation de la douleur post-opératoire de l'enfant de 1 à 5 ans.

DEGR (Grille douleur enfant Gustave Roussy) ; Gauvain-Piquard A. (1999)

Cette grille pour la *douleur chronique⁴* chez l'enfant plus grand est la seule grille d'observation comportementale qui ait fait l'objet d'un travail de validation dans un service d'oncologie pédiatrique. Elle comporte dix items cotés de 0 à 4 (après une observation de quatre heures) qui se regroupent en trois catégories.

Les signes directs de la douleur (5 items) :

- la position antalgique au repos ;
- la protection spontanée des zones douloureuses ;
- l'attitude antalgique dans le mouvement ;
- le contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise (mobilisation passive) ;
- les réactions à l'examen des zones douloureuses.

1. Les outils pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et le petit enfant (depuis la naissance) ainsi que la problématique qui y est associée sont présentés au chapitre 1 du présent ouvrage.

2. Cf. site Internet de la faculté de médecine, ULP, Strasbourg, France et site CISMéF.

3. Cf. Mc Grath P.J. et coll. (1985). « The CHEOPS : A behavioural scale to measure postoperative pain in children », in Fields *et al.*, *Advances in Pain Research and Therapy*, NY, Raven Press, p. 395-402.

4. « La douleur chronique fait référence au temps (douleur supérieure à 3 ou 6 mois selon les auteurs). Un enfant de 3 mois, qui souffre continuellement depuis sa naissance peut être considéré comme un douloureux chronique », in site Internet de la faculté de médecine, ULP, Strasbourg, France.

L'expression volontaire de la douleur (2 items)

Les plaintes somatiques et la localisation de zones douloureuses par l'enfant.

L'atonie psychomotrice (3 items) :

- le manque d'expressivité (capacité de l'enfant à ressentir et à exprimer sentiments et émotions, étudiée alors que l'enfant a des raisons de s'animer) ;
- le désintérêt pour le monde extérieur (énergie pour rentrer en relation avec le monde environnant) ;
- la lenteur et rareté des mouvements (comparaison à faire avec l'activité gestuelle habituelle d'un enfant de cet âge).

Il est important de rechercher ces trois ensembles de signes (contradictoires avec les repères habituels comme les cris, pleurs, agitation, etc.) caractérisant le tableau d'atonie psychomotrice car ces enfants hyperalgiques, qui paraissent tristes, ne communiquant plus, immobiles, ne réagissant plus aux stimulations extérieures, ont été longtemps diagnostiqués comme dépressifs.

► La fonction inter- et intra-institutionnelle

Le champ d'activité du psychologue au CMP ne se limite pas au travail auprès des patients. Son activité peut concerner tout autant l'équipe soignante ou d'autres structures de soins de l'intersecteur, ou encore des partenaires dans le cadre des missions de réseau du secteur. Ainsi, auprès des équipes soignantes ou dans le cadre des réseaux de soins :

- le psychologue trouve une place spécifique dans les temps cliniques de l'équipe. En réunion de synthèse, il a une fonction de soutien pour l'élaboration des situations évoquées ;
- il peut être amené à proposer des temps d'élaboration pour des soignants intervenant sur d'autres structures de l'intersecteur. Par exemple, certains soignants infirmiers ou éducateurs de l'hôpital de jour pour enfants du secteur bénéficient d'un temps hebdomadaire d'élaboration avec l'un des psychologues du secteur ;
- dans le cadre d'un travail de lien entre le secteur et l'Éducation nationale, le psychologue et un médecin animent mensuellement des réunions dans un collège avec le principal, le CPE (conseiller principal d'éducation), des professeurs et l'équipe médico-sociale du collège. Ils proposent une écoute attentive de situations qui mettent en difficulté les professeurs, l'infirmière, le médecin scolaire et l'assistante sociale, inquiétés par le comportement de certains adolescents. Les situations évoquées sont celles d'adolescents en grande difficulté, évoluant dans un contexte social, affectif et familial soit très carencé soit destructurant. Ces temps permettent une élaboration de situations conflictuelles et une prise de

distance vis-à-vis des éprouvés douloureux des équipes éducatives. C'est aussi l'occasion de renforcer la connaissance mutuelle des partenaires, d'aider à l'orientation vers des lieux de soins adaptés et de faire un travail de clarification des places et fonctions de chacun auprès des adolescents.

La diversité des places possibles pour le psychologue clinicien peut avoir pour écueil la confusion des fonctions dans un suivi faisant intervenir différents soignants, avec pour corollaire des tensions institutionnelles.

VIGNETTE CLINIQUE N° 5

« On ne sait plus qui croire... » : complexité du suivi d'un enfant psychotique

Octave C. est un enfant de 6 ans, qui bénéficie de soins sur le CMP de son secteur depuis ses 3 ans. Peu de temps après son entrée en maternelle, la maîtresse a fait part aux parents de son inquiétude devant le retard de langage et les troubles du comportement de leur fils et leur avait conseillé de prendre rendez-vous au CMP.

Une psychologue, Madame A., a reçu Octave et ses parents en premier. Elle a observé des troubles relationnels importants, une labilité du contact et un retard d'acquisition du langage. Elle a proposé des entretiens parents enfants mensuels puis indiqué un temps de soins sur un groupe thérapeutique bihebdomadaire auquel participent 3 à 5 enfants présentant des troubles du développement et de l'organisation de la personnalité (du registre de l'autisme, de la psychose infantile, des dysharmonies...) et animé par une collègue psychologue, Madame B. et une infirmière psychiatrique.

Pendant les deux ans et demi de suivi sur ce groupe, Octave a fait d'importants progrès sur le plan du langage et de la communication mais ses relations aux autres restent marquées par un mauvais ajustement de la distance – il a des mouvements de collage ou de retraits soudains. Par ailleurs, les difficultés d'intégration scolaire se sont majorées malgré le PIIS (projet individuel d'intégration scolaire) qui a été élaboré avec l'inspection académique et l'équipe éducative de l'école en partenariat avec le CMP. Dans ce contexte, Madame A., la psychologue consultante référente du suivi sur le secteur propose une orientation vers l'hôpital de jour et un suivi psychothérapeutique avec un troisième psychologue du secteur, Monsieur C. qui reçoit les enfants psychotiques de l'hôpital de jour.



La proposition d'hospitalisation de jour n'a pas d'emblée rencontré l'adhésion de tous les partenaires de soins. Octave se montre en effet très différent en fonction de ses interlocuteurs et des divergences autour de son diagnostic apparaissent. La question du projet de soins est alors évoquée en synthèse au CMP. Une période d'observation à l'hôpital de jour confirme finalement l'indication. Dans l'attente d'une place, le docteur D., médecin psychiatre responsable de l'hôpital de jour et référent des suivis d'enfants et de leur famille sur cette unité, propose, en concertation avec Madame A., des temps scolaires dans l'école spécialisée du secteur pour maintenir des temps d'apprentissage pédagogiques, Octave montrant un vif intérêt pour les lettres, les livres, etc. Ces temps seront partagés par Octave en binôme avec un autre enfant. Or, leur réalisation s'avère très difficile – Octave se montre très désorganisé et après une tentative de temps scolaires individuels tout aussi infructueuse, il est décidé d'interrompre momentanément tout projet scolaire. Octave n'ayant pas pu être maintenu dans l'école de son quartier, sa déscolarisation totale doit permettre aussi aux parents, qui déniaient massivement les troubles de leur fils, d'investir la proposition de soins sur l'hôpital de jour.

À l'approche de l'admission à l'hôpital de jour, le suivi sur le groupe thérapeutique se termine. Octave manque la dernière séance et sa référente, Madame A. est informée *a posteriori* qu'Octave avait rendez-vous ce jour-là avec ses parents chez le docteur G., psychiatre psychanalyste, superviseur du thérapeute d'Octave, Monsieur C., pour un entretien et une présentation clinique dans le cadre d'une école psychanalytique. Le superviseur aurait recommandé aux parents de s'adresser au médecin responsable de l'hôpital de jour pour redemander des temps scolaires pour Octave. Cette proposition arrive précisément au moment de la pré-admission à l'hôpital de jour, période particulièrement douloureuse pour les parents où est travaillé le deuil d'une scolarité classique.

Dans le suivi d'Octave, cette intervention extérieure hors concertation des référents du projet de soins induit une discontinuité dans les soins, une confusion des espaces et des représentations des fonctions de chacun. Ces difficultés d'ordre institutionnel et interpersonnel reproduisent, en miroir, les caractéristiques d'enfants présentant des pathologies lourdes lesquelles génèrent dans l'équipe des soignants des clivages en écho à





ceux, opérants dans le fonctionnement psychique du patient et de sa famille. La prise de conscience, dans le contexte d'un groupe de réflexion sur la pratique, permet à l'équipe de dépasser ces dysfonctionnements et contaminations psychiques (Pinel, 1996), lesquels pointent la nécessaire articulation des interventions de chaque professionnel auprès de ces enfants et de leurs familles.

Cette situation met en relief la complexité des propositions thérapeutiques qui peuvent être construites sur un secteur à partir du CMP. Ici la famille et l'enfant ont eu à faire à trois psychologues et deux médecins psychiatres, chacun à des places différentes :

- madame A. psychologue consultante du CMP, référente du projet de soins sur le secteur pour Octave ;
- le docteur D., psychiatre référent pour ce qui concerne le suivi à l'hôpital de jour ;
- madame B., la psychologue animatrice du groupe thérapeutique ;
- monsieur C., psychothérapeute d'Octave pour la psychothérapie individuelle ;
- et, enfin, le docteur G., psychiatre, psychanalyste et superviseur du dernier.

Une analyse plus approfondie de la situation fait apparaître que :

- les dysfonctionnements institutionnels s'instaurent inévitablement lorsque les liens ne sont pas fonctionnels entre les différents intervenants, avec pour risque d'induire une discontinuité là où précisément les soins ont pour premier objectif la continuité ;
- un repérage clair des fonctions et places de chaque intervenant est absolument nécessaire dans une prise en charge toujours complexe, ce repérage étant la condition *sine qua non* pour éviter la confusion. La démultiplication des intervenants et les contradictions entre eux risquant de rendre le projet de soins peu lisible pour les parents d'Octave et, en premier lieu, pour lui-même ;
- lors des analyses de la pratique, il y a nécessité de travailler en équipe les sentiments de rivalité qui peuvent exister entre les différents intervenants, les enjeux narcissiques d'une prise en charge et les disqualifications entre intervenants limitant grandement l'efficacité de leur travail. À titre d'exemple, l'on peut s'interroger sur le fait que le rendez-vous avec le docteur G. ait été fixé, en lieu et place de la dernière séance d'Octave en groupe thérapeutique avec Mme B., cet empiétement





instaurant une suprématie de la première intervention sur la deuxième. Par ailleurs, on peut questionner le fait que, sur les plans déontologique, éthique et clinique, le superviseur quitte par trois fois sa place. En tant que superviseur de Monsieur C., il n'a pas à rencontrer l'enfant dont il supervise la prise en charge et encore moins à en présenter personnellement le cas dans le contexte d'un enseignement psychanalytique. Enfin, il n'a pas à s'octroyer la direction du projet thérapeutique d'Octave en conseillant aux parents de redemander des temps scolaires auprès de l'hôpital de jour. La superposition des places et le télescopage des rôles étant dévalorisant pour tous les intervenants et, *a fortiori*, extrêmement confusionnant pour la famille dont la confiance en l'organisation des soins peut être grandement entamée.

► Le temps FIR¹

Comme nous l'avons précisé plus haut, un tiers du temps de travail du psychologue lui est accordé pour sa formation, son information, ses recherches. L'investissement personnel important qu'implique le travail psychique avec des patients sur un secteur de pédopsychiatrie nécessite pour le psychologue d'avoir des temps de travail hors institution consacrés entre autres à sa formation personnelle.

Dans son livre *L'Entretien clinique* (1983), Colette Chiland souligne :

La formation comporte des éléments de savoir acquis au cours de ces études diverses. Mais le savoir positif en notre domaine ne constitue pas un corpus cohérent et achevé qu'on puisse enseigner dogmatiquement ou axiomatiquement et posséder une fois pour toutes [...]. Les éléments de savoir dont nous disposons sont fragmentaires, situés dans des problématiques différentes où la manière de poser des questions sur le développement psychique, la structure de la personnalité, la relation de l'individu à son environnement entraîne des réponses différentes. L'enseignement donné ne peut être que critique et réfléchi, invitant le psychologue et le clinicien à « la formation continue », montrant l'importance de la culture et de l'expérience. [...] L'originalité de la formation dans notre domaine vient du travail sur soi que doit avoir effectué le clinicien pour acquérir une certaine maîtrise de lui-même comme instrument. Ce que le clinicien met au service d'autrui, ce ne sont pas seulement ses connaissances, c'est, selon le terme qu'on voudra employer, son appareil psy-

1. Compte tenu de la continuité de la réflexion en clinique infantile, le lecteur consultera avec profit, dans les chapitres 1, 2 et 3 du présent ouvrage, les passages consacrés au temps FIR.

chique, sa psyché, son fonctionnement mental, sa capacité de ressentir, de comprendre et d'élaborer ; si c'est un savoir, c'est un savoir vivant, incarné, où il paie de sa personne¹.

Ainsi, le temps FIR apparaît comme un temps de régulation indispensable au psychologue, maintenant sa capacité d'exercer un métier à risque en se donnant les moyens de la formation personnelle, en participant à des séminaires, à des travaux de recherche, à un enseignement... Précisons plus en détail le contenu de ce temps FIR.

Formation

L'étudiant en psychologie désireux d'exercer dans le secteur infanto-juvénile pourra choisir, dès le Master 2, une spécialisation « enfants et adolescents » laquelle est proposée par de nombreuses universités². S'il souhaite mieux prendre en compte, dans la construction de son projet professionnel, les besoins spécifiques des personnes migrantes, il peut s'inscrire dans un M 2 clinique et psychopathologie interculturelle (par exemple proposé par l'université Paris V) ou effectuer, après l'obtention de son M 2, un DU Pratiques professionnelles en situation interculturelle (Paris V), ou un DU Ethno-psychologie et ethno-psychopathologie de l'enfant (université Paris VIII)³.

Une fois sur le terrain, il peut compléter, en fonction de ses choix théoriques, sa formation initiale. À titre d'exemple, l'université Paris V propose un DU en art-thérapie. La Société psychanalytique de Paris (SPP), la Société d'étude du psychodrame pratique et théorique (SEPT) et l'université Lyon-II offrent des formations au psychodrame dont l'indication est souvent posée en clinique infantile. Différents instituts de psychanalyse préparent à un exercice thérapeutique d'orientation psychanalytique auprès d'enfants⁴. L'utilisation des tests peut être approfondie par un DU de techniques projectives (Université Paris V). L'approche systémique, quant à elle, est enseignée par exemple à l'université Paris VIII qui propose un DESU (diplôme d'études supérieures d'université) de thérapies familiales et pratiques systémiques.

1. C. Chiland (dir.) (1983). *L'Entretien clinique*, Paris, PUF, p. 16-17.

2. Consulter l'*Annuaire national des universités*, édité chaque année par la conférence des présidents d'université, *L'Étudiant* ou le site www.letudiant.fr.

3. <http://www.chez.com/psico/psico/lesdiplomesuniversitaires.htm> regroupe les DU pouvant intéresser le psychologue clinicien.

4. Se reporter pour plus de détails au chapitre 10 rédigé par Michel Moral et Silke Schauder, in S. Schauder (dir. ; 2007), *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées*, Paris, Dunod.

À l'inverse, le psychologue peut également assurer des temps de formation auprès de professionnels ayant des demandes spécifiques (enseignants, infirmiers, etc.), afin de les faire bénéficier de connaissances pouvant les aider dans leur travail. Parmi les thèmes qui seront abordés, citons la violence chez les jeunes, la dépression de l'adolescent, la prévention du sida, les addictions, la prévention du suicide, etc.

Information

Dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence, de très nombreux colloques et journées sont organisés chaque année. En fonction de ses centres d'intérêt, le psychologue fera son choix en consultant par exemple l'agenda des manifestations sur www.carnetpsy.com, le site de la Société française de psychologie (www.sfpsy.org), ou encore le *Journal des psychologues*. Parmi les revues spécialisées pouvant apporter des éléments de réflexion pour sa pratique, citons *L'Autre*, *La Lettre du GRAPE*, *Dialogue*, *Journal de psychanalyse de l'enfant*, *Psychiatrie de l'enfant*, *L'Information psychiatrique*, *Perspectives psychiatriques*, *Pratiques psychologiques*, *Psychodrame* et, enfin, *Neuro-psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*.

Sur le plan de la vie associative, le psychologue travaillant en CMP peut par exemple se rapprocher de l'Association française des psychologues cliniciens. Sur le site www.psychologie.org, il trouvera un grand nombre d'autres associations et syndicats de psychologues lui permettant de s'affilier à un groupe d'appartenance et de s'engager dans une réflexion commune sur la pratique.

Recherche

En ce qui concerne les recherches que le psychologue en CMP peut mener, elles sont, à l'instar du terrain, éminemment diversifiées. Il convient de se renseigner, par l'intermédiaire de l'Annuaire national des universités, sur les Master 2 Recherche et thèses proposés dans ce domaine spécifique.

4. Conclusion

Nous venons de le voir, le travail du psychologue clinicien dans un CMP pour enfants et adolescents est très varié. Le psychologue s'il a un statut bien défini par la loi peut avoir de multiples fonctions au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Son statut lui offre une place spécifique : à la fois intégré

dans un projet de service coordonné par le médecin psychiatre responsable de l'unité, il n'a pas de lien hiérarchique vis-à-vis de celui-ci. Le psychologue, spécialiste de la relation, a souvent une place privilégiée à partir de laquelle il peut proposer une rencontre thérapeutique fondée sur la reconnaissance et le respect de la dimension psychique du sujet.

Inscrit dans une équipe pluridisciplinaire, partenaire dans des projets de soins pour enfants qui nécessitent de nombreux liens avec l'extérieur – le champ familial, scolaire, social – le psychologue doit dans chacune des fonctions qu'il occupe, définir sa place et la signifier clairement à ses différents interlocuteurs. Son travail dans le domaine de la psychiatrie, et plus largement de la souffrance psychique, mobilise vivement sa propre subjectivité et à ce titre, sa pratique clinique sera nourrie en permanence par une réflexion sur lui-même, le psychologue clinicien étant, depuis l'heureuse expression de Chiland (1983), « son propre outil ».

5. Pour aller plus loin

- www.psychologue.fr est le site de référence concernant la profession de psychologue en France.
- www.lepsyduweb.com est un site général recensant les ressources en psychologie, psychanalyse, psychiatrie.
- www.sospsy.com est un site de documentation permettant de trouver rapidement tel ou tel texte de Freud, de Mélanie Klein, de Winnicott, une notion, un concept...
- www.fondation-enfance.org est le site de la Fondation pour l'enfance. Il regroupe un grand nombre d'informations utiles.
- www.psy-desir.com propose de nombreuses rubriques sur la pédopsychiatrie.

Références bibliographiques

- ABENSOUR L. (2001). « Le psychanalyste dans la cité. La création du centre de psychanalyse du 13^e », *Psychanalyse et psychose*, 1, p. 21-34.
- ANZIEU A., BARBEY L., BEERNARD-NEZ J., DAYMAS S. (1996). *Le Travail du dessin en psychothérapie d'enfant*. Paris, Dunod.

- ANZIEU A., ANZIEU-PREMMEREUR C., DAYMAS S. (2000). *Le Jeu en psychothérapie de l'enfant*. Paris, Dunod.
- AUSLOOS G. (1995). *La Compétence des familles*. Ramonville St-Agne, Érès.
- BERGER M. (1995). *Le Travail thérapeutique avec la famille*. Paris, Dunod.
- CASTRO D., SANTIAGO-DELEFOSSE M. (dir.) (2001). *Pratiques déontologiques en psychologie*. Révigny-sur-Ornain, Hommes et perspectives.
- DECOBERT S., SACCO F. (2000). *Psychothérapie psychanalytique de l'enfant et de sa famille*. Ramonville St-Agne, Érès.
- FREUD A. (1926). *Le Traitement psychanalytique des enfants*. Paris, PUF, 2002.
- GILLIÉRON E. (1994). *Le Premier Entretien en psychothérapie*. Paris, Dunod.
- GOLSE A. (2004). « Psychologues et psychiatres : je t'aime, moi non plus », *Sciences Humaines*, 147, p. 30-37.
- KLEIN M. (1921). *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot, 1968.
- LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M. (1999). *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, PUF.
- MORO M.-R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris, PUF.
- MORO M.-R. (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris, Dunod, coll. « Thérapies » ; 2^e éd. sous le titre *Psychothérapie des enfants et des adolescents*, 2000.
- ORTIGUES M., ORTIGUES C.E. (1986). *Comment se décide une psychothérapie d'enfant ?* Paris, Denoël.
- PINEL J.-P. (1996). « La déliaison pathologique des liens institutionnels », in R. Kaës et al. *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris, Dunod, p. 49-79.
- SAMACHER R. (2002). « Les psychologues cliniciens : Du secteur aux réseaux ; Quels métiers pour quelles pratiques ? », *Pratiques en santé mentale*, 48 (3), p. 22-28.
- SANCHEZ-CARDENAS M. (1994). *La Place des parents dans la consultation pédopsychiatrique de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, Masson.
- SUDRES J.-L. (1998). *L'Adolescent en art-thérapie*. Paris, Dunod.
- WINNICOTT D.W. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, PUF.



CHAPITRE
5



*Le psychologue clinicien
et l'obligation de signalement¹*



1. Par Jean-Luc Viaux.

Sommaire

▶ Introduction.....	Page 259
▶ 1. Le cadre légal d'intervention	Page 262
▶ 2. Qu'est-ce que signaler ?	Page 270
▶ 3. La rédaction du signalement par un psychologue	Page 281
▶ 4. Conclusion.....	Page 287
▶ 5. Pour aller plus loin	Page 288
▶ Références bibliographiques.....	Page 290

Introduction

Signaler un enfant en danger ou victime de mauvais traitements n'est pas une action facile ni d'un point de vue personnel, ni d'un point de vue professionnel. On pourrait penser que les psychologues sont mieux formés, mieux armés que d'autres professionnels pour repérer et synthétiser les signes du danger psychologique ou de mauvais traitements : la rareté de réflexions, d'enseignements et d'écrits sur les pratiques montre qu'il y a lieu de s'interroger. Les éléments apportés dans ce chapitre seront donc une information sur le cadre légal et une réflexion pour agir d'une façon générale, sans prétention à épuiser toutes les questions qui se posent :

- d'un point de vue personnel : le signalement est souvent perçu comme un acte proche de la délation, une action « contre » quelqu'un, alors que le signalement d'un enfant en danger n'est pas affaire d'éthique personnelle puisqu'il est imposé par la loi.
- d'un point de vue professionnel : le signalement est un acte très complexe, ce qu'oublie trop facilement les critiques (médias et politiques) qui accusent régulièrement les institutions de n'avoir pas su signaler, ou au contraire de dénoncer abusivement. D'une part il n'existe pas de signes « évidents » de danger ou de mauvais traitements ; d'autre part, sauf exception, les intervenants ne travaillent pas isolément mais dans des équipes sous contrôle hiérarchique et, de ce fait, les dynamiques institutionnelles complexifient et alourdissent les processus de signalement.

Ce chapitre s'appuie sur les textes officiels, sur la documentation existante – bien que celle-ci soit difficile d'accès – et sur l'expérience acquise à décrypter des situations après signalement, en mesurant notamment les effets, la portée et l'efficacité. Il pose d'abord le cadre légal d'intervention pour définir ensuite ce qu'est signaler. Des exemples concrétisent les difficultés et les modalités de la rédaction d'un signalement par le psychologue. Enfin, un volet documentaire permet d'approfondir les questions débattues.

Une des réalités les plus visibles de la protection de l'enfance est l'inégalité de traitement selon les territoires. Pour son premier rapport en 2005, l'ONED (Observatoire national de l'enfance en danger) a pu analyser

quinze guides de signalement dont douze seulement produits par les départements, qui sont en charge de cette question, alors qu'il y a cent départements français, et dans tous il y a des enfants maltraités. Si le ministère de la Justice a produit un guide de référence sur les « bonnes pratiques » en matière de prise en charge des enfants victimes de violences sexuelles, il n'existe pas plus d'une dizaine de centres de référence reconnus pour leur accueil, dont une partie dans des villes moyennes (Béziers, Châlons-sur-Saône, Saint-Brieuc...) quand des métropoles régionales en sont totalement dépourvues.

Le psychologue « de terrain » peut donc s'attendre à être assez seul face à cette problématique, dont l'évaluation va souvent lui être confiée, en vertu d'un préjugé de compétences. Il faut bien reconnaître qu'il existe peu d'enseignements dans les maquettes universitaires qui soient consacrés non seulement à l'inceste mais aux maltraitances de toutes sortes ainsi qu'à la pratique de l'examen spécifique de l'enfant maltraité.

Encadré n°1 Informer et signaler

Il convient de définir en premier de quoi il s'agit.

Informer consiste à porter à la connaissance des équipes de professionnels (assistantes sociales, psychologues, médecins ou infirmières scolaires...) par voie orale (entretien, téléphone) ou écrite (courrier, télécopie) la situation d'un enfant potentiellement en danger (inquiétude sur des comportements inhabituels, faits observés, propos entendus ou rapportés...). L'« information signalante » a été définie par l'ODAS^a (www.odas.net) :

« Informations parvenant au conseil général souvent improprement nommées "signalement". Il s'agit des informations caractérisant un enfant en danger, qui peuvent provenir du SNATEM^b (119), du voisinage, des associations, des familles ou encore de services ou d'intervenants médicaux, sociaux ou éducatifs en contact avec l'enfant ou sa famille ou l'institution qu'il fréquente. Toute information mérite une évaluation, même si la famille est déjà connue d'un service social, de la PMI ou de l'ASE. » En l'absence de faits de nature pénale (ce qu'un professionnel ne peut évaluer seul) et si les parents acceptent l'intervention proposée par les services départementaux, un signalement au parquet n'est pas obligatoire.



Signaler consiste à alerter l'autorité administrative ou judiciaire, après une évaluation (pluridisciplinaire si possible) de la situation et des souffrances d'un enfant, conduisant à penser que cette souffrance est le résultat d'une action ou d'une omission de soins préjudiciables à l'enfant.

Cette distinction entre information et signalement est de nature à apporter une réponse administrative ou judiciaire justifiée et adaptée à la situation de l'enfant. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que des maltraitements, entendus au sens large, ne sont pas assimilables systématiquement à des infractions pénales. C'est pourquoi l'évaluation pluridisciplinaire du mineur constitue une précaution indispensable qu'avait déjà envisagée la loi n° 89487 du 10 juillet 1989. Le signalement doit donc être entendu comme un « écrit objectif comprenant une évaluation de la situation d'un mineur présumé en risque de danger ou en danger nécessitant une mesure de protection administrative ou judiciaire » (Créoff, 2003).

a. Observatoire décentralisé de l'action sociale.

b. Service national d'accueil téléphonique de l'enfance maltraitée.

Le rôle des psychologues dans le signalement demeure le même que dans toute son activité professionnelle : préserver et favoriser l'autonomie de la personne. Les psychologues les plus souvent confrontés à la question du signalement travaillent dans des institutions de santé (hôpital, centre de consultation enfants ou adultes), dans les institutions éducatives (AEMO, foyer, institutions spécialisées), et dans le système éducatif public et privé (psychologues scolaires). D'autres psychologues peuvent être confrontés à cette question : en psychiatrie parce qu'ils ont affaire à des adultes qui potentiellement mettent leurs enfants en danger, ou à des enfants perturbés ayant été victime de mauvais traitements, enfin dans les lieux d'accueil et de soins d'adultes handicapés dont les troubles ou déficiences peuvent affaiblir la compétence parentale. De même, les psychologues exerçant en libéral sont souvent sollicités de certifier la bonne ou mauvaise parentalité, voir d'attester que tel enfant a été maltraité (sexuellement en particulier) par un parent auquel le psychologue n'a pas accès : les règles à respecter sont les mêmes que dans tous les cas d'exercice, à savoir qu'il se doit de se prémunir d'une telle instrumentalisation qui est contraire à sa déontologie.

1. Le cadre légal d'intervention

« Le signalement est le plus souvent défini comme l'information évaluée, écrite présentant une situation d'enfant en danger, adressée à l'autorité administrative et/ou judiciaire compétente », indique Créoff (2003) en introduction de son chapitre sur la question. Cette apparente limpidité de la démarche est immédiatement mise en discussion par cette auteure, comme par bien d'autres, en raison de l'imprécision des textes et de leurs apparentes contradictions.

L'ODAS a recommandé, plutôt que de parler de « signalement », d'utiliser la terminologie « information signalante ».

Encadré n°2

Pourquoi préférer l'expression « information préoccupante » ou « inquiétante » à celle d'« information signalante » ?

Les services d'aide sociale à l'enfance ont de plus en plus pris l'habitude d'employer le terme d'« information signalante » issu de la définition proposée par l'ODAS.

En effet, avant que le document pluridisciplinaire écrit ne soit élaboré, les conseils généraux reçoivent des informations qui conduisent à mettre en place une évaluation ou une action immédiate. La difficulté, lorsque l'on cherche à travailler à la fois avec l'entrée judiciaire et l'entrée administrative, est qu'une même information (courrier, télécopie ou appel téléphonique) sera considérée comme « information signalante » si elle arrive à l'ASE ou comme un « signalement » si elle arrive directement au procureur ou au juge des enfants dans le cadre de l'assistance éducative (sauf si elle émane d'un service de police ou de gendarmerie, dans ce cas il s'agit d'une procédure).

Afin d'éviter toute forme de confusion, nous parlerons d'information préoccupante ou inquiétante au sens littéral du terme, pour nommer tout élément d'information susceptible de laisser craindre qu'un enfant puisse avoir besoin d'aide.

Rapport ONED 2005, p. 11, www.oned.gouv.fr.

La raison de cette discussion, qu'il faut connaître parfaitement pour signaler dans les règles, tient autant au double système de protection de l'enfance, judiciaire et administratif, qu'à l'imprécision de la notion même d'enfant en danger (Nogrix, 2005).

La protection de l'enfance repose sur un texte fort et important du *Code civil* :

« Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel. [...] » (art. 375, *Code civil*).

C'est à partir de ce texte que se pose la question du signalement. Il n'est pas nécessaire que le danger soit tel que le mineur subisse des atteintes corporelles ou psychiques pour qu'il soit indispensable de le protéger. Mais la limite est ténue entre des désordres dus aux carences générées par la précarité sociale et les atteintes à la « sécurité » ou à la « santé » par des coups, des privations, voir une promiscuité sexuelle laissant supposer des abus. Il faut souligner que la mise en danger de la santé concerne aussi la dimension psychologique selon un arrêt de la Cour de Cassation (Civ. 1^{er} 14.06.1988, *Bull.* n° 192 – cité par Huyette, 2003).

Ce texte de l'article 375 génère non seulement la possibilité de l'assistance éducative mais aussi celle de faire soigner le mineur, quand bien même ses parents ne perçoivent pas les désordres somatiques ou psychologiques. Mais il ne définit rien d'une obligation à signaler quand un professionnel perçoit le danger. L'obligation découle d'une articulation avec plusieurs textes du code pénal et du code de procédure pénale qui rendent le signalement incontournable dès lors que le danger est devenu crime ou « sévices ». Notamment celui-ci :

« Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende. Sont exceptés des dispositions qui précèdent, *sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs de quinze ans* : 1° les parents en ligne directe et leurs conjoints, ainsi que les frères et sœurs et leurs conjoints, de l'auteur ou du complice du crime ; 2° le conjoint de l'auteur ou du complice du crime, ou la personne qui vit notoirement en situation maritale avec lui. Sont également exceptées des dispositions du premier alinéa les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13 » (art. 434-1, *Code pénal*).

Ce texte impose en fait la dénonciation des crimes et délits qui peuvent se commettre à nouveau et dont la connaissance par les autorités permettrait de limiter « les effets » : quand un enfant est battu chez lui par un parent, il est probable que, sauf intervention, il sera de nouveau battu le soir ou le lendemain. Cette prévisibilité entraîne quasi inéluctablement un signalement. L'exception ne vaut que pour la parenté directe, ou par la possibilité du secret professionnel. On verra que celui-ci est dans ce cas très limité. Un deuxième texte du *Code pénal* vient à l'appui du premier renforcer le devoir de signaler :

« Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13 » (art. 434-3, *Code pénal*).

Nous avons trop tendance à penser que le signalement ne concerne que l'enfance. Cet article 434-3 rappelle sans ambiguïté qu'il s'agit de protéger toute personne vulnérable (personnes âgées, handicapés adultes sous tutelle ou sans protection particulière, voire femme enceinte ou personne en grande précarité). Le cadre de ce chapitre est trop étroit pour aborder l'ensemble de ces questions, mais plus que d'autres tous les psychologues qui travaillent auprès de ces publics doivent intégrer cette dimension du signalement à leurs pratiques, et gérer au mieux les contradictions que ces obligations génèrent.

La protection administrative de l'enfance : le signalement aux autorités administratives

Il découle de la loi du 10 juillet 1989 tout un dispositif administratif d'aide aux familles et de protection de l'enfance. Cependant, concernant le signalement, le texte du *Code de l'action sociale et des familles* (CASF) n'est pas dépourvu d'ambiguïté :

« Lorsqu'un mineur est victime de mauvais traitements ou lorsqu'il est présumé l'être, et qu'il est impossible d'évaluer la situation ou que la famille refuse manifestement d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance, le président du conseil général avise sans délai

l'autorité judiciaire et, le cas échéant, lui fait connaître les actions déjà menées auprès du mineur et de la famille concernés » (art. L226-4, *CASF*).

Comme le remarque Créoff (2003), la virgule placée après « présumé l'être » permet de comprendre que seules doivent être signalées à l'autorité judiciaire les situations de maltraitance (ou supposées de) quand l'évaluation est impossible et en l'absence de collaboration des parents. Cela revient à établir une combinatoire décisionnelle à partir de trois critères : maltraitance, évaluation possible, collaboration des parents. Du coup les interprétations ont été, selon les lieux, les juges, les dispositifs mis en place par les conseils généraux, soit une saisine systématique de la justice avec peu d'éléments, soit au contraire une évaluation très complète avant information de la justice. Pourtant, en utilisant la formule « présumé l'être » le législateur a parfaitement exprimé la volonté que la justice soit saisie même en cas d'une évaluation incertaine. La rigueur avec laquelle a été appliqué le « non-secret » professionnel sur des affaires de maltraitance montre que la tendance générale est plutôt en faveur d'une interprétation « judiciarisante » des signalements.

Il n'en reste pas moins que cette loi de protection de l'enfance ne définit pas plus que d'autres textes les contours de la maltraitance, ce qui permet bien des arguties.

Peut-on ne pas signaler ? Du secret professionnel et de ses limites

Des textes cités ci-dessus il apparaît que l'on peut s'abstenir de révéler des violences, crimes et délits si l'on est tenu au secret professionnel. Les psychologues par leur profession et leurs missions habituelles entrent dans cette catégorie :

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende » (art. 226-13, *Code pénal*).

Mais cet article ne concerne qu'un nombre limité de psychologues praticiens qui travaillent en privé. On oublie trop souvent en effet que le *Code de procédure pénale* (CPP) contient un article sans ambiguïté sur les devoirs des fonctionnaires, qui ne souffre pas d'exception y compris au nom du secret professionnel.

« Le procureur de la République reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner conformément aux dispositions de l'article 40-1.

Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs » (art. 40, Code de procédure pénal).

Le signalement des cas de mauvais traitements, qui sont qualifiés de délits et de crimes dans le Code pénal, est donc *un devoir – qui ne souffre aucune exception* – et s'impose aux personnels de l'Éducation nationale, de la Justice, des établissements hospitaliers, des personnels des collectivités locales... soit la très grande majorité des psychologues cliniciens exerçant dans le domaine de l'enfance. Avec cette précision que celui qui, sans être fonctionnaire, est contractuel sur un poste de fonctionnaire (emploi « public ») est tenu aux mêmes obligations.

Encadré n°3

Les modalités de saisie du procureur

Par exemple, on lit dans un document en ligne de l'Éducation nationale^a, datant de 2001, auquel se réfèrent nombre de sites académiques :

« 3.2. Quand saisir le procureur de la République ?

Le procureur de la République ne peut être informé de la commission des infractions que par les plaintes des victimes ou les dénonciations des tiers. C'est pourquoi l'article 40 du Code de procédure pénale dispose que "toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur."

Dès lors, dans tous les cas où des faits criminels ou délictueux sont constatés qu'ils soient avérés ou aient fait l'objet d'une révélation de la victime ou d'un tiers, le procureur de la République doit être saisi.

Si un enfant a dénoncé des agissements répréhensibles et qu'il a porté des accusations précises et circonstanciées, il appartient à chacun des agents (fonctionnaires ou assimilés) au sein de la communauté scolaire d'en aviser immédiatement le procureur de la République. »

a. « Repères pour la prévention et le traitement des violences sexuelles », sur le site <http://www.education.gouv.fr/publication/prevention>

Dans toutes les autres situations professionnelles (employé d'association, praticien libéral etc.), le code pénal a prévu en matière de protection des personnes une exception générale au secret, qui permet donc de signaler sans violer le secret professionnel.

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

[...] Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire » (art. 223-14, Code pénal).

On remarquera que ce texte comprend trois niveaux. Le premier niveau indique qu'il n'y a pas faute, d'une façon générale, à s'affranchir du secret professionnel quand la loi le prévoit (par exemple pour les fonctionnaires) : le secret n'est pas applicable *dans les cas où*, etc. Le deuxième niveau rend le secret inopposable : il « n'est pas applicable » (c'est ici une forme absolue) dans les cas de violences strictement définies, les sévices ou atteintes sexuelles sur personnes vulnérables (pas seulement les mineurs !). Ces deux niveaux ne laissent aucune marge d'appréciation. Mais par le passé, suite à des plaintes de particuliers, certaines administrations ou ordres professionnels ont sanctionné des professionnels qui avaient révélé sans leur accord des mauvais traitements. Il a donc été ajouté un troisième niveau : on ne peut plus prendre de sanctions administratives contre ceux qui font leur devoir, au sens du code pénal.

La logique du signalement, dans l'acception définie en introduction, doit donc prévaloir aussi dans les établissements privés associatifs, très souvent chargés de service public car ils sont organisés sur la base de conventionnement et de textes qui les assimilent dans leur fonctionnement hiérarchique à ce dispositif de soins. Il s'agit là d'une conséquence du fait qu'ils reçoivent beaucoup d'enfants qui sont majoritairement « sous main de justice », car ayant fait l'objet d'une mesure prise par le Juge des Enfants.

Encadré n°4 Exemple de jurisprudence

« Le secret professionnel imposé aux membres d'un service éducatif sur la situation d'un mineur confié à celui-ci par le juge des enfants est inopposable à cette autorité judiciaire, à laquelle ils sont tenus de rendre compte de son évolution et notamment de tous mauvais traitements, en vertu des articles 375 et suivants du code civil et de l'article 1199-NCPC^a, pris pour leur application, tout comme le secret est inopposable selon l'article 80 code de la famille, au président du conseil général pour les mineurs relevant de sa compétence ». Cette décision de la Cour de Cassation (Crim. 8 octobre 97, in Recueil Dalloz, 1198, IR p. 001) valide une décision de condamnation d'une équipe (dont un psychologue) qui n'a pas signalé le viol d'un mineur placé. La Cour de Cassation ajoute que la cour d'appel qui a condamné ces professionnels a eu raison d'écarter le droit au secret tel que décrit dans l'art. 434-3 du code pénal, qui n'était pas en vigueur au moment des faits, ce texte ne différant pas fondamentalement du précédent. »

a. NCPC : *Nouveau Code de procédure civile*.

Par ailleurs le psychologue de ces établissements associatifs ne peut invoquer sa propre déontologie professionnelle. Même si celle-ci, adoptée en 1996 par des associations et syndicats professionnels, était légalisée, elle préconise avant tout un strict respect de la loi. Quant à l'article 223-13 du *Code pénal*, il n'exclut pas que le professionnel soit investi d'une mission définie par l'institution : celle-ci peut estimer qu'il n'existe pas de secret « interne » et que c'est l'institution qui fait le signalement et non un professionnel.

La situation inverse est toute aussi complexe et périlleuse : le psychologue en tant que citoyen est tenu comme quiconque de dénoncer les délits et crimes, or son institution-employeur peut s'y opposer (à tort ou raison). Il n'est pas certain que le psychologue soit légitimement fondé à passer outre – au regard de sa mission – alors qu'il l'est au regard de la loi et de son éthique, mais au risque de son emploi. Ce dilemme ne peut pas et ne doit pas être traité légèrement en se réfugiant derrière une confiance aveugle dans l'éthique du secret : d'une part il faut prendre conseil d'un juriste compétent (et non d'un magistrat du parquet, qui conseillera tou-

jours de signaler¹), d'autre part ne pas se croire à l'abri d'une déontologie dont la solidité juridique est loin d'être établie et n'aura jamais la force du *Code pénal*. En effet la phrase finale ajoutée récemment au texte du 223-14, protège le professionnel de plaintes abusives pour dénonciation calomnieuse, mais cela ne signifie pour autant aucune impunité (cf. la jurisprudence de la Cour de Cassation). Seul le *Code de l'action sociale et des familles* (CASF) a apporté depuis 2002 une certaine protection, bien utile :

« Dans les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, le fait qu'un salarié ou un agent a témoigné de mauvais traitements ou privations infligés à une personne accueillie ou relaté de tels agissements ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement du contrat de travail, ou pour décider la résiliation du contrat de travail ou une sanction disciplinaire. En cas de licenciement, le juge peut prononcer la réintégration du salarié concerné si celui-ci le demande » (art. L. 313-24, *CASF*).

Il n'existe donc aucun statut spécial ni aucune disposition légale qui affranchisse le psychologue des obligations incombant à tout citoyen. Ce n'est pas sans fondement. L'une des idées force de la « fraternité » républicaine, qui figure au fronton de nos mairies, est précisément le devoir d'assistance à tous ceux qui sont en péril : il serait étrange que les professions qui ont vocation à secourir s'affranchissent de cette solidarité.

C'est une tout autre situation d'être psychologue libéral, surtout dans un exercice de type thérapeutique : la mission découle alors du contrat passé avec le client. Dès lors rompre le secret revient à s'affranchir de ce contrat – qui est légitime – et ne peut se faire que dans des cas limités, tout aussi légitimes : la certitude² qu'un délit de violence est commis, et de l'incapacité de la personne par son état (handicap) ou son âge (moins de 15 ans) à se protéger tel que l'exprime l'article 213-14. Comme le fait observer le

1. Ce cas est arrivé à un médecin connu qui a répondu à la demande d'un procureur : la personne mise en cause dans le signalement a obtenu une sanction lourde du Conseil de l'ordre contre ce médecin.

2. Le psychologue travaillant sur la réalité psychique et non sur la réalité factuelle, il est évident que les certitudes dans ce domaine ne se mesurent pas selon les mêmes modalités que pour un enquêteur ou un juge : elles ne se fondent que sur des éléments cliniques. Faut-il rappeler que le psychologue n'enquête pas et n'a pas à établir la matérialité des faits ?

*Code de déontologie des psychologues*¹ (1996) dans son article 13, il n'est pas inutile de s'entourer dans ce cas des avis de collègues expérimentés : décider seul de savoir ce qui l'emporte de l'obligation de secret ou de l'obligation de signaler est périlleux, la jurisprudence des tribunaux en témoigne.

2. Qu'est-ce que signaler ?

Le signalement n'est pas une délation, c'est une protection de l'enfant. Le signalement n'entraîne pas nécessairement une sanction à l'égard des familles, mais il peut, au contraire, permettre de révéler des situations de souffrance familiale et aboutir à une aide en direction de la famille. Il s'agit avant tout, sur la base d'une évaluation, toujours menée collectivement, non pas d'apporter une « preuve » de mauvais traitements mais de faire émerger des faits tangibles (sévices, privations) pour que la Justice puisse se saisir. Nul ne peut penser que des agirs entravant la possibilité pour l'enfant de se développer harmonieusement ne doivent pas être traités de telle façon que l'enfant puisse bénéficier à nouveau d'un environnement favorable. Le signalement en mettant un coup d'arrêt à des comportements négatifs, en forçant la famille à expliquer son fonctionnement, peut favoriser une modification de la représentation du bien-être d'un enfant : le but est donc moins la sanction que la modification des comportements familiaux. La plupart des signalements n'aboutissent pas à des sanctions mais à des suivis par le juge des Enfants et l'ASE, et ceux qui comportent des sanctions sont la plupart du temps accompagnés de ce même suivi.

Ce n'est pas parce que chacun peut avoir connaissance des « échecs » de signalement, de ces situations où le résultat semble un éclatement de la famille, avec des rancœurs tenaces de certaines personnes contre « la DDASS² », comme ils disent, que le signalement est condamnable. Il est très excessif de penser, comme Berger (2004), que la protection de

1. De nombreux articles de codes ayant valeur législative étant cité dans ce chapitre, il convient de préciser que la terminologie « code de déontologie », usuelle depuis 1961 chez les psychologues, ne doit pas créer de confusion : il ne s'agit pas d'un « code » ayant la valeur du *Code civil* ou du *Code de la santé*, faute d'avoir fait l'objet d'une prise en compte réglementaire ou législative. Il s'agit seulement d'un « engagement » qui a suffisamment de consistance pour être éventuellement opposé en justice à un psychologue, comme l'ont montré quelques affaires récentes.

2. DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Elle avait jusqu'à la décentralisation la responsabilité de l'enfance en danger, et a été remplacée dans ce rôle par les « ASE » (Aide sociale à l'enfance) de chaque département. Cf. le chapitre 4 du présent ouvrage.

l'enfance échoue en raison d'un manque de capacité des équipes à savoir traiter de cas complexes : on ne peut pas demander à toutes les équipes de l'ASE, à tous les psychologues scolaires, à tous les travailleurs sociaux, d'avoir une formation pointue en psychopathologie. Certes on peut comprendre les tensions que suscite dans les équipes de pédopsychiatrie le constat que dans certains cas « on » est passé à côté d'une pathologie pervertissant de façon gravissime le lien parent-enfant et donc lésant le développement de l'enfant : le remède est dans la coopération, les réseaux, le conseil, la recherche, les journées d'études, plus que dans l'exaspération ou l'anathème. Il y a une différence radicale entre « signaler » et décider : les équipes signalent, expliquent, proposent et la justice sanctionne ou protège. Cette séparation des tâches et des pouvoirs est une garantie pour le droit et l'autonomie des personnes, ce qui devrait particulièrement satisfaire les psychologues, conformément à leur déontologie.

Les circuits de signalement

On peut résumer le dispositif le plus courant par un schéma général car ce dispositif est variable selon les départements : il faut tenir compte de la proximité et l'implication ou non d'un service d'urgence pédiatrique CHU ou d'un service d'accueil spécifique, de conventions santé-ASE-Justice etc. Il est toujours possible d'appeler le « 119 » pour obtenir un renseignement. Un projet de loi, présenté au parlement à l'automne 2006, prévoit que chaque département dispose d'une cellule spécialisée de signalement pour l'enfance en danger.

On peut décrire trois niveaux : le niveau où l'enfant va être repéré et sa souffrance ou ses comportements interprétés comme signaux d'alerte d'un danger qu'il vit ; le niveau de transmission qui selon l'origine est directement la justice (substitut du procureur chargé des mineurs), l'ASE (conseil général) quand le signalement provient du secteur social et associatif, ou l'académie (Éducation nationale) quand le signalement provient d'un établissement scolaire. Mais les trois peuvent être (et sont parfois) saisis concurremment. Au niveau suivant se situent d'une part les intervenants qui vont concourir à établir la gravité de ce qui est arrivé à l'enfant et l'intentionnalité éventuelle de le maltraiter et d'autre part le pivot de la protection de l'enfance, à savoir le juge des enfants (voir figure 5.1).

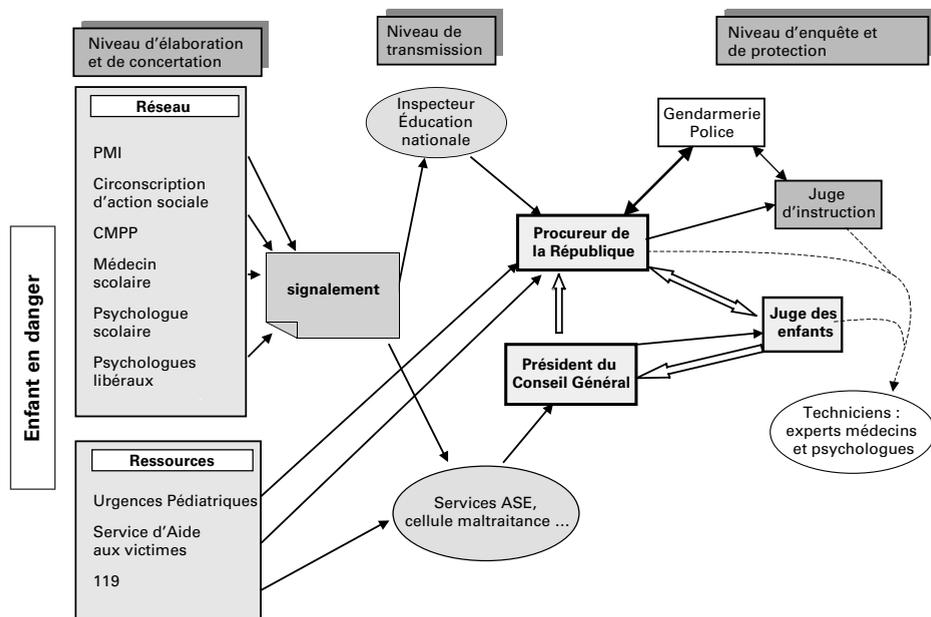


Figure 5.1
Schéma des circuits de signalement

Les psychologues des différentes institutions du réseau ou liés à ce réseau (ce qui est assez souvent le cas en exercice libéral) participent en fonction de leur mission au signalement.

La procédure de signalement

Chaque administration locale ou nationale a mis au point, de façon plus ou moins précise, des procédures de signalement. L'appartenance à ces administrations va conditionner la place prise par le psychologue, au sein d'une équipe ou sous sa responsabilité propre dans le signalement.

► La procédure normale

Depuis la loi du 10 juillet 1989, le service de l'aide sociale à l'enfance, en liaison avec le service de Protection maternelle et infantile, le service social départemental¹ et tout autre service compétent a pour mission d'organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités. En dehors

1. Nous utilisons les terminologies les plus usitées pour ces services qui portent parfois d'autres noms dans les départements.

donc des procédures spécifiques de l'Éducation nationale, toutes les institutions, y compris l'hôpital, informent ou passent par le biais de ces services.

Tout professionnel qui a connaissance d'une situation d'enfant en danger ou en risque de danger, s'efforcera selon sa place dans le dispositif soit de transmettre, soit de recueillir toutes informations utiles auprès des autres professionnels connaissant la famille (enseignants, médecins, travailleurs sociaux...). Ces éléments d'information, consignés dans un rapport écrit, devront permettre d'apprécier l'opportunité d'une mesure administrative ou d'un signalement à l'autorité judiciaire.

Il faut rappeler que ce n'est pas le juge des enfants qui doit être informé : celui-ci ne peut être saisi directement que par le mineur, ses parents ou tuteurs, les personnes ou services à qui il a été confié et le Parquet (substitut du procureur de la République chargé des mineurs). Le juge des enfants n'a compétence pénale que pour les auteurs de faits délictueux qui sont eux-mêmes des mineurs. Pour les victimes, s'il n'a pas déjà un dossier ouvert, il sera de toute façon saisi dans un second temps en protection de l'enfant, car le substitut des mineurs peut prendre une ordonnance de placement provisoire (OPP) pour un placement d'urgence d'une durée de huit jours maximum, et doit donc passer le relais au juge des enfants très vite.

Nombre de signalants s'efforcent d'obtenir l'accord d'un membre de la famille, en apparence non concerné par ce dont l'enfant a parlé, pour l'inciter à aller déposer plainte. Ce n'est pas toujours adapté :

- dans les histoires d'inceste (plus de 90 % des affaires de délits sexuels sont intrafamiliales) il est bien difficile en première intention de savoir qui est impliqué ou pas ;
- dès lors qu'il s'agit de familles en conflits (séparation parentale ou conflit parents/grands-parents), il y a une augmentation des dénonciations calomnieuses avec instrumentalisation des intervenants ;
- dans les syndromes de Münchhausen par un proche, les parents ne demandent qu'à soigner leurs enfants... puisqu'ils les victimisent par ce moyen. Et dans le cas de personnalités pathologiques, ces parents vont utiliser les informations qu'on leur donne, en leur décrivant ce qu'on a observé chez l'enfant, pour savoir comment présenter les choses devant les juges des enfants sous forme incidente ou accidentelle, et obtenir de garder auprès d'eux l'enfant ;
- le fait qu'une famille porte plainte ne délivre pas la personne qui a recueilli le témoignage de l'enfant ou observé un comportement alimentant le soupçon de son devoir de signaler (signalement qui se surajoutera

à la plainte le cas échéant). D'autant que certaines familles après avoir assuré qu'elles porteraient plainte ne le font pas, et quand le problème revient à la surface, elles assurent que l'enfant a tout simplement dit qu'il avait menti. Si le professionnel signale, une évaluation approfondie sera mise en place, ce qui permettra de voir plus clair dans ces aveux suivis de rétractations.

► La procédure d'urgence

Elle ne se justifie que lorsqu'une décision de protection (en pratique un placement) ne recueillant pas l'accord des titulaires de l'autorité parentale, paraît devoir être prononcée en urgence ou si les parents sont les auteurs présumés de la maltraitance. C'est le cas quand un enfant énonce qu'il a été victime d'un viol par un membre de sa famille encore présent au domicile, ou que son état physique montre qu'il a été battu.

La procédure d'urgence s'applique particulièrement lorsque le mineur reste en contact avec l'auteur présumé des faits dont il dit être victime et qu'une enquête immédiate doit être ordonnée.

Il convient en ces cas de prendre l'attache téléphonique du magistrat du Parquet chargé des affaires de mineurs, celui-ci étant compétent sur l'ensemble du département (le parquet est joignable 24 heures/24 directement ou par l'intermédiaire du commissariat de police ou de la gendarmerie hors des heures et jours ouvrables). Ce signalement téléphonique doit impérativement être complété par la remise ou l'envoi d'un rapport écrit et de tout document complémentaire utile (certificat médical notamment).

Lorsque le mineur objet du signalement est victime de faits susceptibles de recevoir une qualification pénale, un contact peut également être pris avec les services de police ou gendarmerie territorialement compétents.

Cette procédure très générale s'applique à tous les cas de maltraitance.

La difficulté cruciale provient non des cas où l'atteinte somatique (des coups visibles par exemple) parle de façon claire, et où un constat médical peut être fait sans ambiguïté, mais des cas où la suspicion provient soit de comportements d'enfants qui ne se plaignent de rien, soit de révélations sur des maltraitances « invisibles ».

En cas de suspicion de sévices sexuels, la consigne assez généralement donnée par les Parquets est de ne rien dire à la famille, y compris lorsqu'il y a conviction que l'auteur des faits n'est pas un membre de la famille. Il ne s'agit pas de favoriser des délations secrètes, mais de faciliter le travail des

enquêteurs en évitant les « fuites » d'information dans un domaine où la vérité judiciaire est particulièrement difficile à établir, faute d'éléments matériels. Seules les autorités judiciaires sont habilitées à informer la famille.

Le devoir de signalement ne souffrant pas d'exception, le secret ne peut pas et ne doit pas être promis à l'enfant ou l'adolescent qui révèle un fait de type sexuel à son encontre ou des pratiques de punitions parentales maltraitantes. L'enfant victime n'est pas toujours le mieux placé pour apprécier ce qu'il vaut mieux faire pour lui – car il est souvent pris dans un conflit de loyauté entre dénoncer son agresseur et garder un lien avec un parent, voire le parent qui protège son agresseur.

La procédure de signalement doit donc se fonder sur les protocoles locaux, quand ils existent. Dans certaines villes, il y a des lieux ressources qui permettent tout simplement de faire une évaluation succincte et orienter l'enfant vers des services spécialisés, services d'urgence pédiatriques des CHU, centre d'accueil aux victimes, etc. Mais les principes de base restent les mêmes.

Recueillir des éléments de signalement

Les conditions de recueil sont beaucoup trop variables pour être décrites et listées ici. Le psychologue est assez rarement en « première ligne » : le psychologue scolaire vient après l'enseignant et/ou la directrice d'école, le psychologue de l'ASE après l'assistante sociale et/ou la puéricultrice ou le médecin de PMI, le psychologue en AEMO fait la synthèse d'observations recueillies par l'équipe et de sa propre observation qui est alors sollicitée ; en pédiatrie les psychologues sont sollicités par les urgences, mais assurent aussi les suivis des mêmes enfants.

Depuis que la maltraitance des enfants, notamment les abus sexuels, a fait l'objet de plusieurs campagnes, tout un chacun croit connaître les signes qui permettent de repérer dans le comportement des enfants et des adolescents l'effet d'une maltraitance. De nombreux livres très médiatisés (sans compter les émissions de télévision, magazines de toutes sortes et sites Internet) donnent des listes de symptômes, dont le praticien sérieux usera avec modération au profit d'une réelle approche clinique. C'est en effet la victimisation sexuelle qui a surtout bénéficié (si l'on peut dire) de cette publicité et, contrairement à une idée répandue, les chiffres sont sans appel sur le fait qu'elle ne représente qu'un tiers des maltraitements sur mineurs. La clinique psychologique nous apprend à ne pas « faire parler le

symptôme », mais entendre le sujet dans sa globalité (principe fondateur de la déontologie des psychologues, trop oublié dans les signalements). La souffrance d'un enfant s'inscrit dans un contexte – ou, dans la conception de certaines théories, dans un système –, qui doit être mis en résonance avec cette souffrance pour pouvoir la comprendre (Gabel, Lebovici, Mazet, 1996 ; Manciaux *et al.*, 1997 ; Gavarini et Petitot, 1998 ; Rapoport et Roubergue-Schlumberger, 2003).

On soulignera qu'une part non négligeable de victimes est asymptomatique, ce que savent fort bien les thérapeutes d'adultes qui entendent leurs patients leur raconter des événements victimisants et des souffrances que personne n'a jamais détectées quand ils étaient jeunes (n'est-ce pas sur cette clinique-là que Freud a « inventé » le traumatisme ?). Par ailleurs il est assez rare qu'une maltraitance soit isolée : l'enfant négligé peut aussi être par moment battu et plus grand devenir victime de perversions morales (humiliations) et sexuelles. La séparation des types de maltraitance, commode pour la recherche ou les statistiques, n'a pas d'intérêt pour la clinique du quotidien.

À l'inverse, l'existence d'un PTSD (*Psychotraumatic Stress Disorder* ; cf. Sadlier, 2001) ou de ce que Crocq (2003) nomme une réaction traumatique immédiate, n'est pas la preuve clinique (et encore moins la preuve judiciaire) qu'un sujet est victime d'un acte délictueux : le deuil, la perte, ou le fait d'avoir assisté à la victimisation de quelqu'un, peuvent également générer une réaction traumatique¹.

Il n'y a pas de honte à ne pas savoir de mémoire des listes de symptômes ou la discussion fine de tel ou tel syndrome dans sa valeur d'alerte. Ce qui n'est pas une raison pour entrer dans la voie de la simplification à l'extrême et de faire d'une masturbation un peu trop visible d'un enfant de 4 ans dans les toilettes de l'école le signe indubitable qu'il a été violé dans le contexte de la maltraitance...

Les outils évaluatifs du psychologue clinicien

La pratique du psychologue se distingue de celle des autres professionnels parce qu'il peut – et doit – pratiquer un minimum d'investigation clinique. Un entretien, bien sûr, mais pas seulement, car s'il n'existe pas de tests réellement spécifiques, il existe des « points d'impact » importants à vérifier. On se reportera pour un relevé de ces techniques à quelques publications qui ont traité de manière exhaustive la question (notamment Viaux in Gabel et Durning, 2002). Si le psychologue n'a pas à apporter la « preuve » (au sens

1. Cf. Damiani C. (2007), « Le psychologue clinicien en victimologie », in S. Schauder (dir.), *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées*, Paris, Dunod, p. 183-226.

judiciaire) de quoi que ce soit¹, il a une démarche scientifique (*i.e.* vérifiable). Il peut donc justifier sa méthode, et doit faire preuve d'ordre dans les observations concernant l'enfant, en donnant du sens à ce qui a été repéré ou que l'enfant rapporte. Enfin il est clair que l'examen d'un enfant dans ce cas de figure, se pratique seul à seul avec l'enfant et que cela doit être notifié sur le rapport.

On peut résumer les éléments intéressants, techniquement vérifiables, qui vont faire du signalement par un psychologue un signalement plus complet et plus technique, à l'instar de l'examen médico-légal qui est son pendant somatique. Le tableau 5.1 donne les indications minimales et les outils rapides qui permettent de valider l'observation.

Tableau 5.1
Objet de l'investigation et outils pour un examen clinique avant signalement

	Objet de l'investigation	Données à vérifier	Outils rapides
Niveau cognitif	Permet de mieux situer la capacité de compréhension par l'enfant de sa propre situation et les cohérences ou incohérences du récit. Aide les enquêteurs à tenir compte des capacités de l'enfant	Évaluation du parcours scolaire (en continuité ou en dents de scie, cohérent avec le niveau cognitif). Niveau de développement cognitif (verbal notamment) Orientation temporo-spatiale Capacité logique	EVIP (1981) Figure de Rey
Niveau de stress	Donne une appréciation du retentissement actuel, du besoin de prise en charge plus ou moins rapide, et de la difficulté pour l'enfant à témoigner	Existence d'un PTSD Rétractation	DSM-IV-TR Syndrome d'adaptation de Summit (1983)
Sexualité	Si agression sexuelle – évaluation du niveau de développement sexuel, de la préoccupation sexuelle et de l'agressivité sexuelle	Différence des sexes Compréhension de la sexualité Préoccupation sexuelle Interdits	HTP (House, Tree, Person, Husson ; adapté par De Tychey et Cobai, 2000) Dessin du Bonhomme Dessin de la Famille
Facteurs de lien	Évaluer le degré de dépendance/autonomie de l'enfant par rapport à un contexte	La loyauté de l'enfant face à sa famille et à l'agresseur Le niveau de « séduction » dont l'enfant a pu être victime	Dessin de la Famille Génogramme Entretien centré sur le contexte familial (séparation parentale notamment) FAT

1. Cf. Code de déontologie des psychologues (1996), article 9.

L'EVIP (Échelle de vocabulaire en image Peabody) a été créée par Dunn et Dunn, en 1981 et révisé puis adapté en français par Thériault Whalen en 1993. L'échelle consiste en une série de planches comportant quatre dessins suggérant un nom commun ou une action. Le sujet doit faire correspondre le mot donné par l'examineur avec l'une des quatre images. La simplicité de passation et sa rapidité (on élimine les images trop faciles ou trop difficiles) en font un outil commode et utilisable dans toute situation d'examen. Les résultats à l'EVIP se traduisent en scores normalisés et en rang centiles avec calcul d'intervalle de confiance. L'EVIP peut être proposé à des enfants et adolescents de 2 ans et demi à 18 ans. Si l'EVIP n'est pas aussi performant qu'une échelle complexe comme le WISC, il fournit une bonne vérification du développement d'un sujet comparé à son niveau scolaire, son vocabulaire usuel et sa qualité d'expression. Le repérage d'un déficit cognitif par la passation de cette échelle doit inciter à des compléments d'investigations, en raison de lien entre développement intellectuel et capacité d'orientation. Pour cette même raison, l'usage de la très connue Figure de Rey est un moyen pertinent de repérer de façon clinique la projection du sujet dans l'espace, et donc d'appréhender tant la fiabilité de sa mémoire visuelle que la construction d'un espace organisé (ce qui est important pour le témoignage).

Dans le DSM-IV-TR (Association américaine de psychiatrie, 2000), il existe dans les troubles anxieux (axe 2) une description de l'état de stress post-traumatique (309-41) qui comporte des catégories adaptées aux enfants (exemple le « souvenir répétitif » peut-être un « jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme ») – ce qui fait de cette description un mode diagnostique pertinent et suffisamment rigoureux.

Le syndrome d'adaptation décrit par R. Summit (1983) peut permettre de comprendre les réactions d'un enfant et surtout d'un(e) adolescent(e) par rapport à une victimisation : la révélation tardive, le secret, la rétractation, l'angoisse de ne pas être cru(e) sont des facteurs de soumission qui renforcent et non qui amoindrissent le témoignage.

Plus spécifiquement, le HTP (House, Tree, Person : dessiner une maison, un arbre, une personne) est une épreuve de dessin qui permet de s'interroger sur l'existence d'une victimisation sexuelle. De Tychev et Cobiā (2000) ont adapté et ré-étalonné en français ce test mis au point par Van Hutton en 1994. Ce dessin réalisé au crayon noir est dépouillé selon quatre échelles : préoccupations sexuelles, agressivité-hostilité, retrait problématique, tendance vive au danger à la suspicion. Il montre, comme l'avait fait P. Liebert (1998), que ce n'est pas les dessins de sexe qui sont le plus immédiatement significatifs d'une atteinte sexuelle. Bien évidemment les classiques dessins du Bonhomme et de la Famille sont également très utiles : le premier donne une représentation du rapport au corps propre du sujet (image du corps et investissement) en même temps que de son développement, cependant que le second permet une analyse du lien bien au-delà de la relation aux proches – or le facteur de lien est celui qui permet de comprendre pourquoi l'enfant révèle à ce moment-là, et pourquoi/comment il a gardé ou non le silence un certain temps.

Pour les psychologues formés à cette technique, l'usage du génogramme est un avantage – même si dans un examen rapide ce peut-être un outil un peu

lourd. Il permet en effet de concrétiser la façon dont un enfant se perçoit dans sa place, dans le réseau affectif familial et comprendre sur plusieurs générations « d'où » vient la maltraitance. Il peut être important pour la suite de la prise en charge de l'enfant et de sa famille de ne pas réduire d'emblée la maltraitance à un rapport pervers d'un adulte à un enfant mais de l'intégrer au sein d'un système complexe. Dans le même esprit, le FAT (*Family Apperception Test*)¹ inspiré du TAT et de la théorie systémique, permet de façon assez rigoureuse de codifier et noter les échanges familiaux conflictuels et situer ainsi la perception que l'enfant ou l'adolescent a de sa place de « symptôme », et des enjeux relationnels dont il est l'objet.

On retiendra aussi parmi les outils intéressants le CBCL d'Achenbach (1991)², grille de cent items décrivant l'enfant et rempli par quelqu'un qui connaît bien l'enfant (parent, assistante maternelle, institutrice) : l'échelle « autres problèmes » comporte des items tout à fait en rapport avec des comportements suscités par des attaques contre l'enfant (peurs, agressivité, comportement sexualisé) et son élévation avec soit l'échelle de retrait (*withdrawn*), soit l'échelle de comportement destructeur (*destructive behavior*) qui peut être en lien avec des réactions défensives de l'enfant.

Bien que beaucoup de signalements se fassent dans la précipitation, il faut, en tant que psychologue, insister pour « prendre son temps » – le temps d'un examen organisé, avec une place suffisante pour un entretien approfondi et quelques tests rapides qui permettent d'apporter des éléments consistants. Le soin mis à recueillir d'emblée les données citées dans le tableau ci-dessus va permettre de donner à l'enquête éventuelle un certain nombre d'éléments précieux :

- une meilleure connaissance de l'enfant et de ses relations à l'entourage et à l'agresseur – ce qui évitera la bévue fréquente consistant pour un enquêteur à interroger un enfant en présence d'un parent dont il est très dépendant sous prétexte qu'il est « petit » ; ou au contraire de le séparer d'une personne étayante qui rassure sans influencer ;
- une aide à la validation de son témoignage en justice dans la mesure où en fonction de son développement, on renoncera à obtenir des précisions qui sont hors de sa portée cognitive ;
- un examen de référence qui sera précieux pour comparer avec un examen ultérieur (par un expert judiciaire) – à condition que le mode de recueil des données soit clairement indiqué.

À l'inverse de ce que doivent faire les enseignants ou autres intervenants non spécialisés ou peu au fait du développement de l'enfant et de la question du traumatisme, le psychologue n'a pas à faire une reproduction simple des déclarations d'un enfant, il doit apporter des données d'examen. Quand il s'agit d'un enfant placé en institution et que l'enfant est connu du psychologue, une relecture du dossier peut permettre d'apporter des éléments d'évolution ou de contexte également utile à cerner le moment et la nature de la victimisation.

1. Cf. sa présentation détaillée dans la section évaluative du chapitre 7 du présent ouvrage.

2. Cf. Alexander Julian III, Wayne M. Soble, Susan E. Henry, Mary O. Soble (1991). *Family Apperception Test*. USA, Western Psychological Services.

VIGNETTE CLINIQUE N° 1

Le signalement de Françoise L., 5 ans et 9 mois

« Monsieur le Procureur

J'ai reçu en consultation la jeune Françoise L. (date de naissance) accompagné de ses parents adoptifs

D'emblée Françoise s'est mise à dessiner un bonhomme et a ajouté "avec une zézette" sans que je lui demande rien ; les "parents" sont venus consulter, inquiets par les représentations, les propos et les attitudes de l'enfant.

À propos des attitudes, ce sont des gestes comme essayer d'embrasser sur la bouche des adultes, essayer d'avoir des contacts corporels surprenants.

À propos des paroles, elle avait dit une fois que M. R. "lui avait fait mal quand il avait mis sa zézette dans son kiki", qu'elle faisait de la gymnastique nue avec eux.

Elle dessine beaucoup de personnages masculins sexués.

Les propos se rapporteraient à l'attitude de M. et Mme R., famille d'accueil à S.

Actuellement il n'y a plus de danger puisqu'elle est dans un milieu familial où les réponses sont adaptées.

Je vous prie, etc. »

[Françoise est âgée de 5 ans et 9 mois.]

Nous reproduisons ce *texte tel qu'il a été écrit*. Il présente des ambiguïtés : le terme de parent mis entre guillemet sans raison ; le « eux » qui peut désigner plusieurs personnes. Il y a par ailleurs plusieurs lacunes : l'auteur du signalement évoque un dessin sexué mais ne donne pas d'interprétation sur sa valeur significative – il ne décrit pas ce qu'il y a de « surprenant » dans le contact corporel.

Est-ce signe absolu de victimisation ou non de dessiner des personnages sexués à 5 ans : le lecteur, magistrat, a-t-il la culture nécessaire à le savoir par lui-même ?

En d'autres termes : *a)* moins on a de signes et plus il faut expliciter quel sens on leur donne ; *b)* faire un signalement, c'est aller au-delà du bon sens ou ce que de parents inquiets peuvent dire eux-mêmes.

Par chance pour cette jeune enfant, il y avait d'autres présomptions concernant d'autres enfants passés par le même placement, sinon ce signalement n'aurait mené à rien.

3. La rédaction du signalement par un psychologue

« Le signalement ne doit pas faire ou rechercher la preuve des faits signalés, il doit transmettre ce qui a été vu ou entendu. » Cette phrase figure rituellement depuis une dizaine d'années dans tous les livrets, guides et autres circulaires internes aux services pour mettre en garde chacun contre une surestimation du travail de signalement. Elle est ni plus ni moins que légale, et elle s'applique aussi bien aux psychologues qu'aux autres intervenants qui signalent. C'est l'enquêteur, le procureur, le juge et le tribunal qui ont en charge la question de la preuve. L'objet du signalement est d'apporter *une présomption de ce qu'un enfant ou une personne vulnérable a subi – et non pas de ce que quelqu'un a fait.*

Exemple du signalement à ne pas faire

Pour mieux faire comprendre notre propos nous avons commenté phrase par phrase un signalement qui est un exemple de signalement bien intentionné mais dans lequel le souci de protéger l'enfant l'emporte sur la clinique.

Les noms et identifiant ayant été changés, nous avons gardé l'ensemble du signalement, fait par un psychologue, et numéroté les paragraphes qui existaient dans ce texte, pour clarifier la lecture du commentaire.

Il s'agit d'un enfant de 4 ans et demi probablement victime du mari de son assistante maternelle – l'ensemble du dossier judiciaire comportera finalement plus d'une douzaine de victimes enfants de tous âges, ce qui va valider les faits.

VIGNETTE CLINIQUE N° 2

Le signalement de Cédric Y., 4 ans et demi



Signalement direct	Commentaire
<p>Monsieur le Procureur,</p> <p>1. J'ai le regret de vous signaler une situation de maltraitance par abus sexuels sur l'enfant Cédric Y., né le [...], fils de M. et Mme X., demeurant à X.</p> <p>2. Les abus sexuels s'effectuaient chez Madame B. Mylène, assistante maternelle et Monsieur B. Denis, domiciliés à XXX.</p> <p>3. En effet, quand Mme a repris son travail à mi-temps, à partir de février 199x, Cédric était gardé chaque matinée par Mme B. ainsi que certains mercredis et les vacances scolaires. Cette garde s'est modifiée après la mise à l'école maternelle et a continué jusqu'en mai 200x.</p> <p>4. Cédric refusant d'aller chez Mme B., sa maman l'a retiré le mercredi et les vacances scolaires. Mais il continuait d'y être accueilli le matin avant l'école et en fin de journée, après l'école. La garde s'est arrêtée en mai 200x, à partir du moment où Cédric a raconté ce qui se passait.</p> <p>5. Cédric est un petit garçon de 4 ans et demi qui donne facilement sa confiance à l'adulte. Sa maman était même étonnée des précisions réalistes qu'il a données pendant l'entretien.</p> <p>6. Madame a consulté, très inquiète quant aux conséquences des sévices subis par son enfant, tout en se demandant si les faits racontés étaient possibles et réels.</p>	<p>1. Pourquoi le « regret » ? Ce sentiment, personnel, donne d'emblée un ton compassionnel et non professionnel. « Je vous informe que suite à l'examen de tel enfant, j'ai relevé des signes de victimisation par abus sexuel » est une formule qui permet une distance professionnelle. L'âge de l'enfant n'apparaît qu'au paragraphe 5 – ce serait plus commode pour le lecteur de le savoir d'emblée.</p> <p>2. Ce n'est pas au psychologue de « dénoncer » l'auteur – si l'enfant a énoncé le nom d'une personne, il suffira de préciser – si on le sait – de qui il s'agit.</p> <p>3-4. Le lecteur ne sait ni le motif de la consultation, ni l'examen pratiqué, mais il apprend <i>des éléments qui relèvent de l'enquête</i> (quand et où les faits supposés se sont passés) : ce n'est certainement pas l'enfant qui les a fournis. Donc on va comprendre que la mère a raconté cela : indépendamment ou en présence de l'enfant ?</p> <p>5. Ce paragraphe indique sans le dire explicitement que l'entretien s'est fait <i>en présence de la mère</i> : quelle justification ? En quoi ce commentaire de la mère contribue au signalement ? de quel « réalisme » s'agit-il ?</p> <p>6. Il s'agit probablement – enfin ! – du motif de consultation : au milieu du texte... Et sans que cette question assez normale d'une mère ne soit ni commentée, ni qu'il soit indiqué quelle réponse y a été apportée et dans quel contexte.</p>



Signalement direct	Commentaire
<p>7. Voilà ce que dit Cédric : « Denis B. me demandait de toucher son zizi. Il mettait son zizi dans ma bouche et faisait pipi dans ma bouche. »</p>	<p>7-8. Il est parfaitement adapté au signalement de rapporter la parole de l'enfant (§ 8, 9, 10). La seule précision « M. B. est le mari de la nourrice de Cédric » aurait suffi à comprendre – pour le reste (§ 3 et 4), le procureur fera auditionner la famille pour le savoir de façon conforme à la procédure légale. La précision (et non le réalisme) de l'association geste/parole est en effet un élément intéressant. Toutefois, il ne dispense pas d'un examen de l'enfant : on déduit que tout ceci est dit en présence de la mère, dont l'influence n'est pas mesurée ni discutée.</p>
<p>8. Cédric associe les gestes à ses dires, gestes explicites et en adéquation avec son discours. « Il pue le zizi », « ça sentait mauvais », « et puis il sortait son zizi de la braguette » (gestes associés de l'enfant pour montrer comment M. B. procédait), « il était comme ça » (montrant avec le geste de la main que le sexe était « à l'envers » et en érection).</p>	<p>9-10. Qui est Albine ? Quel âge lui attribue l'enfant ? Est-ce ces phrases que le psychologue considère comme des « précisions réalistes » ? L'enfant aurait-il donné les mêmes détails après la vue d'une image pornographique par exemple ? Que pense le psychologue du fait que l'enfant décrit quelque chose qui relève de la propreté (se faire essuyer les fesses) et non de l'agression sexuelle, dans le même mouvement où il parle d'exhibition, d'odeur, de vomissement – des précisions ont-elles été demandées à l'enfant ? – quelle représentation a-t-il de l'anatomie ?</p>
<p>9. « Il montrait son zizi à tout le monde » ; « il faisait pipi dans la bouche d'Albine » ; « il a touché ma bouche et ma langue et il m'a mis un bâton et j'ai vomi ».</p>	<p>11. Il n'est pas inopportun de s'entretenir avec un parent d'un enfant de cet âge pour obtenir des précisions sur des manifestations de souffrance de l'enfant. Il faut cependant donner le cadre de l'examen, ce qu'on a demandé, et pourquoi. Il ne s'agit pas de faire l'enquête (comme aux § 3 et 4), mais d'avoir des éléments sur la santé somatique et psychique de l'enfant qui viennent à l'appui de l'examen, comme dans le § 11. La phrase évoque des « troubles psychologiques » et évoque la constipation : est-ce un trouble « psychologique » même si son origine peut l'être ?</p>
<p>10. Cédric ajoute : « Denis, il faisait mal aux fesses avec du papier. » Après un temps de réflexion, Mme s'est souvenue que Cédric lui demandait instamment de « faire doucement quand elle lui essuyait les fesses aux toilettes, parce qu'il avait mal ». Cela depuis un an.</p>	<p>12. Cette « évidence » est-elle si évidente ? Il y a d'autres origines pour l'encopésie et un enfant qui n'est pas propre à 3 ans et demi (date approximative du retrait de l'enfant de chez la nourrice) n'est pas forcément le signe « évident » d'un abus sexuel.</p>
<p>11. Cédric, depuis qu'il est petit, montrait quelques troubles psychologiques sérieux et isolés : une constipation avec une grande honte, même vis-à-vis de sa mère. Cette constipation-encopésie s'est arrêtée depuis que Cédric n'est plus gardé par Mme B.</p>	
<p>12. La corrélation entre les troubles et la maltraitance sexuelle est évidente, étant donné les circonstances et le mode de résolution de l'encopésie.</p>	



Signalement direct	Commentaire
<p>13. Cédric montre également une tendance logorrhéique quand il parle des événements cités. Cette logorrhée est un signe d'angoisse notoire qui est une conséquence des thèmes évoqués, non maîtrisés et culpabilisés sur le plan de son psychisme.</p>	<p>13. La logorrhée en tant que signe d'angoisse, on peut l'admettre, mais « notoire » ? Est-ce toute l'angoisse que montre ce petit garçon ?</p>
<p>14. Du fait de l'âge de l'enfant, sa spontanéité, les précisions réalistes et son authenticité relationnelle, ce discours ne peut être inventé.</p>	<p>14. Cette affirmation relève du sens commun, et elle est souvent énoncée. Elle aurait plus de force si la clinique du psychologue rendait compte du développement de cet enfant, des éléments constituant un éventuel traumatisme réactionnel. Qu'en est-il de l'examen descriptif de l'enfant ? Pourquoi le psychologue n'emploie-t-il pas d'outils spécifiques ? L'affirmation de la véracité repose sur la seule observation de la logorrhée et des paroles de l'enfant : tout le reste est rapporté par la mère.</p>
<p>15. Aussi je me devais, Monsieur le Procureur, de vous tenir informé des agissements de M. Denis B. et de son épouse.</p>	<p>15. En affirmant à deux reprises que ces personnes sont les auteurs de ce que dit l'enfant, le psychologue s'expose à un procès pour dénonciation calomnieuse – et s'affranchit de la déontologie qui spécifie de ne pas parler de personnes et de situations qu'il n'a pas examinées lui-même.</p>

Ce signalement est une caricature – dont la fréquence dans les dossiers est néanmoins assez atterrante. Alors que les psychologues défendent, à juste raison, la valeur de leur clinique et le respect absolu du sujet, voilà un rapport destiné à être lu par de nombreuses personnes non cliniciennes et qui ne comporte pas un mot de clinique ni la trace d'un examen justifiant des affirmations lourdes de conséquences.

Moins discutable et plus fréquent est le type de signalement suivant :

VIGNETTE CLINIQUE N° 3

Le signalement de Martine L., 4 ans 2 mois

« Je soussigné Z. certifie avoir examiné à plusieurs reprises la jeune Martine L. (4 ans 2 mois).



Martine présente un tableau de très gros retard de développement. Elle présente de plus de très graves troubles comportementaux se traduisant par :

- une hyperexcitation motrice et psychologique avec grande instabilité ;
- une agressivité physique tant envers elle-même (se griffe, se fait vomir) qu'envers adulte et enfants de sa chambre (griffe, mord, cherche à déshabiller). Par périodes l'enfant est par contre atone, gisant sur le sol, bavant ou léchant les objets ou se masturbant ;
- durant les soins corporels (toilette intime, soins médicaux), Martine est anxieuse, serre les jambes.

Lors de certains jeux, Martine met en scène des jeux nettement sexualisés avec les poupées (simulation de coït, introduction d'objet dans les orifices génitaux). Elle présente par ailleurs un important retard staturo-pondéral et des difficultés visuelles

L'ensemble de ces faits évoque fortement pour l'enfant la notion de sévices sexuels, et ce d'autant que la mère des enfants fait mention de la notion d'attouchement sur l'enfant par le père. »

Comme dans les vignettes n° 1 et n° 2, ce texte est retranscrit tel quel – sauf le prénom.

On notera dans ce signalement – et c'est souvent le cas – l'absence de référence au niveau cognitif de l'enfant et sa capacité à « parler » et se repérer dans le temps – ce qui est essentiel pour aider les enquêteurs. Or s'agissant en l'espèce d'un enfant placé, on pourrait attendre un examen plus précis et pas seulement des considérations comportementales, pour justes qu'elles soient.

Signaler le mieux possible

L'écriture du signalement correspond, en plus succinct, à la même « norme » que l'écriture de tout rapport, et découle logiquement de la pratique de l'examen clinique en vue du diagnostic psychologique (Viaux, 2001 ; Sultan, 2004).

Il se décline en six séries d'éléments :

- *identité de l'enfant* (âge précis et état civil si connu, situation de famille) ;
- *motif de la consultation* de l'enfant et contexte (à l'école, en urgence, enfant suivi habituellement par un collègue du CMP, renvoi par le 119, ou une association etc.) ;

- *procédure* : entretien avant ou après avec l'adulte accompagnant, apport d'informations extérieures (dossier de consultation d'un enfant déjà suivi, lettre d'un enseignant ou d'un médecin). Les informations utilisées seront listées comme telles (« l'entretien avec la mère nous a appris que... » « le courrier ci-joint nous permet de corroborer que... »). On s'attachera notamment à connaître des éléments clefs du contexte familial (parents ensemble ou séparés, en conflit ou non, enfant gardé par une assistante maternelle, enfant placé etc.) ;
- *type d'examen* pratiqué : résultat résumé des tests, dessins, entretien. Toujours penser qu'un autre psychologue pourra être désigné expert dans un délai plus ou moins long et que ces indications lui seront utiles pour discuter son propre examen et l'évolution de l'enfant. L'interprétation des dessins doit rester mesurée et/ou se référer à des publications précises permettant de justifier ce qu'on déduit. L'interprétation de dessins faits ailleurs que dans la consultation, « à la maison » ou en classe est évidemment à proscrire ;
- *données recueillies* : a) profil psychologique de l'enfant ou diagnostic, il s'agit de donner l'essentiel des éléments pertinents (existence ou non d'une réaction traumatique, capacité cognitive, manifestations des affects). Si on a pratiqué un entretien seul et un avec l'adulte accompagnant il est intéressant de noter les différences ou identités de comportement de l'enfant ;
b) Ce que dit l'enfant sur ce qui lui est arrivé doit être livré « brut » avec éventuellement le type de relances utilisées. Si l'enfant donne le nom d'un auteur, aucun commentaire ne doit être ajouté.
- *discussion rapide* sur l'ensemble de ce qu'on sait, et la présomption que l'on peut en déduire que l'enfant souffre (plus ou moins) ou a souffert de telle ou telle situation.

Ne pas omettre d'ajouter :

- informations sur le signalant ;
- nom, prénom, fonction ;
- coordonnées professionnelles (adresse et tél.) ;
- date du signalement ;
- signature.

4. Conclusion

Que faire, par exemple, si dans une école un cas est rapporté en termes vagues par un enseignant ? Le psychologue doit comme tous les autres intervenants éviter de travailler seul sur les questions d'enfance en danger. C'est son rôle de se montrer « technique », de rappeler les procédures légales et d'inciter à faire une réunion rapide entre toutes les personnes qui ont entendu ou vu des éléments alarmants (par exemple les professeurs des écoles, la directrice et le médecin scolaire) pour constituer un dossier commun. S'il ne peut examiner l'enfant directement, le psychologue doit jouer le rôle de « sachant », en rappelant par exemple que toute manifestation de sexualité chez un enfant jeune ne signifie pas abus sexuel.

Si un psychologue en CMPP ou en privé est saisi par un parent d'une maltraitance annoncée comme étant le fait de l'autre parent ou d'un proche, il ne doit pas faire d'attestation au vu des seules déclarations de l'adulte, mais exiger de pouvoir faire son travail et son signalement selon son protocole (*cf.* ci-dessus), en mettant l'accent sur son seul constat clinique et non sur les propos accusateurs de l'adulte. Dans les contentieux familiaux il est prudent de conclure que seule une expertise familiale permettra de décrypter la situation (Viaux, 2002*b*).

Si le psychologue travaille en équipe, dans une institution, il doit tenter de faire annexer son dossier clinique au signalement plutôt que de le « fondre » dans le signalement institutionnel, pour que la clinique de l'enfant soit clairement identifiée et séparée des éléments de contexte.

S'il est le thérapeute de l'enfant et qu'au cours de la thérapie l'enfant manifeste, ou révèle une maltraitance, il expliquera à l'enfant, sans nécessairement informer les parents si l'un d'eux est concerné, de l'impossibilité de garder le secret. Immédiatement il demandera à un(e) collègue de faire un examen clinique et de travailler le signalement : ce(tte) collègue indiquera avoir été sollicité(e) (en urgence...) par le thérapeute pour évaluer et rédiger un signalement afin de préserver l'espace thérapeutique. Le fait qu'un enfant soit suivi et protégé par une équipe permet souvent au Parquet de ne pas se « précipiter » sur l'enquête, c'est donc une indication importante.

On pourrait multiplier ces questions-réponses, mais sans résoudre pour autant aucune question. Tous les cas sont singuliers, mais la loi est la même pour tous : en établissant un lien solide entre ses obligations professionnelles et citoyennes et son professionnalisme, sa clinique, le psychologue

peut décliner les quelques indications contenues dans ce chapitre pour alimenter un savoir faire critique, pour des situations toujours critiques.

5. Pour aller plus loin

Les colloques et congrès

Les congrès et conférences ne manquent pas sur ce thème depuis les années 1990 : leur intérêt est très inégal, les communications étant plus ou moins bien évaluées selon la norme des revues et congrès à comités de lecture. Citons à titre d'exemple :

- *Crédibilité et discernement* (Genève juin 1996), Société française de psychologie légale (SFPL, J.-L. Viaux), faculté de psychologie et sciences de l'éducation (Pr. P. Jaffé) – Actes in *Les Cahiers de la SFPL*, 2, 1997.
- *Enfants victimes : prévenir et réparer*, congrès international, Bruxelles 20 au 20 novembre 1999 (*Journal des psychologues*), Psychologie Québec, Université libre de Bruxelles.
- 2^e congrès international francophone sur l'agression sexuelle (CIFAS), Bruxelles, 7-9 mai 2003.
- Les livres sont très souvent soit une littérature de « témoignage », soit des publications après colloque : c'est la bibliographie de référence qui permet rapidement de savoir s'il s'agit d'un ouvrage, d'une conférence, ou d'un article correspondant à la norme scientifique des sciences humaines.

Les sites Internet

- www.afirem.fr : site de la plus ancienne association (Association d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée) s'occupant de l'enfance maltraitée, fondée par Pierre Strauss. Elle n'est pas une association militante mais une association de professionnel pour des professionnels. Il existe beaucoup d'autres associations, très présentes dans les médias, et qui toutes sont fondées sur des intentions généreuses. Elles tiennent souvent un discours sur lequel le professionnel ne peut qu'être réservé sur le plan déontologique.
- www.odas.net : l'ODAS (Observatoire décentralisé de l'action sociale) a été créé le 14 juin 1990 sous forme associative afin de permettre, à partir d'enquêtes et d'études, le développement dans un lieu neutre d'une

réflexion commune des principaux décideurs et acteurs de l'action sociale. Cette réflexion inter-institutionnelle est indispensable pour contribuer à l'amélioration des réponses, des organisations et des pratiques dans ce domaine.

- www.oned.gouv.fr : l'Observatoire national de l'enfance en danger a pour missions de recueillir, analyser, évaluer et diffuser les données chiffrées, les études, les recherches et les pratiques de prévention et d'intervention en protection de l'enfance dont les résultats ont été jugés concluants.
- www.fondation-enfance.org : la Fondation pour l'enfance protège les enfants les plus vulnérables, accompagne les parents dans leurs rapports avec eux et renforce l'action des professionnels sur le terrain. Elle soutient activement les initiatives innovantes, en particulier les associations œuvrant dans le domaine de la protection de l'enfance. Son site comporte un important annuaire d'associations impliquées dans le domaine de la protection de l'enfance.
- www.allo119.org : le « 119 » a pour mission :
 - d'accueillir les appels d'enfants victimes de mauvais traitements et de toute personne confrontée à des situations de maltraitance pour aider au dépistage des situations de maltraitance à enfant et faciliter la protection des mineurs en danger ;
 - de transmettre les informations concernant des enfants maltraités, ou présumés l'être, aux services des conseils généraux compétents en la matière ;
 - de signaler directement au Parquet lorsque l'information recueillie le justifie.
- www.justice.gouv.fr : site du ministère de la Justice, indispensable pour trouver les textes législatifs, les rapports d'études, la protection des enfants contre les méfaits d'internet, etc.

Les revues

Il n'existe qu'une revue (mensuelle) consacré entièrement à la maltraitance :

Child Abuse and Neglect (publiée par Elsevier, accessible sur www.sciencedirect.com).

Mais la plupart des revues francophones de psychologie et de psychiatrie ont publié des dossiers ou articles sur le sujet. Citons à titre d'exemple :

Enfance & Psy, n° 23, 2003 : *Signaler et après*, sous la direction de J.-L. Le Run : quatorze articles sont consacrés à décrire les problématiques de signalement. Chaque auteur s'interroge sur la pertinence, la difficulté (« affective » dit J.-L. Le Run) à signaler. « Le signalement est-il toujours adapté ? » demande C. Mignot. Sauf un ou deux articles, la plupart racontent difficultés et échecs (« Les enseignements d'un échec » titre A. Paillard). Un seul psychologue (C. Besnard) explicite comment il pratique concrètement.

Journal de pédiatrie et de puériculture, 19, 3, mai 2006, p. 93-96, « Enfants maltraités et victimes de violences : fonctionnement de l'unité d'accueil des jeunes victimes (UAJV) de l'hôpital d'enfants Armand-Trousseau » (J.-L. Charritat, D. Legrain, V. Mingot, H. Romano, C. Sivek, M. Van Schaik and P. Vazquez). Cet article fait le point sur un protocole hospitalier de signalement avec une présentation du rôle de chacun.

Références bibliographiques

- CRÉOFF M. (2003). *Guide de la protection de l'enfance maltraitée*, Paris, Dunod.
- CROCQ L. (2003). « Clinique de la névrose traumatique », *Journal des psychologues*, 211, p. 53-58.
- DE TYCHEY C., COBAI O. (2000). « Le diagnostic des abus sexuel à travers le dessin : présentation de la grille de Van Hutton », *Pratiques psychologique*, 4, p. 13-32.
- GABEL M., LBOVICI S., MAZET P. (1996). *Maltraitance, répétition, évaluation*, Paris, Fleurus.
- HUYETTE M. (2003). *Guide de la protection judiciaire de l'enfant*, Paris, Dunod, 3^e éd.
- GAVARINI L., PETITOT F. (1998). *La Fabrique de l'enfant maltraité*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- LIEBERT P. (1998). *Aider l'enfant à dire par le dessin*, Rouen, Publications de l'université de Rouen.
- MANCIAUX M., GABEL M., GIRODET D., MIGNOT C., ROUYER M. (1997). *Enfance en danger*, Paris, Fleurus.
- NOGRIX P. (2005). *La Protection de l'enfance : groupe de travail sur l'amélioration de la procédure de signalement de l'enfance en danger*, rapport pour ministère de la Famille et de l'Enfance, Paris, La Documentation française. www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics

- RAPOPORT D., ROUBERGUE-SCHLUMBERGER A. (2003). *Blanche neige, les sept nains et... autres maltraitements*, Paris, Belin.
- SADLIER K. (2001). *L'État de stress post-traumatique chez l'enfant*, Paris, PUF, coll. « Médecine et Société ».
- SULTAN S. (2004). *Le Diagnostic psychologique*, Paris, Frison-Roche.
- SUMMIT R.C. (1983). « The child sexual abuse accomodation syndrome », *Child Abuse and Neglect*, 7, p. 177-193.
- VIAUX J.-L. (2001). *Écrire au juge*, Paris, Dunod.
- VIAUX J.-L. (2002a). « Évaluation des mauvais traitements sur enfants : un processus méthodologique », in Gabel M., Durning P., *Évaluation(s) des maltraitements : rigueur et prudence*, Paris, Fleurus, p. 143-176.
- VIAUX J.-L. (2002b). « Allégations d'abus sexuel dans les séparations parentales contentieuses », étude financée par le ministère de la Justice, décembre, résumé dans *Le Journal des psychologues*, 225, mars 2005, p. 63-69.



CHAPITRE
6



***Le travail du psychologue
clinicien auprès des enfants
et adolescents handicapés¹***



1. Par Silke Schauder et Michel Mercier.

Sommaire

▶ Introduction.....	Page 295
▶ 1. Bref repérage des textes et initiatives de référence	Page 296
▶ 2. Présentation des structures spécialisées	Page 301
▶ 3. La pratique du psychologue clinicien.....	Page 328
▶ 4. Conclusion.....	Page 360
▶ 5. Pour aller plus loin	Page 361
▶ Références bibliographiques.....	Page 373

Introduction

L'action que mène le psychologue clinicien auprès des enfants et adolescents handicapés est en pleine évolution. S'étant initialement focalisé sur le lien mère-enfant (Mannoni, 1964), son travail sur les répercussions psychologiques du handicap vise aujourd'hui également le rôle du père (*Contraste*, n° 14, 2001), les grands-parents (Korff-Sausse, 1996, 2003) et la fratrie (Angel, 1996 ; Gardou, 1997 ; Scelles, 1996, 1999 ; Schauder, 1996, 1999, 2003, 2004 ; Bert, 2006). Son approche professionnelle, désormais centrée sur tous les membres du groupe familial différemment touchés par la situation de handicap, se complique notamment du fait que de multiples modèles théoriques existent, que très nombreux facteurs interviennent dans l'adaptation et qu'il n'existe pas *un* handicap, mais *des* handicaps impliquant les domaines sensoriel, intellectuel, relationnel ou moteur.

Donnons pour repère une brève définition générale de la notion de handicap. Communément, l'on retient, selon la définition qu'en donne Wood et qui a été adopté par l'OMS (1975), la classification suivante :

Une cause (maladie ou traumatisme) entraîne une déficience (correspondant à une atteinte lésionnelle ou fonctionnelle d'un ou de plusieurs organes) qui engendre une ou plusieurs incapacités (se manifestant par les limitations des activités physiques ou mentales) qui, à leur tour, entraînent un ou plusieurs handicaps ou désavantages exprimés au plan social¹.

La situation de polyhandicap et les troubles du développement complexifiant ce tableau initial par trop schématique.

L'extrême diversité des handicaps et le nombre important des facteurs qui en modulent l'expression ne permettent pas d'en faire une présentation exhaustive dans le cadre du présent chapitre. Notre but ne saurait être une discussion de tous les handicaps et de leurs répercussions psychologiques

1. Ionescu S. (2006). *Déficiences intellectuelles sensorielles et motrices*, cours de master 2, Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie, IED-Université Paris-VIII, p. 2.

spécifiques – nous visons davantage à préciser, dans une première section, le contexte général de la prise en charge des personnes handicapées en offrant quelques repérages chiffrés. Dans la deuxième section sont abordées, de manière chronologique, les différentes structures spécialisées qui accueillent des personnes handicapées. La troisième section est consacrée plus en détail aux fonctions et missions du psychologue clinicien. Plusieurs vignettes cliniques permettront d'illustrer et de concrétiser sa pratique. Enfin, dans la quatrième section, des pistes de travail sont proposées pour inviter le lecteur à approfondir ses connaissances en ce domaine complexe et en pleine mutation.

1. Bref repérage des textes et initiatives de référence

Pour situer le contexte politique et social au sein duquel s'inscrit la prise en charge des personnes handicapées, il convient d'en rappeler quelques jalons importants :

- Le 20 décembre 1971 a lieu la Déclaration des droits du déficient mental par les Nations-Unies, puis, en 1975, la Déclaration des droits des personnes handicapées. En comparant les actions conduites en matière de handicap par les Nations-Unies, le Canada, les États-Unis et, en Europe, par la région wallonne en Belgique, Haelewyck (2004) souligne :

Les points forts de ces déclarations et de cette évolution sont notamment :

- la primauté de la personne sur le handicap¹ : on ne parlera plus de personne retardée mentale, mais de personne avec retard mental ;

1. Notons, en marge, les variations terminologiques qui traduisent autant de changements dans la conception de la personne handicapée : de « handicapé » tout court, qui constitue une désignation éminemment réductrice puisqu'absorbant la personne toute entière derrière le diagnostic, elle est devenue une « personne handicapée », puis une « personne porteuse de handicap » : ce glissement du substantif à l'adjectif, puis l'écart introduit entre la personne et le handicap qu'elle porte étant destiné à lui assurer une identité au-delà du seul handicap. Dans les débats actuels, la personne est désignée « en situation de handicap » – cet éloignement avant tout langagier est censé éviter la stigmatisation de la personne concernée et sa seule identification par et à travers le handicap. Aussi parle-t-on récemment d'« inclusion » au lieu d'« intégration » – ne s'agit-il là que des finesses terminologiques ou ces modifications des pratiques langagières vont-elles initier le changement des représentations sociales et des pratiques professionnelles autour du handicap ?

- la prise en compte du fait que le handicap ne tient pas qu'à la personne, mais aussi au milieu, d'où l'importance de l'action sur le milieu et d'un travail en réseau ;
 - l'importance de la participation de la personne à son plan individualisé et de son rôle de décideur face à une équipe professionnelle transdisciplinaire ;
 - une redécouverte de l'importance des intervenants « naturels » au premier rang desquels bien sûr les parents, mais aussi les copains, les amis, les voisins, en somme la société civile, tout un chacun¹.
- En France, la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, dite loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, définit les modalités de prise en charge et vise à assurer le traitement social du handicap. Fondée sur les idées fortes d'intégration et d'égalisation des chances, cette loi a défini les principes de l'action collective concernant les personnes *déficiences*, souffrant d'une *incapacité* ou se trouvant, en raison de leur inadaptation du milieu, dans une situation de *désavantage social*.
 - La circulaire interministérielle n° 89-19 du 30 octobre 1989 modifie les conditions de prise en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés par les établissements et services de l'éducation spéciale.
 - Suite à la circulaire du 29 novembre 1985 relative à la sensibilisation des personnels de maternité à l'accueil des enfants nés avec un handicap et de leur famille, la circulaire n° 2002/239 du 18 avril 2002 fixe des directives pour les services de néo-natologie et les maternités en vue de l'accompagnement des parents et de l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré-natale et post-natale d'une maladie ou d'une malformation.
 - À partir de 1998, l'enquête INSERM-IFRH *Handicap, incapacités, dépendance* (HID) a été menée auprès de toutes les personnes handicapées vivant à domicile ou en institution, en prenant appui pour la partie « Ménages » sur le « Recensement général de la population française 1999 », dont la conduite incombait à l'INSEE². L'enquête HID recouvre un ensemble d'enquêtes de trois types :

1. Haelewyck M.-C. (2004). « Lecture comparative des dispositions légales et réglementaires relatives aux droits des personnes en situation de handicap : quels enjeux ? », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 15, n° 1, p. 101.

2. La présentation de cette enquête, sa méthodologie, le matériel des enquêtes, les outils de calcul, les résultats et la bibliographie peuvent être consultés en ligne sous l'adresse <http://rfr-handicap.inserm.fr/voirhid.html>.

- l'enquête auprès des personnes handicapées en institution conduite avec un premier passage en 1998 (HID 1998) et un second en 2000 (HID 2000) ;
- l'enquête auprès des ménages, qui a été précédée d'une phase de filtrage réalisée en 1999 (questionnaire « Vie quotidienne et Santé » – VQS), et suivie d'un premier passage en 1999 (HID 1999) et d'un second en 2001 (HID 2001) ;
- l'enquête auprès de la population handicapée en milieu carcéral, réalisée en 2001 (HID-Prisons 2001)¹.
- L'année 2003 a été déclarée « Année du handicap » comportant de nombreuses campagnes de sensibilisation du grand public à la situation des personnes handicapées.
- Le rapport d'information n° 1776 sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux a été déposé le 28 juillet 2004 par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales et présenté par Pierre Morange à l'Assemblée nationale. Il a permis de faire un état des lieux suite aux rapports de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2002), du GFPH (Groupement français des personnes handicapées, 2004) et de l'INSEE, en débattant de la Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et en accompagnant les perspectives ouvertes par la réforme de la loi n° 75-735 du 30 juin 1975 aboutissant à la Loi du 11 février 2005².
- La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées vise notamment :
 - le renforcement de l'obligation de scolarisation (de l'enfant handicapé) dans l'établissement scolaire le plus proche de son domicile et la prise en charge par la collectivité territoriale compétente des surcoûts afférents à un accueil plus lointain ;

1. Après une étude de faisabilité réalisée en 1994 par la MIRE (Mission interministérielle recherche et expérimentation), sous l'égide d'un comité de pilotage qui associait, en particulier, pour l'Institut fédératif de recherche sur le handicap (IFRH), A. Triomphe (LES : laboratoire d'économie sociale), A. Deveau (CTNERHI : Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et inadaptations) et A. Letourmy (MIRE), une consultation des principaux acteurs sociaux (ministères, caisses maladie, mutuelles, assurances) a confirmé l'intérêt de l'ensemble de ces partenaires pour une telle enquête et leur engagement à coopérer à sa réalisation.

2. Ce rapport d'information peut être téléchargé sur www.assemblee-nationale.fr.

- le renouvellement de l'évaluation de l'enfant par une équipe pluridisciplinaire et assouplissement du passage d'un type d'établissement à l'autre (passerelles) ;
- la réforme et la systématisation de la formation initiale et continue des enseignants et intervenants à l'accueil des élèves handicapés¹.
- le 20 mai 2005, le Conseil national handicap *Sensibiliser, former, informer* a organisé, à la Maison de l'UNESCO à Paris, les premiers états généraux sur le thème *Handicap : le temps des engagements*. Rassemblant plus de deux milles personnes en huit forums thématiques, cette journée s'est conclue par la proclamation d'engagements solennels, que le Conseil national Handicap, ses partenaires et l'ensemble des participants aux états généraux s'engagent à mettre en actes. Il s'agit notamment de provoquer « un changement de regard » et de « replacer le handicap dans l'ordinaire de l'existence humaine ». À cet effet, ont été organisés en 2006, dans chaque région, des états généraux régionaux à l'initiative d'associations, de collectivités ou d'acteurs locaux².

Quelques repères chiffrés

D'après le rapport *Handicap-Incapacités-Dépendance* de l'INSEE (1998-2001), 2,3 millions de personnes handicapées vivent en France. Selon le rapport *Le Handicap en chiffres* (CTNERHI, 2004), plus de 107 000 enfants et adolescents handicapés sont accueillis, au 31 décembre 2001, dans 1981 établissements médico-éducatifs et plus de 23 000 sont suivis par 911 services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Environ 3 % de jeunes adultes n'ayant pas trouvé de place dans les structures pour adultes handicapés sont maintenus en des structures pour enfants et adolescents, au titre de l'« amendement Creton » qui, voté en article 22 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989, est une mesure conçue comme un palliatif temporaire à l'insuffisance des structures d'accueil pour adultes.

Permettant une première orientation en fonction de la prévalence de leurs déficiences, le tableau 6.1 énumère les populations de jeunes handicapés.

1. Cf. Coquebert L. (2006). « Un premier bilan de la loi du 11 février 2005 », in Gueguen J.-Y., *L'Année de l'action sociale 2006. Le nouveau paysage de l'action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, p. 39-51.

2. Cf. le site www.etatsgenerauxhandicap.net et la publication, sous la direction de Julia Kristeva et de Charles Gardou, de l'ouvrage collectif *Handicap : le temps des engagements*, aux PUF en 2006.

Tableau 6.1
Prévalence des déficiences (enfants dont les parents résident
dans les départements de l'enquête¹ et qui sont nés de 1976 à 1985)

	Nombre de cas	Prévalence ^a p. 1 000
Premier groupe : déficiences sévères		
Nombre d'enfants	2 700	8,4
Trisomies 21	320	1
Retards mentaux importants (trisomies 21 exclues)	840	2,6
Paralysies cérébrales	600	1,8
Cécités ou amblyopies bilatérales	220	0,7
Surdités sévères ou profondes bilatérales	230	0,7
Autismes	170	0,5
Autres psychoses	460	1,4
Second groupe : autres anomalies		
Nombre d'enfants	3 400	10,4
Malformations	240	0,7
Maladies somatiques	520	1,6
Autres troubles mentaux (maladies somatiques exclues)	2 190	6,7
Autres déficiences (à l'exclusion des précédentes)	450	1,4
Nombre total des enfants	6 100	18,8
Nombre d'enfants dans la population	325 350	

a. Les prévalences sont calculées par rapport à la population des enfants appartenant aux mêmes générations et résidant dans les départements concernés lors du recensement de 1990.

Arrêtons-nous, à titre d'exemple, sur le nombre des cas d'autisme. La réalité quantitative comme qualitative de cette forme de handicap a été mise en lumière dans le rapport *La Situation des personnes autistes en France* que Jean-François Chossy a remis en septembre 2003 au Premier ministre. Il y avance les chiffres suivants : pour un taux de prévalence de 4 à 5 et jusqu'à 6 pour 10 000 dans l'autisme sévère, l'on dénombre 6 200 à 8 000 enfants autistes en France².

1. Cf. *Le Handicap en chiffres* édité par le CTNERHI (2004). Ce rapport très informatif est téléchargeable sur www.sante.gouv.fr/drees/handicap/handicap.pdf.

2. Signalons que le n° 25 de la revue *Contraste*, dirigé par le Dr Salbreux, est consacré aux « Autismes au pluriel » (2007).

Toujours selon le Rapport n° 1776 (Assemblée nationale, 2004) présenté par Pierre Morange, les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés se sont développés à partir des années 1950, essentiellement du fait de la croissance du nombre d'établissements pour enfants déficients intellectuels. Après une baisse au milieu des années 1970, le nombre total de places d'éducation spéciale est resté stable, à hauteur de 130 000, depuis les années 1980. Néanmoins, la répartition du nombre de places entre les différents établissements et services a connu des modifications. À titre d'exemple, le nombre de places offertes en SESSAD a augmenté, passant de 6 577 en 1987 à 22 835 en 2001. Par ailleurs, l'offre de places en établissements pour personnes polyhandicapées a augmenté de 522 en 1987 à 4 215 en 2001 à la suite, notamment, de reconversions ou requalifications d'établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents déficients intellectuels.

2. Présentation des structures spécialisées

Dans cette section, nous présentons dans un premier temps les structures spécialisées qui accueillent des enfants et adolescents handicapés. Dans un deuxième temps, nous proposons une brève mise en perspective concernant les structures qui accueillent les adultes handicapés.

Les structures accueillant des enfants et adolescents handicapés

Nous privilégions ici une présentation des structures spécialisées selon l'âge des enfants. Celui-ci détermine, dans une perspective de cycle de vie, les tâches spécifiques rythmant la vie de la personne handicapée et de sa famille (*cf.* le tableau 6.3). Une lecture transversale des différentes structures qui accueillent des enfants et des adolescents handicapés donne l'impression d'une bonne continuité des soins et d'une couverture satisfaisante des besoins sanitaires et sociaux en matière de handicap. Toutefois, la réalité du terrain amène souvent à une vision moins optimiste. Le manque de place dans les structures, des inégalités dans leur développement selon les régions, des difficultés de concertation et de coordination entre les différents établissements peuvent grandement entraver la qualité de la prise en charge des enfants et adolescents handicapés et contraindre leurs parents à vivre un véritable « parcours du combattant ». Devant la rareté des

réponses officielles, un rôle pivot revient dans l'organisation de l'éducation et des soins aux associations des parents telles que l'UNAPEI (Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés). Selon le rapport d'information présenté par Pierre Morange en 2004 à l'Assemblée nationale, « 115 000 associations œuvrent dans le domaine sanitaire et social, 7 000 d'entre elles gèrent directement ou indirectement des établissements ou services d'accueil de personnes relevant de l'action sociale ». Le secteur associatif gère ainsi 55 % de l'activité sociale. Dans le rapport *Vivre avec un handicap* (2003), la Cour des comptes estimait que « les associations ont eu, dès l'origine, un rôle important dans la prise en charge des besoins des personnes handicapées : elles ont souvent suppléé les carences des administrations, et de nombreuses associations gestionnaires ont eu un rôle pionnier ».

Lorsque le handicap est dépisté en période pré-natale ou post-natale, les maternités sont chargées d'accompagner de manière spécifique les parents et d'accueillir l'enfant différent (*cf.* les circulaires mentionnées *supra* et le chapitre 1 du présent ouvrage). L'orientation des familles se fait la plupart du temps vers la PMI (protection maternelle et infantile, *cf.* chapitre 3 du présent ouvrage) ou le CAMSP (centre d'action médico-social précoce)¹.

Suite aux textes de réglementation écrits dès 1970 par les docteurs Salbreux et Zucman, un des premiers CAMSP a été créé en 1970 par Janine Lévy qui est considérée, avec eux, comme pionnier dans l'accompagnement des familles en situation de handicap². Les CAMSP accueillent des enfants de moins de 6 ans, chez qui un handicap moteur, mental ou sensoriel a été diagnostiqué. Leur mission est le dépistage, l'orientation et l'accompagnement en ambulatoire des familles par une équipe pluridisciplinaire qui les soutient dans l'acceptation du handicap.

La figure 6.1 nous renseigne, à titre d'exemple, sur la composition de l'équipe d'un CAMSP de type associatif. Dépendant du conseil d'administration, deux directeurs assurent la responsabilité au niveau pédagogique, organisationnel et administratif. Le directeur médical, quant à lui, coor-

1. *Cf.* l'article essentiel d'un grand spécialiste français, le Dr Salbreux R. (1993). « Prévention, diagnostic et prise en charge : l'expérience des centres d'action médico-sociale précoce », in Ionescu S. (dir.) (1993). *La Déficience intellectuelle I : Approches et pratiques de l'intervention, dépistage précoce*, Paris, Nathan Université, p. 351-367.

2. *Cf.* Janine Lévy (1991). *Le Bébé avec un handicap*, Paris, Le Seuil. Voir aussi le film, disponible auprès du CNASM, *L'Intervention précoce, pourquoi les CAMSP ?* (2003). Au travers d'exemples concrets tournés avec les professionnels du CAMSP de Montrouge, le Dr Roger Salbreux nous fait partager l'histoire de l'action sociale précoce, la réalité de l'action thérapeutique engagée et la pertinence actuelle et nécessaire de leur rôle dans une perspective de santé publique.

donne les actions au niveau thérapeutique. Parmi les trois services – administratif, social et thérapeutique – c’est notamment le dernier qui nous intéresse ici : il regroupe le pédiatre, le psychiatre, les psychologues, la psychomotricienne, l’orthophoniste et les éducatrices de jeunes enfants qui élaborent, en équipe pluridisciplinaire, les projets thérapeutiques pour les enfants porteurs de handicap.

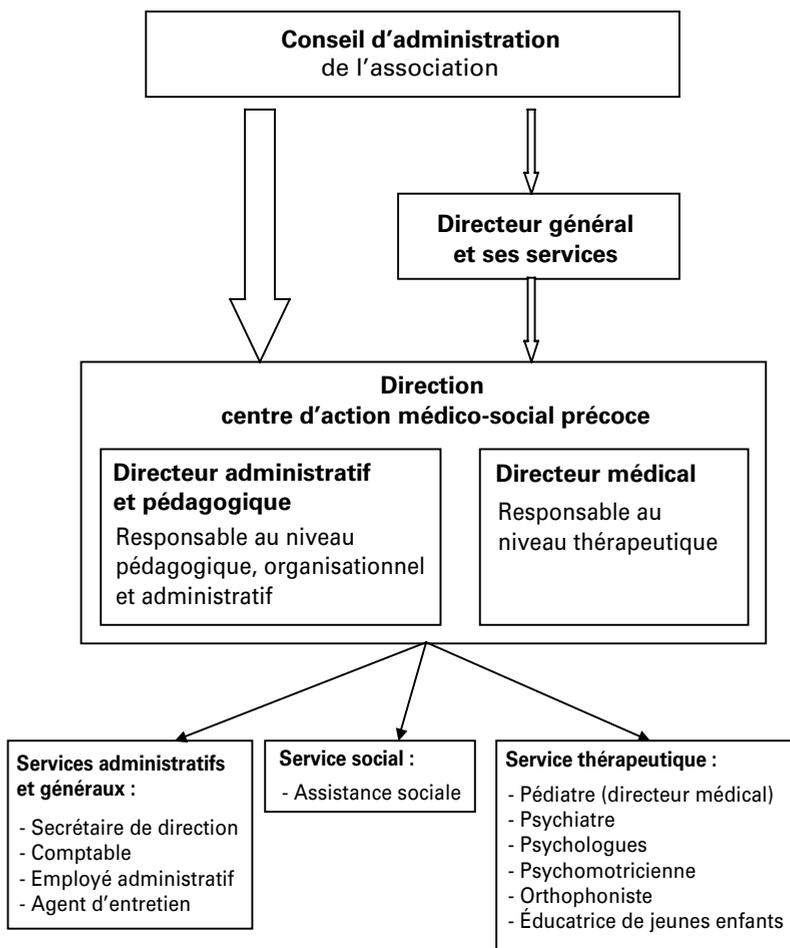


Figure 6.1
Exemple d’organigramme fonctionnel d’un centre d’action médico-sociale précoce (de type associatif)¹

1. Les auteurs remercient Nelly Loiseau d’avoir mis à leur disposition cette figure.

Dans les expériences de socialisation du jeune enfant handicapé, les crèches, les jardins d'enfant et l'école maternelle jouent un rôle essentiel.¹ Toutefois, l'on constate sur le terrain des grandes disparités concernant la qualité de l'intégration : dans certaines structures, celle-ci fait l'objet d'une réelle réflexion des équipes les conduisant à l'élaboration d'une pratique dynamique et coordonnée, alors que dans d'autres endroits, elle reste un concept abstrait et relativement vide de sens².

À l'entrée à l'école primaire³, il revenait, avant la loi du 11 février 2005, à la CDES (commission départementale d'éducation spécialisée)⁴ d'établir l'orientation de l'enfant en fonction des informations apportées par les parents, les enseignants, l'assistante sociale, le médecin ou le psychologue⁵. Depuis la loi du 11 février 2005, c'est la maison départementale des personnes handicapées qui en est responsable, proposant un guichet unique « qui regroupera l'ensemble des fonctions d'information, de conseil, d'orientation, mais aussi les instances indépendantes de l'évaluation du handicap, les décideurs, les commissions de recours, sortes d'instances de médiation interne au système⁶ ». La MDPH coordonne deux instances : les équipes pluridisciplinaires et la CDA (Commission des droits et de l'autonomie) qui remplacent la CDES et la COTOREP dont elles fusionnent les compétences⁷.

-
1. Cf. l'article de S. Tétréault, P. Beaupré, A. Pomerleau, M.-È. Pelletier et A. Courchesnes (2006). « Inclusion à la garderie et à l'école d'enfants ayant une déficience intellectuelle : de grands pas pour de si petites jambes ! » in Gascon H. *et al.* (dir.) (2006). *Déficience intellectuelle : savoirs et perspectives*, t. 1, AIRHM, Québec, Presses interuniversitaires, p. 343-356.
 2. Cf. le numéro 2 de la revue *Contraste* consacré en mai 1995 à l'intégration du jeune enfant handicapé en crèche et en maternelle.
 3. Cf. le chapitre 7 dans le présent ouvrage, rédigé par Évelyne Bouteyre.
 4. La commission départementale d'éducation spéciale, créée par la loi n° 75-735 du 30 juin 1975, a été chargée de définir le taux d'incapacité des enfants de 0 à 16 ans, d'orienter les élèves handicapés et de décider l'allocation d'éducation spéciale (AES). Elle était divisée en deux commissions, la CCPE (commission de circonscription préscolaire et élémentaire) et la CCSD (commission de circonscription pour le second degré). Depuis la loi du 11 février 2005, elle est fondue, avec la COTOREP, en une instance unique, la CDA dépendant de la maison départementale des personnes handicapées.
 5. Cf. l'ensemble des sigles des structures intéressées par l'intégration scolaire sur <http://intescol.free.fr/integ15.htm>
 6. Discours de madame la secrétaire d'État aux personnes handicapées lors de la séance de l'Assemblée nationale du 1er juin 2004. Cf. le rapport d'information n° 1776 présenté par Pierre Morange, *op. cit.*
 7. Cf. l'excellent site Intégration scolaire et partenariat <http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr> qui offre une bonne présentation de la loi du 11 février 2005, un panel très complet de documentation sur les différentes instances participant à l'intégration scolaire et le décret 2005-1587 du 19 décembre 2005 relatif à la MDPH.

Les CLIS (classes d'intégration scolaire) permettent une scolarisation de l'enfant handicapé qui bénéficie souvent d'un emploi du temps mixte lui permettant de suivre certains cours en classe normale et d'autres en CLIS au sein desquels l'encadrement pédagogique est adapté à ses difficultés (enseignants spécialisés, petits effectifs, rythme de progression modulé, etc.). Toutefois, l'entrée à l'école primaire et les aménagements scolaires qui seront faits en fonction du handicap de l'enfant représentent souvent un temps critique pour les parents, l'intégration de leur enfant dans une classe spécialisée les confrontant à la réalité de son handicap et au deuil non fait de sa normalité.

Précisons que les RASED (réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté) et les SESSAD (services d'éducation spéciale et de soins à domicile) sont chargés du suivi individualisé des enfants de plus de 6 ans dont l'admission, depuis la loi du 11 février 2005, est décidée par la maison départementale du handicap via la CDA¹. Les CMPP (centres médico-psychopédagogiques), quant à eux, assurent un accompagnement médico-social et psychopédagogique aux enfants et adolescents présentant des difficultés d'adaptation². L'encadré 1 informe de manière quantitative de l'intégration scolaire des enfants, adolescents et étudiants handicapés³.

-
1. Cf. Scelles R. (2002). « Psychologue auprès d'enfants handicapés dans un service de soins et d'éducation à domicile », in Fua D. (dir. ; 2002). *Le Métier de psychologue clinicien*, Paris, Nathan Université, coll. « Fac. Psychologie », p. 188-199.
 2. Citons le *Guide de l'intégration scolaire de l'enfant et de l'adolescent handicapés* élaboré par Catherine Cousergue (dir. ; 1999) :
« Les CMPP sont sous tutelle du ministère des Affaires sociales et sont conventionnés par la Sécurité sociale. La plupart des CMPP sont des structures associatives. Il en existe dans chaque département. Le CMPP a pour rôle :
– le diagnostic et le traitement ambulatoire ou à domicile des enfants de 3 à 18 ans (ou 20 ans selon le cas) dont l'inadaptation est liée à des troubles neuropsychologiques ou à des troubles du comportement ;
– la réadaptation de l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire et social. »
Par ailleurs, on peut s'informer sur les comités de vigilance des CMPP sur www.oedipe.org/fit/actualites/CMPP2.
 3. Cf. les ouvrages de J.-M. Gillig : *L'aide aux enfants en difficulté à l'école*, Paris, Dunod, 1998 ; *Intégrer l'enfant handicapé à l'école*, Paris, Dunod, 2006. Cf. aussi D. Temal, *Prendre en charge à domicile l'enfant handicapé*, Paris, Dunod, 2006.

Encadré n°1

Les enfants, adolescents et étudiants handicapés : quelques chiffres

L'intégration individuelle

- L'intégration individuelle dans le premier degré : 29 732 élèves environ (à proportion d'un quart à temps partiel et de trois quarts à temps plein).
- L'intégration individuelle dans le second degré : 15 152 élèves environ.
- L'intégration individuelle dans l'enseignement supérieur : 7 029 étudiants dont 5 023 en universités, 1 532 en classes préparatoires et sections de techniciens supérieurs, 351 en écoles d'ingénieurs et 63 en IUFM.

(Année 2000-2001. *Source* : Direction de l'enseignement supérieur – ministère de l'Éducation nationale)

L'intégration collective

- L'intégration collective dans le premier degré : 36 737 élèves environ (CLIS), 3 975 élèves environ (classes de perfectionnement).
- L'intégration collective dans le second degré : 4 042 élèves environ (UPI), 1 800 (EREA spécialisés et autres dispositifs collectifs).

(Année 2003. *Source* : DGAS/DESCO, Enquête scolarisation des élèves handicapés)

Dans le secondaire, ce sont les UPI (unités pédagogiques d'intégration), les SES (sections d'éducation spéciale) et les SEGPA (sections d'enseignement général et professionnel adapté) qui proposent aux adolescents handicapés un enseignement scolaire en fonction de leurs possibilités. Dans les EREA (établissements régionaux d'enseignement adapté), des élèves souffrant d'un retard scolaire important bénéficient d'un enseignement général et d'une formation pré-professionnelle. Au sein des hôpitaux – général ou psychiatrique – fonctionnent également des unités pédagogiques dont « L'école à l'hôpital », permettant de concilier la nécessité des soins et la scolarisation de l'enfant. Enfin, des CAPP (centres d'adaptation psychopédagogique) ont pour mission l'aide et le soutien des enfants et des adolescents en échec ou en risque d'échec scolaire. Ils offrent une écoute et un suivi personnalisés grâce à des consultations de psychiatres, de pédopsychiatres, un soutien psychologique, des rééducations ainsi qu'un suivi social, si nécessaire. La vignette suivante offre un bref aperçu des difficultés courantes en intégration scolaire.

VIGNETTE CLINIQUE N° 1

Quelle intégration scolaire pour Danièle S., jeune fille malvoyante^a ?

Rappelons que l'intégration scolaire nécessite, dans une approche psycho-clinique, d'aborder une pluralité de dimensions y compris la réaction de l'enfant face à son handicap ; la réaction des parents face aux apprentissages scolaires, au handicap et à l'interaction des deux ; les relations avec les enseignants et la collaboration avec le service d'aide à l'intégration. Il est essentiel de prendre en compte les problématiques spécifiques aux différents âges et, plus particulièrement, au moment de l'adolescence.

Afin d'illustrer cette problématique, nous présentons ici un entretien individuel qu'un psychologue spécialisé dans le champ du handicap eut avec la mère de Danièle S. à propos de ses difficultés scolaires, apparues au cours de la troisième année du secondaire.

Pour la compréhension de la dynamique d'intégration dans sa complexité, mais aussi pour mieux cerner la dynamique globale du cas clinique, nous reprenons brièvement l'historique de l'intégration scolaire. Précisons cependant qu'un focus sera mis sur l'adolescence : il s'agit bien d'une étape de la vie qui suscite un questionnement particulier par rapport à l'intégration scolaire.

Danièle S. a 15 ans. Son adolescence inquiète ses parents et déstabilise surtout sa mère qui décrit sa fille comme se désintéressant de l'école et vivant d'importantes difficultés dues à son handicap de naissance. Elle souffre d'une cécité attribuée à une anéridie qui lui laisse un champ visuel très réduit et une acuité de 1/10° à l'œil gauche et de 1/20° à l'œil droit. Le handicap est visible à l'aspect très particulier de ses yeux.

Danièle est autonome et parcourt seule, en utilisant les transports en commun, le chemin entre la maison et l'école. Elle a d'importantes difficultés de lecture en classe et ses autres performances scolaires ne sont pas plus satisfaisantes ; elle risque de redoubler son année scolaire. Cette situation préoccupe ses parents. La part des choses n'est pas facile à faire entre ce qui est de l'ordre du handicap, des difficultés d'apprentissage (attention, concentration, habiletés intellectuelles) ou encore des difficultés liées au vécu de l'adolescence. Pour la famille, tout s'amalgame, tout se mélange. Nous tenterons brièvement d'éclairer cette problématique à la lumière de son histoire et de son parcours d'adolescente.



Toute petite, Danièle préfère souvent être seule. Elle raconte, et se raconte, des histoires mettant en scène des personnages fictifs et des supports figuratifs, comme des poupées, des animaux, des marionnettes. Ce comportement intrigue les parents : quel est l'impact du handicap sur ce type de comportement ? Pourquoi leur fille s'isole-t-elle si souvent ? Ne s'agit-il pas simplement d'un trait de personnalité de Danièle ? Est-ce un signe de mal-être ? Sujette au repli sur soi, elle développe cependant une capacité d'autonomie et de compétence créative. Particulièrement attentionnés, les parents de Danièle initient un suivi ophtalmologique et psychologique, en recherche constante de la meilleure intervention possible pour leur fille. Rapidement, ils acceptent le handicap de leur enfant et prennent conscience qu'il sera irréversible. Ils sont également préoccupés par le risque de transmission génétique de la pathologie de Danièle. Dès l'école maternelle, ils placent leur enfant dans un milieu scolaire ordinaire, elle fréquente l'école de son village.

L'intégration est bien préparée avec la direction de l'école et les enseignants. L'enfant est suivie à l'école par un service d'accompagnement spécialisé. Ce service conseille les parents dans leur itinéraire éducatif, ainsi que les enseignants pour le parcours scolaire. À plusieurs reprises, nous avons déjà pu constater que la motivation et la persévérance des parents sont déterminantes, pour garantir la réussite de l'intégration scolaire d'un enfant en situation de handicap. Les parents de Danièle jouissent tous les deux d'un réseau social et professionnel riche et valorisant : sa mère est enseignante dans le secondaire et son père est informaticien dans un organisme financier.

Dès l'entrée à l'école primaire^b, l'intégration dans la communauté scolaire se poursuit de manière harmonieuse mais des difficultés d'apprentissage se manifestent. C'est notamment l'apprentissage de la lecture qui s'avère difficile. La compréhension verbale pose également des problèmes qui se confirmeront lors de la scolarité ultérieure. Les habiletés en mathématique semblent limitées, surtout en ce qui concerne la compréhension des énoncés de problèmes. Jusqu'en quatrième année d'école primaire, Danièle poursuit son parcours avec les difficultés soulevées dès le départ. En fin de quatrième primaire, tant les parents que les enseignants ont des doutes. Le service d'accompagnement fait effectuer des tests de performance intellectuelle. Les résultats s'avèrent assez négatifs, mais ne sont acceptés ni par les enseignants, ni par les parents.





Les uns et les autres dénoncent la vétusté des méthodes d'investigation utilisées. Une rupture de collaboration avec le service d'accompagnement s'ensuit.

La transition entre la quatrième et la cinquième année de l'enseignement primaire semble constituer un moment de crise relative, comme chez beaucoup d'enfants, pour lesquels ce passage est un moment difficile. Dans le cas de l'intégration scolaire d'enfants handicapés, il s'agit de toujours prendre garde à ne pas attribuer au handicap une difficulté liée au développement psychologique normal de l'enfant : à certains âges, beaucoup d'enfants vivent des difficultés d'intégration scolaire. En cinquième et sixième années de l'enseignement primaire, la collaboration avec les enseignants se poursuit et les parents sont pleinement satisfaits du suivi assumé par l'école. Toutefois, Danièle manifeste d'importantes difficultés en langue maternelle et spécialement en orthographe.

Au cours des quatre premières années de l'enseignement primaire, les parents, conseillés par le service d'accompagnement, inscrivent Danièle à des activités de loisirs adaptées. Elle y rencontre des enfants, eux aussi en situation de cécité. Ce type de processus tente de combiner l'intégration dans l'enseignement ordinaire et l'insertion dans un contexte spécialisé, contexte dans lequel Danièle peut élaborer et vivre avec d'autres son identité en tant qu'enfant malvoyante. Il est essentiel de reconnaître et d'accepter l'enfant dans ce qu'elle est réellement : une enfant comme les autres, mais avec un handicap.

À la fin de la sixième année, terminale de l'école primaire, la question de l'orientation vers l'enseignement ordinaire ou vers l'enseignement spécialisé se repose. Après avoir visité des écoles, pris des renseignements, consulté le centre psycho-médico-social et des spécialistes, les parents décident la poursuite de l'intégration dans l'enseignement ordinaire pour le cycle secondaire. Dans cette nouvelle situation, l'autonomie de Danièle s'avère tout à fait satisfaisante. Elle se déplace seule, diversifie ses réseaux d'amis et est engagée dans des activités extrascolaires de gymnastique et de musique.

Danièle a une grande sœur, de trois ans plus âgée qu'elle, brillante à l'école. Elle a un petit frère, de 6 ans plus jeune qui avait été très attendu par les parents et avec qui ils estiment avoir une tâche éducative très facile. Danièle est un peu l'enfant « sandwich », prise au milieu de deux autres qui n'ont pas de difficultés, tout au contraire.





C'est au cours de la troisième année de secondaire que nous revoyons la mère en demande d'accompagnement par le Département de psychologie de la Faculté de médecine de Namur pour la scolarité de sa fille. Elle semble perdue, ne sachant plus que faire. Selon elle, Danièle vit de grandes difficultés d'apprentissage et se désintéresse totalement du contexte scolaire. Ses relations d'amitiés désolent et angoissent ses parents : elle fréquente des jeunes qui n'ont pas du tout la même culture et qui, selon la mère, sortent des habitudes relationnelles de la famille. Les parents de Danièle ont eu la chance de vivre une ascension sociale qui les a, selon eux, éloignés de leur milieu d'origine. L'évolution de leur fille les confronte de nouveau avec leurs origines plus modestes.

Danièle développe des comportements qui dénotent une forme de rejet de son handicap, en tout cas une volonté de le cacher. Elle se maquille fort autour des yeux, refuse d'utiliser, en public, un monoculaire qui lui permet de voir de loin et exprime à sa mère qu'elle ne veut pas qu'on voie son handicap. La mère narre une situation dans laquelle Danièle s'est perdue au cours d'un voyage en train parce qu'elle n'avait pas voulu utiliser le monoculaire qui lui aurait permis de repérer la voie où elle devait prendre le train. La mère raconte également un épisode où Danièle a provoqué ses parents par une relation avec un garçon qui ne correspondait en aucune manière à leur référence culturelle. Une fois que les parents ont été confrontés à cette relation, Danièle a annoncé, triomphante, qu'elle venait de rompre. Provocation d'adolescente ayant besoin de se différencier de ses parents ?

Tout semble montrer que Danièle vit une problématique liée au handicap mais qu'elle vit également des difficultés d'apprentissage scolaire. Surtout, elle manifeste, avec force, sa crise d'adolescence, faite d'ambivalence, de provocation, de marginalisation et d'opposition. Elle a même, *dixit* sa mère, touché à la drogue !

Le psychologue clinicien demande à la mère si elle ne pense pas que sa fille lui ressemble. Si elle n'est pas, elle aussi, un peu provocatrice, dans ses comportements à l'égard de l'autorité et du pouvoir ? Si elle ne lutte pas pour l'autonomie de la femme, ainsi que pour sa liberté dans son milieu professionnel et ses loisirs ? La mère de Danièle reconnaît la pertinence de ce rapprochement : « C'est vrai que Danièle me ressemble et aime provoquer, comme j'aime provoquer. » Le but du clinicien est d'attirer l'attention de la mère sur les aspects positifs de sa relation avec





sa fille, en dédramatisant certains comportements. Dans le suivi, il s'agit à la fois de reconnaître la problématique spécifique du handicap mais aussi les difficultés d'apprentissage et les dynamiques qui se jouent au moment de l'adolescence.

Il convient de se poser la question si Danièle dispose et utilise des technologies actuelles qui pourraient faciliter son adaptation aux exigences scolaires et favoriser son autonomie. Il serait souhaitable qu'elle puisse reprendre en main les apprentissages scolaires et de poursuivre le chemin dans lequel elle s'était déjà engagée. Il s'agit de reconnaître qu'une personne tributaire de handicap vit des difficultés particulières au cours de son adolescence. Mais il faut aussi lui laisser l'occasion de vivre pleinement cette adolescence. Ainsi, un suivi spécialisé, par un autre service d'accompagnement, devrait être repris. La gestion de l'intégration scolaire devra se faire dans une perspective systémique, abordant simultanément les difficultés d'apprentissage, l'acceptation du handicap par les parents, la fratrie et par Danièle, ainsi que l'acceptation du processus propre à son adolescence.

Enfin, il ne faut pas négliger les aspects d'adaptation à l'enseignement, via des technologies de l'information et de la communication adaptées. En effet, Danièle semble refuser, sur fond d'une acceptation très partielle de son handicap, les aides techniques proposées. Il s'agirait d'évaluer, à un niveau psychologique et à un niveau technologique, de nouvelles possibilités de réponse à ses besoins actuels, tant au niveau de la transparence que de l'efficacité des technologies utilisées. Ainsi, Danièle verra que l'acceptation et l'utilisation d'aides spécifiques ne sont pas incompatibles avec son accès à l'autonomie qui est au cœur de la problématique adolescente.

a. Cette vignette a été rédigée par Michel Mercier et Geneviève Bazier.

b. Il s'agit du système scolaire qui est en vigueur en Belgique.

Avant la loi du 11 février 2005, c'était à la commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) de reconnaître le statut de personne handicapée, de fixer le taux d'incapacité et de définir l'orientation vers une structure spécialisée si le maintien en milieu ordinaire s'avère impossible. Pour les enfants concernés, différents instituts proposent, selon l'âge, un accueil liant la prise en charge médicale à celles, sociale et éducative. Ainsi, l'IMP (institut médico-pédagogique) accueille des enfants de 3 à 14 ans, l'IME (institut médico-éducatif) accueille des enfants de 6 à 20 ans (*cf.* l'encadré 2 qui en illustre le fonctionnement). Enfin, l'IMPro (institut

médico-professionnel) les accueille de 14 à 20 ans. La CDES décidait, en outre, de l'attribution d'une allocation d'éducation spéciale (AES). Depuis la loi du 11 février 2005, cette mission revient à la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) via la CDA (Commission des droits et de l'autonomie).

Encadré n°2

Exemple de fonctionnement d'un institut médico-éducatif^a

L'IME Le Château-Blanc d'Arques-la-Bataille est un institut médico-éducatif accueillant des enfants, adolescents et jeunes adultes âgés de 6 à 20 ans qui présentent des déficiences intellectuelles avec ou sans troubles associés. Il est géré par l'APEI (Association de parents d'enfants inadaptés) et se trouve sous tutelle administrative de la DDASS.

Le cadre de vie

Le Château Blanc d'Arques-la-Bataille est une magnifique demeure de style baroque construite au début du siècle dernier par une comtesse italienne. C'est en 1966 que l'APEI rachète le château et ouvre les portes de l'institut médico-éducatif. Situé dans un parc de plusieurs hectares à 6 kilomètres de Dieppe, le château est le pivot administratif de l'IME ; il regroupe les différents bureaux administratifs et ceux de l'APEI, ainsi que les bureaux des psychologues, le réfectoire et les cuisines. Deux autres bâtiments plus modernes l'entourent : à sa droite un bâtiment appelé « la pyramide » du fait de sa forme ; au sein de la pyramide se trouvent les structures médico-éducatives et médico-pédagogiques ; de l'autre côté, à gauche du château, jouxte un autre bâtiment réservé au secteur médico-professionnel.

Population accueillie

Par arrêté préfectoral du 30 août 2001, l'institut médico-éducatif le Château-Blanc est agréé pour une capacité totale fixée à 84 places réparties comme suit :

- section semi-internat : 61 places ;
- section « Autisme » : 10 places (dont 4 en internat) ;
- section internat : 15 places.

L'IME accueille tout enfant pour lequel un cursus scolaire au sein de l'Éducation nationale n'a pu être maintenu ou même envisagé. Seuls les enfants polyhandicapés ou atteints de handicaps moteurs importants ne sont pas admis à l'IME.



L'établissement est ouvert à un large éventail « d'inadaptations », séquelles de troubles organiques (trisomie 21, encéphalopathie, méningite, légers handicaps moteurs ou déficits sensoriels), troubles du comportement, psychose et autisme.

L'orientation vers un IME

L'organisation de l'IME est régie par l'« annexe XXIV ». Cette annexe a pour but de spécifier les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou qui sont inadaptés.

Buts et missions de l'institution

L'IME poursuit trois buts principaux :

- assurer l'étude et la défense des intérêts moraux et matériels des enfants et adultes handicapés ;
- mettre en œuvre tous moyens utiles à leur développement moral et physique en vue de favoriser leur épanouissement et de promouvoir leur insertion sociale et professionnelle ;
- apporter aux familles l'appui moral et matériel dont elles ont besoin.

L'action éducative mise en œuvre repose sur des principes et des valeurs ayant pour socle les droits de l'enfant. L'enfant est au centre du projet et ses difficultés sont prises en compte ; l'action menée repose avant tout sur les aptitudes qu'il manifeste ou qui sont décelées. Pour chaque enfant, un projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique est mis en place afin de préciser les conditions de sa prise en charge. L'objectif étant de donner à l'enfant déficient intellectuel des moyens d'évoluer vers une plus grande autonomie, un épanouissement affectif, une meilleure intégration dans son milieu social et familial, de réduire le retard et l'échec scolaire par la poursuite d'une formation individualisée et adaptée et, dans les cas les plus favorables, de permettre une insertion dans le monde du travail.

Organisation de l'institut

D'une façon générale, l'établissement constitue un lieu de vie mixte :

- un lieu d'acquisition : par le biais des différentes activités proposées (cuisine, ateliers techniques, groupes scolaires...), l'enfant acquiert le savoir-faire, des connaissances et des compétences cognitives adaptées à son rythme et à sa personnalité ;





- un lieu d'autonomie : les capacités de l'enfant à agir seul sont développées et favorisées ;
- un lieu d'expression : dans les différents groupes l'accent est mis sur les capacités créatives de l'enfant et l'épanouissement de sa personnalité ;
- un lieu d'intégration sociale : l'enfant est préparé au mieux à sa vie à l'extérieur de la structure. Un enseignement professionnel adapté pour les plus âgés permet l'entrée dans la vie active ou dans une institution spécialisée.

Il existe trois secteurs sur lesquels les enfants et adolescents sont répartis en fonction de leur âge, leurs acquis et leurs possibilités :

- un secteur médico-éducatif (SME) ;
- un secteur médico-pédagogique (IMP) ;
- un secteur médico-professionnel (IMPro).

Le secteur médico-pédagogique

Conformément aux annexes XXIV, la section IMP est une section d'éducation et d'enseignement spécialisé assurant les apprentissages scolaires, le développement de la personnalité et la socialisation des enfants. Ce secteur accueille des enfants et adolescents de 6 à 14 ans répartis en trois groupes :

- le groupe EVEIL accueille des enfants de 6 à 9 ans présentant des pathologies souvent importantes. Le premier but à atteindre étant le bien-être de l'enfant. Le travail éducatif est axé sur des activités individuelles et collectives permettant de développer la communication sous toutes les formes de prérequis scolaires. La socialisation et l'apprentissage de l'autonomie sont également des axes de travaux majeurs ;
- le groupe PRESCOLAIRE accueille des enfants de 6 à 10 ans étant en mesure d'accéder à des activités de type scolaire. Le travail éducatif associe les activités sportives, les travaux manuels, les jeux éducatifs à des activités collectives axées sur l'échange et la communication contribuant à la socialisation et à l'autonomie de l'enfant. Les activités pédagogiques sont centrées sur les apprentissages préscolaires (niveau maternelle avec graphisme, collage, découpage, notion de latéralisation) et assumées par les éducateurs du groupe. Un apprentissage scolaire est assuré pour quelques enfants par des instituteurs spécialisés de l'Éducation nationale ;





– le groupe SCOLAIRE accueille des enfants et adolescents de 10 à 14 ans ayant des capacités d'acquisition d'autonomie sociale et scolaire. Les actions éducatives de ce groupe consistent en la normalisation des conduites sociales au quotidien, la continuité et le maintien des apprentissages liés à l'autonomie sociale et le travail sur la communication et le langage verbal. Les actions pédagogiques sont assurées par des apprentissages scolaires avec les instituteurs de l'Éducation nationale. Plusieurs jeunes bénéficient d'une intégration sociale, sportive et scolaire.

Pour ces trois groupes, les actions thérapeutiques concernent les prises en charges en :

- orthophonie : rééducation des troubles du langage et de la parole ;
- psychomotricité : travail sur le schéma corporel et sur la motricité fine ;
- psychologie : prise en charge des troubles narcissiques et troubles psycho-affectifs.

Le secteur médico-éducatif (SME)

Le secteur médico-éducatif est une « section pour les jeunes déficients profonds [...] avec handicaps associés » (art. 5, annexe XXIV).

Il se compose de trois groupes accueillant selon leur âge des adolescents et jeunes adultes ayant des difficultés importantes et une autonomie physique réduite.

Le SME a le souci premier de prendre en compte la spécificité de chaque individu à travers l'élaboration d'un projet individualisé.

De l'émergence de ce projet découlent des actions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques :

- l'action éducative vise à développer à travers les activités la vie relationnelle du jeune. Elle permet la régulation de la dynamique de groupe ;
- l'action pédagogique vise, à travers la mise en place de diverses activités, à apporter un bien-être et une sécurité nécessaires au développement de chaque individu ;
- l'action thérapeutique concerne la poursuite des prises en charge médicales en psychomotricité, en orthophonie et psychologiques.





Le groupe constitue une référence au niveau de l'espace, de la vie institutionnelle et un repère sécurisant. C'est un espace et une entité privilégiée favorables à l'expression et à l'écoute qui permettent une meilleure acceptation de certaines frustrations imposées par la vie en collectivité.

Le fonctionnement pédagogique privilégie la notion de référence et le principe de transversalité des activités en prenant en compte les besoins, le rythme et les capacités de chacun.

La notion de référence concerne le suivi de la progression de chaque enfant par un éducateur référent.

Les activités répondent à des besoins d'expression et de réalisation repérés chez les jeunes ainsi qu'à la nécessité de divers apprentissages (autonomie élémentaire, socialisation).

Le secteur médico-professionnel

C'est une section d'initiation et de première formation professionnelle pour les adolescents à partir de 14 ans (art. 5, annexe XXIV). Des éducateurs techniques assurent l'encadrement des jeunes. L'IMPro se compose :

- d'un atelier floriculture, espaces verts ;
- d'un atelier polyvalent ;
- d'un atelier restauration services ;
- d'un groupe d'éducation sociale et familiale (ESF) ;
- d'un service d'intégration sociale et professionnelle pour les jeunes de plus de 18 ans.

• L'atelier floriculture

Cet atelier comporte quatre volets d'activité : espaces verts, jardins, pépinières et floriculture. Une serre de 300 m² et des outils mécaniques sont mis à disposition des jeunes.

• L'atelier polyvalent

Dans cet atelier sont enseignés aux adolescents l'entretien (maçonnerie, peinture, papier peint), la menuiserie (réparation de meubles, réalisations et créations d'objets en bois) et le travail du fer (soudure).

• L'atelier restauration-services

Dans le cadre de la pédagogie pré-professionnelle et thérapeutique de l'établissement, ce projet est établi sous la forme d'un partenariat entre la section IMPro et la société de restauration SOGERES. L'espace



 cuisine a pour but la sensibilisation et la découverte des métiers de bouche. Ses outils sont basés sur la notion de plaisir du travail, des droits et des devoirs.

- Groupe d'éducation sociale et familiale (ESF)

L'objectif de ce groupe est de favoriser l'autonomie des adolescents dans la vie quotidienne. Sont réalisées en groupe des tâches domestiques comme les achats, la préparation de repas, les tâches ménagères, le repassage ; ont la priorité l'apprentissage de l'autonomie dans les déplacements : savoir lire les horaires de bus, se déplacer dans les transports en commun, savoir téléphoner, et l'autonomie « sociale », connaître les organismes comme la Sécurité sociale, la CAF.

Le service extérieur

Il existe un service extérieur aux locaux de l'IME implanté dans le centre-ville de Dieppe dont l'objectif est de permettre aux jeunes adultes (18-20 ans) de s'adapter au monde ordinaire. Ce service s'articule autour de trois groupes : le SISP (système d'intégration sociale et professionnelle), le JMC (jeunes majeurs dans la cité) et le JADE (jeunes acteurs dans l'environnement). Le service extérieur est un élément du secteur médico-professionnel, il constitue un complément indispensable au dispositif institutionnel dont l'objectif, conformément aux annexes XXIV, est de favoriser l'adaptation de jeunes gens à la vie courante. Pour cela il a été fait le choix d'implanter ces groupes au centre de Dieppe, en situation réelle, pour des apprentissages à caractère technique et social dispensés tout au long de la prise en charge institutionnelle du jeune.

Durant les deux années que dure la prise en charge dans ce service, l'effort est centré sur l'autonomie des jeunes adultes dans l'accomplissement des actes de leur vie sociale et professionnelle.

L'accent est mis sur la faculté d'adaptation et d'improvisation du jeune qui doit trouver en lui les ressources nécessaires pour répondre aux exigences de la vie de tous les jours.

Pour certains, une attention particulière est apportée aux stages en entreprise qui, outre l'expérience qu'ils procurent, pourraient éventuellement déboucher sur un emploi. Pour ce faire, un réseau de partenaires extérieurs a été constitué avec la collaboration des CFA de Dieppe.



Ce dispositif est complété par l'ouverture d'appartements avec hébergement en relation avec l'internat. L'objectif étant de constituer une expérience de véritable autonomie, notamment à l'égard du milieu familial, pendant la semaine. Il représente pour le jeune un moyen d'appréhender les conditions d'existence qui seront les siennes à la sortie de l'IME.

L'internat

L'IME dispose d'une structure d'hébergement située en zone urbaine appelée « l'internat ». Durant la journée, les jeunes bénéficient du même fonctionnement et du même planning que le semi-internat. Situé en ville, à Dieppe, en petites structures (deux maisons) ou de manière individuelle en appartements, l'internat est un lieu ouvert sur le monde.

L'indication d'internat s'appuie sur des besoins mis en évidence dans le projet éducatif, pédagogique et thérapeutique individuel. On peut répertorier quelques types de situations à l'origine d'une proposition d'internat :

- les situations d'urgences rares où l'enfant se trouve en danger ;
- le besoin des parents de « souffler » du fait des difficultés relationnelles avec leur enfant ;
- les situations de carence où l'internat prend une dimension supplétive et apporte un complément ;
- les relations conflictuelles avec les parents ;
- un objectif d'intégration et d'autonomie pour des adolescents ou des jeunes adultes ;
- l'éloignement géographique.

Les équipes pluridisciplinaires

Plusieurs équipes ayant chacune leur spécificité associent leurs compétences pour répondre aux besoins :

- une équipe pédagogique composée d'éducateurs de jeunes enfants, d'éducateurs spécialisés, de moniteurs éducateurs, d'éducateurs techniques et d'aides médico-psychologiques ;
- les intervenants spécialisés dans la prise en charge de l'enfant sont appelés « les transversaux ». C'est une équipe qui comprend : une orthophoniste, trois professeurs des écoles, une psychomotricienne et un éducateur sportif ;





- une équipe administrative constituée autour d'un directeur responsable du fonctionnement général, de deux directeurs adjoints dont l'un est aussi psychologue et exerce *intra muros* tandis que l'autre est responsable des services extérieurs (Internat, JADE, SISP, JMC), de secrétaires et d'une assistante sociale ;
- une équipe composée de trois psychologues : deux travaillant *intra muros* et le troisième se consacrant aux services extérieurs ;
- le personnel des services généraux (entretien, restauration, transport).

a. Efimoff L. (2006). *Adolescence en souffrance. Quand le handicap s'en mêle...*, mémoire de master-2 professionnel Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapies, S. Schauder (dir.), IED-Université Paris-VIII, p. 9-17, non publié. Extrait reproduit avec l'autorisation de l'auteur.

En vue de permettre une orientation rapide parmi les structures spécialisées accueillant des enfants à partir de 6 ans et des adolescents, l'encadré 3 en présente un récapitulatif.

Encadré n°3

Récapitulatif des structures accueillant des enfants et des adolescents handicapés^a

Les IME, IMP, IMPro et EMPro

Différents établissements médico-sociaux accueillent les enfants présentant un handicap. En externat ou internat, un enseignement adapté à la spécificité de leur situation leur est prodigué sous contrôle médical. L'ensemble de ces établissements fonctionne selon un prix de journée payé par les caisses d'Assurance-maladie des patients. Ils font l'objet d'un agrément de la part de la région et sont, par l'intermédiaire de la DDASS, sous tutelle administrative de l'État.

L'admission y est réglementée par la loi du 30 juin 1975 et donc soumise à l'approbation de la commission départementale d'éducation spécialisée (CDES).

Leur fonctionnement est régi par un ensemble de textes dits « annexes XXIV » de la loi de 1975 et qui ont été remaniés dans le décret du 27 octobre 1989. Citons les instituts médico-éducatifs (IME), les instituts médico-pédagogiques (IMP), les instituts médico-professionnels (IMPro) et l'externat médico-professionnels (EMPro).





Les SESSAD

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile sont des structures pour enfants de plus de 6 ans présentant des troubles de la personnalité engendrant des problèmes d'inadaptation scolaire ou sociale qui, sans aide spécifique, conduiraient à l'exclusion.

La prise en charge prend la forme d'entretiens thérapeutiques au plus près du domicile (école, PMI, centre social) à raison de deux à trois séances par semaine. Des contacts avec les parents étayent l'élaboration du travail individuel avec l'enfant. Par ailleurs, le partenariat avec le milieu scolaire est un axe fondamental des SESSAD.

L'équipe est pluridisciplinaire et articulée selon trois axes : médico-psychologique (psychiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes), scolaire (instituteurs spécialisés) et social (assistantes sociales, éducateurs, accompagnateurs).

Il y a, en général, un à quatre SESSAD par département qui sont rattachés à l'ASE. L'admission est soumise au passage en CDES et n'est valable que trois ou six mois dans un premier temps.

Les structures de l'Éducation nationale

– la politique de l'Éducation nationale vise à favoriser le maintien en milieu ordinaire des enfants porteurs de handicap. Quatre structures permettent d'atteindre cet objectif :

Les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED) dispensent, sur avis de l'enseignant, des aides pédagogiques mais non de soins, en s'appuyant sur la collaboration d'un maître spécialisé, d'un psychologue scolaire et d'un rééducateur. L'aide peut être à dominante pédagogique, rééducative ou psychologique ;

– les classes d'intégration scolaire (CLIS), créées par la circulaire du 18 novembre 1991, sont des classes pour enfants présentant des troubles et handicaps et ayant besoin de soins, même éventuellement au sein de l'institution scolaire ;

– les sections d'éducation spéciale (SES), régies par la circulaire du 14 décembre 1990, ont les mêmes objectifs que les CLIS ;

– les établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA), créés par le décret du 30 août 1985 et régies par la circulaire du 14 décembre 1990, sont des établissements adaptés à l'enseignement auprès des enfants présentant des troubles ou handicaps.

On notera que les règles de fonctionnement de ces structures étant définies par des *circulaires*, leur mise en application peut être variable. Une





des dérives possibles est la confusion entre les objectifs thérapeutiques et scolaires ou la subordination des premiers aux seconds.

Au niveau de la prévention, des groupes d'aide psycho-pédagogique ont été créés en 1970^b. Leur équipe est constituée par un psychologue et un ou plusieurs rééducateurs ayant en charge un ou plusieurs groupes scolaires. Ses missions sont de veiller à l'adaptation des élèves en participant à l'observation continue dont ils sont l'objet et d'intervenir sous forme de rééducations psychopédagogiques ou psychomotrices pratiquées individuellement ou par petits groupes.

a. Moral M. (1999). « Organisation du système de santé », in Schauder S., Moral M. (1999). *Les Secteurs d'activité du psychologue clinicien*, cours de DESS de psychologie clinique et pathologique, IED-Université Paris-VIII, p. 22 et p. 26. NB : il s'agit d'un récapitulatif antérieur à la loi du 11 février 2005.

b. Elles sont actuellement remplacées par les RASED.

Les structures accueillant des adultes handicapés

Afin de compléter notre présentation, venons-en aux structures destinées à accueillir les adultes handicapés. Selon le rapport *Le Handicap en chiffres* présenté par le CTNERHI (2004), on dénombre, pour l'année 2001 :

- 1 294 foyers d'hébergement, qui accueillent 38 244 adultes ;
- 1 083 foyers occupationnels, qui accueillent 4 142 adultes ;
- 278 maisons d'accueil spécialisées (MAS), qui accueillent 14 037 adultes ;
- 360 foyers d'accueil médicalisés (anciennement foyers à double tarification), qui accueillent 9 044 adultes ;
- 1 419 centres d'aide par le travail (CAT), qui accueillent 96 651 adultes ;
- 468 ateliers protégés, qui accueillent 16 651 adultes.

Avant la loi du 11 février 2005, il revenait à la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) de reconnaître le statut de travailleur handicapé adulte et d'orienter la personne handicapée vers un emploi protégé, en centre d'aide par le travail (CAT)¹

1. Notons qu'en CAT, le bénéficiaire n'a pas le statut de travailleur soumis au code du travail, ni de contrat de travail et ne peut pas être licencié. Il y a une garantie de ressources : 50 % du SMIC est pris en charge par l'État. Un complément d'un minimum de 5 % du SMIC est versé par le CAT. Un système de bonification permet de tenir compte du travail réalisé. Une période d'essai de 6 mois peut être réduite ou renouvelée une fois sur avis de la COTOREP.

ou en atelier protégé (AP)¹. Elle décidait, le cas échéant, de l'attribution de l'allocation d'adulte handicapé (AAH). La COTOREP relevait de la direction départementale du travail et de l'emploi (DDTE). Chaque commission disposait d'une équipe technique pluridisciplinaire chargée du traitement des dossiers. Depuis la loi du 11 février 2005, c'est la maison départementale du handicap, qui centralise les démarches des usagers en proposant un guichet unique :

« La MDPH disposera d'un centre d'information et de conseil portant sur l'ensemble des aides techniques disponibles dans le département. Elle réalisera périodiquement un livret d'information sur les droits des personnes handicapées et sur la maltraitance². »

Comme nous l'avons dit plus haut, c'est désormais la CDA qui statue sur les orientations à proposer à la personne handicapée.

Les structures pour adultes dont le handicap est relativement léger ont pour but de favoriser l'autonomie et l'accès à une activité professionnelle et sociale³ en centres d'aide par le travail (CAT), en ateliers protégés (AP) ou en ateliers thérapeutiques (AT). Dans les situations de handicap plus lourd, les structures spécialisées ont pour mission d'offrir un cadre de vie à travers les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les FO (foyers occupationnels) et les FAM (foyers d'accueil médicalisé). Il convient de souligner que la rareté des places dans des structures adaptées pose de réels problèmes d'orientation des adultes handicapés parfois contraints d'intégrer un hôpital psychiatrique. Pour les personnes âgées, des maisons de retraite spécialisées existent, tout en souffrant d'un manque de place patent⁴. Selon l'UNAPEI, on estime, en 2003, les manques de place en établissements spécialisés de la manière suivante :

- enfants : 5 479 places manquantes :
 - 1 027 places pour enfants autistes ;
 - 1 104 places pour enfants polyhandicapés ;

1. Les établissements offrant aux personnes handicapées une réadaptation, une pré-orientation ou une rééducation professionnelle sont régis par l'article L. 323-1 du Code du travail.

2. Rapport n° 1776, *op. cit.*

3. Depuis le premier janvier 1991, les entreprises de plus de 20 salariés doivent employer au moins 6 % de travailleurs handicapés. Toutefois, il existe trois modalités de substitution (accord de branche, sous-traitance, ou, enfin, contribution à l'AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées). Cette dernière modalité est souvent utilisée par les entreprises, ce qui oblige la COTOREP à recourir aux structures les plus protégées malgré le peu de places disponibles (80 000 en CAT, par exemple).

4. Le vieillissement des personnes handicapées et les besoins spécifiques qui en découlent sont peu pris en compte dans les politiques actuelles. Or 635 000 personnes de 40 ans ou plus répondent aux critères retenus par l'INSEE dans son rapport « HID » (1998-2001).

- 3 854 places pour enfant atteint d’autres handicaps mentaux ;
- adultes : 33 325 places manquantes :
- 14 556 places en centres d’aide par le travail (CAT) ;
- 7 335 places en maisons d’accueil spécialisées (MAS) ou foyers d’accueil médicalisés (FAM) ;
- 5 420 places d’hébergement.

Sur la totalité du territoire, l’UNAPEI estime la globalité des besoins urgents à plus de 10 000 places pour les enfants et adolescents, à 20 000 places en CAT et à 10 000 places pour les adultes lourdement handicapés¹.

La vignette clinique suivante nous sensibilise aux questions soulevées par la sexualité en situation de handicap.

VIGNETTE CLINIQUE N° 2

Quelle sexualité pour Pierre N. suite à son accident vasculaire cérébral^a ?

Il y a trois ans, Pierre N. a été victime d’un accident vasculaire cérébral (AVC). Bien qu’ayant récupéré une partie de ses fonctions motrices, il continue à souffrir de différents troubles. Aujourd’hui âgé de 27 ans, Pierre est hémiplégique et présente des troubles moteurs, associés à des contractions musculaires non contrôlées.

Tout en reconnaissant son handicap, Pierre N. s’adresse au centre Handicap et Santé du Département de psychologie de la Faculté de Médecine de Namur qui assure des programmes de formation d’intervenants et des suivis pour des personnes handicapées, en matière de psychologie sexuelle et de sexologie. Il accepte son handicap et est à la recherche d’un conseil sexologique. Lors de la première consultation, il est tendu, exprime un malaise et fait montre de difficultés d’élocution. Dès le départ, il tient à attribuer ses problèmes aux séquelles de son accident vasculaire cérébral. Dans la description des situations, il prend une position très rationnelle et tente d’analyser son problème, tant relationnel que sexuel, en établissant des liens de cause à effet entre son handicap et ses difficultés. Il précise qu’il ne cherche pas une intervention thérapeutique, mais bien une solution technique, efficace et rapide, lui permettant de retrouver une vie sexuelle satisfaisante.



1. Chiffres extraits du *Cahier national de la dignité* édité à l’occasion des Journées du handicap mental de septembre 2003 par l’UNAPEI.



Ce cas clinique est intéressant tant du point de vue de la psychologie du handicap que de la sexologie : Pierre N. dit rencontrer des difficultés d'harmonie sexuelle avec sa partenaire Stéphanie T., mais il les attribue uniquement à son handicap sans évoquer sa problématique d'identité suite à son accident, alors que celle-ci semble très présente selon l'équipe du centre qui estime se trouver face à une problématique d'identité suite à un accident vasculaire cérébral mais aussi face à un problème relevant de la sexologie. Ce problème étant en relation avec les altérations physiologiques consécutives à l'accident vasculaire cérébral de Pierre qui formule une plainte d'éjaculation précoce. Il attribue la problématique sexologique exclusivement à son handicap, puisqu'il estime ne pas avoir souffert de ce problème avant son accident.

Le patient a une formation universitaire en tant qu'informaticien et les consultations feront appel à ses compétences cognitives afin de clarifier la situation. De plus, il est parfaitement intégré socialement puisqu'il occupe un emploi à plein-temps en tant qu'informaticien dans une PME.

L'équipe, composée de psychologues et de sexologues, perçoit Pierre N. comme un intellectuel qui rationalise sa sexualité et en attribue les limites à son seul handicap physique. Pierre tient à montrer qu'il maîtrise clairement la situation et qu'il ne souhaite pas une intervention en profondeur, mais des techniques et des conseils pratiques pour dépasser ses difficultés. Vis-à-vis de sa partenaire, il se situe dans une dynamique de plaisir altruiste, en tout cas exprimé comme tel. Il affirme vouloir donner davantage de plaisir à Stéphanie avec laquelle il vit une relation stable, de longue date. Sa relation avec elle remonte à quatre années et ils vivent ensemble depuis deux ans. Pierre ne parvient pas à lui procurer l'orgasme à cause de ses éjaculations précoces. Sa demande qui consiste à donner davantage de plaisir à Stéphanie situe d'emblée l'entretien dans une dynamique où le patient cherche à ne pas centrer l'intervention sur lui-même, mais à déplacer sa problématique vers la satisfaction de sa partenaire. Certes, le handicap et ses répercussions sont mis en avant mais immédiatement, Pierre passe d'une dynamique égocentrique à une dynamique altruiste.

Il décrit sa relation comme épanouissante du point de vue relationnel mais insatisfaisante du point de vue sexuel. La fréquence des rapports sexuels est d'une périodicité d'environ une fois par semaine. Dès le début, Pierre semble donc distinguer la dimension psychologique de la





dimension sexologique de sa relation et repositionne sa demande en adoptant un point de vue technique. La sexologue de l'équipe tente de répondre dans ce sens, tout en gardant en tête la dimension psychologique de la relation entre Pierre et Stéphanie.

Pierre affirme de nouveau que sa partenaire n'atteint pas l'orgasme. Mais il parle peu de lui-même et se plaint seulement de son éjaculation précoce en regard de l'absence de plaisir de sa compagne. Du point de vue de la dynamique relationnelle, il affirme que les deux partenaires se sentent maladroits quand ils se caressent ; il y a donc une difficulté technique et interindividuelle, même s'il répète que le problème provient exclusivement de son éjaculation précoce. En accord avec sa partenaire, ils ont « réduit les préliminaires au strict minimum, afin de pouvoir tenir le plus longtemps possible... ».

Dans cette description, Pierre met en évidence le fait qu'il réfléchit à la situation et échange avec sa partenaire pour tenter de résoudre les difficultés. Il évoque le fait que leurs relations sexuelles sont courtes et se réduisent à deux ou trois mouvements pelviens après la pénétration. Il a tenté de résoudre techniquement le problème par lui-même : il explique à la sexothérapeute que « même si je serre les fesses, l'éjaculation se produit très rapidement ».

Pierre évoque la difficulté de contrôler ses mouvements au cours des rapports sexuels à cause de son handicap. Ce problème est probablement la cause de la perturbation dans la relation qu'il a avec sa partenaire, étant donné que ses mouvements incontrôlés nuisent au jeu sexuel et leur rappellent à tous deux son handicap. Le patient attribue l'éjaculation précoce à ses réactions réflexes et par voie de conséquence à son handicap. Il y a probablement à la fois une dynamique psychologique et une dynamique sexologique qui interviennent conjointement dans le problème rencontré. L'acceptation du handicap semble liée à la problématique de l'éjaculation précoce : les mouvements incoordonnés qui font intervenir le handicap dans la relation interpersonnelle peuvent du même coup provoquer l'éjaculation précoce. La sexologue du centre Handicap et Santé aborde la problématique dans ce sens avec Pierre. Cette prise en charge a pour objectif de dédramatiser la situation exclusivement centrée sur la demande de gestion de l'éjaculation précoce et de se recentrer sur la relation de couple indépendamment du handicap, permettant ainsi au couple de vivre pleinement la dimension psycho-affective de leur relation.





De plus, les deux partenaires n'ont pas consulté ensemble et l'équipe est consciente que le plaisir de Stéphanie est seulement évoqué par Pierre. Sa partenaire n'a pas pu exprimer personnellement la manière dont elle vivait sa relation sexuelle avec un conjoint en situation de handicap. La sexologue a tenu à recadrer son intervention auprès de Pierre en précisant qu'elle ne pouvait agir directement sur le plaisir de Stéphanie.

À un niveau technique, il lui a été proposé de mettre en œuvre des moyens pour mieux contrôler son excitation afin de diminuer le risque d'éjaculation précoce. Pour ce qui est de sa partenaire, l'allongement des préliminaires ne pouvait, sans doute, qu'être positif et rendre l'excitation de Pierre plus progressive. Il s'agissait de laisser de l'espace à Stéphanie pour qu'elle ressente mieux les plaisirs préliminaires et favoriser le contrôle de l'excitation par Pierre lui évitant d'atteindre le sommet d'excitation trop rapidement et trop brusquement.

D'un point de vue psychologique, la thérapeute insiste sur le fait que les phénomènes rencontrés par le couple se retrouvent également chez des sujets non touchés par le handicap. Insister sur cette dimension était indispensable, étant donné la fragilité du patient en situation de handicap. Dans le champ de la sexualité, il a pris conscience que tous les hommes étaient confrontés au problème du contrôle éjaculatoire.

L'attitude très rationnelle du patient donne l'impression qu'il réduit le phénomène éjaculatoire à un contrôle strictement volontaire. Cependant, il a dû prendre conscience qu'un certain niveau de contrôle est possible, mais que la dimension réflexe est centrale dans le phénomène de l'éjaculation qui est déclenchée lorsque l'excitation devient suffisamment intense. Tout au long des séances, l'équipe a aussi voulu aborder avec lui le problème de l'acceptation du handicap et la recherche d'assurance malgré son accident. Par des suggestions de techniques destinées à maintenir l'excitation à un palier inférieur au niveau d'excitation déclenchant l'éjaculation, les professionnels ont pu travailler la confiance que Pierre a en lui pour l'aider à dépasser son manque d'assurance dû au vécu du handicap.

L'équipe a proposé de poursuivre un travail qui ne déniait pas l'hémiplégie – il s'agissait bien de prendre en charge le handicap de manière globale. En effet, l'hémiplégie de Pierre est liée à des fébrilités, à des difficultés de contrôle de mouvements et à des contractions musculaires involontaires au cours des activités sexuelles. À ce niveau, un travail





technique a été réalisé avec le patient : en particulier au niveau du contrôle des fessiers qui sont liés au déclenchement de l'éjaculation. De plus, il a été travaillé avec lui les corrélations possibles entre les diverses positions durant les rapports sexuels et les contractions musculaires au niveau des fessiers. Cette investigation purement technique semble lui avoir donné de l'assurance et fourni des résultats quant au contrôle éjaculatoire espéré.

Par ailleurs, au niveau relationnel, l'équipe a insisté sur le fait que les positions devaient être envisagées dans le cadre d'une attitude de partage et de communication avec sa partenaire. Les professionnels tentaient, par là, à resituer la dynamique relationnelle de la relation sexuelle par rapport à la technicité du contrôle musculaire et des positions techniquement souhaitables. Selon le patient, les positions ont été testées avec beaucoup de complicité et ont été source de plaisir pour tous les deux.

De plus, le temps passé pour varier les positions ainsi que l'apparente efficacité de cette stratégie ont permis de reposer la question des préliminaires. En effet, l'attention mutuelle dans une attitude très sexualisée a permis de montrer au jeune couple l'importance des préliminaires et d'expliquer le rôle de la progressivité dans la tension sexuelle, particulièrement nécessaire pour la montée de l'orgasme chez la femme. C'est donc la dynamique relationnelle qui a été travaillée au cœur de l'approche sexologique.

Il a également été expliqué au patient que la diversité des positions sexuelles et l'allongement des préliminaires auraient été nécessaires pour tout homme. Il ne s'agit pas de pallier le handicap puisque pour tout homme le moment de pénétration est un moment délicat, la tension montant en flèche. Or l'allongement des préliminaires accoutume le pénis à une stimulation avant la pénétration, ce qui peut retarder l'éjaculation.

Outre un jeu érotique, les préliminaires permettent à l'homme de s'habituer à un certain niveau d'excitation qu'il pourra mieux maîtriser lors de la pénétration. Pour la femme, l'allongement des préliminaires permet la montée progressive de l'excitation pour déboucher sur la décharge paroxystique. Il s'agissait de faire comprendre au jeune couple qu'il vivait un apprentissage à l'harmonie sexuelle, telle qu'elle devait être vécue par tous les couples, avec ou sans handicap.





L'équipe a donc tenté de montrer que la difficulté sexuelle problématise le handicap et que la crise d'identité liée à ce dernier resurgit dès qu'une difficulté sexuelle se pose. Il s'agit de tenir compte d'une double dimension dans l'intervention thérapeutique avec des personnes handicapées physiques : celle liée au handicap et celle liée à la sexualité proprement dite. Il s'agit de faire comprendre aux couples formés de personnes valides et non valides qu'ils peuvent trouver du plaisir en tenant compte de la réalité spécifique de chacun. Toute la spécificité de ce type de démarche thérapeutique est de mettre en œuvre des interventions qui tiennent compte des aspects psychologiques et sexologiques liés au handicap, mais également des réactions des personnes valides qui sont en relation avec les personnes handicapées.

Selon les types de handicap, les modes d'intervention doivent être adaptés, mais la sexologie générale entre en jeu dans toutes ces dimensions. Dans l'intervention thérapeutique, il s'agit d'articuler les démarches psychologiques et sexologiques auprès des personnes handicapées et des personnes valides. La connaissance psychologique du handicap et de l'identité de la personne handicapée, la dynamique relationnelle entre personnes valides et personnes handicapées, une sexologie du handicap articulée aux connaissances générales en sexologie sont autant d'éléments que nous devons prendre en compte dans les interventions psycho-sexuelles où la situation de handicap moteur, intellectuel ou sensoriel intervient^b.

a. Cette vignette a été rédigée par Michel Mercier et Alexandra Hubin.

b. Pour approfondir ces questions, lire le numéro double 6/7 que la revue *Contraste* a consacré en 1997 au thème *Sexualité et handicap* ; Soulier B. (2001). *Aimer au-delà du handicap. Vie affective et sexualité du paraplégique*, Paris, Dunod ; Delville J., Mercier M. (2001), « Sexualité et handicap », in Rondal J.A. et Comblain A. (dir.), *Manuel de psychologie des handicaps. Sémiologie et principes de remédiation*, Paris, Mardaga, p. 533-558 ; Mercier M. (dir.) (2004). *L'Identité handicapée*, Namur, Presses universitaires de Namur.

3. La pratique du psychologue clinicien

Dans cette section, nous allons aborder, en référence à la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 qui a offert un ancrage officiel à l'identité professionnelle du psychologue, la pratique sur le terrain sous trois aspects, à savoir la fonction clinique que le psychologue occupe auprès des enfants handicapés et de leurs familles, la fonction institutionnelle qui le fait intervenir à la fois

auprès de l'équipe de soin dont il fait partie et au niveau inter-institutionnel et enfin, son temps FIR (Formation, Information, Recherche) qui sera spécifiquement orienté à la psychologie du handicap.

La fonction clinique

Tableau 6.2
Variables intervenant dans l'adaptation des familles avec un enfant handicapé¹

Caractéristiques de la famille	Facteurs socio-économiques	Catégorie socio-professionnelle des parents Formation et niveau d'éducation des parents Présence ou non d'un système de soutien
	Facteurs culturels	Appartenance religieuse et culturelle
	Facteurs psychologiques	Attitude parentale envers l'enfant handicapé Santé psychique des parents Qualité de leur vie de couple Qualité de leur vie fantasmatique Type de communication (intensité, flexibilité)
Caractéristiques de l'enfant handicapé		Sexe Âge Rang dans la fratrie Lieu de vie (à domicile, en institution) Type de handicap (diagnostic, cause, pronostic) Sévérité du handicap (chronique, évolutif) Type de prise en charge thérapeutique Tempérament
Caractéristiques de la fratrie		Sexe Age Différence d'âge Taille Tempérament Participation aux soins Qualité des interactions entre la fratrie et l'enfant handicapé Prise en compte du contexte et des rôles respectifs Type d'interaction Perception et/ou expérience d'un traitement différent Styles de <i>coping</i> face au stress chronique Type d'interaction à l'âge adulte

Quelles sont les missions du psychologue clinicien auprès des enfants handicapés et de leurs familles ? Dans son travail visant l'acceptation et

1. Le tableau 6.2 présente une synthèse effectuée par Silke Schauder d'après Powell et Gallagher (1993), Lobato (1990) et nombreux autres auteurs anglo-saxons. Pour une discussion plus détaillée, cf. Schauder (1996, 1999, 2003, 2004).

l'appropriation progressive du handicap et son intégration psychique, le professionnel tiendra compte :

- des particularités de la construction de l'identité et ce dès l'annonce du handicap aux parents de l'enfant.
- de la construction progressive de cette identité dans le développement psychologique de l'enfant et de l'adolescent ;
- de l'impact des représentations sociales du handicap sur l'identité et la place de la personne handicapée dans la société ;
- de l'éclairage et les valeurs possibles d'une éthique de la communication qui respecte l'identité de chacun ;
- des perspectives d'action pour notre société et leur impact dans la relation thérapeute-patient.

Plus concrètement, la fonction clinique du psychologue auprès des enfants handicapés et de leurs familles varie en fonction de nombreux paramètres dont l'âge de l'enfant, le type de handicap, la composition familiale, etc. (*cf.* le tableau 6.2 qui regroupe les différentes caractéristiques intervenant dans l'adaptation des familles). Dans sa pratique, le psychologue composera avec ces paramètres afin d'adapter au plus près sa proposition d'aide à la situation et aux besoins des personnes concernées.

► La fonction clinique auprès des enfants et adolescents handicapés

La fonction clinique du psychologue comporte plusieurs volets que nous détaillerons brièvement ici¹. Selon les contextes institutionnels et la composition des équipes, le professionnel pourra assurer les fonctions listées ci-dessous.

Le psychologue référent d'un suivi

En élaborant avec l'équipe pluri-disciplinaire des objectifs de soin, d'éducation, de formation et d'insertion, le psychologue aidera à l'élaboration du projet individuel de l'enfant accueilli et tiendra compte de ses demandes, de celles de sa famille et des besoins repérés par l'établissement. Un suivi trimestriel et une évaluation annuelle permettent de réajuster le contenu

1. Parmi les fonctions du psychologue clinicien en SESSAD, Scelles (2002) identifie le travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire, avec d'autres institutions et au domicile de la famille. Une attention particulière sera portée par le professionnel à la demande, à la facilitation de l'accordage mère-enfant, à l'inscription des événements dans le temps initialement bloqué par la sidération et le choc, la prise en compte de la fratrie comme ressource dans les visites à domicile et la proposition de parler plus ouvertement du handicap en famille.

du projet individuel et d'adapter, en fonction de l'évolution, l'accompagnement proposé à l'enfant ou au jeune.

C'est lors de l'élaboration du PI (projet individuel) que le contact avec les familles s'avère crucial. Il revient alors au psychologue

- d'être médiateur ou interface entre l'institution et les parents ;
- de favoriser la circulation des informations entre les différents partenaires qui sont impliqués dans l'élaboration, la conduite et l'évaluation du projet. Ses interventions se feront à la fois auprès des équipes éducatives dans l'aide à l'élaboration du projet et auprès des familles pour en recueillir les souhaits et besoins ;
- de contribuer à la cohérence et à la coordination du projet individuel.

Enfin, il peut assurer, en tant que référent de suivi, des entretiens de soutien ou d'accompagnement, soit en individuel, soit en groupe, avec l'enfant ou l'adolescent accueilli.

Le psychologue psychothérapeute

L'intervention du psychologue comporte également un volet thérapeutique qui, en fonction de la spécificité du handicap, fera appel à son inventivité et à sa créativité. Souvent, il aura recours à des techniques provenant des thérapies de médiation (art-thérapie, musicothérapie, etc.) et des thérapies non verbales permettant de dépasser les limitations imposées par la situation de handicap. Visant la mise en place ou le rétablissement de la communication, ces thérapies ont pour objectifs de rompre l'isolement de la personne handicapée, de lui offrir des expériences positives, de réduire la souffrance induite par la situation de handicap et d'augmenter ses compétences sociales. Les dispositifs peuvent être très variés allant de la séance individuelle à l'atelier thérapeutique (jeu, sable, eau, pâte à modeler, etc.), impliquant une collaboration étroite avec les psychomotriciens, infirmiers et éducateurs en charge de l'enfant.

Le psychologue effectuant des bilans

Dans ce cas de figure incompatible avec la fonction thérapeutique, le psychologue aide à l'élaboration du diagnostic en pratiquant des bilans. De même, il peut évaluer l'évolution de l'enfant à des temps définis en s'aidant de grilles d'observation.

Les outils évaluatifs du psychologue auprès des enfants et des adolescents handicapés¹

À la diversité des handicaps répond une variété d'outils évaluatifs spécifiques pour chacun d'entre eux ou des aménagements nécessaires du mode d'administration d'outils non spécifiques. Il nous est impossible de rendre compte de cette diversité dans cette section, au risque d'être par trop schématiques². Cependant l'évaluation de l'enfant porteur de handicap présente quelques particularités communes à la plupart des handicaps. Ainsi, il sera nécessaire de tenir compte de la gravité du trouble, de son évolution (voire de son pronostic vital) et d'explorer la façon dont il est vécu par l'enfant et son entourage (parents, fratrie, mais aussi famille élargie aux grands parents, oncles, cousins, etc.). La comorbidité fréquente des troubles devra également être considérée dans l'évaluation psychologique. Cette dernière ne peut avoir lieu de façon isolée mais sera intégrée dans une investigation pluridisciplinaire explorant également des aspects somatiques, génétiques³, etc., afin d'appréhender la situation de l'enfant dans sa globalité. L'évaluation psychométrique se dotera d'outils spécifiquement construits pour le trouble étudié qui seront combinés, selon les besoins évaluatifs, à des outils dont le clinicien adaptera la passation ou la cotation. Les outils spécifiques impliquent une prise en compte des recherches ainsi qu'une connaissance pointue et actualisée des incidences du trouble abordé. Le clinicien veillera particulièrement à ce que l'ensemble de l'évaluation ne soit pas polarisé par les déficits de l'enfant mais le vise à faire émerger ses compétences et ses particularités en tant que sujet. Enfin, l'investigation psychologique ne pourra être dissociée du projet dont l'enfant est le centre et ne se réduira pas à l'utilisation de ces outils mais se fondera essentiellement sur l'observation de l'enfant et l'écoute de ses parents (Tourrette, 2006).

Nous tenterons d'illustrer ces aspects en présentant la démarche et les outils nécessaires au dépistage précoce et au diagnostic de l'autisme et des troubles envahissants du développement. Nous proposerons également une échelle permettant d'évaluer les stratégies de *coping* chez les parents d'enfants handicapés ainsi que deux échelles initialement conçues pour l'évaluation de la douleur chez l'enfant polyhandicapé. Enfin, en fin de section nous renvoyons le lecteur à d'autres outils exposés dans le présent ouvrage et pouvant lui permettre d'affiner son évaluation.

1. Cette section de chapitre a été rédigée par Silvia Sbedico Miquel.

2. Nous renvoyons le lecteur aux ouvrages spécialisés et aux sites internet des associations ou centres de formation spécifiques pour chaque handicap ou pathologie. Cf. également HAS (sept. 2005a et b) in <http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf>. Et le site des maisons départementales du handicap qui ont une mission d'information http://www.handroit.com/maison_handicap.htm.

3. Cf. <http://www.orpha.net/>, <http://www.alliance-maladies-rares.org/>, <http://www.genethon.fr/php/index.php>, http://www.nature.ca/genome/03/d/10/03d_10_f.cfm

■ Évaluation de l'autisme et des troubles envahissants du développement¹

Comme pour les autres handicaps, le dépistage précoce de l'autisme et des troubles envahissants du développement (critères DSM-IV)² est crucial. En effet, dans ces dernières décennies, de nombreux travaux portant sur le fonctionnement cérébral et le développement de l'enfant démontrent l'importance d'un diagnostic précoce pour améliorer, par la mise en place le plus tôt possible³ d'un suivi adapté et spécifique, éducatif et thérapeutique⁴, le pronostic quant au développement des potentialités et à la qualité de vie de la personne autiste et de sa famille. L'importance que le dépistage soit effectué rapidement après l'apparition des premiers signes tient à son but : permettre d'organiser précocement la prise en charge, éducative et thérapeutique, de l'enfant et l'accompagnement des parents dans cette démarche mais aussi éviter le surhandicap. Deux attitudes seront à proscrire : l'une consistant (bien souvent par méconnaissance) à rassurer à trop bon compte une famille inquiète et, finalement, à différer la prise en charge qui accompagne le diagnostic ; l'autre attitude consistant à enfermer l'enfant et sa famille dans une étiquette négative, vide de sens, qui ne respecte pas le but de la démarche. Le psychologue devra faire appel, pour pouvoir poser ce diagnostic, à des outils spécifiques de ces troubles, construits à partir des connaissances scientifiques actuelles ou dans le cadre de prises en charge ayant fait leurs preuves et intégrant les spécificités de cette population. En effet, la plupart des outils, s'adressant à une population d'enfants non autistiques, s'avèrent inopérants et inapplicables auprès d'enfants porteurs d'autismes que l'on risque alors de considérer comme « instables » et d'exclure d'un suivi au plus près de leurs compétences.

Diverses études ont démontré que ce diagnostic est possible dès l'âge de 18 mois et qu'avant même cet âge, divers signes (absence de jeu de faire semblant, absence de pointage et absence d'attention conjointe) sont indicateurs d'une altération des interactions que certains auteurs ont rattachée au défaut de la « théorie de l'esprit ». L'étude de C. Lord (1995) insiste sur la valeur prédictive, quant au diagnostic précoce d'autisme, de l'indifférence à la voix, l'absence de pointage, et des stéréotypies des mains et des doigts,

1. « Les manifestations de ce handicap grave sont très hétérogènes, et l'autisme est considéré aujourd'hui, au niveau international, comme un trouble envahissant du développement. La question de savoir si l'autisme correspond à une ou plusieurs entités distinctes, réunies par des symptômes communs – s'il y a « un » ou « des » autisme(s) – est pour le moment non résolue » Cf. Ameisen J.-C., pour le comité d'éthique de l'INSERM (2006).
2. Cf. Présentation critique de ces catégories diagnostiques in Motttron L. (2004). *L'autisme : une autre intelligence. Diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle*, Sprimont (Belgique), Mardaga, chap. 2 et 3.
3. Cf. Colloque scientifique ARAPI, *Autisme, cerveau et développement : de la recherche à la pratique*, Paris, Collège de France, 23-24 juin 2003.
4. Rappelons que l'autisme est reconnu comme un handicap en France depuis la loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 et que le diagnostic doit être posé pour que l'enfant puisse bénéficier d'un suivi adapté (psychologue, orthophoniste, éducateurs, transports, etc. par un SESSAD ou IME, intégration scolaire en classe ordinaire ou en CLIS, etc.). Cf. également la circulaire interministérielle du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED).

bien avant l'âge de 2 ans. La Haute Autorité de la santé (HAS) recommande (2005) en cas de suspicion d'autisme¹ avant l'âge de 3 ans de procéder jusqu'à cet âge à des évaluations et des observations régulières de l'enfant qui permettront de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse diagnostique mais aussi de suivre de près l'enfant et de mettre en place rapidement après l'apparition des premiers signes des réponses adaptées. Il est également recommandé, étant donné le degré de spécialisation nécessaire pour effectuer ces évaluations et la carence actuelle en France de professionnels formés à l'utilisation de ces outils, d'orienter vers les centres de ressources autisme régionaux (CRA) qui sont chargés d'appliquer ces recommandations et travaillent en réseau avec des équipes ou des personnes spécialisées dans les CAMSP, CMP, cabinets libéraux, etc. La spécificité de ce handicap, atteignant très tôt des fonctions essentielles pour l'établissement de la relation et le développement, permet de concevoir l'altération des interactions précoces qu'introduiront ces troubles, ainsi que le désarroi des familles et des divers intervenants s'ils ne connaissent pas ces spécificités. Quel que soit l'âge, l'existence d'une régression dans le développement (linguistique ou sociocommunicatif en particulier) doit motiver un avis et un bilan spécialisés.

L'autisme pourra être associé à d'autres manifestations ou pathologies (retard mental, épilepsie, trisomie, pathologies génétiques rares comme la maladie de Bourneville ou le X fragile...), reconnues souvent en premier, et c'est souvent à l'occasion des bilans qu'elles provoquent que pourront être découverts les signes autistiques. Enfin, il sera nécessaire de différencier l'autisme à son début d'autres handicaps qui peuvent par ailleurs lui être associés : surdité précoce, cécité, carences affectives et dépressions infantiles précoces.

Que ce soit au moment du diagnostic ou du suivi, les informations apportées par la famille seront précieuses et incontournables. Aussi le clinicien devra-t-il faire preuve d'empathie et de bienveillance alliées à sa capacité d'écoute afin d'établir le plus tôt possible une étroite collaboration, laquelle conditionne la qualité des interventions.

Le processus d'évaluation débutera par un repérage des indices cliniques² (dont les informations seront généralement recueillies au cours d'un entretien avec la famille et d'observations de l'enfant) : faits comportementaux et historiques du développement, observations courantes qui peuvent évoquer un diagnostic d'autisme ou de TED. Le diagnostic sera ensuite confirmé par des explorations plus approfondies avec divers instruments standardisés, choisis en lien avec ce que suggèrent ces signes. Ces outils permettront d'évaluer la nature et la sévérité de la symptomatologie mais

1. Cf. ANAES/HAS (juin 2005) « Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic d'autisme » ; Site ANAES : www.anaes.fr.

2. Comme par exemple : retard ou absence de langage oral, indifférence à la présence de gens, ne répond pas aux expressions faciales, absence d'imitation ou de jeu de faire semblant, marche sur la pointe des pieds, ne réagit pas lorsqu'on l'appelle par son prénom, jeux répétitifs, pica, n'initie pas ou peu de jeux sociaux, etc. Cf. tableau des signes d'alerte de TED (avant 3 ans) adaptés de Baird *et al.* (2003) in HAS (juin 2005), *op. cit.*, et Rogé B. (2003), chap. 3.

aussi de définir plus précisément la catégorie diagnostique à laquelle appartiennent les troubles que présente l'enfant porteur d'un trouble autistique¹.

Nous nous limiterons ici à la présentation des échelles les plus utilisées pour le dépistage et le diagnostic de l'autisme chez le jeune enfant (0 à 5 ans), sachant qu'à cet âge et sauf des situations d'extrême déficience ou d'extrême intelligence, il n'y a pas lieu de différencier les tableaux cliniques associés aux divers niveaux d'intelligence². Ainsi, avant qu'il ne parle, un enfant autiste à haut niveau de fonctionnement présente les mêmes signes, le même niveau de typicité et de gravité qu'une personne autiste avec déficience intellectuelle. Par contre chez l'enfant plus grand, dès l'âge d'apparition normale du langage, tout bilan devra comporter également une évaluation avec des outils spécifiques et non spécifiques, du niveau cognitif, des capacités langagières et adaptatives³. Chez les enfants non verbaux les outils standardisés seront particulièrement précieux pour objectiver les marques de communication, les regarder séparément et identifier les difficultés caractéristiques de la communication non verbale.

Les principaux outils jalonnant le suivi de l'enfant autiste sont abordés plus en détail au chapitre 10 de l'ouvrage *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées* (Schauder (dir.), 2007).

Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) ; Baron-Cohen et al. (1992). Traduction française : C. Rodrigues-Dagaëff et al. (1999)

Le CHAT est un outil de dépistage pour les enfants de 18 mois à 3 ans. Il ne permet pas de poser un diagnostic qui requerra des évaluations avec d'autres instruments. Cet outil détermine s'il est nécessaire d'envisager une hypothèse diagnostique d'autisme. Étant donné que l'âge d'apparition et la sévérité des symptômes sont très variables d'un enfant à l'autre, il est souhaitable d'administrer le CHAT à plusieurs reprises et à différents moments. Un entretien avec les parents ainsi qu'une observation des comportements de l'enfant constituent le CHAT. Son administration prend moins de dix minutes. Les comportements observés sont ceux connus comme symptomatiques de l'autisme (concernant en particulier le développement social, le jeu et la communication).

CARS (Children Autistic Rating Scale) ; Schopler (1980)

Évaluation de la symptomatologie autistique à partir de l'observation directe de l'enfant par le clinicien. Il est recommandé d'accompagner la passation d'un entretien avec les parents, cette échelle (comme d'ailleurs la plupart des instruments spécifiques à l'autisme) ayant été construite dans un esprit d'étroite collaboration avec les familles. Quinze sous-échelles permettent d'évaluer chacune un domaine particulier et l'obtention d'une note globale qui traduit à la fois la fréquence et l'intensité des comportements observés.

1. Citons schématiquement : TED, TED non spécifié, autisme de haut niveau, syndrome d'Asperger...

2. Cf. Mottron L., *op. cit.*, 2004, p. 38-44.

3. Cf. le détail de ces outils in Rogé B. (2003), chap. 7 et 8. HAS (juin 2005) et Mottron L. (2004).

**ERCA (Échelle résumée du comportement autistique) ; Lelors et al. (1975)/
ERCN (Échelle résumée du comportement du nourrisson) ; Sauvage (1984)**

Cette échelle, actuellement à sa quatrième version, comporte vingt items, répartis en sept rubriques en référence avec le DSM-III. Elle permet, par l'observation directe ou vidéo de l'enfant dans des situations variées, l'évaluation quantitative des principaux symptômes autistiques et des manifestations qui leur sont associées (retrait, motricité, réaction affective, communication...). Elle offre un « portrait comportemental » dont on peut suivre éventuellement l'évolution en fonction des interventions thérapeutiques et par ailleurs elle permet une bonne discrimination de populations d'enfants autistes/non autistes. L'ERCN est une version adaptée pour nourrissons et jeunes enfants.

ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) ; Lord (1994)

L'ADI-R est un entretien semi-structuré mené avec les parents. Il est adapté pour des enfants de 24 mois ou plus (ayant un âge mental d'au moins 18 mois) et prend en compte aussi bien des éléments du développement dans la petite enfance que de la présentation clinique actuelle. Cet outil permet de recueillir le plus d'informations possibles dans trois domaines : les interactions sociales réciproques, la communication et le langage, les comportements stéréotypés et répétitifs. Cet instrument construit d'après les critères du DSM-IV pour le diagnostic de troubles du spectre autistique, permet de standardiser et d'objectiver la description des manifestations et de fournir des éléments pour l'appréciation de l'intensité des troubles (degré de déviance des comportements par rapport au développement ordinaire et de leur fréquence).

Son administration est longue (2 à 3 heures) et nécessite une formation spécifique ce qui fait qu'il est moins utilisé en France pour la clinique que pour la recherche. Cependant, l'ADI-R est l'outil diagnostique le mieux reconnu au plan international et fait partie des instruments dont l'utilisation est recommandée par l'HAS.

PL-ADOS (Pre-Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule) ; Di Lavore et al. (1995)

Il s'agit d'une version modifiée de l'ADOS¹ afin de diagnostiquer des jeunes enfants de moins de 6 ans qui n'utilisent pas encore le langage oral. C'est une observation semi-structurée utilisant le jeu, l'interaction et la communication sociale. Son administration prend environ trente minutes. C'est la qualité des comportements sociaux et de communication qui est évaluée (plutôt que la présence ou l'absence de comportements particuliers). Cette évaluation se fait par l'observation de l'enfant en situation naturelle : observation directe de l'enfant lors d'une mise en contexte.

1. ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule*) ; Lord et al. (1989).

■ Évaluation de la douleur chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte très dépendant

Échelle Douleur San Salvador¹(DESS) ; Combe, Collignon et coll. (1993), hôpital de San Salvador, Hyères, France

Cette échelle, en hétéro-évaluation, a été originellement construite pour des enfants polyhandicapés, chez qui l'appréciation de la douleur est rendue difficile du fait même de la restriction extrême de l'autonomie, des possibilités de perception, d'expression et de relation. Elle est actuellement largement utilisée chez les enfants handicapés mentaux, sans langage. Cet outil original, validé, comporte dix questions, permettant la description du comportement habituel de l'enfant qui sera comparée avec dix items se reportant au comportement douloureux. Les auteurs recherchaient une standardisation du dossier qui devrait suivre l'enfant et qui permette une compréhension de l'enfant par des personnes ne le connaissant pas. Un autre intérêt de l'outil est qu'il ne peut être rempli par un seul intervenant mais nécessite la collaboration des différents membres de l'équipe et de la famille. La connaissance du déroulement des différents actes de la vie quotidienne (toilette, repas, loisirs...) est indispensable et pourra ensuite trouver d'autres applications (changement d'institution mais aussi formation des intervenants auprès de l'enfant, séjours de loisirs, etc.). Les auteurs rapportent que, souvent, c'est seulement après cotation des items que la douleur est mise en évidence pour la famille et pour l'équipe, « en effet, le déni de la douleur et la méconnaissance de la terminologie par les équipes est fréquent² ». Cette échelle permet d'adopter un langage commun entre les parents et les soignants qui n'ont jamais la même perception de la douleur car les installations, la nature des activités et le contexte émotionnel diffèrent toujours entre la maison et l'institution.

Même si elle ne semble pas complètement adaptée à des populations présentant des troubles autistiques, puisque chez ces personnes l'expression des émotions, des sensations et *a fortiori* de la douleur, est atteinte et s'avère souvent paradoxale³, cette échelle est la seule disponible, s'approchant au mieux des besoins pour évaluer cette population.

Échelle Évaluation douleur adolescent ou adulte polyhandicapé ; PAAC, CLUD : hôpital Marin Hendaye (2002)

Cette échelle est un projet basé sur l'échelle DOLOPLUS⁴ (échelle construite à partir d'un travail d'équipe multicentrique afin d'évaluer la douleur du sujet âgé non verbal) et de l'Échelle douleur enfant San Salvador. L'intérêt de la citer dans cet ouvrage tient à son objectif. En effet, cette échelle quali-

1. Cf. site Internet de la faculté de médecine, ULP, Strasbourg, France et site CISMef.

2. *Ibid.*

3. La douleur se traduit alors le plus souvent par des comportements inadaptés (comme le rire) ou des troubles du comportement à dominante hétéro ou auto agressive, voire des automutilations.

4. DOLOPLUS (Échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale) ; B. Wary (1992) puis validation officielle par le collectif DOLOPLUS (1999). Cf. Sbedico Miquel S. (2007). « Outils évaluatifs du psychologue en gérontologie », in Schauder S. (dir.), *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées*, Paris, Dunod, chap. 8.

tative d'évaluation comportementale de la douleur, devant être utilisée face à toute suspicion de douleur, vise initialement à sensibiliser les soignants (y compris les médecins) à prendre en compte le symptôme douleur. On conçoit aisément l'importance de développer cet aspect auprès d'une population très dépendante et n'étant pas à même de s'exprimer, ainsi que le support que peut constituer un tel outil pour le travail du psychologue auprès de l'équipe. Enfin, ce projet illustre bien la nécessité de construire des instruments diversifiés prenant en compte plus finement les besoins des différents domaines d'intervention.

■ Évaluation des stratégies de coping

Coping Health Inventory for Parents ; Mc Cubbin et al. (1983)

Assumer le soin d'un membre de la famille malade et/ou handicapé à domicile provoque souvent un stress chronique intense pouvant mener à l'épuisement. Cette échelle a été construite pour évaluer ces aspects spécifiquement chez les parents d'enfants malades. Ses quarante-cinq items se fondent sur des travaux issus de la psychologie de la santé¹ portant sur le stress familial associé à la maladie de l'un de ses membres, ainsi que des modèles théoriques concernant le fonctionnement de la famille. Les données collectées auprès de divers échantillons de parents d'enfants malades ont permis de dégager, après analyse, trois facteurs expliquant 70 % de la variance des items : maintien de la cohésion familiale, coopération et optimisme (19 items) ; renforcement de l'estime de soi, du soutien social et réduction de la tension (18 items) ; compréhension des informations médicales, communication avec les soignants et avec d'autres parents (8 items).

Life Events and Coping Inventory (LECI) ; Dise-Lewis (1988)

Cet instrument permettant d'évaluer les stratégies de coping chez les préadolescents (ainsi que d'autres outils évaluant cette dimension) est présenté au chapitre 9 du présent ouvrage. Il peut s'avérer particulièrement utile non seulement auprès de l'enfant porteur de handicap mais aussi auprès de la fratrie (et/ou enfants proches) dont il est important de tenir compte, à titre préventif, dans la prise en charge.

Il sera utile et possible dans certains cas d'évaluer d'autres dimensions avec des outils non spécifiques à condition d'en adapter de façon individualisée l'administration, la passation et l'interprétation :

- outils permettant l'évaluation de la prévention et la prévention du suicide chez l'enfant et l'adolescent (cf. chap. 10) ;
- outils permettant l'évaluation de l'anxiété chez l'enfant et l'adolescent (cf. chap. 7) ;
- outils évaluant l'estime de soi (cf. chap. 7 et 9) ;
- instruments permettant l'évaluation du développement neuropsychologique chez le tout petit (avant 3 ans) et chez l'enfant (cf. chap. 2 et 7) ;
- instruments constituant un bilan psychométrique de l'enfant (cf. chap. 4) ;

1. Cf. Bruchon-Schweitzer M. (2002, 2005). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*, Paris, Dunod, p. 376 et Sbedico Miquel S. « Outils évaluatifs du psychologue en prévention du suicide », in Schauder S. (dir.) (2007), *pp. cit.*, Paris, Dunod, chap. 2.

- outils explorant les différentes dimensions des liens familiaux (*cf.* chap. 3 et 9)
- instruments permettant l'évaluation des difficultés sexuelles mais pouvant aussi être utilisés dans le cadre de l'éducation sexuelle des adolescents porteurs de handicap¹ (*cf.* chap. 1). Rappelons que le déni de la sexualité des personnes handicapées en général prive souvent ces adolescents d'une éducation sexuelle qui est cruciale au moment de l'adolescence pour tout un chacun, non seulement afin de gérer les aspects liés à la reproduction ou aux maladies sexuellement transmissibles mais également pour mener à une sexualité épanouie par la reconnaissance des potentialités de plaisir qu'offre le corps. Pas plus que pour les autres adolescents, cette éducation ne doit considérer la sexualité que sous l'angle de l'hétérosexualité².

Concernant les jeunes porteurs de handicap, la négation de leur sexualité empêche souvent de mettre en place des programmes adaptés ce qui peut avoir des conséquences désastreuses sur l'ensemble de la vie sociale du jeune (troubles du comportement qui entraîneront la perte d'un emploi rare, dépression etc.). Méconnaître l'existence d'une sexualité des personnes handicapées c'est non seulement les priver autoritairement (par leur dépendance) d'une dimension essentielle de la vie, les cantonnant à une place de non sujet mais également priver l'ensemble de la sexualité humaine de la richesse des apports de cette sexualité éminemment marquée par une ouverture sur d'autres possibles et la diversité.

Voir également les remarques concernant l'évaluation auprès des enfants de migrants au chapitre 8, la représentation culturelle du handicap étant très différente d'une culture à l'autre, cet aspect nécessite d'être pris en compte lors du projet individualisé de l'enfant de migrant porteur de handicap.

► La fonction clinique auprès des familles

Pour accompagner les familles dans leur acceptation du handicap et pour les soutenir dans leur parentalité, le psychologue clinicien a différentes possibilités techniques parmi lesquelles il peut choisir :

- il peut proposer des rencontres programmées ou informelles aux parents, répondre à leur demande ou l'anticiper en construisant un dispositif à bas seuil d'exigence. Ces rencontres, de visée préventive, permettront de faire le point sur la situation de l'enfant, ses activités, ses progrès ou ses difficultés. Le partenariat avec les parents est indispensable pour soutenir l'évolution de l'enfant qui, s'il y a clivage entre l'institution et ses parents, risque d'être pris dans un conflit de loyauté ;

1. *Cf.* la liste de sites canadiens concernant l'éducation sexuelle des adolescents porteurs de handicap.

2. *Cf.* Sbedico Miquel S. (8 mars 2005). « Sexualité féminine et handicap », communication au séminaire *Féminité et Handicap*, université de Namur, département de psychologie.

- il peut créer des groupes de parole en direction des parents, en vue de leur offrir un cadre stable et sécurisant favorisant une expression de leurs difficultés. Il pourra repérer des éventuelles attentes démesurées vis-à-vis de l'institution ou de l'enfant ou, au contraire, un désinvestissement de l'enfant que la famille perçoit comme n'ayant pas d'avenir ;
- en fonction des objectifs visés et des demandes exprimées, il pourra utiliser des dispositifs variés soit pour l'accueil du couple parental, soit de la famille dans son ensemble, soit de la fratrie ;
- le psychologue pourra également animer des entretiens parents-professionnels visant à une meilleure circulation de l'information entre les intéressés et contribuer à une meilleure cohérence de la prise en charge de l'enfant ;
- lors de réunions à thèmes réunissant plusieurs parents d'enfants handicapés, le psychologue favorisera l'échange et la mutualisation des connaissances en développant l'entraide, le soutien et la mise en commun de ressources entre les participants.

► Des temps d'intervention spécifiques

Parmi les différents temps de crise pouvant émailler la vie de la famille avec un enfant handicapé, nous allons aborder plus en détail l'annonce du handicap, l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte (*cf.* le tableau 6.3 qui, dans une perspective longitudinale, identifie les besoins des familles concernées). Il s'agit là de temps spécifiques, nécessitant un effort important d'adaptation de la part des familles et, par voie de conséquence, une proposition d'aide accrue et modulée de la part du psychologue clinicien.

L'annonce du handicap

Lorsque le handicap est révélé à la naissance, les parents peuvent développer des réactions psychologiques qui marquent d'emblée les relations parents-enfants et peuvent avoir un impact sur la construction de l'identité de l'enfant, au cœur des relations familiales¹. Dans ce qui suit, nous décrivons certains des mécanismes impliqués. La pratique clinique met l'accent sur des réactions, tout à fait compréhensibles, des parents : le déni, la néantisation, le clivage, le sacrifice expiatoire, sont des réactions de non-acceptation décrites dans la littérature².

1. *Cf.* Simone Korff-Sausse (1996). *Le Miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Paris, Calmann-Lévy.

2. *Cf.* Roger Salbreux (1998). « Annonce d'un handicap chez l'enfant », *Bulletin d'éducation du patient*, 17, 1, p. 7-10.

Le déni consiste à refuser l'existence du handicap. Au cours de la grossesse, les parents ont imaginé un enfant idéal, qui, dans tous les cas, ne correspond pas à l'enfant réel. Lorsque cet enfant est porteur d'anomalies irréversibles, l'image idéalisée est brutalement et violemment détruite. Les parents sont remis en question dans leur propre intégrité parentale et peuvent, pour tenter de s'en sortir psychologiquement, nier l'existence du handicap : « Il n'est pas handicapé, les médecins se trompent ; ils sont incompetents et d'autres médecins pourront le guérir... » Une course effrénée vers toutes les possibilités de ressource médicale et non médicale peut être engagée. Ce déni, tout à fait compréhensible pour des parents choqués, est du même coup une dénégation de la réalité de leur enfant, le privant de la possibilité de marquer son identité comme personne différente.

La néantisation consiste à se laisser complètement envahir par l'image du handicap. Elle est en quelque sorte aux antipodes du déni. Elle ramène toutes les potentialités de l'enfant au handicap, en refusant de voir qu'il pourra se développer, s'intégrer socialement, développer des relations humaines. La néantisation marque l'angoisse, la souffrance, l'atteinte en profondeur des parents : « Docteur, dites à ma femme qu'il ne fera jamais rien de bon, qu'il est moins intelligent qu'un chien, qu'il n'arrivera à rien ; que voulez-vous qu'on en fasse... » Cette néantisation, qui souvent n'est qu'un passage indiquant la révolte, réduit la personne tout entière au seul handicap, en niant toutes les potentialités qui ne correspondent pas à cette dimension de son identité.

Le clivage consiste à séparer chez l'enfant ce qui relève de sa personne et ce qui relève du handicap. La difficulté est reconnue par les parents mais elle n'est pas intégrée dans l'ensemble du processus relationnel et dans la globalité de l'enfant en développement : « Il est handicapé, d'accord ! mais cela reste mon enfant. D'ailleurs, pour moi, il n'est pas handicapé ! Je suis sûr que par mon amour, il se développera tout à fait normalement et nous oublierons son handicap. Je romprai avec mon entourage qui le considère comme un handicapé... » Cette séparation est sans doute une étape qui permet aux parents d'accepter le handicap tout en reconnaissant les potentialités de l'enfant. Mais pour que l'identité de l'enfant puisse s'accomplir, en respectant sa spécificité, ces deux dimensions devront être réunifiées. L'enfant handicapé ne peut pas indéfiniment être perçu comme divisé, au risque d'entraver son développement psychologique et de grever sa prise de conscience de lui-même.

Le sacrifice expiatoire est l'expression d'une culpabilité. Les parents, et souvent la mère, se sentent coupables de ce qui arrive et se mettent en situation d'expier. Tout est centré sur l'enfant handicapé, ce qui engendre une symbiose excessive entre la mère et l'enfant. L'expiation, selon le désir des parents qui développent le mécanisme, doit être assumée par toute la famille y compris la fratrie : « Les autres ont toute leur chance, ils doivent accepter leur petit frère (ou leur petite sœur) comme il (elle) est et admettre que nous devons totalement nous consacrer à lui (à elle). Mes autres enfants n'ont qu'à se débrouiller, ils ont eu tout ce qu'il faut pour s'en sortir, ils ont plus de chance que lui (ou elle)... » Cette culpabilité, souvent renforcée par l'environnement social qui survalorise la normalité, la beauté, le bien-être, peut être prise en charge. Le sacrifice expiatoire risque, s'il se perpétue, de biaiser les relations de l'enfant handicapé avec ses frères et sœurs et de fausser ses relations familiales ; ce qui serait, à nouveau, entravant pour tous. L'image qui est mise en place est une image d'assisté, de malheureux, de fardeau à porter.

D'autres variantes relationnelles existent – il s'agit de la *symbiose* et la *surprotection*. La symbiose consiste à ne pas dépasser la relation fusionnelle qui existe entre les parents (surtout la mère) et l'enfant. La surprotection est liée à certains mécanismes décrits plus haut et empêche l'enfant ou l'adolescent de vivre son autonomie, dans un développement où l'équilibre relationnel est respecté. Le handicap prend le pas sur toutes les autres potentialités et tous les autres éléments qui sont propres à un être humain reconnu dans sa globalité.

D'autres réactions sont possibles lorsque l'enfant naît avec un handicap. Mais, la plupart du temps, celles que nous venons de pointer font partie du processus d'évolution de la relation parent-enfant. En outre, on observe dans ces processus réactionnels des éléments véhiculés au cœur même des idéologies sociales de performance et d'excellence : si dans notre société, on n'est pas performant ou excellent, on n'est rien¹. La mise en évidence de ces processus doit déboucher sur des prises en charge cliniques et un accompagnement des parents, pour favoriser un développement identitaire harmonieux de l'enfant porteur de handicap.

1. Les concepts de société de performance et d'excellence sont développés par les sociologues et philosophes, tels que A. Ehrenberg (1991). *Le Culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy et N. Aubert, V. de Gaulejac (1991). *Le Coût de l'excellence*, Paris, Le Seuil.

VIGNETTE CLINIQUE N° 3

**Accueillir autrement la souffrance de Mme P.,
mère d'une enfant polyhandicapée**

Madame P., mère d'une enfant polyhandicapée, vient en consultation pour que le psychologue l'aide à assumer le handicap moteur et intellectuel de sa fille, âgée de 4 ans et suivie dans un établissement spécialisé. Lors de l'entretien, le psychologue lui dit : « Le handicap de votre fille n'est certainement pas irréversible. Il provient soit d'un choc psychologique que vous avez fait subir à votre enfant, soit des vœux de mort que vous lui avez adressés au cours de votre grossesse. » Bouleversée par ces propos, Madame P. annule le rendez-vous suivant pour se voir envoyer par le psychologue un mot la sommant de revenir : « Si votre fille ne marche toujours pas à quatre ans, c'est que quelque chose dans votre couple ne marche pas. »

Analyse de la situation

Il importe de repérer, dans l'attitude du psychologue, des erreurs graves tant sur le plan technique que sur le plan déontologique :

- d'abord, il fait peu de cas de la demande de la mère qui dit avoir besoin d'être soutenue et aidée dans l'acceptation du handicap de sa fille ;
- puis, sans connaître le dossier médical, il désigne le handicap comme réversible. Par cet énoncé, il crée des espoirs de guérison impossibles à satisfaire – tout en mettant en cause la fiabilité du diagnostic des professionnels qui ont mis en place un suivi pour la petite fille dans un établissement spécialisé ;
- il propose une théorie étiologique du handicap éminemment culpabilisante : « Il provient soit d'un choc psychologique que vous avez fait subir à votre enfant, soit des vœux de mort que vous lui avez adressés au cours de votre grossesse. » Par ces deux interprétations que l'on ne saurait qualifier que de sauvages, il attribue la responsabilité des troubles de l'enfant entièrement à la mère ;
- il ne respecte pas la décision de Mme P. d'interrompre cette prise en charge et la relance par un courrier dans lequel il propose une autre interprétation guère plus fine que les précédentes : « Si votre fille ne marche toujours pas à 4 ans, c'est que quelque chose dans votre couple ne marche pas. » Cette fois-ci, il attribue la responsabilité des troubles au couple qui, pour voir évoluer sa fille, n'aurait qu'à être moins dysfonctionnel.



Articulation des problèmes identifiés au contenu du Code de déontologie des psychologues (1996)

On pourra rattacher l'analyse de la situation aux articles 9 et 19 du Code, le premier stipulant que le psychologue informe ceux qui le consultent des modalités, des objectifs, et des limites de son intervention. L'article 19, quant à lui, invite le psychologue à être prudent en ce qui concerne les hypothèses qu'il peut avancer. Or, dans le cas précis, le psychologue, sans avoir vérifié l'étiologie du polyhandicap de la petite fille, assène des interprétations violentes qui, de surcroît, ne respectent pas les personnes dans leur dimension psychique (cf. art. 1 du Code).

Propositions et alternatives

Afin de tenir compte de la complexité de la situation, il importe avant tout d'inscrire au cœur de la pratique du psychologue clinicien le respect de la personne dans sa dimension psychique. Au lieu de ne faire que peu de cas de la demande de la mère, le praticien s'intéressera à ce qui a pu motiver la consultation *maintenant* – rappelons que la fille de Mme P. a quatre ans et que son handicap a probablement été découvert en amont. Qu'est-ce qui lui fait chercher de l'aide à ce moment précis ? La mère a-t-elle consulté au préalable d'autres aides psychologiques ? Sans substituer d'emblée les théories étiologiques de la mère aux siennes, le psychologue offrira à la mère un cadre sécurisant au sein duquel elle pourra dérouler le récit de la découverte et de l'annonce du handicap de sa fille. Ainsi, elle pourra préciser la nature du handicap, son origine, son expression dans la vie quotidienne, le pronostic et les répercussions que cette découverte a eues sur la mère, sa vie de couple et la famille dans son ensemble. Le couple a-t-il d'autres enfants ? Quelle est la qualité du soutien que la mère peut espérer de son conjoint ou de sa famille élargie ? De quels aides concrètes bénéficie-t-elle dans la gestion de la vie quotidienne ? etc.

Le psychologue s'abstiendra de se prononcer sur les possibilités de « guérir » le handicap – d'autant plus que son patient n'est pas la petite fille, mais la mère ! Il évite de créer des espoirs de guérison impossibles à satisfaire et cible ses interventions sur l'acceptation progressive, par la mère, du handicap de sa fille. Au lieu de raviver la culpabilité de la mère – souvent déjà vive sur le plan fantasmatique ! – il est sensible à la blessure narcissique que la découverte du handicap lui a immanquablement infligée.





Connaissant les multiples facteurs qui interviennent dans l'étiologie souvent complexe d'un polyhandicap, le psychologue n'attribuera pas la responsabilité des troubles de l'enfant ni à la mère ni au couple ni à un facteur unique quelconque.

Si, malgré ses efforts de construire une relation d'aide cohérente et étayante avec Mme P., celle-ci ne souhaite pas poursuivre le travail engagé, le clinicien respecte son choix tout en lui indiquant sa disponibilité pour une rencontre ultérieure. Par ailleurs, il l'informe d'autres possibilités d'aide qui seront susceptibles de mieux lui convenir.

Enfin, il reprendra ce premier entretien en supervision auprès d'un pair expérimenté ou dans un groupe de réflexion sur la pratique pour mieux se rendre compte d'éventuelles erreurs qu'il a pu commettre et qui ont pu intervenir dans l'échec de cette relation d'aide.

L'adolescence

L'adolescence est habituellement décrite comme recouvrant trois périodes : la prépuberté, période du rejet des modèles d'identification parentale ; la puberté, revêtant des caractéristiques de narcissisme et d'affirmation de soi ; la post-puberté, marquant l'entrée dans la relation au partenaire sexuel.

L'adolescence est traversée par la prise d'autonomie sociale relativement à l'adulte, ce qui s'accompagne d'opposition aux adultes et de défis à l'égard des interdits sociaux. Sujet à la dépendance, la personne handicapée physique dispose de moins d'outils que l'adolescent valide pour prendre son autonomie et vivre son indépendance.

Au cours de la prépuberté, la relation au corps est difficile pour tout adolescent : il se pose de nombreuses questions quant à son esthétique corporelle, au regard des autres par rapport à son corps, à sa capacité de séduction. Lorsque le corps est identifié comme mutilé, il va de soi que ce questionnement est complexifié et rendu plus difficile encore. Le rejet des modèles d'identification parentale reste tributaire du processus d'identification observé lors de l'œdipe, avec ses dysfonctionnements liés aux handicaps¹. De plus, comment peut-il s'opposer à des parents dont il est particulièrement dépendant ? Ces derniers développent des craintes,

1. Cf. Alvin P. (dir.) (2005). *L'Annonce du handicap à l'adolescence*, Paris, Vuibert.

engendrant la surprotection, prolongeant et renforçant par là le processus déjà engagé au cours de l'enfance.

La période pubertaire, narcissique chez l'adolescent valide, engendre des difficultés supplémentaires dues à l'acceptation du handicap. L'affirmation de soi qui y est liée est une nouvelle fois entravée.

La période post-pubertaire, avec tout son processus de recherche du partenaire affectif et sexuel, est souvent l'objet de dénis ou de révoltes. L'adolescent handicapé post-pubertaire prend conscience que ses capacités de séduire sont limitées, qu'il fait peur au partenaire potentiel, qu'il est marginalisé par rapport aux images du corps parfait véhiculées dans notre société. Dans bien des cas, le deuil du rapport sexuel normal et du désir de parentalité doit être affronté. L'adolescent handicapé post-pubertaire vit de manière intense sa différence par rapport aux adolescents valides qui l'entourent. Le corps mutilé est vécu comme une blessure qui risque de l'empêcher de vivre une vie affective épanouie. Le romantisme hétérosexuel, la période de flirt et la crise juvénile chez l'adolescent sont souvent des moments difficiles quant à l'identité sexuelle, la capacité de séduction et la relation affective de l'adolescent handicapé.

En outre, comme nous le montrerons ultérieurement, la personne handicapée est soumise à des représentations sociales infantilisantes. Or l'adolescence, c'est le passage de l'enfance à l'âge adulte alors que la personne handicapée physique est, dans bien des cas, représentée comme un grand enfant, impuissant, incapable d'autonomie¹. Comment, dans un tel contexte de représentations, se reconnaître et être reconnu comme adulte ? Comment trouver son identité d'adulte ? L'encadré 4 donne un aperçu des réflexions spécifiques menées par le psychologue clinicien sur deux aspects importants, à savoir les spécificités des interventions en réadaptation face au corps mutilé et l'articulation entre handicap et sexualité.

1. Voir à ce sujet Morvan J.-S. (1988). *Représentations des situations de handicap et d'inadaptation chez les éducateurs spécialisés, les assistants de service social et les enseignants spécialisés en formation*, 2 vol., Paris, PUF ; « Représentations sociales du handicap et de la mise au travail des personnes handicapées », M. Mercier et G. Bazier in J.-A. Rondal et A. Comblain (dir.). *Manuel de psychologie des handicaps. Sémiologie et principes de remédiation*, Paris, Mardaga, 2001. *Représentation sociale du handicap mental*, communication au 1^{er} congrès de pédopsychiatrie de l'Afrique de l'Ouest : *Enjeux culturels et représentation sociale du handicap mental* et 5^e congrès de l'AIRHM, Dakar, 16-20 décembre 1996 in *Approches interculturelles en déficience mentale*. L'Afrique-l'Europe-le Québec. Actes du 5^e congrès de l'Association internationale de recherche scientifique en faveur des personnes handicapées mentales (AIRHM), en coll., vol. 1, Presses universitaires de Namur, 1999.

Encadré n°4

Le travail du psychologue clinicien portant sur deux projets spécifiques :
le corps mutilé et les spécificités des interventions en réadaptation ;
handicap et sexualité^a

Le corps mutilé et les spécificités des interventions en réadaptation

Nous avons posé que le corps humain est fonctionnel, émotionnel et communicationnel, social et représenté socialement. Lorsque le corps est déficient (mutilé par les déficiences sensorielles, motrices ou intellectuelles), ces différents niveaux corporels interviennent : le corps est mutilé, psychologiquement blessé, regardé comme socialement différent, marginal et exclu.

Le corps mutilé subit des déficiences et des incapacités fonctionnelles dans le champ des échanges sensoriel et moteur, de la mobilité et de la motricité, de la transformation et de l'adaptation à l'environnement. Il s'agit d'altérations que l'on peut qualifier de techniques, qui engendrent des blessures psychologiques. Les aides techniques sont celles qui sont le moins soumises aux tabous : la médicalisation ne fait pas peur.

Aussi, le corps mutilé est-il psychologiquement altéré : il est vécu par le sujet comme une blessure émotionnelle qui engendre le choc, le déni, la révolte, la dépression et, au bout de tout un travail psychologique, l'acceptation et l'ajustement à la situation nouvelle. Le corps altéré est blessé dans les émotions, les relations et la communication à l'autre. Il est à la fois source de souffrances et de plaisir, de tentatives d'ajustement et de vécu d'échecs intersubjectifs, de tentatives de progrès et de désespoir. L'intervention psychothérapeutique est le lieu d'action sur cette dimension individuelle de la blessure liée au handicap. Les thérapeutes font une démarche de contact personnel avec le patient porteur de handicap et interviennent directement dans son intimité psychologique, affective et sexuelle. Cette approche est plus impliquante qu'une approche purement technique et nécessite de dépasser des résistances et des mécanismes de défense du côté du professionnel. Cette approche pro-active est facilitée par la pratique pluridisciplinaire psycho-médicale. La résistance et le mécanisme de défense sont des formes de tabous individuels que les équipes soignantes sont amenées à gérer, à l'aide de la supervision, pour elles-mêmes et face au patient.





Le corps handicapé est trop souvent socialement rejeté. Le regard de soi-même et le regard des autres, les représentations sociales autour du handicap, les représentations liées aux conceptions de la beauté et de la laideur corporelles sont autant de sources d'exclusion et de marginalisation. Il s'agit de sensibiliser les personnes handicapées elles-mêmes et de changer le regard qu'elles ont sur leur propre corps, tout en modifiant les représentations du grand public à l'égard des mutilations : c'est là tout l'enjeu de campagnes telles celles de *Pro Infirmis*^b. Les professions médicales et psychologiques n'échappent pas à cette nécessité de dépasser les représentations sociales négatives auxquelles sont soumis les personnes handicapées et le grand public. Les thérapeutes sont les premiers acteurs qui devraient modifier les images sociales sources de tabous et de résistances collectives.

Les interventions en réadaptation fonctionnelle devraient prendre en compte les différents niveaux de vécus du handicap, tels que nous venons de brièvement les rappeler : le niveau fonctionnel, le niveau psychologique et le niveau social. Le paradigme de la réadaptation fonctionnelle par la « règle des trois R », peut aller dans ce sens : réadaptation fonctionnelle, rééducation fonctionnelle et réinsertion sociale^c. Mais également changement d'attitudes et de représentations, levée des résistances et analyse des mécanismes de défense des praticiens en réadaptation.

La réadaptation fonctionnelle qui s'intéresse plus spécifiquement au champ de la sexualité adapte ces différents niveaux d'intervention^d. La réadaptation fonctionnelle tente de rétablir, par différentes techniques, des mécanismes liés à la sensibilité et à la motricité dans le champ de la sexualité. Il s'agit de fournir à la personne des techniques et des moyens qui lui permettent de vivre sa sexualité, avec ses propres spécificités, compétences et limites.

La rééducation fonctionnelle consisterait à agir aux niveaux émotionnels, relationnels et au niveau des apprentissages à une vie sexuelle différente. Ainsi, il s'agit :

- d'aider la personne à découvrir des nouveaux bien-être émotionnels dans la sexualité, à développer des types de communications et des types de relations au partenaire qui soient source de plaisir pour les deux ;
- de lui apprendre, ainsi qu'à son ou ses partenaires, à vivre de nouvelles formes de plaisir ;





- de développer une éducation affective et sexuelle spécifique qui tienne compte des déficiences, des incapacités et des désavantages, en repartant aussi des efficiences, des capacités résiduelles et des avantages dont le couple dispose encore ;
- de rétablir des relations sexuelles et sexuées compte tenu des nouvelles données relationnelles.

Au niveau du corps social, la réinsertion sociale implique des changements d'images et de représentations. Il ne s'agit plus seulement de réintégrer et de réinsérer professionnellement, mais aussi de mettre en place des moyens d'épanouissement affectif et sexuel socialement reconnus. Des changements de mentalité, de représentations, ainsi que d'images liées au handicap et à la sexualité, doivent être collectivement pris en charge. Tant dans la population que chez les tiers et chez les personnes handicapées elles-mêmes, des changements de représentations sociales doivent pouvoir être envisagés : des tabous doivent être dépassés et de nouvelles réflexions éthiques, relatives aux normes et aux valeurs sociales, devraient pouvoir être développées. Dans ce champ s'inscrit toute la problématique de l'aide directe aux personnes handicapées.

Pour réaliser ces différentes formes d'interventions, les équipes soignantes elles-mêmes doivent être amenées à opérer des changements dans leurs attitudes, leurs opinions, leurs croyances et leurs représentations sociales. Cette nouvelle conception, pluridisciplinaire, de la réadaptation fonctionnelle en matière de vie affective et sexuelle implique des modifications profondes dans l'organisation des soins et des pratiques thérapeutiques. Une exigence de formation doit être mise en œuvre pour que ces perspectives puissent se réaliser concrètement dans les centres de soins. La première démarche à opérer est de lever les tabous et les présupposés réducteurs entourant la sexualité des personnes handicapées.

Handicap et sexualité

L'approche médicale et technologique découle immédiatement de l'analyse menée dans le point précédent. Les médecins réadaptateurs qui s'intéressent à la sexualité de la personne handicapée sont amenés à faire des recherches et à développer des pratiques susceptibles d'aider la personne à retrouver un épanouissement sexuel. Il s'agit de mettre en place des techniques médicalisées qui donnent de nouveaux moyens de vivre sa sexualité.





Mais la seule approche médicalisée ne suffit pas. La médecine et la psychologie de la réadaptation doivent faire prendre conscience des différences. La personne handicapée a le droit de vivre sa sexualité avec ses propres spécificités, dans sa différence. L'action éducative, en matière de vie sexuelle et affective, doit tenir compte des désirs exprimés par la personne handicapée elle-même. Ce sont les personnes concernées par le handicap qui doivent exprimer leurs spécificités, dans la recherche de plaisir et de bien-être sexuel. Il ne faut pas ramener les différences à des inégalités entre éducateur sexuel, sexo-pédagogue, médecin et personne directement concernée par le handicap. C'est tout l'enjeu poursuivi par les mouvements associatifs qui prônent la participation des personnes handicapées aux interventions en vue de leur bien être, y compris dans le domaine affectif et sexuel.

Les professionnels et les personnes concernées par le handicap peuvent œuvrer ensemble dans les recherches, les formations, les sensibilisations et les revendications des droits à une vie affective et sexuelle épanouissante.

À un niveau social, il s'agit de changer les regards et les représentations sociales. La problématique est ici celle de l'intégration des personnes handicapées. Autant elles ont droit à l'accessibilité architecturale et culturelle, à une vie professionnelle non discriminatoire, à l'accès à la scolarité, autant elles ont droit à une reconnaissance de spécificités dans le domaine affectif et sexuel. En tout premier lieu, il s'agit de reconnaître le désir sexuel des personnes handicapées et de mettre en œuvre les moyens pour qu'elles aient accès à la satisfaction du désir. C'est là la condition d'une vie affective épanouie, dans les relations et la prise de conscience de leur propre identité^e. Dans le champ de la reconnaissance sociale, l'affectivité et la sexualité sont indissociables : les personnes handicapées sont d'abord des êtres sexués, avant d'être handicapés. Il s'agit d'éviter le mythe de Peter Pan : les personnes handicapées ne restent pas d'éternels enfants auxquels l'accès à la vie affective et sexuelle d'adultes est interdit^f. Pour qu'une véritable reconnaissance soit effective, il s'agit à la fois de changer les représentations sociales et de mettre en place des politiques sociales garantissant le droit de la personne handicapée à une non-discrimination du point de vue affectif et sexuel. Socialement aussi, les personnes handicapées elles-mêmes doivent être les acteurs porteurs des revendications permettant de modifier les représentations et les rapports sociaux discriminatoires et marginalisants. Les





normes et les valeurs qui sous-tendent un tel point de vue posent d'emblée la question éthique en matière de réadaptation fonctionnelle, d'éducation fonctionnelle et de réinsertion sociale.

- a. Cet encadré a été rédigé par Michel Mercier.
- b. www.proinfirmis.ch/fr
- c. Hesbeen W. (2001). *La réadaptation. Aide à créer de nouveaux chemins*, Paris, Ed. Seli Arslam.
- d. Brusselmans W. (2001). *Fonctions sexuelle et vécu de la sexualité après une lésion de la moelle épinière*, Bruxelles, Pfizer.
- e. Voir le DVD : Mercier M. et al. (2007). *Promotion de la santé affective, relationnelle et sexuelle des personnes en situation de handicap physique – chez les personnes blessées médullaires*. Département de psychologie, Centre handicap et Santé, Faculté de médecine, FUNDP, Namur.
- f. Mercier M. (2003). « Parentalité et personnes handicapées physique », *L'Observatoire, Revue d'action sociale et médico-sociale*, n° 40, p. 74-77.

L'entrée dans l'âge adulte

À cause des représentations sociales infantilisantes, cette nouvelle étape peut engendrer de nouvelles difficultés identitaires. La personne handicapée n'est pas reconnue en tant qu'adulte, ce qui peut se manifester dans les relations avec elle : telle la manière de parler à un adulte handicapé : « Ça va mon petit monsieur ?... » ; à une femme en chaise roulante à la sortie d'un musée, en s'adressant à son accompagnateur : « Elle s'est bien plu, la petite dame ?... » ; à l'épouse d'un homme non voyant : « Est-ce qu'il prend du sucre dans son café ?... »

Être adulte, c'est développer, dans les relations, des comportements assertifs, c'est s'affirmer en étant à l'écoute des autres¹. S'affirmer, alors que l'on est perçu comme un enfant, que l'on doit une nouvelle fois se resituer pour l'entrée dans l'enseignement supérieur ou dans la vie professionnelle, que l'on est pas reconnu comme un partenaire potentiel à part entière ; être à l'écoute des autres, alors que les autres ne reconnaissent pas toujours la personne handicapée comme un homme ou une femme à part entière, que l'on est aux prises avec de nombreuses difficultés dans la gestion de sa propre vie, que l'on doit sans cesse resituer dans les relations, voilà les défis auxquels est confronté l'adulte handicapé.

L'entrée dans l'enseignement supérieur pose, comme nous l'avons souligné, des difficultés de vie et d'intégration, où un accompagnement adéquat peut aider la personne concernée. Nous avons pu montrer dans nos recherches à quel point les personnes handicapées sont discriminées

1. Chalvin D. (1998). *L'affirmation de soi*, Paris, ESF.

(voire exclues) sur le marché du travail (Mercier, 2004). D'autres recherches montrent également les difficultés de reconnaissance dans la vie affective et sexuelle et les représentations sociales négatives qui y sont liées. Or, dans notre société, l'adulte, c'est celui qui fonde une famille, qui a un emploi et une autonomie financière. De plus, l'emploi est facteur de liens sociaux¹. Face à de telles difficultés, la reconnaissance de la personne handicapée dans son identité d'adulte ne va pas de soi. De même, l'entrée dans le grand âge se complique singulièrement en situation de handicap. Le tableau 6.3 montre ces différentes étapes et leurs répercussions sur la personne handicapée et sur sa famille.

Tableau 6.3
Tâches rythmant le cycle de vie de la personne handicapée et de sa famille
(Turnbull et Turnbull, 1990)²

Stade du cycle de vie de la personne handicapée	Petite enfance (0-5 ans)	Parents	Obtenir un diagnostic pertinent Informar la fratrie et la famille élargie Se renseigner sur les aides existantes Chercher un sens au handicap Trouver une idéologie personnelle facilitant la prise de décisions Chercher une solution à la stigmatisation Identifier les aspects positifs du handicap Avoir de grandes attentes et de grands espoirs de guérison
		Fratrie	Moins de temps et d'énergie parentale disponibles pour elle Jalousie et ressentiment possibles Angoisses associées à une mauvaise compréhension du handicap
Stade du cycle de vie de la personne handicapée	Age scolaire (6-12 ans)	Parents	Établir une routine assurant les fonctions familiales Adaptation affective à la prise en charge spécialisée Décider d'une scolarisation en milieu ouvert ou spécialisé Participer à des conférences sur les personnes handicapées Se renseigner sur d'éventuelles ressources communales Trouver des activités pour l'enfant handicapé en dehors du milieu scolaire
		Fratrie	Répartir les responsabilités des soins quotidiens de l'enfant handicapé La sœur aînée peut appartenir à un groupe à risque Les ressources familiales pour le loisir et la récréation peuvent être limitées Informar les amis et les enseignants de la situation familiale Tensions du fait que les puînés dépassent l'enfant handicapé Scolarisation ou non des enfants dans le même établissement Besoin d'informations de base sur le handicap

1. Castel R. (1995). *Les Métamorphoses de la question sociale*, Paris, Gallimard, 1995.

Stade du cycle de vie de la personne handicapée	Adolescence (12-21 ans)	Parents	S'adapter sur le plan affectif à la chronicité du handicap Chercher des solutions à l'émergence de la sexualité Supporter la possibilité d'un rejet ou d'un isolement de l'adolescent handicapé par les pairs Projeter un « plan de carrière » pour lui Lui trouver des loisirs S'accommoder des changements dûs à la puberté Envisager un cursus scolaire supérieur pour lui
		Fratrie	Risque d'une sur-identification avec le frère ou la sœur handicapé(e) Meilleure compréhension des différences entre les gens Répercussions du handicap sur le choix de la profession Faire face à la stigmatisation éventuelle et à la honte Participation à des programmes de formation pour la fratrie Possibilité de joindre un groupe de parole pour la fratrie
Stade du cycle de vie de la personne handicapée	Vie d'adulte (21-)	Parents	Projeter une éventuelle tutelle pour l'adulte handicapé Formuler le besoin d'un lieu de vie approprié pour lui S'adapter aux implications de sa dépendance à l'âge adulte Trouver une vie sociale pour lui en dehors de la famille L'aider dans ses choix de carrière ou de formation
		Fratrie	Réfléchir à une éventuelle responsabilité financière Prendre un conseil génétique Familiariser de nouveaux parents (époux, épouses) avec le Frère ou la sœur handicapé(e) Besoin d'information sur ses choix de vie Clarifier le rôle d'une tutelle pour l'adulte handicapé Trouver des solutions à la garde de l'adulte handicapé

La fonction institutionnelle

Dans le cadre restreint du présent chapitre, nous ne pouvons détailler la fonction institutionnelle du psychologue clinicien en fonction de tous les contextes institutionnels décrits dans la section 2. Afin d'illustrer cette fonction, nous avons choisi de donner deux exemples d'implication institutionnelle du psychologue en IME (*cf.* encadré 3) et dans un CAMSP (*cf.* figures 6.2 et 6.3). Il importe de retenir, de manière générale, que la fonction institutionnelle comporte deux versants, intra-institutionnels et inter-institutionnels.

2. *Cf.* Turnbull A.P. et Turnbull H.R. (1990, 2^e éd.). *Families, Professionals and Exceptionality. A Special Partnership*, Columbus, Ohio, Merrill Publishing Company. Cité d'après Powell et Gallagher (1993, p. 40-41), trad. de l'anglais par S. Schauder.

► La fonction intra-institutionnelle

Afin de faire connaissance avec la structure dans laquelle il sera amené à intervenir, le psychologue clinicien s'informerait auprès des différents intervenants de son histoire. Il se documenterait en demandant le profil de son poste, le projet d'établissement, la lettre de mission du directeur, le rapport annuel d'activité et les brochures d'information.

Lors des réunions institutionnelles (réunion de synthèse, réunion de fonctionnement, *staff*, etc.), il mènera avec ses collègues une réflexion sur la répartition et la gestion des tâches, sur la qualité de l'accueil des personnes handicapées, sur le partage des informations, sur la mise en commun des pratiques, sur la manière de consigner les actions menées, etc. Il s'intéressera surtout à la manière dont circule l'information tant externe qu'interne et proposera, le cas échéant, des modifications de sa gestion – car le manque, la déperdition, le surcroît ou la mauvaise qualité de l'information sont parmi les causes majeures des « ratés » institutionnels.

Nous avons déjà souligné plus haut l'importance de la participation du psychologue à l'élaboration du projet individuel (PI) et le suivi de celui-ci. Pivotal des relations entre l'équipe pluri-disciplinaire et la famille, le projet permet d'inscrire l'action auprès de l'enfant dans le temps, de se rendre compte des progrès obtenus ou des blocages à lever. La collaboration du psychologue avec l'équipe pluri-disciplinaire peut prendre également la forme de présentations de cas, de modules de formation sur le handicap ou de présentation de son propre travail, en vue de lui assurer une meilleure visibilité et de dédramatiser certains préjugés à son encontre.

Aussi le psychologue proposera-t-il son soutien à l'équipe dans l'exécution de ses missions souvent difficiles. Il leur proposera d'élaborer la souffrance à laquelle l'équipe peut être exposée auprès des personnes handicapées dont l'atteinte de l'image corporelle et l'irréversibilité du handicap peuvent attaquer gravement l'idéal professionnel des soignants. Afin d'optimiser le fonctionnement de l'équipe, il l'aidera à exprimer la souffrance provoquée par la confrontation avec la problématique du handicap et les conflits institutionnels qui peuvent entraver les prises en charge et en compromettre l'efficacité à moyen et à long terme. Conscient du fait qu'il est impossible d'être juge et partie à la fois – c'est-à-dire de dénouer des situations institutionnelles dans lesquelles le psychologue est lui-même impliqué – il sensibilisera la direction et l'équipe à l'intérêt d'une supervision assurée par un professionnel externe¹.

1. Ainsi, il importe notamment de veiller à la compatibilité des missions (cf. *Code de déontologie des psychologues*, 1996).

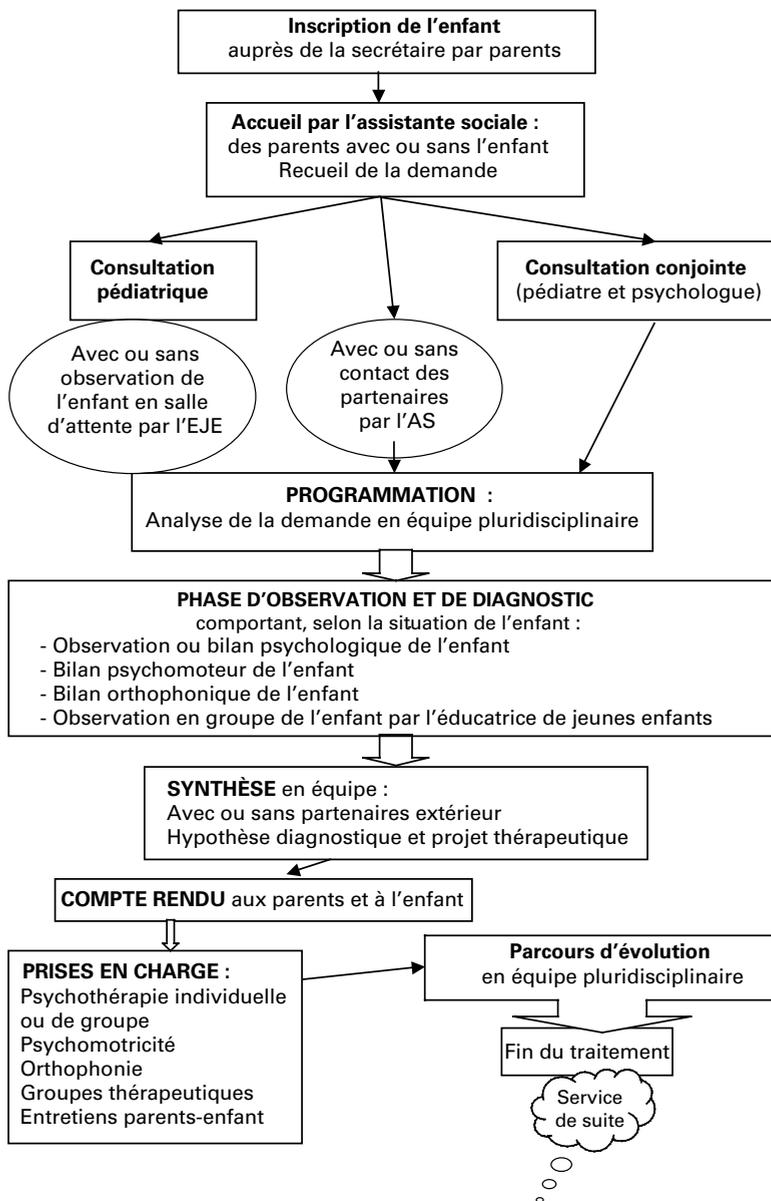


Figure 6.2
Circuit de la demande¹

1. Les auteurs remercient Nelly Loiseau d'avoir mis à leur disposition cette figure.

La figure 6.2 illustre le circuit de la demande auprès d'un CAMSP. Après l'inscription de l'enfant, la famille est accueillie par l'assistante sociale qui, en fonction de la demande, oriente la famille en consultation pédiatrique ou en consultation conjointe impliquant l'intervention du psychologue. Suite à ces consultations et en fonction des données recueillies, la demande est analysée en équipe pluridisciplinaire. S'ensuit une phase d'observation à visée de diagnostic comprenant l'observation et différents bilans de l'enfant. La synthèse pluri-professionnelle débouche sur un compte rendu qui est fait aux parents et à l'enfant, avec des propositions, selon les indications, de prise en charge évoluant jusqu'à la fin du traitement ou aboutissant à une orientation vers un service de suite. On voit bien l'inscription, au sein de l'institution, de l'action du psychologue qui veillera à une bonne lisibilité de ses interventions tant auprès des familles qu'auprès de ses collègues.

► La fonction inter-institutionnelle

Sur le plan inter-institutionnel, le psychologue, en recourant à l'aide de l'assistante sociale, se constituera un carnet d'adresses professionnelles comprenant les institutions avec lesquelles il sera amené à travailler en réseau et qui se situent en amont et en aval de son établissement de rattachement.

Il se fera connaître dans ces différents contextes professionnels, s'informer sur l'existence des réunions inter-institutionnelles et réfléchira à de nouveaux modes de collaboration avec ses collègues. Il se présentera notamment à ses homologues dans les différentes structures concernées et tentera de les mobiliser en vue de mettre leurs connaissances et savoir-faire en commun. Il pourra également intervenir, à titre de formateur, auprès d'autres professionnels en donnant, par exemple, des cours sur l'acceptation et l'élaboration du handicap aux infirmiers ou travailleurs sociaux.

Toujours à titre d'exemple, la figure 6.3 illustre le réseau des partenaires extérieurs avec lesquels le CAMSP entretient des liens d'orientation et de collaboration. Ce sont notamment les lieux de vie et d'accueil de la petite enfance, les établissements scolaires et les commissions d'orientation qui, en fonction de l'âge et de la symptomatologie de l'enfant, orientent les familles vers le CAMSP. Les services médico-sociaux, les services judiciaires, le secteur sanitaire et les associations seront mobilisés en fonction de l'analyse qui a été faite de la situation. On voit bien la nécessité pour le psychologue de connaître ce réseau et de construire des liens de collaboration fonctionnels avec l'ensemble des institutions partenaires.

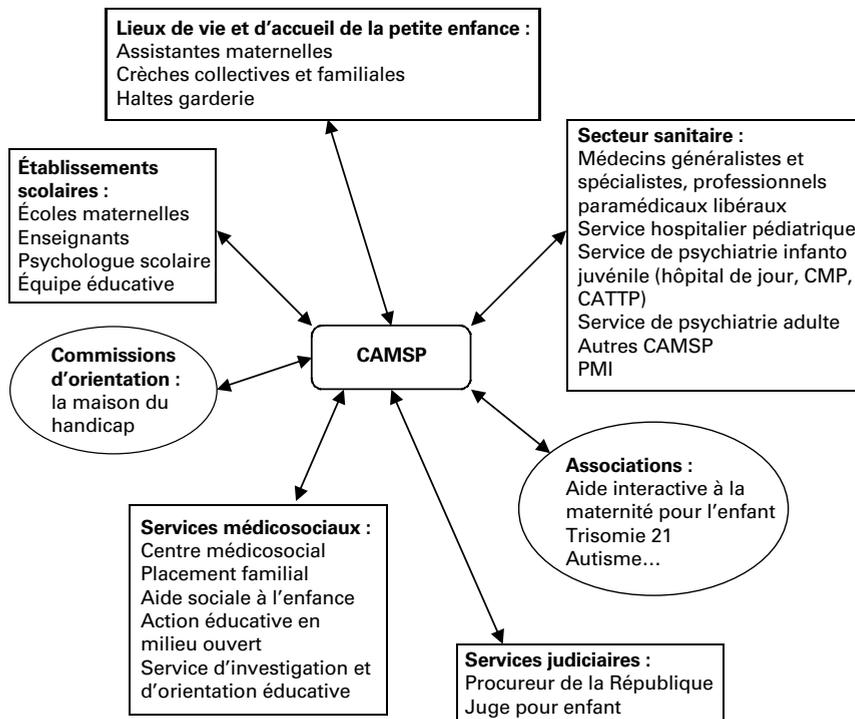


Figure 6.3
Réseau des partenaires extérieurs au CAMSP¹

Le temps FIR

Dans son tiers-temps consacré à la formation, l'information et la recherche, le psychologue clinicien se spécialisera dans le champ du handicap dont nous avons mesuré la complexité et la diversité².

► Formation

Lors de sa formation universitaire fondamentale, l'étudiant en psychologie pourra commencer à se spécialiser en obtenant par exemple le certificat de compétence « Insertion sociale des personnes handicapées » qui est proposé par le laboratoire Brigitte-Frybourg et le CNAM à Paris (cf. www.cnam.fr/handicap/).

1. Les auteurs remercient Nelly Loiseau d'avoir mis à leur disposition cette figure.
2. Cf. la section « Pour aller plus loin » du présent chapitre qui regroupe de nombreuses pistes de travail dans le domaine du handicap.

Parmi les formations diplômantes soutenues par l'IFRH (Institut fédératif de recherche sur le handicap), énumérons brièvement :

- les licences et masters, incluant un ou plusieurs modules sur le handicap : ces formations dispensées par l'université Jean-Monnet (Saint-Étienne, équipe EA 3062 – IFRH) et l'université de Bourgogne (Dijon, équipe INSERM ERITM 0207 – IFRH), peuvent être consultées sur le site du collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation, COFEMER.
- le certificat de compétence « Consultant en insertion dans le domaine du handicap » proposé par le Laboratoire Brigitte-Frybourg (IFRH) et le CNAM. : la licence (L3) – spécialité « Activités physiques adaptées » et le master « Sciences, technologies, santé » – mention « Biologie-Santé » – spécialité « Activités physiques adaptées » proposé par l'UFR STAPS de l'université de Bourgogne, Dijon.

Le psychologue clinicien pourra prolonger sa formation universitaire par une formation continue lui permettant de renouveler et de diversifier ses acquis. En fonction des populations qu'il prend en charge, il pourra par exemple se former aux thérapies non verbales, à la langue des signes ou au braille (*cf.* le CTNERHI, l'ANECAMSP et les associations regroupées sous la section 4.4. qui proposent de nombreuses formations, des stages de perfectionnement et des séminaires).

► Information

Le praticien se constituera une documentation spécialisée qui prolonge et complète les références accumulées lors de ses études. Il s'informerá sur la tenue de colloques et de journées d'études portant sur son champ professionnel spécifique et organisées, entre autres, par l'AIRHM, l'ANECAMSP, le CTNERHI, l'IFRH et l'UNAPEI (*cf.* p. 347 du présent chapitre et www.carnetpsy.com qui propose un agenda professionnel regroupant les manifestations organisées par la profession). Notamment, il recensera des revues spécialisées et les textes et circulaires ministériels traitant du handicap. Afin de dynamiser sa pratique, il cherchera à bénéficier d'une supervision par un clinicien expérimenté et à s'affilier à un groupe professionnel de son choix lui permettant de lutter contre le *burn out* et l'isolement professionnel.

► Recherche

L'inscription dans un diplôme universitaire ou un travail de recherche de type master recherche ou thèse pourra également vivifier la pratique du psychologue clinicien œuvrant auprès des personnes handicapées.

À titre d'exemple, voici quelques formations universitaires,¹ qui relèvent la plupart du temps de la médecine :

- l'université de Bourgogne – la faculté de médecine de Dijon (Pr. J.-P. Didier), avec la co-habilitation des universités de Lyon-I (Pr. J.-R. Lacour), Nancy (Pr. R. Husson), Saint-Étienne (Pr. A. Geyssant) et le CNAM – Paris (Pr. M. Fardeau) proposent un Master 2 Recherche « Handicap d'origine motrice : physiopathologie des incapacités et techniques de compensation ».
- l'université Jean-Monnet Saint-Étienne – faculté de médecine (Pr. A. Geyssant et Pr. V. Gautheron) avec la co-habilitation de l'université de Bourgogne – faculté de médecine de Dijon (Pr. J.-P. Didier) propose un Master 2 Recherche « Motricité humaine et handicap – physiologie, physiopathologie et régulations de la performance et de la dépendance. »
- la faculté de médecine – université de Saint-Étienne propose un Master 2 Recherche : « Biologie, Sport, Santé » – mention « Exercice, Sport-Santé-Handicap » (ESSH).

Selon l'IFRH, de nombreux retards sont à combler dans la recherche sur le handicap². Cet institut rappelle que la recherche sur le handicap constitue désormais un domaine spécifique du champ d'application de la nouvelle loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette disposition fait l'objet de l'article 6 de la loi. Espérons que cet ancrage permettra de dynamiser la recherche en matière de handicap.

1. D'autres informations sur des modules ou cursus spécialisés en matière de handicap peuvent être obtenues sur www.letudiant.fr.

2. Cf. l'article « La recherche sur le handicap en France : un retard à combler » publié par J.-F. Ravaud, CERMES-INSERM U502, directeur de l'IFRH, in *Actualité et dossier en santé publique* (ADSP), revue du Haut Comité de la santé publique, n°49, décembre 2004 et « Recherche et handicap en France : faut-il désespérer ? » par A. Triomphe, directeur de recherche INSERM (IFRH). C'est un article ancien, mais toujours d'actualité, paru dans le *Journal de réadaptation médicale*, 1992, 12, n° 2, 43-45, les deux publications étant consultables sur le site de l'IFRH : ifr-handicap.inserm.fr/

4. Conclusion

Le travail auprès des personnes handicapées est souvent complexe, exigeant du psychologue clinicien un positionnement éthique constant et clair. Parmi ses cibles d'intervention, se trouve l'identité de la personne handicapée qui, à travers l'image de soi et des représentations sociales, est une réalité pluri-dimensionnelle. Cette dernière se structure lors du développement individuel, mais elle dépend également de processus collectifs. L'image qu'a un individu de lui-même, ainsi que les représentations que les autres en ont, conditionnent son épanouissement affectif, ses relations interpersonnelles et son intégration dans la société. La psychologie sociale a mis en évidence le concept de représentation sociale : ensemble d'opinions, d'attitudes, de croyances structurées qui déterminent les actions dans une société et sont déterminées par elles. La personne handicapée physique est tributaire de représentations sociales en termes de *manques*. Elle est un enfant, impuissant, dont l'image est ramenée aux techniques palliatives (la chaise roulante ou la canne blanche, par exemple) et suscite le malaise du fait même de son exclusion. Une culpabilité sociale est développée à son égard suite aux marginalisations, dont nous prenons collectivement plus ou moins conscience.

Or, des campagnes de sensibilisation ont tenté de lutter contre ces représentations sociales excluantes. Citons par exemple, la campagne *Pro Infirmis* développée en Suisse romande¹. « Comme vous, nous vivons notre vie » est le slogan de cette campagne, qui, en utilisant des procédures publicitaires et de communications, scientifiquement fondées, tente de déconstruire les représentations sociales en termes exclusivement de manques. L'intégration sociale et la vie parmi les autres et comme les autres constituent un élément essentiel de changement des représentations.

Le problème que nous avons évoqué concernant l'élaboration identitaire des personnes handicapées concerne chaque individu, puisque chacun dépend de l'identité qu'il s'est forgé et des représentations que les autres ont de lui. À travers le handicap, nous posons donc une problématique humaine globale qui concerne chacun. Pour ce qui est des personnes handicapées, la structuration identitaire implique des exclusions, des marginalisations, des discriminations, que nous pouvons aider à dépasser. Il s'agit non seulement d'un enjeu clinique, mais d'un enjeu social dont il faut tenir

1. Cf. le site de *Pro Infirmis* : www.proinfirmis.ch

compte dans les politiques en faveur des personnes handicapées : l'intégration passe par le changement de représentations que la personne handicapée a d'elle-même et que les autres ont d'elle. Après une prise de conscience, une entreprise de modification des images sociales est essentielle pour que notre société accueille chacun de ses membres, en tenant compte des différences, et en laissant à chacun sa place sans discrimination et sans exclusion surajoutée.

Le rôle du chercheur, ainsi que la fécondité de l'approche scientifique et thérapeutique, consistent en la mise en évidence de ces phénomènes pour que, ensuite, à un niveau éthique et pratique, des changements de perspectives puissent être opérés. Le rôle des praticiens est de contribuer à ces changements en les mettant en œuvre pour eux-mêmes et pour les autres, dans leurs interventions auprès des personnes handicapées mais aussi auprès de tout citoyen. Ces changements éthiques ne vont pas sans une volonté politique de changement social.

5. Pour aller plus loin¹

Les lectures conseillées

- DUBREUIL B. (2005). *Accompagner les jeunes handicapés ou en difficulté. Éducation spécialisée et intégration*, Paris, Dunod. Le présent ouvrage fait le point sur les changements profonds et récents du secteur social et médico-social. Suite à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, « il s'agit de passer d'une réponse ségrégative en milieu spécialisé à une réponse en milieu ordinaire avec des soutiens spécifiques conséquents » (texte de présentation).
- GARDOU C. (dir.) (1991). *Handicaps handicapés. Le regard interrogé*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- GARDOU C. (dir.) (1996a). *Naître ou devenir handicapé*, Ramonville Saint-Agne, Érès.

1. Pour apprendre à se documenter, nous recommandons également la lecture de Ionescu S. ; Gascon H. ; Gaudette H. et Pageau D. (1993). « Sources et techniques d'information » in Ionescu S. (dir.), *La Déficience intellectuelle I : Approches et pratiques de l'intervention, dépistage précoce*, Paris, Nathan Université, p. 281-292. Se reporter également aux annexes fort utiles du livre de Janine Lévy (1991), *Le Bébé avec un handicap*, qui comprend une bibliographie spécialisée, une vidéothèque, des articles, des périodiques, des adresses des associations, des références des guides, des textes législatifs et des organismes de formation, p. 179-190.

- GARDOU C. (dir.) (1996b). *Parents d'enfant handicapé*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- GARDOU C. (dir.) (1997a). *Frères et sœurs de personnes handicapées*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- GARDOU C. (dir.) (1997b). *Professionnels auprès des personnes handicapées*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- GARDOU C. (dir.) (1999). *Connaître le handicap, reconnaître la personne*, Ramonville Saint-Agne, Érès. Dans l'ensemble de ses ouvrages, Charles Gardou, un des grands spécialistes français du handicap, aborde sous des angles différents et novateurs, les problèmes politiques, éthiques, éducatifs, familiaux et affectifs que soulève la situation de handicap.
- GASCON H., BOISVERT D., HAELEWYCK M.-C., POULIN J.-R., DETRAUX J.-J. (2006). *Déficiência intellectuelle : savoirs et perspectives*, t. 1 : *Représentations, diversité, partenariat et qualité*. AIRHM, Québec, Presses inter-universitaires.
- GASCON H., BOISVERT D., HAELEWYCK M.-C., POULIN J.-R., DETRAUX J.-J. (2006). *Déficiência intellectuelle : savoirs et perspectives d'action*, t. II : *Formation, interventions, adaptation et soutien social*. AIRHM, Québec, Presses inter-universitaires. Il s'agit des Actes, en deux tomes, du IX^e Congrès de l'AIRHM qui s'est tenu à l'université du Québec à Rimouski en août 2004. « En provenance de quinze pays, des chercheurs, intervenants, administrateurs et familles se sont réunis pour communiquer les résultats de leurs travaux [...]. Le caractère multidisciplinaire et international de l'ouvrage ainsi que la richesse des contributions en font un outil de référence indispensable » (4^e de couverture).
- IONESCU S. (éd.) (1987). *L'Intervention en déficiência mentale. Manuel de méthodes et de techniques*, vol. 1 : *Problèmes généraux. Méthodes médicales et psychologiques*, Sprimont, Mardaga.
- IONESCU S. (éd.) (1990). *L'Intervention en déficiência mentale*, vol. 2 : *Manuel de méthodes et de techniques*, Sprimont, Mardaga.
- IONESCU S. (dir.) (1993). *La Déficiência intellectuelle I : Approches et pratiques de l'intervention, dépistage précoce*, Paris, Nathan Université.
- IONESCU S. (dir.) (1995). *La Déficiência intellectuelle II : Pratiques de l'intégration*, Paris, Nathan Université. Ce sont quatre grands classiques en la matière, dirigé par le professeur Serban Ionescu, un spécialiste internationalement reconnu du handicap. Très documentés et réunissant des points de vue de cinquante spécialistes provenant de neuf pays, les deux tomes *La déficiência intellectuelle* bénéficient d'une orientation multi-théorique et des apports notamment des praticiens canadiens, très en avance dans l'évaluation de la prise en charge des personnes handicapées.

- KORFF-SAUSSE S. (1996). *Le Miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Paris, Calmann-Lévy. Choissant pour référentiel théorique la psychanalyse, cet ouvrage apporte une réflexion approfondie et concrète sur les répercussions psychologiques qu'a le handicap sur l'enfant et sa famille.
- RESTOUX P. (2005). *Vivre avec un enfant différent*, Paris, Handicap International. « Ce guide est destiné aux proches d'enfants handicapés : les grands-parents, les oncles et tantes, les cousins et autres amis des parents. En effet, nombreux sont les parents d'enfants handicapés à déplorer l'incompréhension, la maladresse, voire la distance de leur entourage. L'auteur souhaite sensibiliser leurs proches pour éviter aux parents commentaires désobligeants, questionnements douloureux, et pour les aider à ne pas se couper du monde. Cet ouvrage est composé de trois parties : la première propose de comprendre ce qu'est le handicap et explique les étapes que vont traverser les parents qui s'y trouvent confrontés. La seconde partie, pour faire tomber nos propres résistances à l'égard de la différence, affronte et explique nos peurs. La dernière partie est composée de conseils pratiques : Comment se comporter à la maternité ? Que dire ou ne pas dire ? Comment aider les parents ? Où trouver des informations ? » (texte de présentation).
- RINGLER M. (2006). *Comprendre l'enfant handicapé et sa famille*, Paris, Dunod. Cet ouvrage aborde l'ensemble des problèmes que pose à une famille l'enfant handicapé et explique quelles sont les conditions qui permettront son épanouissement [...]. Il met donc en lumière l'importance du contexte affectif qui constitue le moteur positif ou négatif de toutes les actions mises en œuvre pour compenser le handicap de l'enfant » (4^e de couverture).
- SALBREUX R., GASCON H., IONESCU S., GABBAÏ P. (2003). *Déficience intellectuelle et épuisement professionnel*, Association internationale de recherche scientifique en faveur des personnes handicapées mentales, Paris, CTNERHI. « Cet ouvrage reprend les communications du VIII^e congrès de l'AIRHM dont le thème était « la prévention de l'épuisement professionnel des accompagnants dans le cadre de la déficience intellectuelle ». Les textes d'origines très diverses, sont classés en trois parties distinctes : une première partie, plus didactique, contient des mises au point, des hypothèses, des élaborations théoriques ; une deuxième partie regroupe les recherches, les enquêtes, les méthodes de gestion, les efforts de réorganisation qui permettent de cerner le phénomène, d'y porter remède et surtout d'en prévenir la survenue et une troisième partie,

plus pratique, rassemble les témoignages, les expériences, qui donnent corps aux données précédentes, les introduisent dans un vécu et une authenticité venant du terrain » (4^e de couverture).

SCELLES R. (2007). « Familles et institutions confrontées au handicap », *Dialogue*, 174. Ce numéro de la revue *Dialogue* rend compte du colloque sur les liens familiaux, perspectives et thérapeutiques en situation de handicap.

TOURETTE C. (2006). *Évaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement*, Paris, Dunod. « Pourquoi faire une évaluation psychologique ? Quelles sont les épreuves existantes pour l'évaluation des enfants ? Quelles épreuves choisir si l'enfant présente une déficience motrice ou sensorielle ? des troubles autistiques ? une dysphasie ou une dyslexie ? Y a-t-il de nouveaux tests ? Peut-on utiliser les anciens ?

Cet ouvrage se présente comme une « boîte à outils » pour le psychologue qui souhaite évaluer un enfant, en particulier s'il est porteur d'une déficience motrice, sensorielle et/ou mentale, d'un polyhandicap, de troubles autistiques ou de troubles des apprentissages.

Après avoir situé le contexte de l'évaluation et montré l'intérêt d'une évaluation précise pour l'élaboration du projet éducatif individualisé de l'enfant, l'auteur présente plus de 140 épreuves et examine leur adéquation aux troubles de l'enfant. » (4^e de couverture)

Les sites Internet

- www.aisnet.lautre.net : un des nombreux sites consacrés à l'adaptation et l'intégration scolaire. Informatif et clair.
- www.awiph.be : agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées. Centre de documentation belge très utile.
- www.carnetpsy.com : « *Le Carnet PSY* est une revue mensuelle qui s'adresse à tous les acteurs de la santé mentale dans leur diversité. C'est un outil fédérateur : autour d'un agenda national et international très détaillé, des comptes rendus (livres, colloques, sites Web, multimédia), des rubriques spécialisées, des articles originaux, des dossiers orientent les professionnels dans le labyrinthe des informations sensibles. Espace interactif de partage, *Le Carnet PSY* est dédié à la formation, la clinique et la recherche. En synergie avec la revue, le site Web www.carnetpsy.com propose en ligne des documents originaux (forums, interviews vidéo, *chat*, bibliographie, expositions, sélection thématique de liens), les archives du journal et divers services (agenda, abonnements, commandes d'anciens numéros) » (texte de présentation).

- www.cnasm.prd.fr : site du Centre national de documentation audiovisuelle en Santé mentale. Centre hospitalier, 5, rue du Général de Gaulle, 57790 Lorquin. Tél. 03 87 23 14 79. Des films et des archives passionnants et très instructifs.
- www.crir.ca : site très informatif du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain présentant chaque année un rapport sur les évolutions en matière de prise en charge des différents handicapés.
- [http// : crhes.univ-lyon2.fr](http://crhes.univ-lyon2.fr) : présidé par Charles Gardou, le collectif de recherches sur les situations de handicap, l'éducation et les sociétés est situé au sein de l'université Lumière-Lyon-II. Le professeur Michel Serres de l'Académie française en est président d'honneur. Le CRHES vise quatre objectifs :
 - « ouvrir l'Université à ceux qui vivent le handicap au quotidien et faciliter leur intégration, notamment par l'accès au savoir,
 - rassembler et relier durablement les personnes en situation de handicap et leurs proches, les enseignants de l'école maternelle à l'Université, les étudiants, les chercheurs, les travailleurs sociaux, les personnels médicaux et paramédicaux, les responsables ou membres d'associations,
 - soutenir activement les expérimentations, accompagner, fédérer les recherches et permettre leur diffusion,
 - s'engager dans des programmes d'action nationaux et internationaux, organiser des manifestations scientifiques et encourager les publications » (texte de présentation).
- www.ctnerhi.com.fr : site du Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations. Une source de documentation indispensable, un site de référence incontournable. Cf. la rubrique consacrée aux centres de documentation.
- www.famille.gouv.fr et www.santé.gouv.fr : sites gouvernementaux donnant accès à de nombreuses circulaires portant sur la prise en charge d'enfants et d'adultes handicapés. Voir, par exemple, la circulaire n° 2002/239 du 18 avril 2002 sur *L'accompagnement des parents et l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré-natale et post-natale d'une maladie ou d'une malformation*.
- www.handicap-international.org : co-prix Nobel de la paix, Handicap international organise de nombreuses actions autour du handicap. Cette ONG édite le magazine *Déclis* à l'attention des parents d'enfants handicapés et informe sur de nombreux dossiers thématiques (par ex. handicap et intégration, handicap et sexualité, etc.).

- www.inclusion-international.org : voici le texte de présentation de cette organisation dont l'objectif est de « promouvoir l'inclusion, l'égalité et les opportunités pour les personnes déficientes intellectuelles et leurs familles dans le monde entier.

Inclusion International (II) est une fédération mondiale d'organisations fondées sur les familles qui défendent les droits des personnes déficientes intellectuelles à travers le monde. II représente plus de 115 fédérations membres dans 200 pays situés dans les cinq régions suivantes : Moyen-Orient et Afrique du Nord, Europe, Afrique et Océan indien, les Amériques et la région Asie Pacifique.

Depuis plus de 40 ans, II agit comme véhicule afin que les voix des personnes handicapées et de leurs familles soient entendues. L'inclusion des personnes handicapées dans leur communauté en tant que citoyens et voisins à part entière constitue une priorité pour Inclusion International et ses membres. »

- www.ophq.gouv.qc.ca : il s'agit de l'Office des personnes handicapées du Québec. Ce site gouvernemental offre un annuaire de sites utiles, des renseignements généraux, des revues de presse, des publications, et un accès au centre de documentation. Essentiel et fort utile.
- www.parthages.be : « service d'information et de documentation de l'association PARTHAGES pour la « Participation des personnes handicapées à la société ». Ce service offre un accompagnement dans la recherche documentaire et renseigne selon les objectifs ou les besoins, une simple adresse ou un numéro de téléphone, mais réalise également un dossier élaboré selon le cahier des charges des consultants.
- EURIDIS couvre, entre autre, les thèmes suivants : accessibilité, accompagnement, annonce du handicap, déficiences (physique, sensorielle, mentale), égalité des chances, emploi, éthique, formation, intégration socio-professionnelle, législation, service d'aide, vie affective et sexuelle... Organisation de cours de langue des signes. Partenaire du réseau DOCTES de l'UCL (Université catholique de Louvain). Ouvert à tout public (chercheurs, étudiants...) » (texte de présentation).
- www.sanitaire-social.com : ce site comporte un annuaire des maisons de retraite, des associations d'aide à domicile, des centres pour handicapés, des hôpitaux et cliniques.
- www.scolaritépartenariat.chez-alice.fr : intégration scolaire et partenariat. Site très informatif sur l'intégration scolaire des enfants handicapés, régulièrement mis à jour. Définitions brèves et claires de la Loi du 11 février 2005, des missions de la MDPH, des AVS (assistants de vie

scolaire), du PPS (projet personnalisé de scolarisation), etc. Excellents liens vers d'autres sites dont ceux consacrés plus spécifiquement à l'autisme, à la déficience mentale, aux troubles du comportement et l'hyperactivité, aux troubles du langage, au handicap visuel, auditif ou moteur la cécité, à la surdité etc.

- www.senat.fr : site du Sénat donnant, par exemple, accès au texte de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui a été débattu en octobre 2004 et voté le 11 février 2005.

NB : Les sites internet des principales associations sont regroupés sous la rubrique 4.4. Les associations.

Les revues spécialisées

Parmi les revues spécialisées, citons *Contraste*, dirigé par Roger Salbreux ; la *Revue francophone de la déficience intellectuelle* dirigée par Serban Ionescu et Wilfrid Pilon ; la *Revue québécoise de psychologie* dirigée par Colette Jourdan-Ionescu ; *Handicap. Revue de sciences humaines et sociales* ; *Handicaps et inadaptations – Les Cahiers du CTNERHI* ; *Handicap, revue de sciences humaines et sociales* ; *Au fil des jours* édité par le CNFLRH (Comité national français de liaison pour la réadaptation des handicapés) ; *Infirmité motrice* ; *IMC Défi* ; la *Revue de l'APAJH* (Association pour adultes et jeunes handicapés) ; *Réadaptation* ; la *Revue européenne du handicap mental* ; *Sauvegarde de l'enfance* ; *Vie sociale* édité par le CEDIAS (centre d'études, de documentation et d'information sur l'action sociale).

Les associations

Nous ne présentons ici qu'un choix restreint des contacts et associations œuvrant en faveur des personnes handicapées. Pour obtenir des informations plus spécifiques, en fonction du handicap, nous recommandons de lancer une recherche par mots clé sur www.google.fr ou www.handisurf.net/liens_associations.htm.

► **Intégration scolaire**

- Cellule d'écoute Handiscol, Tél. 08 10 55 55 01 (n° Azur).
- Maison départementale des personnes handicapées de Paris (MDPH 75), Tél : 0805 800 909 (n° vert).

- ONISEP – Service réadaptation (scolarisation des enfants handicapés) : 12, mail Barthélemy-Thimonnier Lognes, 77437 Marne-la-Vallée Cedex 2, Tél. : 01 64 80 37 66.
- CIO pour les jeunes handicapés physiques : 8, rue Dieudonné-Costes, 75013 Paris, Tél. : 01 45 82 65 57.

► Associations

- AFM (Association française contre les myopathies) : 9, place de Rungis, 75013 Paris, Tél. : 01 44 16 75 03. www.afm-france.org
- AIRHM (Association internationale de recherche scientifique en faveur des personnes handicapées mentales) : www.airhm.org : « L’AIRHM est une association de recherche pluridisciplinaire en faveur des personnes handicapées mentales fondée en mars 1988, à Lausanne, lors d’un premier congrès, et dont le siège social est à Paris. L’idée de cet organisme est née à la suite d’un voyage au Québec de chercheurs français, lesquels, se trouvant en minorité numérique et linguistique par rapport aux chercheurs anglo-saxons, décidèrent de créer une branche francophone, européenne et canadienne.

Comme son aînée nord-américaine, l’IASSID (International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities), il s’agit d’une association de recherche scientifique. L’AIRHM se veut ouverte à la fois aux chercheurs et aux praticiens, souhaitant faciliter la communication réciproque pour mener des recherches en collaboration. À ce titre, elle regroupe plus d’une centaine de membres : universitaires de différentes disciplines, psychiatres, psychanalystes, psychologues, pédiatres, généticiens, épidémiologistes, sociologues, orthophonistes, psychomotriciens, psycho-pédagogues, enseignants, éducateurs, assistants sociaux, directeurs d’établissements, formateurs, etc. » (texte de présentation).

- APAJH (Association pour adultes et jeunes handicapés) : 185, bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex, Tél. : 01 55 39 56 00, www.apajh.org.
- ANECAMSP (Association nationale des équipes contribuant à l’action médico-sociale précoce) : 10, rue Énard, 75012 Paris, Tél. : 01 43 42 09 10, www.anecamsp.org : « Association carrefour fondée en 1982, l’ANECAMSP poursuit son développement et sa recherche en faveur de la petite enfance et de la famille, et invite tous les partenaires intervenant sur cette période déterminante de la vie à converger dans un esprit d’échange, de création et d’innovation » (texte de présentation).

- ANPEDA (Fédération des associations de parents d'enfants déficients auditifs) : 37-39, rue Saint-Sébastien, 75011 Paris, Tél. : 01 43 14 00 38.
- ANPEA (Association nationale de parents d'enfants aveugles ou gravement déficients visuels) : 12bis, rue de Picpus, 75012 Paris, Tél. : 01 43 42 40 40, <http://perso.orange.fr/anpea/>.
- ARPEIJE (Association pour la recherche pour l'éducation et l'insertion des jeunes épileptiques) : 133, rue Falguières, 75015 Paris, Tél. : 01 53 80 66 64, www.arpeije.org.
- FNDV (Fédération des associations de parents d'enfants aveugles ou gravement déficients visuels) : Maison des associations, B-88 – 20, rue de Pailleron, 75019 Paris, Tél. : 06 66 79 88 30 (Christophe Derouet, président), www.fndv.net.
- Fait 21 (Fédération des Associations pour l'insertion sociale des personnes porteuses d'une trisomie 21) : 102, rue Didot, 75014 Paris, Tél. : 01 45 41 22 21, www.fait21.org.
- Syndicat national des associations de parents et amis des personnes handicapées mentales : 7-9, rue de la Boétie, 75008 Paris, www.membres.lycos.fr/pierreg/associa3.html : le site offre de très nombreuses informations sur les différents types de handicap, la recherche et la formation dans ce domaine.
- UNAPEI (Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales) : 15, rue Coysevox, 75018 Paris, Tél. : 01 45 41 22 21, www.unapei.org.
- UNAFAM (Union nationale des associations de familles et amis de malades psychiques) : www.unafam.org. Assurant une fonction de conseil, d'écoute, de soutien, d'entraide et d'information pour les familles et amis de malades psychiques, l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques est reconnue d'utilité publique depuis 1968 : « L'UNAFAM regroupe plus de 12 000 familles, toutes concernées, avec pour objet de :
 - s'entraider et se former ;
 - agir ensemble dans l'intérêt généralLes adhérents sont répartis dans quatre-vingt-dix-sept sections départementales. Mille cinq cents bénévoles y travaillent et y assurent ainsi :
 - l'entraide et la formation par l'accueil dans les permanences locales ;
 - l'information des familles ;

- l'action dans l'intérêt général par l'orientation vers les lieux de soins ou d'insertion ; la représentation des usagers ; la participation auprès des instances consultatives chargées de définir la politique de santé mentale ; la promotion et le soutien à la création de structures d'accompagnement ; la promotion de la recherche » (texte de présentation).

Les centres de documentation spécialisés

► Le centre de documentation du CTNERHI – Paris-XIII

236 bis, rue de Tolbiac, 75013 Paris, Tél. : 01 45 65 59 00, Télécopie : 01 45 65 44 94, courriel : idehdoc@ctnerhi.com.fr, site : www.ctnerhi.com.fr : le centre de documentation du Centre technique national d'études et de recherches sur le Handicap (CTNERHI) offre à tous les publics plusieurs types de ressources documentaires.

Le fonds documentaire

Ce fonds documentaire comprend quatorze mille six cents ouvrages et deux cent cinquante collections de périodiques. Il couvre de larges domaines :

- les droits des personnes handicapées ;
- l'éducation et l'intégration scolaire ;
- l'intégration sociale et professionnelle ;
- les sports et loisirs ;
- l'environnement familial ;
- la prise en charge institutionnelle et les établissements spécialisés ;
- le coût économique et social du handicap.

La base de données bibliographiques SAPHIR

SAPHIR recense plus de dix-neuf mille références bibliographiques sur le handicap et l'inadaptation sociale.

Elle est interrogeable :

- à la bibliothèque du CTNERHI, sur des ordinateurs en libre accès ;
- en accès libre et gratuit, à partir du site CTNERHI page SAPHIR.

SAPHIR est partiellement versée dans la banque de données en santé publique (BDSP). Cette base de données recense près de cent cinquante mille références bibliographiques sur la santé publique. Elle est alimentée

par un réseau d'une trentaine de centres de documentation. La BDSP est consultable par Internet ou par minitel : 36 17 BDSP.

La base de données réglementaires LEGI

La banque de données LEGI recense, depuis 1989, plus de onze mille références de textes législatifs et réglementaires parus sur le handicap et plus largement dans le domaine social. Elle est interrogeable :

- à la bibliothèque du CTNERHI sur des postes en libre accès ;
- en accès libre et gratuit, à partir du site CTNERHI page LEGI.

Les publications du CTNERHI

L'activité éditoriale du CTNERHI porte sur trois types de publications :

- quatre collections d'ouvrages sur les handicaps et inadaptations : « Études et recherches » ; « Histoire du Handicap et de l'Inadaptation » ; « Essais » ; « Point sur... » ;
- des dossiers techniques : dossiers professionnels documentaires ; dossiers professionnels réglementaires ;
- une revue trimestrielle présentant des travaux de recherche et des études, *Handicap, revue de sciences humaines et sociales*.
- une *newsletter* hebdomadaire, « Flash-Info », diffusée gratuitement depuis janvier 2005.

Cette newsletter est consultable sur le site CTNERHI page Flash-Info

► Le centre de documentation en rééducation REEDOC – Nancy

REEDOC – IRR : 35, rue Lionnois, 54042 Nancy Cedex – Tél. : 03 83 39 34 18 ; télécopie : 03 83 39 34 59 ; courriel : reedoc@irr.u-nancy.fr ; site : www.reedoc.irr.u-nancy.fr.

REEDOC est le service de l'institut régional de réadaptation (IRR). Ce service est spécialisé dans les domaines de la médecine physique et de réadaptation, et de l'appareillage des personnes atteintes d'un handicap moteur.

Le fonds documentaire comprend quatre mille ouvrages, mille thèses et mémoires, et gère deux cent cinquante titres de revues, dont quatre-vingts abonnements.

Ce fonds est consultable sur place.

La base de données bibliographiques

Elle contient plus de cent mille références bibliographiques et utilise un plan de classement alphanumérique spécifique.

La base REEDOC est consultable :

- sur place ;
- en ligne sur le site REEDOC.

Le Bulletin signalétique bibliographique

Ce bulletin mensuel regroupe par thèmes les références des articles les plus pertinents recensés au cours du mois.

À l'usage des professionnels de médecine physique et de rééducation, il est adressé par abonnement électronique : reedoc@irr.u-nancy.fr.

► **Le centre de documentation du laboratoire Brigitte Frybourg – CNAM**

Laboratoire Brigitte Frybourg – CNAM : 2, rue Conté, 75003 Paris – Tél. : 01 40 27 23 79, Télécopie : 01 40 27 26 51 ; courriel : brigitte.frybourg@cnam.fr ; site : www.cnam.fr/handicap.

Le fonds documentaire

Environ mille quatre cents ouvrages généraux, cinq cents rapports, cinquante collections de périodiques et des documentations associatives.

Consultation sur rendez-vous.

La vidéothèque

Elle propose quatre-vingts films en vidéo. Plus de quarante-cinq films proviennent de la vidéothèque internationale des réalisateurs : Monique Saladin et Alain Casanova (laboratoire Brigitte-Frybourg – association « Documents pour l'intégration et le développement »). Ces films donnent la parole à des femmes, des hommes et des enfants, ainsi qu'aux acteurs de l'insertion (vie quotidienne, intégration sociale, insertion professionnelle). L'on peut consulter le catalogue des films sur le site de l'Association « Documents pour l'intégration et le développement » : www.did.asso.fr.

Références bibliographiques

- ALVIN P. (dir.) (2005). *L'Annonce du handicap à l'adolescence*, Paris, Vuibert.
- ANGEL S. (1996). *Des frères et des sœurs. Les liens complexes de la fraternité*, Paris, Laffont, coll. « Réponses ».
- COQUEBERT L. (2006). « Un premier bilan de la loi du 11 février 2005 », in GUEGUEN J.-Y., *L'Année de l'action sociale 2006. Le nouveau paysage de l'action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, p. 39-51.
- CTNERHI (2004). *Le Handicap en chiffres*, Paris, Éditions du CTNERHI.
- DELVILLE J., MERCIER M. (2001). « Sexualité et handicap », in RONDAL J.A., COMBLAIN A. (dir.), *Manuel de psychologie des handicapés. Sémiologie et principes de remédiation*, Sprimont, Mardaga, p. 533-558.
- COUSERGUE C. (dir.) (1999). *Guide de l'intégration scolaire de l'enfant et de l'adolescent handicapés*, Paris, Dunod.
- EFIMOFF L. (2006). *Adolescence en souffrance. Quand le handicap s'en mêle...*, mémoire de master 2 professionnel Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapies, S. SCHAUDER (dir.), IED-Université Paris-VIII, non publié.
- HAELEWYCK M.-C. (2004). « Lecture comparative des dispositions légales et réglementaires relatives aux droits des personnes en situation de handicap : quels enjeux ? », in *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 15, n° 1, p. 95-103.
- IONESCU S. (2006). *Déficiences intellectuelles sensorielles et motrices*, cours de master 2, Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie, IED-Université Paris-VIII, p. 2.
- KORFF-SAUSSE S. (1996). *Le Miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Paris, Calmann-Lévy.
- KORFF-SAUSSE S. (2003). « Les grands-parents face au handicap », *Contraste, Frères, sœurs et grands-parents. Revue de l'ANECAMSP*, n° 18, p. 51-67.
- KRISTEVA J., GARDOU C. (2006). *Handicap : le temps des engagements*, Paris, PUF.
- LÉVY J. (1991). *Le Bébé avec un handicap*, Paris, Le Seuil.
- LOBATO D.J. (1990). *Brothers, Sisters, and Special Needs : Information and Activities for Helping Young Siblings of Children with Chronic Illness and Developmental Disabilities*, Baltimore, Paul H. Brookes.
- MANNONI M. (1964). *L'Enfant arriéré et sa mère*, Paris, Le Seuil.
- MERCIER M. (dir.) (2004). *L'Identité handicapée*, Namur, Presses universitaires de Namur.

- MORAL M. (1999). « Organisation du système de santé » in SCHAUDER S., MORAL M. (1999). *Les Secteurs d'activité du psychologue clinicien*, cours de DESS de psychologie clinique et pathologique, IED-Université Paris-VIII, p. 11-33.
- MORANGE P. (2004). *Rapport d'information n° 1776 déposé le 28 juillet 2004 à l'Assemblée Nationale par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux*.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1975). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Manual Classification Relating to the Consequences of Disease*, Genève (Wood PHN., p. 32-37). Trad. fr. : OMS-INSERM-CTNERHI, *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*, Paris, Publication du CTNERHI, 1988.
- POWELL T.H., GALLAGHER P.A. (1993). *Brothers and Sisters : A Special Part of Exceptional Families*, Baltimore, Paul H. Brookes, 2^e éd.
- SALBREUX R. (1993). « Prévention, diagnostic et prise en charge : l'expérience des centres d'action médico-sociale précoce », in IONESCU S. (dir.) (1993). *La Déficience intellectuelle I : Approches et pratiques de l'intervention, dépistage précoce*, Paris, Nathan Université, p. 351-367.
- SALBREUX R. (1998). « Annonce d'un handicap chez l'enfant », *Bulletin d'éducation du patient*, 17, 1, avril, p. 7-10.
- SCELLES R. (1996). *J'ai mal à mon frère : l'influence du handicap d'un enfant sur ses frères et sœurs*, thèse de doctorat, université Paris-VII, 1996.
- SCELLES R. (1999). *Fratrie et handicap. L'influence du handicap d'une personne sur ses frères et sœurs*, Paris, L'Harmattan.
- SCELLES R. (2002). « Psychologue auprès d'enfants handicapés dans un service de soins et d'éducation à domicile », in FUA D. (dir.), *Le Métier de psychologue clinicien*, Paris, Nathan Université, coll. « Fac. Psychologie », p. 188-199.
- SCHAUDER S. (1996). *Pour une clinique de la fratrie de l'enfant handicapé. Perspectives de prévention auprès des enfants à risque et perspectives thérapeutiques* (prix d'excellence de l'Association internationale pour la recherche scientifique en faveur des personnes handicapées mentales), directeur de thèse : Pr. Serban Ionescu, université Paris-V.
- SCHAUDER S. (1999). « Possibilités de prévention auprès de la fratrie de l'enfant handicapé », *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, n° 28, p. 89-96.
- SCHAUDER S. (2003). « La fratrie de l'enfant handicapé – entre mythe et réalité », *Contraste, Frères, sœurs et grands-parents. Revue de l'ANECAMSP*, n° 18, p. 75-93.

- SCHAUDER S., DURAND B. (2004). « Famille et handicap », in ANGEL P., MAZET P., *Clinique et psychopathologie de la famille*, Paris, PUF, p. 609-628.
- SOULIER B. (2001). *Aimer au-delà du handicap. Vie affective et sexualité du paraplégique*, Paris, Dunod.
- TETREAU S., BEAUPRE P., POMERLEAU A., PELLETIER M.-E., COURCHESNES A. (2006). « Inclusion à la garderie et à l'école d'enfants ayant une déficience intellectuelle : de grands pas pour de si petites jambes ! », in GASCON H. *et al.* (dir.), *Déficience intellectuelle : savoirs et perspectives*, t. I, AIRHM, Québec, Presses inter-universitaires, p. 343-356.
- TOURRETTE C. (2006). *Évaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement*, Paris, Dunod.



CHAPITRE
7



Le psychologue scolaire¹



1. Par Évelyne Bouteyre.

Sommaire

▶ Introduction.....	Page 379
▶ 1. Bref historique de la psychologie scolaire	Page 379
▶ 2. La formation du psychologue scolaire.....	Page 382
▶ 3. Les missions du psychologue scolaire	Page 383
▶ 4. Conclusion.....	Page 408
▶ 5. Pour aller plus loin	Page 409
▶ Références bibliographiques.....	Page 411

Introduction

La psychologie en milieu scolaire existe depuis une cinquantaine d'années mais reste un métier en perpétuelle mutation pour plusieurs raisons. Sans avoir pour objectif de les citer toutes, mentionnons simplement le fait que les élèves d'aujourd'hui ont peu de choses en commun avec les élèves d'avant-hier, tout au moins dans leur mode de vie. Ces changements invitent naturellement le psychologue scolaire à adapter ses approches. À cela s'ajoute un nombre toujours croissant de prises en charge et de bilans psychologiques à effectuer sur des secteurs scolaires plus étendus, ce qui oblige à aménager ou à redéfinir le suivi des enfants et de leur famille. Et puis, la mise en conformité de la fonction de psychologue scolaire aux normes européennes justifie de nouvelles modifications, en termes de formation initiale particulièrement.

Dans le cadre de ce chapitre, il sera question – après avoir dépeint un bref historique de la fonction de psychologue scolaire – de mettre en évidence la formation qui lui est actuellement offerte, les missions qui lui sont confiées et la clinique qui est la sienne au quotidien. Les textes de référence à la fonction de psychologue scolaire ainsi que les numéros de circulaires et de décrets qui y sont afférents seront mentionnés après quelques lectures conseillées.

1. Bref historique de la psychologie scolaire

C'est dans le cadre d'un document officiel, élaboré par Paul Langevin et Henri Wallon¹, qu'a été pensée pour la première fois la fonction de psycho-

1. Le premier, professeur au Collège de France et président du Groupe français d'éducation nouvelle et, le second, également professeur au Collège de France et président de la Société française de pédagogie ont œuvré à l'élaboration d'un projet de réforme de l'enseignement qui fut présenté en 1947, après la mort de Paul Langevin, sous le nom de « Plan Langevin-Wallon ».

logue scolaire sous le titre IV qui concerne les « organes de contrôle et de perfectionnement ». Il s'agit d'exercer « un contrôle psychologique sur les élèves ». Cette fonction est à comprendre comme un souci de mieux appréhender la façon d'apprendre des élèves, de détecter ceux qui sont les plus en difficulté et de leur offrir un suivi.

C'est en 1945, au sortir de la guerre, que le professeur Henri Wallon¹, alors ministre de l'Éducation nationale, sollicite René Zazzo (psychologue), Gustave Monod (directeur de l'enseignement secondaire) ainsi que M. David (directeur général des services d'enseignement de la Seine) pour mettre en place une expérience pilote. Il s'agit d'envoyer sur le terrain, dans des écoles et lycées, quelques dizaines de psychologues scolaires et de tirer, au bout de quelques années, des enseignements sur leurs modalités de fonctionnement et d'interventions afin de définir les contours précis de cette nouvelle profession.

Le premier poste, créé en 1945 à Grenoble, est confié à B. Andrey. C'est en 1951 que deux rapports sont établis en direction du ministère de l'Éducation nationale. On peut y lire les conclusions suivantes :

- il semble nécessaire que les psychologues exerçant dans les écoles ou lycées appartiennent au corps enseignant. Ceux-ci doivent, en fait, posséder *à la fois* une expérience pédagogique solide (ce que leur confère leur passé d'enseignant) et une formation scientifique reconnue par l'obtention de diplômes universitaires ;
- concernant les activités du psychologue scolaire, elles se déclinent en examens individuels d'enfants et en examens collectifs. Ces examens sont réalisés à la suite de demandes formulées majoritairement par les instituteurs et les chefs d'établissements et, de façon minoritaire, par les parents, les médecins ou les commissions pédagogiques. De même, le psychologue scolaire n'est qu'exceptionnellement à l'origine de tels examens. Parmi les motifs qui président à ces demandes on note, pour de petites parts, des questions de retards ou d'échecs scolaires ainsi que différents types d'inadaptation. Les attentes qui justifient majoritairement ces demandes concernent le passage de classe et l'orientation scolaire mais, surtout, l'établissement de dossiers scolaires favorisant un suivi longitudinal des élèves.

Peu de cas a été fait de ce plan par les ministres successifs de l'Éducation nationale et la psychologie scolaire n'a réellement vu le jour qu'une dizaine

1. Henri Wallon, professeur au collège de France avait alors comme assistant René Zazzo. Ce dernier dispensait des travaux pratiques à l'institut de psychologie de la rue Gay-Lussac à Paris.

d'années plus tard. La première circulaire ministérielle mentionnant l'existence de la psychologie scolaire date de 1958. En 1975, un syndicat des psychologues scolaires de l'Éducation nationale est créé.

La formation des premiers psychologues scolaires est assez succincte. Il faut être titulaire d'un diplôme de psychopédagogie délivré par l'institut de psychologie de l'université de Paris, diplôme accordé à l'issue d'une seule année d'étude. Cette formation est à considérer comme une marque d'intérêt de la part de l'université et comme la prémisse d'un enseignement ciblé et étoffé en direction des futurs psychologues scolaires.

Zazzo, dans un livre publié en 1968, cité par Simon (2005), rappelle les principes qui ont régi la psychologie scolaire et qu'il a enseignés à ses étudiants :

- le psychologue scolaire appartient à l'école par son recrutement, par le lieu de son travail, par la nature des problèmes qu'il aborde et des solutions qu'il cherche ;
- le psychologue scolaire étudie, en accord avec le corps enseignant, les problèmes exclusivement *pédagogiques* que pose l'enseignement (matières scolaires d'enseignement, méthodes, etc.) ;
- le psychologue scolaire s'emploie essentiellement à mettre en évidence les qualités positives de l'élève plutôt qu'à déterminer ses insuffisances dans le but d'élimination ou de sélection.

Il affirme, aussi, que « la plupart des problèmes que pose l'écolier n'appartiennent pas à la psychiatrie, à la défectologie mais à la connaissance de l'enfant normal, à la pédagogie, aux structures de l'école¹ ».

Mais, pour permettre de telles investigations, précise Zazzo² (2002), des outils spécifiques sont nécessaires. Sont alors utilisés des tests classiques, des épreuves globales ou analytiques mais aussi des tests psychopédagogiques spécialement créés pour les besoins de l'école. L'essentiel, souligne-t-il, n'est pas tant de chiffrer les performances des enfants que de comprendre les attitudes qui accompagnent la passation des tests, leurs processus et cheminement de pensée.

L'expérience pilote engagée avec Zazzo a, par ailleurs, eu pour effet de révéler combien la fonction de psychologue scolaire est propice à la recherche. En effet, ce professionnel est sollicité pour des problématiques

1. Cité in Simon J. (2005). « Pourquoi des psychologues "scolaires" ? Retour sur les débuts de la psychologie scolaire », in J.-M. Besse (éd.), *Des psychologues à l'école ?*, Paris, Retz, p. 17-27.

2. Cf. Zazzo R. (2002). « Les psychologues scolaires », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 50, p. 365-367.

qui dépassent généralement le cas singulier. L'échec scolaire d'un enfant est éclairant sur l'enfant lui-même mais aussi sur l'échec (ou la réussite) d'autres enfants et sur la façon dont l'école y fait face. Le psychologue se trouve au contact d'un nombre conséquent de sujets, enfants et adultes, ainsi que d'institutions qui sont tous source de constats et surtout d'hypothèses à mettre à l'épreuve. C'est au sein du laboratoire de psycho-biologie de l'enfant, où officiaient Wallon et Zazzo, que se réunissaient, de façon hebdomadaire, les psychologues scolaires afin de partager leurs expériences et de contribuer à différentes recherches et à la création d'outils.

En 1954, on note une suppression provisoire des postes déjà attribués, principalement dans le département de la Seine, là où les psychologues scolaires étaient les plus nombreux. Instituteurs d'origine, ils reprennent alors leur fonction d'enseignant pour combler un déficit important de personnel. Dans les années qui suivirent, la plupart d'entre eux ont retrouvé leur poste de psychologue scolaire, au grès de l'évolution des effectifs d'enseignants.

Quelques décennies plus tard, la psychologie scolaire s'organise à la fois à partir d'une circulaire définissant ce qui est attendu de cette fonction (nous y reviendrons longuement dans une prochaine section de chapitre) et de la nouvelle formation offerte.

2. La formation du psychologue scolaire

Dans le système éducatif français, ce sont des personnels de l'Éducation nationale qui exercent une fonction de psychologue. Il s'agit d'instituteurs ou de professeurs des écoles ayant suivi une formation qualifiante se concluant par l'obtention d'un diplôme d'État de psychologie scolaire (DEPS)¹. Certains d'entre eux rejoindront les universités dispensant la formation de psychologue scolaire, à condition d'avoir déjà à leur actif une licence de psychologie. D'autres, titulaires d'un master professionnel ou d'un diplôme d'études supérieures spécialisées en psychologie, pourront, sous réserve d'avoir exercé pendant trois années en tant qu'enseignant, faire directement fonction de psychologue scolaire avant d'être titularisés.

1. Ce diplôme d'État fut créé en 1989 sans qu'il soit concerné par la loi de 1985 sur la reconnaissance du titre de psychologue puisque tout psychologue exerçant à l'école doit accompagner systématiquement son titre de « scolaire ».

En France, nous indique Besse (2005, p. 46)¹, la formation est dispensée par six centres (Aix-en-Provence, Bordeaux, Grenoble, Lille, Lyon, Paris). Ces centres sont le fruit d'un partenariat entre un institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) et une unité de formation et de recherche en psychologie (UFR) d'une université. Ils suivent un programme officiel de formation (arrêté du 16 janvier 1991) composé d'enseignements théoriques et pratiques, d'un stage et d'un travail d'études et de recherche. Concernant les enseignements dispensés, citons à titre d'exemple : le développement sociocognitif et socio-affectif de l'enfant ; les théories et méthodes de l'évaluation (le bilan psychologique, le groupe classe, le fonctionnement institutionnel) ; l'intégration scolaire, le fonctionnement institutionnel ; la psychologie et la sociologie des relations, des groupes et des institutions ; la déontologie.

En ce qui concerne les collèges et lycées, des personnels ayant réussi au concours s'adressant aux titulaires d'une licence de psychologie exercent en tant que conseiller d'orientation psychologue (COP). Les missions des COP et des psychologues scolaires sont bien distinctes. Dans ce chapitre, nous ne traiterons que celles des psychologues scolaires.

3. Les missions du psychologue scolaire

Le travail du psychologue scolaire est clairement défini sous la forme de *missions* dont le contenu a fait l'objet d'une circulaire ministérielle. Mais avant de détailler ces missions, il nous paraît important de souligner quelques singularités, relevant parfois de situations paradoxales auxquelles peuvent être confrontés les psychologues scolaires.

Tout d'abord, le fait de devoir être enseignant pour prétendre à la formation puis à la fonction de psychologue scolaire est une pierre d'achoppement pour beaucoup, d'autant que dans d'autres pays où la fonction de psychologue scolaire existe, cette obligation n'est pas de mise. Elle tient à l'idée que le personnel apparaît particulièrement apte à répondre aux besoins propres de l'institution tant du côté des enseignants que des élèves. Jean Simon (2005), qui a été un des acteurs des débuts de la psychologie scolaire, défend ce principe car, selon lui, le fait d'avoir tenu une classe

1. Besse J.-M. (2005). « La psychologie dans l'institution scolaire, aujourd'hui », in J.-M. Besse (éd.), *Des psychologues à l'école ?*, Paris, Retz, p. 45-55.

permet au psychologue scolaire de mieux comprendre ce qui se joue dans cette enceinte si particulière et de mieux appréhender ce qu'est un élève. D'après cet auteur (*ibid.*, p. 26), le risque encouru par des psychologues non initiés à l'enseignement primaire résiderait dans le fait de trop centrer leur action psychologique sur les enfants en difficulté « alors qu'un suivi un peu plus précis et un peu plus approfondi de tous les élèves » paraît davantage nécessaire. C'est donc la dynamique des apprentissages propre à la classe qu'il paraît intéressant de saisir, permettant d'offrir des aides personnalisées à des sous-groupes et d'éviter, ainsi, la stigmatisation de certains enfants.

Les résultats de nombreuses études internationales, dont celle d'Abella, Gex-Fabry et Manzano (2001)¹, peuvent être repris au profit de la spécificité des psychologues scolaires français. Abella *et al.* signalent l'existence de différences importantes entre les jugements des enseignants et des cliniciens aux sujets des troubles des enfants en âge scolaire, les cliniciens (exerçant en dehors de l'école) faisant preuve d'une plus grande sensibilité aux symptômes d'ordre émotionnel (tels l'anxiété ou la dépression), tandis que les enseignants montrent une tendance à privilégier les difficultés rattachées aux exigences de l'école, celles touchant les apprentissages et celles se manifestant au niveau du comportement. Si les enseignants semblent mal armés pour détecter les troubles émotionnels, les cliniciens sont peu enclins à relever des difficultés d'adaptation scolaire ou des problèmes de concentration chez leurs jeunes patients. Seules les difficultés scolaires massives sont perçues de la même manière. Ces différences de perception des difficultés des enfants relèveraient, essentiellement, de l'identité professionnelle de chacun ; identité qui les amènerait à être attentif à des aspects différents du fonctionnement d'un même enfant. Concernant le psychologue scolaire, on pourrait en conclure qu'il est en mesure de considérer tout autant l'enfant et l'élève.

Ensuite, posséder un titre auquel il est possible de prétendre au bout de quatre années d'études (la licence plus l'année de formation spécifique) au lieu de cinq années comme c'est le cas pour le master professionnel en psychologie ne peut être que source de malaise. D'ailleurs, en réponse à cette situation, nombreux sont les titulaires d'un titre de psychologue scolaire présentant leur candidature aux masters de psychologie clinique et patho-

1. Cf. Abella A., Gex-Fabry M., Manzano J. (2001). « Enseignants et cliniciens face aux difficultés des enfants en âge scolaire : une étude longitudinale prospective », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 49, p. 9-18.

logique, de psychologie du développement ou de psychologie de l'éducation. Il s'agit non seulement de posséder un titre de psychologue « en bonne et due forme » mais aussi de se prémunir d'un avenir ressenti comme incertain par la profession de psychologue scolaire. Proia-Lelouey¹ (2006, p. 309) insiste sur le fait que ce besoin d'affirmer une identité professionnelle se perçoit aussi dans l'envie de changer l'étiquette « psychologue scolaire » pour celle de « psychologue de l'éducation » pour en venir, finalement, à celle de « psychologue *dans* l'éducation ». On observe ainsi un glissement du scolaire au clinique.

Par ailleurs, si l'acquisition du DEPS permet d'exercer en tant que psychologue scolaire, la rémunération est celle d'un enseignant spécialisé. On comprend, dès lors, que la question de l'appartenance à l'Éducation nationale avant d'y exercer en tant que psychologue scolaire et la non-prise en compte, dans la rémunération, de diplômes tels les différents Masters 2 de psychologie, fassent débat.

Notons aussi que le psychologue occupe une position originale dans l'éducation, ce qui peut être source d'incompréhensions et de méfiance. Un travail d'étude et de recherche présenté par Dréano et Gaillard (2002)² concerne les représentations que se font les enseignants du psychologue dans la perspective d'une aide à apporter aux enfants en difficulté sur le plan scolaire. Parmi leurs résultats, on peut lire que les enseignants se sentent en compétition avec le psychologue. S'il est celui qui est reconnu comme pouvant « comprendre, aider, soutenir les enfants en difficultés », les enseignants estiment assumer aussi ces fonctions. En raison de cette rivalité, le psychologue scolaire peut être perçu comme un intrus dans l'espace pédagogique de l'enseignant.

Le psychologue scolaire est celui qui est « sorti » de la classe (Jumel, 1999, p. 3)³. Il peut, à ce titre, apparaître comme un nanti d'autant qu'il côtoie, davantage que les enseignants, d'autres types de personnels comme le secrétaire de CCPE, les médecins scolaires, etc., et d'instances hiérarchiques comme l'inspecteur départemental de l'Éducation nationale, lors de commissions d'orientation, par exemple. Il est aussi celui dont l'emploi du temps à géométrie variable et aux différents lieux d'exercices (plusieurs

1. Cf. Proia-Lelouey N. (2006). « Psychologue dans le champ scolaire : une pratique sous le sceau du paradoxe », *Pratiques psychologiques*, 12, p. 305-315.

2. Dreano C., Gaillard B. (2002). « Étude des représentations du psychologue chez des enseignants dans une perspective d'aide aux enfants en difficulté à l'école », *Psychologie & Éducation*, 51, p. 79-94.

3. Jumel B. (1999). « Introduction », in B. Jumel (éd.), *Le Travail du psychologue dans l'école. Cas cliniques et pratiques professionnelles*, Paris, Dunod, p. 1-5.

écoles ou groupes scolaires parfois distants de plusieurs kilomètres) n'offre pas d'emblée, aux enseignants, une visibilité en termes de présence et d'exercice. Il est, enfin, cet ancien collègue auquel il faut donner de nombreuses informations et qui se réfugie derrière le secret professionnel lorsque les questions sont trop pressantes...

Enfin, comme le souligne Besse (2005, p. 49), la relève des psychologues scolaires n'est actuellement que très partiellement assurée. Ce constat et cette inquiétude transparaissent aisément dans le discours de nombreux psychologues scolaires aujourd'hui sur le terrain. Le remplacement d'un psychologue scolaire partant à la retraite, par exemple, ne va pas systématiquement de soi. De plus, le nombre de candidats potentiels à leur succession est amoindri du fait que, depuis plusieurs années, les étudiants licenciés en psychologie et se présentant au concours permettant l'entrée en IUFM ont moins de chance d'y être admis. Le quota de départ qui leur est attribué lors de la sélection des dossiers est parmi l'un des plus faibles.

Spécificité des missions du psychologue scolaire

Il a fallu attendre la circulaire du 10 avril 1990¹ pour voir ses missions définies sans qu'y soit associée d'emblée une reconnaissance au travers d'un statut. La circulaire du 9 mai 2002 (adaptation et intégration scolaires – les dispositifs de l'adaptation et de l'intégration scolaires dans le premier degré) vient la compléter. Voici quelques extraits de ces deux documents de référence :

« L'analyse des processus d'apprentissage éclaire la démarche pédagogique. De ce fait, l'étude des difficultés éprouvées par les élèves, dans l'appropriation des connaissances et des savoir-faire, ainsi que dans le respect des exigences de la scolarité, fournit aux maîtres et aux familles des indications précieuses sur les stratégies à adopter pour favoriser l'éducation des enfants. Les actions du psychologue scolaire tirent leur sens de cette mise en relation entre les processus psychologiques et les capacités d'apprentissage des élèves. Le psychologue scolaire apporte dans le cadre d'un travail d'équipe l'appui de ses compétences :

– pour la prévention des difficultés scolaires. La circulaire n° 2002-113 du 30.04.2002 précise qu'elle consiste en un ensemble de démarches qui visent à éviter l'apparition d'une difficulté, son installation ou son ampli-

1. Les références des circulaires citées dans le texte sont données en fin de chapitre.

fication. La prévention des difficultés durables se fonde notamment sur l'observation des enfants concernés dans des cadres et types d'apprentissage variés.

- pour l'élaboration du projet pédagogique de l'école et sa réalisation ;
- pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des mesures d'aide individuelles ou collectives au bénéfice des élèves en difficulté ;
- pour l'intégration scolaire de jeunes handicapés¹.

Il participe ainsi de manière spécifique à l'évolution de l'institution scolaire, à l'intégration scolaire et à la réussite de tous les jeunes. »

Il est attendu du psychologue scolaire qu'il ait plusieurs types d'intervention.

► Concernant les actions en faveur des enfants en difficultés

On peut lire dans la circulaire d'avril 1990 :

« Ces actions sont principalement conduites dans le cadre de réseaux d'aides². Elles comportent l'examen, l'observation et le suivi psychologique des élèves en liaison étroite avec les maîtres et les familles. Elles visent à fournir des éléments d'information résultant de l'analyse des dif-

1. La loi du 11 février 2005 sur la scolarisation des enfants handicapés redéfinit leur parcours scolaire. En voici, brièvement présentées, les grandes lignes. Une équipe pluridisciplinaire d'évaluation réunissant les professionnels suivants : psychologues, paramédicaux, assistants sociaux, enseignants et médecins, prépare le plan personnalisé de compensation dont le projet personnalisé de scolarisation (PPS) est un volet. Le PPS définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap. L'équipe de suivi de la scolarisation rassemble : l'élève et/ou ses parents ; l'enseignant référent (il n'y a plus de secrétaire de CCPE), le ou les enseignants de l'élève, le psychologue scolaire, un médecin, un(e) assistant(e) social(e), les personnels des établissements ou services de santé ou médico-sociaux qui participent à la prise en charge de l'enfant. Cette équipe facilite la mise en œuvre et assure, pour chaque élève handicapé, le suivi de son projet personnalisé de scolarisation. Elle évalue les besoins, propose les aménagements et si besoin est, une autre orientation. Elle évalue ce projet au moins une fois par an. Cf. le chapitre 6 du présent ouvrage rédigé par Silke Schauder et Michel Mercier.

2. Les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED) ont été créés (circulaire n° 90082 du 9 avril 1990 ; BO n° 16 du 19 avril 1990) afin d'intervenir auprès d'élèves dont la situation nécessite une attention soutenue car ils présentent des difficultés marquées exigeant une analyse approfondie et un accompagnement spécifique ou parce qu'ils expriment des besoins particuliers, en relation avec une déficience motrice ou sensorielle ou avec des atteintes d'origine diverses perturbant leur fonctionnement mental. Ces dispositifs permettent de mobiliser dans l'école des ressources spécifiques. Outre le psychologue scolaire, participent à ce réseau un enseignant spécialisé titulaire du certificat d'aptitude aux pratiques d'adaptation et d'intégration scolaire (CAPSAIS) option E dont les aides apportées sont à dominante pédagogique et un enseignant spécialisé (lui aussi titulaire du CAPSAIS) option G dont les aides dispensées sont à dominante rééducative. Cf. le chapitre 6 du présent ouvrage rédigé par Silke Schauder et Michel Mercier.

ficultés de l'enfant, à proposer des formes d'aides adaptées, à favoriser leur mise en œuvre. La diversité des cas et des situations, celle des approches et des méthodologies impliquent, pour le psychologue, le choix de ses outils et de ses démarches, compte tenu des règles en usage dans l'exercice de sa profession.

Les examens cliniques et psychométriques : ils sont effectués à l'école par le psychologue scolaire à la demande des maîtres, des intervenants spécialisés ou des familles. Les examens individuels ne peuvent être entrepris sans l'autorisation de ces dernières. Leurs résultats prennent place dans l'ensemble des données qui sont organisées lorsqu'une action éducative et pédagogique particulière, une aide ou une orientation spécialisée sont envisagées. Ces examens donnent lieu à la rédaction d'un document écrit. Lorsque les informations contenues dans ce document ou certaines seulement d'entre elles doivent être communiquées, le psychologue scolaire veille à ce que cette communication soit adaptée à son destinataire.

Le "suivi" psychologique : il consiste, pour le psychologue scolaire, à organiser des entretiens avec les enfants concernés et, éventuellement, avec leur maître ou leurs parents. Il a pour objet, pour ce qui concerne les adultes, de rechercher conjointement l'ajustement des conduites et des comportements éducatifs ; pour ce qui concerne les enfants, de favoriser l'émergence et la réalisation du désir d'apprendre et de réussir. Dans les cas où la mise en œuvre d'une prise en charge spécialisée paraît souhaitable, le psychologue scolaire conseille aux familles la consultation d'un service ou d'un spécialiste extérieur à l'école. »

La circulaire n° 2002-113 complète ce texte par les précisions suivantes : concernant les enfants, « le psychologue scolaire doit l'aider à dépasser une dévalorisation de soi née de difficultés persistantes ou d'échec antérieurs. En direction des parents, une consultation extérieure peut être proposée lorsque des investigations approfondies semblent nécessaires (notamment quand des troubles psychopathologiques ou neuropsychologiques peuvent être suspectés chez l'enfant) ».

La circulaire du 9 mai 2002 fait mention d'une diversité de modes d'organisation des aides à apporter en fonction des besoins des élèves. « C'est dans le cadre d'une concertation organisée dans le conseil des maîtres de cycle que sont décidées les modalités d'aide. Il en résulte un projet d'aide spécialisée (PAS) qui donne lieu à un document écrit [...]. Les aides sont mises en œuvre dans la classe ou en dehors, dans le cadre d'un travail de groupe, ou individuellement. Le mode de constitution des groupes, comme le choix d'une prise en charge individualisée, répond à des objectifs précis qui, seuls, les justifient et qui doivent être explicites. L'inter-

vention simultanée de l'enseignant spécialisé ou du psychologue scolaire et du maître de la classe, pour des activités organisées conjointement, fait partie des modalités d'aide qui peuvent être mises en œuvre par ces personnels, en fonction des objectifs qu'ils se sont fixés ».¹

► **Concernant sa participation à l'organisation, au fonctionnement et à la vie des écoles**

Les actions du psychologue scolaire, comme celles des autres intervenants du réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED), contribuent à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets pédagogiques. À cet effet, il s'agit, en liaison avec l'inspecteur départemental de l'Éducation nationale responsable du réseau d'aides, de permettre à chacun des élèves de tirer le meilleur profit de sa scolarité, quelles que soient ses caractéristiques personnelles et sa situation. Compte tenu de la spécificité de sa formation et des théories et pratiques qui fondent la psychologie, les interventions du psychologue scolaire concernent principalement :

- l'évaluation de variables psychologiques et pédagogiques. Il peut s'agir d'observations d'élèves « à risques ». Concernant ces observations, la circulaire 2002-113 spécifie leurs contours : conduites par les membres du RASED, celles-ci s'effectuent à partir des questions que se pose le maître, des problèmes qu'il a commencé à percevoir sur la base de prises d'information quotidiennes ou d'évaluations qu'il a pratiquées auprès de l'enfant. Elles gagnent à se réaliser dans des contextes différents, les écarts étant toujours riches d'indications : dans la classe, au moment des activités collectives, de telle façon que les élèves soient vus face à des tâches scolaires dans un fonctionnement normal de classe ; dans ou hors

1. Cf. la circulaire du 9 mai 2002. Citons Girard R. (1999). « Convention d'intégration et projet éducatif individualisé », in M.-T. Colpin (éd.), *Les Psy et l'École*, Paris, L'Harmattan, p. 189-191, qui rappelle les fonctions du projet éducatif individualisé (PEI) (actuellement le projet d'aide spécialisée – PAS). Aussi le PEI constitue-t-il :

- une protection pour l'enfant, la famille et l'école par la mise en place d'un contrat fixant les lieux, les temps, les droits, les devoirs et les tâches des différentes parties ;
- un contenant pour l'enfant car il met en lien plusieurs de ces contenants : équipe de soin, école, famille ;
- un recadrage des fonctions, des compétences et des pouvoirs de chacun : l'école, l'enseignant, les parents, l'enfant, les partenaires extérieurs, le psychologue scolaire. Une élaboration verbale et écrite d'un projet autour, avec et pour l'enfant ;
- une occasion de sortir de bien des non-dits et de s'exprimer sans tiers exclu ;
- une évaluation de l'évolution de la situation par la mise en place de repères concrets sur les compétences de l'enfant et de leur évolution ;
- une préparation et une construction du long terme et d'une éventuelle orientation.

- la classe, dans le cadre de petits groupes animés par un maître spécialisé ou un psychologue scolaire qui créent les conditions propres à susciter un certain nombre de comportements qu'ils souhaitent observer ;
- le recueil d'informations à l'aide d'épreuves standardisées, de la conception et de la mise en œuvre d'opérations d'évaluation. Selon la circulaire du 9 mai 2002, « l'évaluation peut être collective à condition d'être ciblée et pertinente, choisie avec les enseignants qui sont associés à la passation et à l'analyse des résultats. À l'inverse, des situations telles que les évaluations nationales (GS, CP et CE2) ne peuvent que bénéficier des analyses des membres des RASED. Pour un certain nombre d'enfants, une étude approfondie s'avère indispensable ; elle nécessite des bilans personnalisés pour lesquels plusieurs compétences peuvent être requises, celles du psychologue scolaire en particulier » ;
 - l'étude de variables cliniques liées à l'efficacité scolaire des élèves et aux modalités de leur adaptation à l'environnement scolaire pourra également donner lieu à des observations utiles. Le psychologue est amené à participer à des activités organisées en faveur des élèves, des maîtres et des familles. Par exemple, il conduit avec le maître, dans le cadre même de la classe, une collaboration en vue de résoudre un problème précis ; il pourra également proposer et animer des groupes de travail destinés à favoriser l'expression des parents et des maîtres. Citons, pour exemple, des matinées-débats proposées aux parents afin d'aborder diverses thématiques en lien avec l'enfance et/ou l'école. Des sujets classiques peuvent être traités à cette occasion (proposés par les psychologues scolaires ou demandés par les parents) comme « le sommeil de l'enfant », « la violence à l'école et hors l'école ». Mais d'autres thèmes naissent d'événements défrayant les chroniques comme « le traitement des incivilités », « les enlèvements d'enfants » ou « la pédophilie ».
 - la création d'une liaison fonctionnelle avec des instances et organismes extérieurs à l'école. Certaines institutions sont incontournables. Ainsi, les centres médico-psychologiques (CMP) ou médico-psycho-pédagogique (CMPP), le centre de protection maternelle infantile (PMI), l'aide sociale à l'enfance (ASE)¹, les institutions accueillant les enfants placés par décision de justice, le service d'assistantes sociales de la ville sont, entre autres, des partenaires privilégiés des psychologues scolaires lorsqu'il est important d'agir d'une façon commune en direction d'un enfant ou d'une famille.

1. Cf. les chapitres 3 et 4 consacrés à ces institutions dans le présent ouvrage.

Le psychologue scolaire peut être appelé à participer aux travaux de différentes commissions et à des réunions de concertation où sont étudiés des cas et des situations d'élèves. Il intervient alors dans la prise de décision les concernant : « la participation du psychologue scolaire aux travaux de différentes commissions de l'éducation spéciale peut être utile dans un certain nombre de cas. Elle est obligatoire dans le cadre institutionnel et facilitée par l'exigence du secret partagé [...]. La participation du psychologue scolaire assure éventuellement la complémentarité des formes d'aides apportées à l'enfant et favorise son intégration ou sa réintégration scolaires dans les meilleures conditions.

Par ailleurs, le psychologue scolaire prend part à l'équipe pédagogique de chacune des écoles de son secteur. Sa bonne connaissance des élèves, depuis leur entrée à l'école maternelle, ainsi que le dialogue professionnel établi avec les enseignants lui permet de collaborer à l'élaboration du projet d'école et à sa réalisation. Il apporte certaines informations en tenant compte des préoccupations et des réflexions de chacune des équipes. Avec l'aide du RASED et en adéquation avec le projet d'école, il organise la prise en charge des élèves en difficulté »¹.

► Concernant ses activités d'études et de formation

À l'initiative ou avec l'accord des autorités académiques, les psychologues scolaires peuvent participer à des études touchant aux différents aspects du fonctionnement des écoles dans leur environnement, les aspects psychologiques, pédagogiques et didactiques, ainsi que les composantes psychologiques et psycho-sociologiques de l'action éducative. À la demande des responsables de la formation initiale et continue des enseignants, les psychologues scolaires peuvent être appelés à participer à des actions de formation dans les domaines spécifiques relevant de leurs compétences.

► Concernant l'évaluation des actions et formation continue

Selon la circulaire du 10 avril 1990, les résultats des actions des psychologues scolaires, comme ceux de tous les personnels enseignants, sont évalués à plusieurs niveaux : « évaluation par le psychologue de ses propres actions dans le cadre du réseau d'aides et dans le fonctionnement des écoles où il exerce, évaluation conduite par les autorités académiques et les corps d'inspection ». La circulaire souligne qu'il est important que le psycho-

1. Cf. la circulaire du 9 mai 2002, *op. cit.*

logue scolaire soit au fait de l'évolution des connaissances dans le domaine de la psychologie et de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, des méthodologies nouvelles et des nouveaux outils d'observation et d'analyse. Il bénéficie pour cela de trois heures par semaine qui n'ont pas la dénomination du tiers temps formation information recherche (FIR). Son employeur, l'Éducation nationale, ne lui organise que rarement une formation continue. Celle-ci prend avant tout la forme d'initiative individuelle comme une inscription à l'université (master professionnel, master de recherche ou diplôme universitaire (DU) aux thématiques variées) ou à une formation à une thérapie (par exemple, à la thérapie familiale).

Le temps de travail du psychologue scolaire

Le temps de travail du psychologue scolaire est, lui aussi, défini à l'occasion de la circulaire du 30 avril 2002 et se décompose de la manière suivante : vingt-quatre heures sont consacrées aux actions de prévention, aux examens cliniques ou psychométriques, aux entretiens avec les familles et les enseignants, aux suivis psychologiques, aux réunions de coordination et de synthèse internes à l'école ou avec les services extérieurs, aux réunions des commissions d'éducation spéciale, aux actions d'intégration, à la participation à des réunions institutionnelles, aux activités d'étude et de formation. Trois autres heures sont dévolues aux activités de coordination et de synthèse avec les autres membres du RASED. Enfin, notons que le dépouillement et l'interprétation des tests, tout comme l'élaboration des comptes rendus, les courriers, la préparation des réunions, etc., sont réalisés en dehors des temps de service.

Comme il est facile de le constater, l'emploi du temps du psychologue scolaire est bien chargé, surtout si l'on ajoute au nombre d'enfants à rencontrer ou au nombre de situations ou de réunions auxquelles il faut participer activement, la distance à parcourir entre deux écoles ou deux institutions. Tous les psychologues ne travaillent pas sur un ou deux groupes scolaires mitoyens. Certains parcourent plusieurs dizaines de kilomètres par jour pour passer d'une école à l'autre. Ce phénomène s'observe, généralement, en dehors des grosses agglomérations.

Maintenant que les grandes lignes du métier de psychologue scolaire sont tracées, notre intention est d'illustrer la clinique du quotidien du psychologue scolaire. Il est certain qu'au-delà des textes ministériels, le psychologue scolaire adapte son approche et ses interventions à chacune des situations rencontrées. Comme l'écrit Le Boutouillier (1999), « il s'adapte

à la demande qui lui est faite, explicite et implicite, au diagnostic qu'il est amené à établir et aux enjeux relationnels sous-jacents, mais aussi à l'évolution de la situation¹ ». Ces demandes ne cessent d'évoluer et de s'accumuler, ce qui justifie sa légitime revendication à ne pas être considéré comme un simple testeur. Mais c'est sans doute cette fonction à multiples facettes qui nourrit l'intérêt porté à cette profession. En effet, le travail du psychologue scolaire n'est jamais monotone. Qu'il s'agisse d'une observation d'enfants effectuée dans une classe, d'un premier entretien avec une famille ou d'un bilan psychologique réalisé en vue d'éclairer le fonctionnement psychique et cognitif d'un enfant, l'inattendu est toujours au rendez-vous.

Organigramme

Le psychologue scolaire a, comme supérieur hiérarchique, l'inspecteur d'académie. Depuis la loi du 11 février 2005, lorsqu'il s'agit d'orienter un enfant présentant des troubles ou des handicaps, le psychologue scolaire s'inscrit dans l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (*cf.* encadré n°1).

Encadré n°1 Équipe pluridisciplinaire d'évaluation
<ul style="list-style-type: none"> – les psychologues – les paramédicaux – les assistants sociaux – les enseignants – les médecins <p>Cette équipe prépare le plan personnalisé de compensation (PPC) dont le projet personnalisé de scolarisation (PPS) fait partie.</p>

Sinon, pour des actions plus quotidiennes, le psychologue scolaire doit lui-même se créer un réseau (généralement local) admettant le plus grand nombre de partenaires :

- établissements de soins (hôpitaux, écoles de plein air, CMP, centre de dépistage de la surdité, par exemple) ;
- ASE, PMI, PJJ ;

1. Le Boutouiller A. (1999). « Le travail en réseau : Johnny », in B. Jumel (éd.), *Le Travail du psychologue dans l'école. Cas cliniques et pratiques professionnelles*, Paris, Dunod, p. 79.

- psychologues libéraux ;
- réseaux associatifs ;
- orthophonistes, etc.

La clinique quotidienne du psychologue scolaire

Comme pour tout autre milieu dans lequel exerce un psychologue, on pourrait dire qu'il y a autant de façons de pratiquer la psychologie scolaire que de psychologues scolaires. Si les missions qui leur sont assignées ont valeur de cadre d'exercice, ces professionnels s'appuient sur des approches conceptuelles variées. Cette richesse provient, pour grande partie, de l'affirmation et de la diversité des enseignements dispensés en psychologie mais aussi d'une réalité de terrain qui témoigne de l'évolution des élèves et de l'école dans un environnement (physique, familial, social) lui-même perpétuellement en mutation¹. L'analyse réalisée par Roger Perron (1994, p. XIII) souligne l'idée qu'il existe désormais « plusieurs » psychologies scolaires, tout au moins pour ce qui est de la clinique du quotidien. Reprenons brièvement ses propos :

Les ouvrages de ces dernières années sur la psychologie scolaire confirment le fait que le temps où s'affrontaient deux « camps hostiles » semble révolu. Le premier camp, celui des tenants d'une psychométrie se centrant sur les difficultés adaptatives de l'enfant au risque de passer à côté de la dynamique relationnelle dans laquelle il se trouve et le second camp, celui des partisans d'une clinique débouchant sur des interprétations parfois péremptoires ne laissant que peu d'espace aux difficultés cognitives éprouvées par le sujet. Il est clair qu'entre ces deux extrêmes, le psychologue scolaire d'aujourd'hui peut se faire la place qui lui convient et accompagner ses démarches d'investigation d'outils variés dont les différents substrats théoriques sont désormais davantage considérés comme complémentaires plutôt que rivaux.

Le livre intitulé *Le Travail du psychologue dans l'école* dirigé par Jumel (1999) offre plusieurs exemples d'interventions de psychologues scolaires sous-tendues par différents courants théoriques dont l'approche systémique et l'ethnopsychiatrie.

1. Donnons pour exemple la nécessité pour le psychologue scolaire d'adapter son intervention à la situation spécifique des enfants de migrants. Cf. Bouteyre E. (2004). *Réussite et résilience scolaires chez l'enfant de migrants*, Paris, Dunod et Mesmin C. (2001). *La prise en charge psychologique de l'enfant de migrants*, Paris, Dunod.

► Les demandes faites au psychologue scolaire

La rencontre avec un enfant, sa famille ou la classe dans laquelle il évolue, vient en réponse à une demande faite au psychologue scolaire. Les modalités de cette demande offrent d'emblée une esquisse des relations qui lient les différents protagonistes. Il s'agit donc d'un moment important qu'il faut savoir laisser venir mais qu'il est rapidement nécessaire de canaliser par un cadre professionnel précis. S'il est facile d'envisager que cette demande provienne d'un membre de l'institution scolaire (l'enseignant, la directrice ou l'équipe tout entière), il n'est cependant pas rare que celle-ci provienne des parents eux-mêmes voire de l'enfant. Les vignettes n° 1 et 2 présentent quelques illustrations.

VIGNETTE CLINIQUE N° 1

Une réunion avec les parents à l'école maternelle

À l'occasion de la nouvelle année scolaire, la directrice de l'école maternelle organise une réunion à laquelle sont conviés les parents, quelques jours après la rentrée des classes. L'objectif de cette rencontre est multiple : donner à cette rentrée scolaire un caractère accueillant, faire connaissance avec les nouveaux parents, tracer les grandes lignes du fonctionnement de cette école, faire « le point » sur les classes et leurs effectifs, présenter les enseignants (particulièrement ceux nouvellement arrivés), la psychologue et le médecin scolaires spécialement venus pour cette rencontre et répondre aux questions des parents. Le moment des questions venu, un père demande la parole en précisant qu'il souhaite s'adresser à la psychologue scolaire. Très émotionné, il explique que sa fille (qui vient d'être scolarisée en petite section) est en danger car sa femme ne s'en occupe pas correctement. Il s'apprête à dévoiler, devant l'assemblée, les détails de sa situation familiale lorsque la psychologue intervient en lui confirmant le fait qu'il a trouvé, dans le cadre de l'école, un interlocuteur, mais qu'il est préférable de fixer un rendez-vous afin d'évoquer la situation dans les conditions les meilleures.

VIGNETTE CLINIQUE N° 2

Une rencontre inattendue en école primaire

C'est, là aussi, à la suite d'une visite de présentation effectuée par la psychologue scolaire dans les classes d'une école primaire, qu'un garçon d'une dizaine d'années la sollicite dans le hall de l'école, au moment de la sortie des classes. Il lui demande un rendez-vous, non pour lui mais pour sa mère qu'il trouve triste et pour laquelle il semble particulièrement inquiet. Il est déterminé à rentrer chez lui avec une date et un horaire. La psychologue négocie le fait de le rencontrer le lendemain afin d'évaluer la situation et, si besoin est, de rédiger avec lui une lettre de proposition de rendez-vous à l'intention de sa mère.

Ces deux exemples rappellent le bien-fondé de définir (ou de rappeler régulièrement) la fonction de psychologue scolaire, sous forme de présentation, à tous les publics concernés. Ils montrent aussi combien certains sujets (enfants et adultes) sont en mesure de se saisir de ce qui peut leur être proposé en termes d'intervention psychologique. Sans doute que cette initiative ne remporte qu'un succès conjoncturel mais elle favorise la mise en mots d'une profession particulièrement sujette aux fantasmes et aux projections. Cette présentation offre un point d'appui aux enseignants qui souhaitent reprendre certains aspects de la fonction de psychologue avec les élèves (ou même avec les parents) ou répondre aux questions qui viennent par la suite. Une telle présentation vise aussi à démystifier ce qu'est une rencontre avec un psychologue scolaire, à clarifier ce qui se joue lors d'un examen psychologique, etc. Elle ouvre la voie à de prochains échanges.

Sur un plan plus clinique, ces situations confrontent le psychologue à des demandes de gestion de situations présentant un caractère d'urgence. De plus, elles sont faites publiquement ce qui en multiplie la force et grandement imprégnées au plan émotionnel. La première réaction est sans doute de rassurer le sujet impliqué sur le fait que sa demande est entendue ; la seconde est de différer – dans un temps qu'il convient d'estimer en fonction de l'urgence effective de la situation – le développement de cette demande dans un cadre plus classique, suffisamment contenant et permettant au sujet de s'individualiser du groupe de parents ou d'élèves. Les deux situations ont connu une suite plus ou moins lourde au plan de la prise en charge par le psychologue scolaire. Concernant la vignette clinique n°1, il s'est avéré que la mère souffrait de troubles psychiatriques non traités. Le

travail de la psychologue a donc été d'encourager cette maman à consulter dans un centre spécialisé mère-enfant afin qu'elle soit vue par un psychiatre. Des aides à domiciles furent proposées à la famille et un suivi a réellement été mis en place. Les inquiétudes du père ont néanmoins été réactivées à l'annonce de la nouvelle grossesse de sa femme. Une fois la naissance passée, le psychologue et l'équipe avec laquelle il avait jusqu'alors travaillé au sujet de cette famille ont appris qu'ils venaient de déménager sans laisser d'adresse. Dans le contexte de la vignette clinique n° 2, elle fut assez brève avec l'enfant puisqu'après l'avoir reçu seul, puis avec sa mère pour quelques entretiens, ils furent orientés, avec le reste de la famille, vers une thérapie familiale dans une structure extrascolaire. Ajoutons simplement, pour conclure, que les inquiétudes du garçonnet de 10 ans étaient fondées. La mère présentait effectivement un état dépressif marqué et s'appuyait sur son fils, sans doute au-delà de ses forces. Il convient de saluer la capacité qu'a eue cet enfant à investir un autre adulte pour demander de l'aide et éviter, ainsi, de se retrouver en trop grande difficulté.

Venons-en maintenant aux demandes faites par les enseignants. Elles concernent un avis du psychologue sur un enfant ou une situation de classe, ou encore un bilan psychologique en raison de difficultés scolaires massives d'un élève ou de comportements perturbateurs en classe.

Le psychologue scolaire doit répondre à l'attente des enseignants d'être écoutés et surtout entendus, le tout dans un cadre dont il se doit d'être garant. Il est essentiel que le caractère émotionnel et souvent affectif de certaines demandes laisse place à une réflexion plus distanciée. Si les espaces interstitiels (Roussillon, 1988)¹, comme les salles des maîtres où l'on prend le café et parfois le repas ou d'autres lieux dans l'école qui n'ont pas le caractère officiel d'un bureau, permettent d'entamer le récit d'une situation vécue comme difficile par l'enseignant ou l'enfant, ils ne peuvent être qu'une amorce à la mise en place d'une procédure plus officielle. Les psychologues demandent aux enseignants de leur transmettre par écrit, parfois de façon libre mais souvent à partir d'un formulaire préétabli, la situation en question ainsi que les démarches qui ont déjà été faites tant au plan pédagogique auprès de l'enfant qu'au plan informatif auprès de la famille. Suite à cette formalisation de la demande, une rencontre entre l'enseignant et le psychologue est proposée, en présence des autres membres du RASED si nécessaire.

1. Roussillon R. (1988). « Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice », in R. Kaës (éd.), *L'Institution et les Institutions. Études psychanalytiques*, Dunod, Paris, p. 157-178.

VIGNETTE CLINIQUE N° 3

« Je ne peux plus faire classe » : la demande d'Hélène T.,
maîtresse de petite section

Hélène T., une maîtresse de petite section, interpelle un matin la psychologue scolaire en lui indiquant qu'elle vient d'accueillir un enfant, Cédric F., qui lui paraît particulièrement perturbé et avec lequel elle se trouve en difficulté. Connaissant la procédure, elle réclame un exemplaire du formulaire qu'elle doit remplir pour officialiser sa démarche. Hélène est une enseignante expérimentée, connue pour son sens de l'humour tant auprès des adultes que des enfants. Il règne généralement un climat serein dans sa classe permettant à chacun des élèves d'y trouver son compte. Sa demande inquiète la psychologue d'autant qu'Hélène est tendue, au bord des larmes. Sur le formulaire, le descriptif fait état d'un enfant de 3 ans et demi, grand pour son âge, ne répondant à aucune consigne, exprimant un désaccord permanent en renversant jeux et jouets et en détruisant toute production enfantine se trouvant sur son passage. Rien ne semble le calmer, aucun des jeux de la classe ne retient son attention. Hélène a évoqué ces difficultés avec le père de l'enfant qui le conduit à l'école et revient le chercher. Celui-ci explique à l'enseignante que son fils est « comme ça », et qu'« il faut faire avec ».

La psychologue décide d'aller, un matin, en observation au moment où la classe commence. Il n'aura fallu que quelques minutes à Cédric pour retourner entièrement la classe malgré la présence de deux adultes (l'institutrice aidée d'une ATSEM). La gestion des vingt-trois autres enfants ne permet pas de parer à tous les assauts destructeurs du garçonnet. La psychologue emmène l'enfant dans une salle proche afin d'observer son comportement en dehors du groupe. Son attention est toujours aussi difficile à capter, quelques phrases sont tout de même échangées. Finalement, c'est au bord d'un lavabo, occupé à remplir et à vider des gobelets que Cédric trouve un calme relatif.

Cette demande et cette observation, reprises peu de temps après avec Hélène dans le bureau de la psychologue, ont permis de démarrer un processus de prise en charge de l'enfant. Ce temps a aussi permis la mise en mots d'émotions, afin de mieux s'en dégager puis d'envisager la conduite à tenir face aux autres enfants qui commençaient à

 s'effrayer. Plusieurs rencontres avec le père, réticent, en premier lieu, à toutes formes d'aide proposée à son fils, ont fini par aboutir à la prise d'un rendez-vous avec un pédo-psychiatre. Un projet d'intégration à temps partiel a ensuite été initié.

Cette situation est, bien évidemment, complexe pour l'enseignante mais aussi particulièrement difficile pour le père de Cédric. L'école vient signifier, sur la scène sociale, le mal-être de l'enfant ce qui a pour effet de renforcer la blessure narcissique du père qui en vient à dénier l'importance des troubles. L'intervention de l'école vient aussi contrarier ses projets et ses attentes. Le père voyait dans le fait que son fils fréquente l'école l'affirmation d'une « normalité ». Il s'agit donc là, pour le psychologue, de faire au mieux avec ce père atteint narcissiquement, avec cette enseignante qui vit cette expérience comme un échec, avec les autres enfants à qui Cédric fait peur, avec l'équipe d'enseignants qui risque de l'étiqueter bien vite, avec les autres parents qui vont venir se plaindre et, bien sûr, avec Cédric dont l'état nécessite une prise en charge. Le projet d'intégration (deux demi-journées par semaine pour commencer) à l'école, complété par un accueil en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) donne l'assurance à chacun de n'être pas seul devant ce type de difficulté. Le psychologue engage un travail de liaison avec les différentes instances et assure un soutien à l'enseignante.

Le rôle du psychologue est de permettre aux enseignants d'élucider ce qui est en jeu dans les difficultés d'apprentissage de l'élève et d'en comprendre les enjeux relationnels, en analysant leur implication personnelle (Le Boutouiller, 1999, *op. cit.*, p. 80). Le psychologue scolaire offre un espace de paroles aux enseignants mais aussi un espace pour penser la difficulté des élèves, sans que soient mises en cause ou évaluées ses compétences professionnelles. Ces rencontres favorisent la réflexion et sont souvent à l'origine d'une relecture plus distanciée des difficultés ou des symptômes montrés par l'élève. Ainsi, en aidant l'enseignant à mieux saisir la façon dont les difficultés d'apprentissage ou de comportement de l'élève résonnent chez lui mais aussi dans l'institution, c'est le groupe entier d'élèves qui est bénéficiaire.

La demande de prise en charge d'un enfant est toujours à considérer dans le contexte où elle advient. Citons l'exemple de cette jeune professeur d'école (à laquelle on avait confié pour débiter sa carrière une classe de CP) qui, lors d'une réunion de début de premier trimestre rassemblant les membres du RASED et la directrice de l'école, demandait une aide indivi-

duelle ou un bilan psychologique pour vingt des vingt-cinq enfants dont elle avait la charge. Si la réunion a permis à cette jeune enseignante de témoigner et d'alerter l'équipe sur une situation de classe susceptible de s'aggraver, elle a surtout révélé l'inconfort pédagogique dans lequel elle se trouvait. La réponse apportée fut tout d'abord d'ordre pédagogique, le psychologue scolaire laissant le soin à ses collègues d'observer le groupe classe, et d'en appeler, si besoin était, au conseiller pédagogique. Une nouvelle réunion fut programmée à la fin du trimestre pour faire à nouveau le point.

► Autres formes d'interventions du psychologue scolaire

Le psychologue scolaire peut être amené à travailler avec les enseignants de diverses façons. On note, ainsi, la mise en place de groupes de paroles ou d'analyse des pratiques à l'intention d'enseignants exerçant dans des classes spécialisées. Ces initiatives sont ponctuelles et viennent en réponse à des demandes précises. Elles ne peuvent exister qu'avec l'accord de l'inspecteur départemental de l'Éducation nationale (IDEN). Une démarche quasi identique est à retenir en direction des auxiliaires de vie scolaire (AVS). Les personnes occupant ces fonctions, en général auprès d'enfants handicapés mentaux, moteurs ou sensoriels, ne sont pas toujours au fait des conséquences du handicap aux plans psychologique et éducatif. De plus, la confrontation au handicap suscite toujours des remaniements psychiques dont les expressions émotionnelles demandent à être canalisées, lors d'un groupe de paroles, par exemple. C'est pourquoi, certains IDEN encouragent ces démarches en demandant aux psychologues scolaires d'assumer cette tâche.

Et puis, les psychologues scolaires n'échappent pas à la déferlante médiatique des cellules de crises mises sur pied à la suite de catastrophes chimiques ou naturelles. Si ces cellules sont effectives comme ce fut le cas dans la région toulousaine à la suite de l'explosion de l'usine AZF (en 2001) ou dans les régions du sud-ouest où les inondations ont tout détruit sur leur passage¹, cette dénomination n'est généralement pas nécessaire pour que les psychologues scolaires fassent leur possible pour venir en aide aux usagers de l'école. Différentes situations peuvent mobiliser leurs ressources : les décès ou toute autre situation traumatique. Qu'il s'agisse du décès d'un maître, d'un enfant ou même d'un parent d'élève, leur présence est généralement requise pour intervenir auprès des sujets les plus con-

1. Une action de ce type est décrite dans l'article suivant : Ponce-Douarche M., Parmentier G., Jaffres M.-J., Ayraud M.-H. (2001). « À l'épreuve de l'eau, l'aide de l'école et de ses psychologues », *Psychologie & Éducation*, 46, p. 13-29.

cernés ou pour aider les adultes qui auront à communiquer la mauvaise nouvelle. Citons comme situation traumatique le cas d'un incendie.

VIGNETTE CLINIQUE N° 4

Une intervention d'urgence suite à un incendie

Une bouteille de gaz explose dans un immeuble vétuste de la région parisienne. Parmi les familles nombreuses qui habitent dans cet immeuble de six étages, l'une d'entre elle est particulièrement touchée. La mère et la grande sœur sont gravement brûlées, les cinq autres enfants le seront plus modérément, voire de façon superficielle pour les plus petits. Le père quitte son travail pour rejoindre les lieux dès qu'il apprend la nouvelle. Leur appartement est dévasté tout comme ceux de leurs voisins de palier. La municipalité prend en charge un relogement d'urgence et provisoire, l'école maternelle où sont scolarisés trois des enfants se mobilise. Une quête est organisée, des vêtements sont rassemblés. Quelques jours après le drame, les enfants reviennent en classe. Le père apparaît abattu et dépassé par ce qui lui arrive.

La psychologue scolaire intervient de différentes façons : tout d'abord auprès des enseignants auxquels elle décrit quelques-unes des réactions que peuvent avoir les enfants suite au traumatisme subi. Elle leur propose une rencontre, quelques jours plus tard, pour prendre en compte la façon dont ils perçoivent les enfants. Elle propose au père un entretien afin d'évoquer la situation et voir avec lui s'il souhaite bénéficier d'un soutien psychologique, en CMP, par exemple. La démarche sera identique auprès des enfants.

Le psychologue scolaire doit parfois faire preuve de créativité et mettre en marche les réseaux qu'il aura su mettre en place. Dans le contexte de la vignette clinique n° 4, il est préférable, dans un souci d'accompagnement de la famille et dans l'idée de ne pas ajouter au chaos actuellement vécu par elle, de lui éviter d'avoir à répéter plusieurs fois son histoire devant divers intervenants. La psychologue scolaire concernée a participé à l'entretien familial organisé par le psychologue du centre de protection maternelle et infantile (PMI). Cette prise en charge groupale a permis d'insuffler un peu de cohérence et de continuité dans l'actualité de cette famille très éprouvée.

Les outils évaluatifs du psychologue scolaire¹

Nous présentons ici divers instruments évaluatifs qui peuvent être utiles au psychologue intervenant en milieu scolaire que ce soit auprès des enfants, des enseignants ou de la famille. Nous conseillons une lecture conjointe de cette section avec celle du chapitre 2 concernant l'évaluation chez le tout petit (fournissant notamment des outils utiles auprès d'enfants présentant des troubles du langage ou non verbaux), celle du chapitre 4 présentant le bilan psychologique « classique », celle du chapitre 6 présentant les spécificités de l'évaluation de l'enfant handicapé ainsi que quelques remarques au sujet de l'éducation sexuelle et, enfin, celle du chapitre 8 portant sur les aménagements nécessaires de l'évaluation d'enfants de migrants.

En effet, l'enfant passe la majeure partie de son temps à l'école qui devient ainsi le lieu privilégié pour le dépistage des diverses difficultés qu'il peut rencontrer dans sa construction, que celles-ci aient pour origine l'enfant lui-même² (troubles du développement, troubles psychopathologiques) ou son environnement (école, difficultés sociales, abus sexuel, maltraitance, etc.). Le psychologue scolaire se trouve de ce fait placé au carrefour de tous les domaines de la clinique infantile³ et ses outils ne sauraient se limiter au seul domaine psychopédagogique. Aussi, nous présenterons ici deux instruments incontournables pour la constitution du bilan psychologique de l'enfant (cf. chap. 4) qui seront choisis en fonction du but de l'investigation. En vue d'une orientation en enseignement spécialisé, ou de la mise en place d'une remédiation cognitive, ou du dépistage d'un trouble psychopathologique, etc., le psychologue disposera de la NEPSY permettant un bilan diagnostique du développement neuropsychologique de l'enfant et de la CBCL offrant une exploration globale de la psychopathologie de l'enfant. Nous exposerons ensuite deux outils nécessaires à l'exploration des troubles anxieux de l'enfant utiles lorsque l'enfant présente une angoisse de séparation ou de l'anxiété liée à la situation scolaire, etc. Nous citerons une échelle permettant d'explorer l'hyperactivité car il est important que ce trouble soit identifié rapidement et pris en charge afin que ces enfants (dont les comportements s'avèrent souvent particulièrement perturbants et irritants pour l'entourage) ne subissent pas un sur handicap dû à la méconnaissance de leurs difficultés. Nous proposerons également un instrument explorant l'estime de soi qui est un aspect de la personnalité de l'enfant à préserver mais qui est fréquemment atteint lors de difficultés scolaires liées à une trop forte normativité, ou à des attentes sociales et/ou parentales exagérées, ou à des troubles restés inaperçus. Enfin, nous présenterons deux outils permettant d'évaluer la maturité de l'enfant de grande section de maternelle pour l'entrée en cours préparatoire, ces instruments étant nécessaires au psychologue non seulement pour répondre à une demande dont la fréquence ne doit pas oblitérer la réflexion sur ses fondements⁴.

1. Cette section de chapitre est rédigée par Silvia Sbedico Miquel.

2. Cf. les chapitres 2, 6 et 10 du présent ouvrage.

3. Cf. Sbedico Miquel S., Arru S. (1998). *Autisme et prise en charge éducative : un nouveau profil de psychologue*, mémoire de maîtrise de psychologie, université de Nice Sophia-Antipolis.

Nous présenterons en dernier lieu les outils nécessaires à la mesure des stratégies de coping chez les enseignants. Ces instruments seront également utiles dans d'autres domaines d'intervention (comme la crèche, par exemple) afin de mener un travail auprès des équipes.

■ Bilan neuropsychologique de l'enfant

**NEPSY (Bilan neuropsychologique de l'enfant). Korkman M. et al. (1997).
Adaptation française : ECPA (2003)**

C'est le premier outil offrant une vue diagnostique complète du développement neuropsychologique de l'enfant entre 3 et 12 ans. Les nombreuses données sur le développement neuropsychologique de l'enfant qu'elle fournit seront utiles à la mise en place d'une remédiation (pédagogie adaptée, soutien à long terme, etc.), ou l'établissement d'un projet éducatif individualisé (PEI).

Cette épreuve est particulièrement adaptée pour le bilan d'enfants présentant des difficultés d'apprentissage mais aussi pour ceux porteurs de handicaps moteurs ou sensoriels, des déficits attentionnels, des traumatismes crâniens, des troubles cérébraux quelle qu'en soit l'origine, des lésions ou maladies cérébrales, des troubles autistiques, un retard mental ou des syndromes génétiques.

Cette batterie permet de repérer les compétences et d'analyser les difficultés des enfants dans cinq domaines fondamentaux pour les apprentissages (ces cinq domaines sont regroupés en trois kits pouvant être utilisés de façon autonome). La NEPSY évalue les fonctions suivantes :

- *attention et fonctions exécutives* avec évaluation de l'inhibition, de l'auto-régulation, de la vigilance, de l'attention soutenue et sélective, de la capacité à maintenir une réponse stable, de la planification, de la flexibilité de pensée, de l'aisance à manipuler les formes figurées ;
- *langage, mémoire et apprentissage* comprenant l'exploration des capacités de traitement phonologique, de la compréhension, de la dénomination en temps limité, de la fluidité verbale et de la capacité à produire des séquences oro-motrices rythmées. Mais aussi, l'évaluation de la mémoire immédiate pour des phrases, de la mémoire immédiate et différée pour des visages, des prénoms et de l'apprentissage de listes de mots, et de la mémoire narrative en rappel libre et indicé ;
- *fonctions sensori-motrices et traitements visuo-spatiaux* évaluant la réceptivité sensorielle tactile, la vitesse de la motricité fine sur des mouvements simples et complexes, la capacité à imiter des positions de mains, des mouvements rythmés et séquentiels et la précision visuo-motrice dans l'utilisation du crayon. Et également mesure de la capacité à juger de la position et de la direction, de la capacité à copier des figures géométriques en deux et à reproduire des constructions en trois dimensions à partir d'un modèle ou d'une image.

4. Cette demande est souvent liée au caractère normatif de l'école en France qui ne tient pas compte des différences interindividuelles notamment dans l'accès à la lecture : à la fin de la section de maternelle certains enfants sont prêts pour ces acquisitions, d'autres le seront simplement plus tard, sans que cela implique une quelconque précocité ou déficience à pointer.

La passation s'effectue sur un mode individuel et sa durée par domaine examiné varie en fonction de l'âge de l'enfant.

L'étalonnage pour la version française était composé de deux cent cinquante enfants de 0 à 3 ans.

Cette batterie neuropsychologique de référence se fonde sur dix années de recherches interculturelles. La NEPSY constitue un outil sûr, complet, dont le matériel attrayant est bien accepté par l'enfant ce qui permet de faire un bilan approfondi. Cette épreuve est déjà largement utilisée par de nombreux psychologues travaillant dans le domaine de l'enfance car elle répond à un réel besoin jusque-là non pris en compte par les épreuves préexistantes et ouvre ainsi la possibilité d'effectuer des bilans beaucoup plus adaptés et riches.

■ Évaluation de l'hyperactivité de l'enfant

Conners Rating Scales (Échelles d'évaluation de Conners) ; Conners (1969, 1970, 1982) et Goyette et al. (1978). Traduction française : Dugas et Cook (1987)

Ces échelles ont été développées en plusieurs étapes, dans le but d'évaluer essentiellement la symptomatologie de l'hyperactivité et des troubles comportementaux qui lui sont associés. Cet instrument est détaillé au chapitre 4 du présent ouvrage.

■ Évaluation de la maturité pour l'entrée en cours préparatoire (CP)

Test de maturité scolaire (TMS) ; Villartay (1971)

Ce test permet d'évaluer si l'enfant a la maturité mentale, d'un point de vue cognitif, nécessaire pour entrer en CP. Les trois subtests qui le composent sont tirés d'autres tests d'évaluation intellectuelle : une épreuve mesurant la pensée catégorielle (désignation d'un objet qui n'a pas sa place dans une série), une épreuve d'information et vocabulaire, et une épreuve de code (association d'un symbole à une image). L'étalonnage de l'étude princeps était composé de deux mille enfants de maternelle et CP.

Batterie prédictive de l'apprentissage de la lecture (BP) ; Inizan (2000)

Cet instrument a pour objectif d'évaluer individuellement ou collectivement certains prérequis nécessaires à l'apprentissage de la lecture afin de mettre en place des interventions pédagogiques facilitant les apprentissages.

Quatre des neuf épreuves ne peuvent être administrées que de façon individuelle : rythme-répétition, articulation-parole, langage-expression, et les cubes (figures extraites de l'épreuve des cubes de Kohs).

Cinq épreuves peuvent être administrées également de façon collective : la copie de figures géométriques, la discrimination visuelle, la mémoire de dessin, l'épreuve de rythme-copie, la discrimination phonologique, et l'épreuve de langage-compréhension.

Même si l'étalonnage est un peu faible (317 enfants), l'outil s'avère utile.

■ Mesure globale de l'état psychopathologique chez l'enfant

CBCL (Children Behaviour Check List, Liste de comportements pour les enfants) ; Achenbach et Edelbrock (1978, 1983), Achenbach (1991). Traduction française : Fombonne E. (1992)

Ce questionnaire, rempli par les parents à partir de l'observation de leur enfant au cours des six derniers mois, a pour but d'établir une liste standar-

disée des troubles comportementaux et émotionnels et des compétences sociales, chez des enfants de 4 à 16 ans. Deux autres formes existent : pour l'évaluation des comportements précoces chez l'enfant de 1 à 3 ans, et chez le grand adolescent de 16 à 19 ans. Les cent trente-huit items sont repartis en deux grandes catégories : l'échelle de compétences sociales et l'échelle des comportements. La première, composée de vingt items, explore les compétences sociales dans des activités relevant de la vie quotidienne, des relations sociales et des performances scolaires. La seconde se composant de cent dix-huit items libres et deux fermés, explorant différents comportements. Chaque item sera coté de 0 à 2 en fonction de sa présence et de sa fréquence.

Le score total de l'échelle des problèmes de comportement constitue un index du niveau global de psychopathologie de l'enfant. Les études de validation ont démontré que les résultats de cette échelle sont très significatifs : les trois scores de psychopathologie différencient des enfants issus de la population normale de ceux suivis en psychiatrie. *A contrario*, l'échelle de compétences sociales présente des résultats moins satisfaisants même s'ils sont parfois significatifs. Il sera donc possible de compléter l'évaluation avec une échelle comme la CGAS¹ mesurant le niveau de fonctionnement social et scolaire de l'enfant. L'analyse factorielle isole neuf facteurs : psychotique ; anxiété-dépression ; trouble de la communication ; obsessionnel compulsif ; plaintes somatiques ; retrait social ; hyperactivité ; comportement agressif ; comportement délinquant. Une autre analyse peut dégager le score internalisé (quatre premiers facteurs) et le score externalisé (3 derniers facteurs).

Ce questionnaire, très utilisé internationalement dans les études épidémiologiques, possède de bonnes qualités pour l'exploration et le dépistage des troubles du comportement dans des populations non cliniques (population générale ou pédiatrique). Un questionnaire destiné aux enseignants est en cours de construction.

■ Évaluation de l'anxiété chez l'enfant et l'adolescent

**Le State and Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C) ; Spielberger (1973).
Traduction française : Vila et al. (1994)**

Cette version du STAI est adaptée pour la mesure de l'anxiété chez des enfants de 8 à 12 ans.

Cette échelle en auto-évaluation est constituée de deux séries de vingt items : l'une explore l'anxiété considérée comme un « trait de personnalité » et l'autre mesure « l'état d'anxiété » du sujet au moment où il remplit le questionnaire (cet état pouvant se modifier au cours du temps). Le STAI-C est un outil dont la passation est rapide (environ 15 minutes) et simple à coter (chaque item est coté de 1 à 3, le score global est obtenu par la somme des items). Il possède par ailleurs de bonnes qualités psychométriques. La version française a été étudiée chez 288 enfants québécois âgés de 8 à 13

1. CGAS (*Children Global Assessment Scale*) ; Schaffer *et al.* (1983). Cette échelle, mesurant le niveau d'adaptation, peut également apporter une aide à la décision d'hospitalisation et au suivi, sous traitement, de l'enfant.

ans. D'après cette étude le score seuil de 34 est discriminant avec une sensibilité de 0,73 et une spécificité de 0,70.

Cet instrument a été traduit dans de nombreuses langues et est largement utilisé sur le plan international aussi bien pour dépister précocement des enfants souffrant de troubles anxieux (à l'école par exemple) que dans des protocoles de recherche clinique. Ceci permet d'établir des comparaisons entre les différentes études.

Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMA-S) ; Reynolds et al. (1978). Traduction française (CA) : Turgeon L. et al. (2003)

Cette échelle en auto-évaluation mesure l'anxiété généralisée chez l'enfant et l'adolescent de 6 à 18 ans. Elle se compose de trente-sept items qui évaluent l'anxiété sous trois dimensions : anxiété physiologique (10 items), hypersensibilité (11 items) et préoccupation sociale (7 items). Une quatrième dimension correspond à la désirabilité sociale (9 items). Les réponses aux questions sont dichotomiques (oui/non). Cet outil peut être administré en groupe ou en entretien individuel. Ce dernier mode d'administration est recommandé chez l'enfant de moins de 9 ans ou ayant des difficultés de lecture. La passation prend environ cinq minutes.

Un score total d'anxiété est obtenu à partir des vingt-huit items d'anxiété. Le manuel d'utilisation propose des tables de correspondance en percentiles et scores standardisés selon l'âge et le sexe.

Cet outil possède une bonne consistance interne ainsi qu'une bonne fiabilité test-retest. Il existe également une bonne corrélation avec l'échelle d'anxiété de Spielberg (STAI-C).

La validation en français a été effectuée par une équipe canadienne auprès de deux mille six cent soixante-six enfants de 8 à 13 ans. Cette version en français possède les mêmes qualités métrologiques que la version en anglais (consistance interne et test-retest à six mois).

La RCMA-S est l'un des outils en auto-évaluation les plus utilisés dans le monde. C'est un outil bien adapté pour dépister l'anxiété en milieu scolaire et notamment lors d'évaluations psychopédagogiques d'enfants ayant des difficultés scolaires. Elle est également utile dans le cadre de la recherche.

■ Évaluation de l'estime de soi chez l'enfant

Self-Esteem Inventory (SEI) ; S. Coopersmith (1981). Version française : Inventaire d'estime de soi de Coopersmith (1984)

Le SEI présente plusieurs intérêts en milieu scolaire : celui d'exister dans une version spécifiquement destinée à une population scolarisée (enfants à partir de 8 ans et adolescents), celui de pouvoir être administré de façon individuelle ou collective et enfin, celui d'autoriser à faire la lecture des items aux personnes présentant des difficultés de lecture.

Ce test de personnalité, administré en auto-évaluation permet d'évaluer l'estime de soi que Coopersmith définit comme constituée « d'un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leur rapport avec le monde extérieur » et qui est « l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même ». Le SEI fournit cinq mesures de l'estime de soi au travers de quatre sous-échelles : estime de soi générale, familiale, sociale, et professionnelle (version adulte) *ou scolaire* (version

enfants à partir de 8 ans et adolescents). La somme des scores à ces quatre sous-échelles offre une mesure de l'estime de soi totale.

L'inventaire est composé de cinquante-huit items proposant chacun une façon possible de penser et de réagir : le sujet doit cocher la case « Me ressemble » ou celle « Ne me ressemble pas » ; huit des items constituent une échelle de mensonge. La cotation est aussi rapide que la passation (entre 5 et 10 minutes) et s'effectue à l'aide d'une grille de dépouillement.

Les résultats des études de validation semblent montrer que seule cette version (pour sujets scolarisés) met en évidence l'estime de soi face à la réussite (scolaire ou professionnelle) alors que l'estime de soi générale n'apparaît clairement que chez les adultes.

Cet outil intéressant, rapide et fiable, possédant d'assez bonnes qualités métrologiques, nécessite néanmoins, comme la plupart des outils en auto-évaluation, d'être combiné avec d'autres sources d'information sur le sujet.

■ Évaluation générale des stratégies de *coping* chez les enseignants

Nous présentons brièvement ici les échelles générales d'évaluation des stratégies de *coping* les plus utilisées dans de nombreux domaines d'intervention.

Compte tenu de l'implication émotionnelle très forte des enseignants ainsi que les niveaux de stress professionnel important auquel ils sont exposés – des études faisant état du fort taux de dépressions et d'arrêts de travail dus au surmenage dans cette population – il peut s'avérer utile, en fonction du projet institutionnel, d'évaluer les stratégies de *coping* des enseignants en vue d'une prévention de l'épuisement professionnel.

**CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) ; Enderl et Parker (1990).
Adaptation française : Rolland (1998)**

De passation rapide (dix minutes environ), la CISS possède d'excellentes qualités psychométriques et permet d'évaluer des styles de *coping* (dispositions) : *coping centré sur le problème*, *coping centré sur l'émotion* ou *l'évitement*. Cet inventaire a donné des résultats stables quels que soient l'âge, la culture ou le sexe des sujets.

WCC-R de Vitaliano (1985). Version française : Cousson Gélie F. et al. (1996)

Cette échelle présente des qualités psychométriques satisfaisantes et permet d'évaluer le *coping* comme processus transactionnel ayant deux fonctions : résoudre les problèmes et réguler les émotions.

COPE de Carver et al. (1989, 1997). Adaptation française : Muller L., Spitz E. (2003).

Cet outil, également très utilisé, permet, à partir non pas des stratégies générales mais des petites facettes du *coping* (notamment comportementales), d'évaluer la structure hiérarchique du *coping* à deux niveaux : version situationnelle et version dispositionnelle. Ceci en fait un instrument très intéressant malgré la nécessité d'études supplémentaires quant à sa validité de construction et de critère. Il existe une version adaptée aux adolescents qui s'appelle l'A-COPE¹.

1. Patterson et Mc Cubbin (1987).

MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory Human Services Survey) ; Maslach et al. (1986). Validation en français : Blais et coll. (1991)

Cet outil est le plus couramment utilisé pour l'évaluation du burn-out. De passation simple et rapide, il tient compte de trois aspects plus spécifiques, à savoir *emotional exhaustion*, *depersonalization*, *personal accomplishment*¹.

L'emploi de tels outils évaluatifs peut également étayer une réflexion sur les techniques de l'équipe à faire face au stress professionnel.

4. Conclusion

En 1957, René Zazzo (2002) écrivait : « À l'heure actuelle, la psychologie scolaire n'est plus seulement un vœu de réformateurs, elle est devenue une réalité dans un grand nombre d'écoles, tant en France qu'à l'étranger. » On pourrait dire, aujourd'hui, de cette réalité qu'elle est appuyée par la complexité et la multiplicité des missions qui la caractérisent plus que par le nombre de ses représentants. Le risque de saupoudrage et celui de connaître des difficultés de plus en plus grandes à suivre enfants et famille s'alourdissent d'année en année. Pourtant, à l'évidence, les psychologues scolaires jouent un rôle essentiel dans la prévention primaire et secondaire de l'échec scolaire et, plus généralement, dans la santé mentale des enfants. Il est évidemment essentiel de réfléchir au rapport qu'entretient l'institution scolaire avec ses psychologues. L'inconfort identitaire généré par le fait de lire sur la fiche de paye « enseignant spécialisé » malgré la détention d'un DEPS ou d'un master 2 de psychologie tient au manque de reconnaissance de l'institution.

Il nous reste à souhaiter que la question de leur statut, peut-être via les ententes européennes, soit rapidement éclaircie et que leur nombre connaisse une progression significative.

1. Cf. le site www.psychometrics.com qui présente, parmi de nombreux autres outils, cette échelle plus en détail.

5. Pour aller plus loin

L'histoire de la psychologie scolaire

- BELANGER N. (2002). *De la psychologie scolaire à la politique de l'enfance irrégulière*, Paris, CTNERHI.
- GUILLEMARD J.-C. et al. (1998). *Manuel pratique de psychologie en milieu éducatif*, Paris, Masson.
- MIALARET G. (1959). « Les applications de la psychologie au domaine scolaire », in H. PIERON (éd.), *Traité de psychologie appliquée*, livre septième, Paris, PUF.
- ZAZZO R. (1987). « La psychologie scolaire : ses origines et sa dérive », *Psychologie scolaire*, 61.
- ZAZZO R. (1952). « La psychologie scolaire en 1952 », *Enfance*, 5, p. 387-398.

Les revues spécialisées

- *Contemporary Educational Psychology*
- *Educational and Research Review*
- *Journal of School Psychology*
- *Psychology of Learning and Motivation*
- *Psychologie et Éducation*
- *Psychologues et psychologies*

Les sites

- Association française des psychologues scolaires (AFPS) : <http://www.afps.info/index.htm>. L'AFPS est une association professionnelle fondée par les psychologues scolaires en 1962. Elle se propose de développer les échanges entre professionnels, tant en France qu'à l'étranger, en soutenant les recherches, en jouant un rôle d'information et de formation et en encourageant les initiatives pour faire connaître et reconnaître la profession de psychologue dans l'institution scolaire. Le site propose, entre autres choses, un calendrier de manifestations relatives à la psychologie scolaire, des actualités concernant la profession, des liens Internet utiles et des forums de discussion.
- Association des conseillers d'orientation-psychologues (ACOP) : <http://www.acop.asso.fr/>. L'ACOP a pour objectifs de promouvoir la psychologie et les sciences humaines dans le cadre de l'éducation et de la

formation ; de favoriser les échanges et le perfectionnement professionnel de ses membres et de ses partenaires ; de contribuer à améliorer les conditions de formation, d'orientation et d'insertion des jeunes et des adultes. Divers liens sont proposés avec des associations françaises, internationales, des syndicats et des sites officiels.

- Association québécoise des psychologues scolaires (AQPS) : <http://www.aqps.qc.ca>. Sur ce site des informations sont offertes aux parents (concernant les difficultés scolaires rencontrées par les enfants). Les professionnels doivent, quant à eux, devenir membre pour bénéficier des diverses informations.
- International School Psychology Association (ISPA) : <http://www.ispaweb.org>. L'IPSA se donne pour missions de promouvoir la psychologie scolaire partout dans le monde et particulièrement dans les pays où elle n'existe pas ; d'initier et de soutenir la coopération d'organisations venant en aide aux enfants et à leur famille. Des colloques, des publications ainsi que des liens Internet sont proposés.

Pour connaître les modalités d'inscription à la formation de psychologue scolaire, il est recommandé de consulter le site : <http://www.education.gouv.fr>

Les textes de référence

► Lois

- Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées n° 75-534 du 30 juin 1975 (BO n° 14 du 08 avril 1976).
- Loi sur le titre de psychologue du 25 juillet 1985 (JO du 6 juillet 1985).
- Loi d'orientation sur l'éducation n° 89-486 du 10 juillet 1989 (JO du 14 juillet 1989).
- Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées n° 2005-102 du 11 février 2005 (JO n° 36 du 12 février 2005, p. 2353).

► Circulaires

- N° 90-082 du 9 avril 1990 : mise en place et organisation des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (BOEN du 19 avril 1990).
- N° 90-083 du 10 avril 1990 : missions des psychologues scolaires (BOEN du 19 avril 1990).

- N° 97175 du 26 août 1997) : Instructions concernant les violences sexuelles (BO n° 4 du 30 septembre 1997).
- N° 2002-113 du 30 avril 2002. : adaptation et intégration scolaires – les dispositifs de l'adaptation et de l'intégration scolaires dans le premier degré (BOEN du 09 mai 2002).

► Décrets

- N° 90-788 du 06 septembre 1990 (BO n° 39 du 25 octobre 1990 à propos des réunions d'équipe éducative, cf. article 21).
- N° 90-255 du 22 octobre 1990 : fixe la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue.

Références bibliographiques

- ABELLA A., GEX-FABRY M., MANZANO J. (2001). « Enseignants et cliniciens face aux difficultés des enfants en âge scolaire : une étude longitudinale prospective », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 49, p. 9-18.
- BESSE J.-M. (2005). « La psychologie dans l'institution scolaire, aujourd'hui », in J.-M. BESSE (éd.), *Des psychologues à l'école ?*, Paris, Retz, p. 45-55.
- BOUTEYRE E. (2004). *Réussite et résilience scolaires chez l'enfant de migrants*, Paris, Dunod.
- DRÉANO C., GAILLARD B. (2002). « Étude des représentations du psychologue chez des enseignants dans une perspective d'aide aux enfants en difficulté à l'école », *Psychologie & Éducation*, 51, p. 79-94.
- GIRARD R. (1999). « Convention d'intégration et projet éducatif individualisé », in M.-T. COLPIN (éd.), *Les Psy et l'École*, Paris, L'Harmattan, p. 189-191.
- JUMEL B. (1999). « Introduction », in B. JUMEL (éd.), *Le Travail du psychologue dans l'école. Cas cliniques et pratiques professionnelles*, Paris, Dunod, p. 1-5.
- LE BOUTOUILLE A. (1999). « Le travail en réseau : Johnny », in B. JUMEL (éd.), *Le Travail du psychologue dans l'école. Cas cliniques et pratiques professionnelles*, Paris, Dunod, p. 73-85.
- MESMIN C. (2001). *La Prise en charge psychologique de l'enfant de migrants*, Paris, Dunod.
- PERRON R., AUBLE J.-P., COMPAS Y. (1994). *L'Enfant en difficultés. L'aide psychologique à l'école*, Paris, Dunod.

- PONCE-DOUARCHE M., PARMENTIER G., JAFFRES M.-J., AYRAUD M.-H. (2001). « À l'épreuve de l'eau, l'aide de l'école et de ses psychologues », *Psychologie & Éducation*, 46, p. 13-29.
- PROIA-LELOUEY N. (2006). « Psychologue dans le champ scolaire : une pratique sous le sceau du paradoxe », *Pratiques psychologiques*, 12, p. 305-315.
- ROUSSILLON R. (1988). « Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice », in R. KAËS (éd.), *L'Institution et les Institutions. Études psychanalytiques*, Paris, Dunod, p. 157-178.
- SIMON J. (2005). « Pourquoi des psychologues "scolaires" ? Retour sur les débuts de la psychologie scolaire », in J.-M. BESSE (éd.), *Des psychologues à l'école ?*, Paris, Retz, p. 17-27.
- ZAZZO R. (2002). « Les psychologues scolaires », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 50, p. 365-367.



CHAPITRE
8



*Le travail du psychologue
clinicien auprès des enfants
et adolescents issus
de la migration¹*



1. Par Olivier Douville.

Sommaire

▶ Introduction.....	Page 415
▶ 1. Repérages théoriques autour de l'exil et de l'interculturalité	Page 416
▶ 2. Position particulière de l'enfant dans le lignage.....	Page 417
▶ 3. Pour une clinique des filiations	Page 419
▶ 4. Exil et migration.....	Page 422
▶ 5. L'exil des réfugiés.....	Page 425
▶ 6. La démarche interculturelle	Page 426
▶ 7. Exil et langue	Page 428
▶ 8. Enfant et rupture culturelle : quelques exemples africains du travail du psychologue clinicien en position d'« étranger »	Page 455
▶ 9. Le temps FIR	Page 462
▶ 10. Conclusion.....	Page 464
▶ 11. Pour aller plus loin.....	Page 465
▶ Références bibliographiques.....	Page 470

Introduction

Les expériences d'exil et les situations des réfugiés politiques sont autant d'expériences qui fragilisent et remobilisent pour chacun et de diverses façons des univers de sens, des représentations par rapport à l'interdit, au licite, par rapport aux montages entre l'être et le lieu de l'existence, mais encore par rapport à la santé et à la maladie (Cherki, 2006).

L'étude de la mise en fonction de mécanismes de défense singuliers contre les angoisses de non-assignation que réactivent ces diverses expériences de déracinement, lorsque les stratégies collectives de défense ne fonctionnent plus, ou mal, ouvre sur un champ de recherches stimulant, marqué récemment par l'invention du paramètre des « cliniques de l'exil » (Benslama, 2003) puis par la conceptualisation des incidences subjectives de l'exclusion, conceptualisation tentée par plusieurs auteurs, médecins et médecins psychiatres, sociologues et psychologues (Stitou, 1997 ; Douville, 1999 ; Emmanuelli, 2002).

Rédigé par un psychologue clinicien formé à l'anthropologie, ce chapitre interroge les effets de l'exil dans la construction identitaire de l'enfant issu de la migration. Il prend en compte un certain nombre de questionnements qui se sont précisés du moment où des cliniciens, psychologues et psychiatres, n'avaient plus seulement comme consultants des migrants esseulés, mais des familles. Naître et mourir en terre d'exil : tels étaient des destins possibles et inédits pour des hommes, des femmes et leurs descendants. L'exil alors n'était plus le nom d'une parenthèse transitoire au sein de la vie d'un homme seul, allant engager sa force de travail loin de son sol natal. Ce terme désignait un bouleversement du rapport des sujets à leurs fondations culturelles et généalogiques, dès lors qu'une génération nouvelle prenait place en terre d'exil et se destinant à y vivre, pouvait aussi faire du lieu d'exil des parents le site de leur propre sépulture. La génération qui venait au jour pour vivre ici, en France, allait considérablement remanier les faisceaux des relations qui jouaient entre terre, demeure, berceau et dernière demeure.

Reconduisant mais dépassant le débat ancien autour de la santé mentale des migrants et des réfugiés : pathologie d'importation ou d'acquisition, ce chapitre se donne comme objectif de cerner les dimensions subjectives des cliniques de l'exil. La dimension transgénérationnelle y sera abordée. Nous interrogerons la position particulière de cet enfant de l'« exil » en faisant part à la place que lui réservent divers dispositifs de consultations psychologiques¹. Une constance se dessine, en creux : l'exil, l'errance et l'exclusion des jeunes générations constituent une réalité de « terrain » pour ceux qui travaillent dans le champ de la protection sociale et de la prévention des troubles psychopathologiques au sein même de ces pays autrefois colonisés. Aussi concluons-nous ce chapitre en abordant les nouveaux lieux et les nouvelles pratiques du clinicien lorsqu'il est amené à prendre en charge des souffrances psychiques liées aux exils « intérieurs ». Cette ouverture mènera, aussi, à mettre en valeur des préconisations relatives aux initiatives « humanitaires » si prisées par des cliniciens jeunes et tout juste diplômés, pour la plupart d'entre eux.

Ce chapitre serait-il alors une contribution de plus au registre de la psychologie culturelle, ou « interculturelle » ? La réponse à cette question sera nuancée, car portant l'accent sur les remaniements psychiques qu'induisent l'expérience de l'exil et ses effets dans la génération, nous mettrons l'accent sur les constructions « intermédiaires » qui font pont entre origine et accueil, tout en insistant en tant que clinicien sur l'ensemble des facteurs sociaux et psychiques qui entravent ces constructions avec les conséquences se répercutant sur les subjectivités.

Notre prudence clinique s'accompagne d'une position plus résolument critique quant à l'usage peu précautionneux qui pourrait être fait du terme d'« interculturel ».

1. Repérages théoriques autour de l'exil et de l'interculturalité

En effet, l'interculturel a acquis récemment dans divers champs disciplinaires, et tout particulièrement en psychologie, la dignité d'un nouvel objet scientifique en regard duquel les informations ethnologiques se présentent

1. Sans réduire pour autant l'exil à une seule trajectoire qui irait des pays du dit « tiers-monde » vers l'Europe car il est des exils intérieurs.

comme un lieu de vérité, compte tenu de la représentation d'une certaine ethnologie puisant sa légitimité originelle dans la « culture » et l'« ethnie ». On remarquera que les meilleurs spécialistes de la discipline font, avec Couchard (1999), montre d'une réelle inquiétude devant cet accroissement du marché de l'interculturel, tout à fait en phase, notons-le, avec une nouvelle configuration communautariste des groupes humains et des rapports que ces groupes entretiennent entre eux.

Ainsi, pour ne citer que quelques exemples, les travailleurs sociaux s'affrontent aux contradictions des rapports sociaux qui jouent dans des lieux de vie marqués par l'exclusion. Les thérapeutes se trouvant dans les dispositifs de secteur face à des migrants en voie de déréliction personnelle, s'adressent à des ethnologues pour les aider à définir des conditions de possibilité d'une communication dite « interculturelle ». Nous aurons donc à situer en quoi le recours à une ethnologie participe d'une démarche soignante ou ne revient pas à reconduire des stigmatisations. Car c'est bien évidemment un malaise dans la pratique des intervenants du psychique et du social qui peut présider à la résurgence actuelle du thème de la « différence culturelle » sur laquelle l'emphase est mise dans une critique souvent résolue des institutions existantes (Nathan, 1999).

L'enfant est en position névralgique au centre de ces problématiques ; héritier et voué à reprendre à nouveaux frais cet héritage, il est bien l'enjeu et le relais des processus de transmission et de traduction d'une génération à l'autre.

2. Position particulière de l'enfant dans le lignage

Pour introduire à une discussion portant sur les effets de l'exil dans la vie psychique, y compris dans ses expressions psychopathologiques sur plusieurs générations, nous allons établir un repérage des termes dont il fait le plus souvent usage. Qu'est-ce qu'un enfant ? La dimension de l'enfant surgit ici, dans un premier temps, comme une dimension universelle. Elle désigne le dernier maillage dans la succession des générations. Ce n'est pas seulement le fait de la reproduction sexuée qui cause la construction de la génération pour l'humain, mais bien :

- la référence à l'ancestralité (point sis au-delà du comptage des générations et point instaurateur de la généalogie ou de la lignée) ;
- la dynamique de la transmission des valeurs et des interdits.

On peut alors avancer que tout enfant, du moment qu'il vient au jour dans de bonnes conditions symboliques, prend place dans un monde où se tressent :

- l'affiliation (il rejoint un ou plusieurs groupes dits d'« appartenance ») ;
- la filiation (il est fils ou fille de telle ou telle alliance entre un principe reproducteur et un principe interdicteur).

Selon un grand nombre de cliniciens dont Françoise Dolto (1971), la dette de vie n'est pas une dette due aux parents. Et nombre de cas de névrose montrent les effets ravageurs d'une telle conviction sur le sujet. Il en va ainsi pour la psychanalyse des cas de névrose obsessionnelle ou de mélancolie, et pour certaines nosologies, à nos yeux exotiques, de ces situations où l'on désigne un enfant aliéné à l'ancêtre et par lui habité. Une telle situation reçoit dans plus d'un pays d'Afrique des nominations très différentes et qui furent, avec un bonheur inégal, rassemblées sous la figure de l'« enfant-ancêtre » (Zempleni et Rabain, 1965 ; Rabain, 1979 ; Nathan, 2000, et pour la critique de cette notion Barry, 2001 et Douville, 2005). En aucun cas uniquement réservée à l'ancêtre ou aux parents immédiats, cette dette de vie que nous recevons à notre naissance et qui est ensuite reconnue par le social avec plus ou moins de force contraignante, est due à la génération qui suit et elle obéit à une logique de la succession, chaque génération célébrant, traduisant et reconduisant cette dette. Les ancêtres ont une fonction continue. Ils deviennent ancêtres après leur mort et fonctionnent dans un monde qui est le reflet de celui des humains.

Pour qu'un individu soit détaché du magma primordial de la confusion entre soi et autrui, de la violence primaire, il faut qu'il reçoive un corps, déjà là, produit par les structures lignagères. Le corps est géométrie, il est mémoire, lieu des signes et foyer d'appel à l'autre. Ce qui diffère d'une société à une autre, c'est la force du requisit imaginaire, qui conjoint le moi au corps et, corrélativement, la référence de ce requisit à la dimension du secret. Sous la constante pression de la tradition, dans ce monde où la gestion et la circulation de la violence sont reconnues et partagées, l'on peut supposer qu'un tel requisit n'est pas laissé comme épreuve, à la solitude du singulier mais au contraire réaffirmé pour chaque classe d'âge et de sexe lors des initiations. De même, le fétiche est social en ce qu'il récapitule les constructions de l'identité, sa matière, les règles qui en distribuent les composantes symboliques marquées par des substances. Chaque fétiche est un conglomérat où se condensent des matières primordiales : la terre, l'humus, voire le sang. Souvent posés sur son armature primitivement façonnée d'os, de sang et de terre, des fragments d'organes internes d'ani-

maux évoquent un retournement des corps. Le fétiche pose le corps en diverses expressions, où intimité et extimité s'interpénètrent et se confondent. Cette pluralité du corps qu'exalte le fétiche, répond à une problématique de l'identité. D'une part chaque corps singulier excède à l'individualité : il est une substance extra-individuelle aussi, d'autre part chaque nouveau corps venant au jour dans le monde actuel, chaque naissance, mais encore et aussi chaque retrait de vie, chaque décès, sont des occasions où les différentes « instances », qui font tenir un corps – car elles correspondent à une pluralité originelle – sont amenées à se confondre puis à se hiérarchiser et à s'ordonner ; il revient aux rituels d'assumer cette fonction. Le fétiche est loin donc de n'être qu'un mauvais objet, au sens kleinien, messenger funeste car chargé d'un mauvais message. Il est aussi un état de confusion des pluralités d'instances corporelles appelant à son tour des remises en ordre, en fonction des registres qu'il présente confusément et violemment. Il n'est pas faux, même si cela est réducteur de dire qu'un fétiche est l'équivalent de soit un corps de nouveau-né encore coalisé avec ses limbes, soit un corps mort encore enclos dans la purulence menaçante du cadavre (Augé, 1989).

3. Pour une clinique des filiations¹

Aux particularités de cette mise au monde dans la culture dès la naissance du corps pulsionnel de l'enfant, il faut ajouter que l'enfant est à son tour un facteur de séparation. Nous sommes spontanément disposés à penser que l'enfant est le produit du groupe familial et qu'il lui appartient. Des recherches anthropologiques mènent à ce que nous puissions remettre en question ce qui est devenu un quasi-postulat : l'enfant appartient à sa famille « naturelle » (*cf.* Bonnet, 1998 ; Lallemand et Journet, 1991). À tenter de répondre à la question nébuleuse et qui revient sans cesse de savoir à qui appartient l'enfant, on se rend vite compte que, pour beaucoup de cultures l'enfant est le modèle même de l'humain qui revient de

1. Cette clinique est celle qui prend en compte la façon dont le sujet mobilise son rapport à l'imaginaire et au symbolique lorsqu'il est dans une position de « passeur » de vie qui le fait changer de statut et mobilise autrement son rapport à la mort, à l'ancêtre, mais aussi à l'anticipation. Ce terme de clinique des filiations n'est pas réductible aux dispositifs de la thérapie systémique qui a permis de développer des outils comme les cartes familiales, les génogrammes, en vue de permettre une lecture des structures de communication familiale et aussi des éléments qui de génération en génération, le plus souvent à l'insu de la personne, se répètent.

l'ailleurs, un « exilé » un « étranger » à reconnaître et accueillir. Mais, ici ou là, c'est en effet à des tentatives répétées, continues de ritualisation d'un enfant « animalisé » pulsionnel et « sauvage » que le bébé va être soumis de la part des adultes qui l'entourent. Il n'est pas de culture qui ne célèbre la différence essentielle entre l'accouchement, comme opération de production d'un corps par un corps, et la mise au monde comme présentation du monde au nouvel humain, tout juste né, et de ce nouvel humain au monde. Aussi, il importe qu'à ce moment précis de l'accueil d'un nouveau-né tenu pour radicalement étranger, surgisse une dimension qui nous concerne tous : la dimension de l'hospitalité. Mais cette hospitalité provient aussi et avant tout de l'événement d'étrangeté que l'enfant crée dans une famille. L'enfant pour être inscrit, façonné, doit être interprété, nommé. L'appartenance à la lignée ne se décrète pas au gré de la fantaisie des uns et des autres et elle s'affirme par un code. Ce code concerne les circulations des personnes, les classifications des statuts, les traitements génériques des substances du corps. Accoucher c'est, pour chaque nouvelle mère, retrouver et puis se détacher (ou se trouver en détachement) des matris ancestrales. L'exigence primaire de fabriquer de l'humain à partir du bébé réveille la séparation première d'avec la mère-nature.

L'enfant qui vient au monde est situé de la sorte non seulement comme le plus jeune élément de la famille, mais comme un sujet pris dans des liens de filiation et d'affiliation. Il faut ici rajouter que nous porterons notre attention à un certain nombre de conditions sociales et politiques susceptibles de mettre de tels liens en crise, lorsque, par exemple, les lieux de la naissance et du développement de ce jeune, ses appartenances aux institutions de transmission symbolique de ces lieux (l'école ou le collège), surgissent comme étrangers ou même antagonistes aux topos où sont restées encloses les ancestralités et les appartenances des parents. Cette clinique des liens de filiation est une clinique de la complexité. Elle croise et tisse, souligne Guyotat (2000), les deux ordres du réel et de l'imaginaire. Le réel, c'est ce qui est bordé par l'encodage des premiers bruits, des premiers sons, des premiers rythmes, cet encodage donne un sentiment de sécurité et d'intimité. Le premier organisateur qu'est le sourire (Spitz, 1968) suppose la construction d'un soi corporel fait de sécurité et qualifié sensoriellement et sensuellement. Bien entendu le réel ne s'impose pas sans une médiation, celle donnée par les rythmes du corps maternel, les liens de contact qui articulent et spécifient les sensations tactiles, visuelles et sonores.

Le lien imaginaire de filiation a été exploré par les psychanalystes, depuis Freud préfaçant le livre de Rank sur le *Le Mythe de la naissance du héros*.

Essai d'une interprétation psychanalytique (1909), sous le nom de « roman familial ». S'y désigne un roman sur la filiation, qui rassemble et ordonne des fantaisies que l'enfant élabore sur ses appartenances mais peut aussi concerner les liens affectifs et romancés que les propres parents se font sur leur place dans la lignée et sur leurs rapports affectifs et identificatoires à leurs ascendants. De même que pour Freud, le roman familial a une fonction de rendre viable et pensable l'« entre-deux » générations, Lacan, en 1953, superpose à ce « roman » la notion d'un mythe individuel du névrosé qui fonctionne de façon semblable. Cette construction met un pied dans l'anthropologique et l'autre pied dans le psychanalytique.

En effet, Lacan soutient que le névrosé se doit d'articuler une loi symbolique de l'échange, une loi symbolique de la reconnaissance, une loi symbolique de la paternité. Pour Lacan, qui, en cela, suit très fidèlement les conceptions de Lévi-Strauss (1958), les lois symboliques de l'échange, de la reconnaissance et de la paternité sont les lois symboliques de la parole. Ces trois lois s'articulent, dans la psychanalyse freudienne, aux avatars d'un destin aux figures particulières. Cette articulation donne la formule d'un « mythème », soit dit autrement : les lois symboliques de l'échange, de la reconnaissance et de la paternité ont la vertu de fonder le rapport à l'altérité.

Le lien symbolique, enfin, est celui que garantissent la circulation et la transmission du nom, des interdits, et parfois aussi des patrimoines. L'articulation et le maillage entre ces trois liens, réel, symbolique et imaginaire dépendent des réalités institutionnelles qui englobent la famille. Ainsi la définition juridique peut-elle amplifier ce maillage (être de telle ou telle famille ne se réduit pas à un choix subjectif) ou le fragiliser à l'extrême. On évoquera alors le cas de ces enfants issus de la migration, dont les parents sont « sans papiers ». Il peut être intimé, énergiquement, aux parents de retourner dans ce que l'administration dit être leur « pays », alors que l'enfant, scolarisable, peut rester en France. Il existe parfois pour des enfants et adolescents issus de la migration, des atteintes traumatiques de la clinique de la filiation qui se jouent sur ces plans réels, imaginaires ou symboliques, et nous ne pouvons prendre la mesure de ces atteintes en se bornant à faire jouer comme facteur explicatif la notion bien tautologique et pauvre de « distance culturelle ».

Si la situation pré-citée renvoie à l'atteinte du lien symbolique, d'autres situations traduisent une atteinte du lien imaginaire. Des psychoses puerpérales peuvent être des délires projetés sur la descendance.

VIGNETTE CLINIQUE N° 1

Accoucher auprès du père : Awa B., 20 ans

Awa B., 20 ans, femme africaine sénégalaise, déclenche une psychose puerpérale après la naissance de son premier enfant. Venue de Casamance, région sorcière, elle accouche « à l'occidentale » dans le grand hôpital de Dakar. Une interprétation superficielle, car culturaliste, tendrait à imputer cet épisode psychopathologique à un manquement de continuité culturelle. En effet, cette jeune mère a donné naissance à son enfant dans un contexte et un dispositif fort éloignés de ceux qui avaient présidé à sa propre naissance. Loin de correspondre à une interprétation aussi plaquée, la réalité singulière de cette patiente était qu'elle avait rejoint Dakar pour accoucher mais en mettant alors ses pas dans ceux de son père, lequel, déshérité par vilaine familiale, avait fait pièce à ce déshonneur en se mettant au service de l'armée française à Dakar, où, après une solide formation, il fit carrière dans les services de santé. On peut alors comprendre que cet enfant était sans doute un enfant œdipien et que c'était bien l'ambivalence propre au symptôme et au désir œdipien qui se satisfaisait dans cette dite « psychose puerpérale » qu'il aurait été dangereux et vain de réduire à la résurgence d'une seule et simple psychopathologie ethnique, cherchant à discuter du normal et de l'anormal en fonction de modèles culturels standards.

Quant à l'atteinte du lien imaginaire, il semble se traduire dans cette écrasante dépression des mères, qui se vivent comme au pays, mais loin du pays, dans la haute solitude, hantées par une communauté qui n'est plus là, terrifiées de voir et d'entendre leurs enfants devenir de plus en plus des étrangers à elles-mêmes et à leurs rêves perdus.

Que devient cette dette de vie ? que deviennent les processus de la transmission de la vie psychique d'une génération à l'autre, dans l'exil ? Là encore une précision terminologique nous sera utile.

4. Exil et migration

Le psychisme de l'enfant se construit à partir d'un matériel corporel et langagier fait d'emboîtements et d'articulations entre la culture, le social et le

familial. On pourrait ici revenir à Erikson (1966), Rabain-Jamin (1993), Govindama (1999), Ferrandi (2002) et Cherki (2006). Chaque sujet passe par la construction de romans familiaux, nourri des savoirs et des énigmes propres aux deux lignées dont il est issu. La trame généalogique d'une vie compte au moins trois générations.

C'est pourquoi parler « de seconde génération » semble, à la vérité, une terminologie des plus malencontreuses. Outre qu'elle met seulement en miroir deux générations alors qu'il faut trois générations pour donner corps à une transmission, c'est-à-dire à des retrouvailles et à une réinterprétation de l'héritage culturel et l'héritage familial, cette expression de « seconde génération » enferme le sujet au sein de son cercle domestique immédiat, ce qui accentue le clivage désastreux migrants/autochtones.

Enfin, il est patent que les expériences d'exil et de déplacement font vivre au plus grand nombre de ceux qui les traversent le fait que tout humain doit aussi garder un peu d'amour et un peu de capacités à faire lien pour autre chose que son immédiat horizon ou que son immédiate origine, c'est-à-dire un intérêt pour d'autres filiations (Douville et Huguet, 1997*a* et *b*). Aucune démarche clinique avec des exilés et leurs enfants n'est possible si elle méconnaît ce point. Mais à nouveau, s'impose à nous une précision dans le choix des termes. Trop souvent les notions d'exil et de migration sont confondues. Nous insisterons sur le mot exil, qui saisit et désigne l'aventure et l'histoire migratoire au singulier, sur fond d'un exil « universel », soit la séparation d'avec les premiers objets d'amour, comme nous le verrons ci-dessous.

La notion d'exil est très vaste. Elle touche à une haute mémoire de l'humanité. Elle renvoie à des mythes fondateurs anciens, pour lesquels le fondateur, celui qui donne aux hommes l'usage de la langue et du territoire, ou le prophète a la caractéristique soit d'être un étranger soit d'avoir vécu un temps important d'exil, voire de bannissement (Osiris, Moïse, Jésus, Mahomet). La figure de l'exilé est, dans de nombreux mythes une figure « noble », comme si la conscience humaine savait depuis fort longtemps que l'étranger apportait à l'autochtone de nouvelles occasions de se saisir de soi, de mieux comprendre le monde et la condition humaine, d'échapper à son inertie. Comme si une mémoire de la division dans l'origine était transmise par les grands récits qui créent un montage entre l'humain, ses croyances, et les absolus qu'il se donne.

Cette « universalité » de l'exil (Stitou, 1997) renvoie aussi, au strict plan ontogénétique, à notre propre histoire, singulière, qui fait de chacun un être exilé du corps maternel. Les notions freudiennes de détresse originaire

(ou désaide) recourent ce que certains biologistes ont pu trouver. Par exemple, Alain Prochiantz (1997) qui dirige le laboratoire de développement et évolution du système nerveux au CNRS a découvert un gène de développement ce qui permet de faire le pont entre la génétique et le développement. Il montre que sans rapport de parole à l'autre, est entravé le développement du cerveau. Cette découverte qui conforte les intuitions des psychanalystes semble de première importance. La psychanalyse n'a pas à se dérober, sauf à cautionner un credo néo-empiriste, aux échanges avec les autres scientifiques. Mais elle le fera en réaménageant le rapport des sciences humaines au matérialisme et au darwinisme, établissant que la cause manquante dans la libido n'est pas une atrophie de tel ou tel support matériel, mais bien le signifiant et le manque à être, indiquant qu'une fois que l'humain a construit la culture, il est un effet de langage.

La condition prématurée de l'être humain, dès la naissance, ne permet aucune forme de survie uniquement réglée sur l'appareillage instinctuel. Il faut de plus entrer dans le langage. Aussi la dimension de la langue maternelle est-elle double qui désigne à la fois (et c'est bien là une source de nombreuses confusions) la musicalité première des babillages les plus archaïques et la langue déjà articulée au sein de laquelle le tout jeune enfant a pu faire entendre ses opérations de séparation – vient ici l'exemple de l'enfant au « *fort-da* » (Freud, 1920) scandant sa disparition et sa réapparition dans le miroir à l'aide de telles sonorités.

Le déplacement qui implique une rupture dans la réalité géographique concerne de prime abord ces hommes et ces femmes que l'on nomme « migrants », ceux et celles qui ont à un moment de leur vie changé de pays, de langue et de culture. Si certains d'entre eux ont choisi d'habiter loin de la terre natale dans une contrée idéalisée, d'autres, qui furent contraints à l'immigration pour des raisons de survie, vivent parfois cet exil d'une façon beaucoup moins idéale.

Quels lieux quitte et rejoint l'exilé, quelles césures, clivages ou transitionnalités s'opèrent dans l'expatriement ? Ce sont là des questions générales mais qui prennent un tour particulier lorsque nous sommes face à des hommes ou des femmes qui ont vécu et vivent une situation d'exclusion. La notion de migrant en elle-même est une notion assez galvaudée, et particulièrement plurisémiq. En effet si migrer désigne le fait de se déplacer, que se passe-t-il quand le migrant est stabilisé quelque part, en son point dit d'« arrivée » ? Pour beaucoup de parents et plus encore d'enfants et d'adolescents, ce qui se désignait encore il y a une quinzaine d'années « mythe de retour » n'est plus crédible aujourd'hui.

Comment alors cliniquement interroger et construire ce qui fait refuge et met à l'abri celui ou celle qui, fuyant la menace, vit son exil comme une protection, parce qu'il ou parce qu'elle a ici un statut de réfugié politique ? La question est d'autant plus vive que l'effet immédiat de certains exils (en particulier ceux amenant à bénéficier de l'asile politique) est qu'il rend impossible le retour au pays (Cherki, 2006).

5. L'exil des réfugiés

Une tonalité persécutive et dépressive a pu être remarquée chez des patients réfugiés qui viennent consulter. Cet état psychologique peut être lié aux traumatismes vécus résultant de la violence qui prévaut dans les pays d'origine (Marotte, 1995 ; Douville et Galap, 1999). Et le clinicien, avons-nous souligné, gagne à entendre le travail du trauma en tant que force qui tente de réorganiser les topiques du dedans et du dehors, de ce qui est hostile et de ce qui secourable. Des processus de reconstruction de l'identité peuvent se mettre en œuvre dans des va-et-vient entre restauration d'un lien social et construction de réseaux de significations et de mémoires partagées.

Or ce travail de construction du sens et de la direction de l'existence peut se trouver brutalement en panne et empêché. Il faut insister sur ce qu'ont de spécifique les traumas de guerre et d'attentats : situations où le sujet est confronté à la mort comme Réel, hors récit et donc hors symbolisation¹. Avec ceci que l'expérience de l'effroi est, de plus, une expérience déshumanisante du moment où le sujet se sent abandonné par le langage commun. Le trauma excluant de la communauté, la culpabilité est un des moyens d'y faire retour et de retrouver en face de la communauté humaine minimale de l'accueil et du pardon ; des notations ethnographiques précises peuvent renseigner sur les façons coutumières de sortir de cette culpabilité sans virer dans le risque de la vengeance sans limites ou de l'autosacrifice mortifère, ou même létal (Despierres, 2005). Parfois le traumatisé demande pardon au génie censé le protéger, de s'être mis dans une situation si dangereuse. C'est ce que j'ai pu observer au Mali en parlant avec des enfants sous la guerre, « victimes » rescapées de massacres effrayants : ils se créent un partenaire imaginaire, protecteur, un génie, à qui ils demandent des excuses et

1. Le lecteur se reportera au chapitre de C. Damiani sur le travail du psychologue clinicien en victimologie in : Schauder S. (dir., 2007). *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées*, Paris, Dunod.

dont ils prennent soin. Ce génie n'est pas la reprise d'un panthéon ancestral. Transitionnel, il est « trouvé-crée », il serait vain de le considérer comme une pure résurgence coutumière. À l'inverse, bien des jeunes sujets apparaissent alors comme coupés de tous les recours qu'offrent ces ruses traditionnelles. Il s'agit, le plus souvent de ces « enfants-soldats », qui se rendirent capables de meurtres, et qui se vivent souvent comme ayant tué leur génie de protection et sur qui les rituels de réintégration dans la communauté ne jouent pas davantage leur rôle. Seuls face à l'effroi, ils usent de drogue qui masque mal les tourments du Réel qu'ils ont provoqués et subis (Douville, 2004*a*).

6. La démarche interculturelle

Il existe aujourd'hui, et de plus en plus, une tendance dans les recherches de psychologie à ouvrir leur horizon vers la psychologie interculturelle, laquelle implique que tout comportement est toujours englobé dans un contexte culturel – jusqu'aux modes de déviance ou de folie, modèles d'inconduites¹ en rapport avec tel ou tel type de lien social (Cuche, 2001, et, pour la critique de ce constructivisme, Sabatier et Douville, 2003). Une première définition fera de la culture un ensemble qui fournit aux membres de toute société un « guide » ou un ensemble de « codes » indispensables pour les circonstances de la vie. On voit que cette définition est très restrictive. D'une part, les sociétés doivent exister et fonctionner dans un monde qui change sans cesse ; d'autre part ce que nous « donne » la culture fonctionne souvent à notre insu et ne peut se définir comme un mode d'emploi.

Pour Lévi-Strauss (1958), on nommera culture un ensemble ethnographique qui, du point de vue de l'enquête ethnographique, présente des différences significatives avec un autre. Or ce ne seront pas les mêmes variables qui discrimineront, par exemple, les cultures de l'Amérique indienne et celle de l'Europe méridionale, ou qui opposeront Paris et Mar-

1. Terme créé par le sociologue américain Ralph Linton (1935). Il désigne des comportements de folie ou de déviance étroitement tributaires d'un contexte culturel donné. Tout se passe comme si, explique Linton, chaque culture tenait au « candidat » à la folie ou à la déviance un discours paradoxal formé des deux énoncés suivants : 1. « Tu n'as pas le droit d'entrer en crise de folie ou en déviance » ; 2. « Mais si tu dois le faire, fais-le ainsi ». L'exemple le plus connu est celui de l'Amok : ce terme malais désigne un ensemble de manifestations aiguës observées en Malaisie et en Indonésie, dont le trait commun est une course frénétique, plus ou moins automatique, dans un état de fureur de destruction, le plus souvent à caractère homicide. Le « coureur d'amok » étant régulièrement tué.

seille, si on considère ces ensembles urbains comme des groupes de populations avec leurs unités culturelles. Aussi un même individu relève-t-il, poursuit Lévi-Strauss, de plusieurs systèmes de culture et, ce, simultanément.

Il faut encore tenter une autre définition du mot « culture » : nous proposons de considérer que ce terme désigne un système relativement cohérent – à la fois du point de vue synchronique et diachronique – des productions symboliques et pratiques d'un groupe humain, historiquement constitué, rassemblé le plus souvent par une territorialité physique (que ce territoire soit limité par une frontière ou qu'il soit autrement défini par des trajets et des points de rassemblement : exemple des Dolganes de Sibérie ou des Tziganes). Certaines cultures sont toutefois le fait de populations vivant en « diaspora » : dans ce cas leur territoire est symbolique. S'intéresser à ces définitions, c'est aussi choisir des critères de délimitation : la langue, la croyance, les rituels, les règles d'alliance, les systèmes de prohibition, reviennent le plus souvent au rang de critères délimitatifs consistants (Cuche, 2001). Où s'arrête telle culture ? comment se dilue-t-elle, se transforme-t-elle ? Où s'arrête et où commence telle ou telle culture particulière ?

L'identité peut définir un lien. L'identité vivante est toujours, quel que soit le type de lien social, une instance qui articule soi et autrui, appartenance et altérité, origine et futur. Cette instance articule des écarts. Une identité qui ressasse une nostalgie de l'origine est une identité malheureuse. La fiction d'un « Nous » qui s'en dégage est elle-même profondément ouverte et remaniable. Le sentiment d'appartenir à une (ou plusieurs) communautés dépend de facteurs subjectifs aussi. Tout le monde connaît des moments de crise dans son identité. Ces temps de « crise » ne sont pas en soi pathologiques. Ils peuvent être stimulants. Mais que se passe-t-il lorsque dans le social circulent des attributs péjoratifs liés à certaines étapes de la construction identitaire (c'est-à-dire du lien du sujet à la parole partagée et à l'image de soi éprouvée du point de vue d'autrui) ? La construction identitaire est fragilisée en ces cas d'exclusion culturelle et/ou sociale. Il est nécessaire que chacun puisse se trouver en position légitime d'interlocuteur et en état de pouvoir s'interroger sur le sens de sa vie – ce qui nécessite une reconnaissance par lui et pour lui de ses capacités à s'approprier l'histoire, la mémoire et la souffrance.

Ce que les expériences d'exil amplifient, au collectif comme au singulier, est qu'il n'y a pas de culture « pure », finie et en elle-même enclose. Toutes, par le fait universel des contacts de culture, sont des cultures mixtes et

instables tissées de continuités et de discontinuités. Quant au montage entre identité et altérité, il dépend non de la culture considérée en elle-même dans un abord surplombant, mais de rapports sociaux jouant de moins en moins au sein de mondes culturels stables que dans des situations inégalitaires de contact de culture (Cuche, 2001). Dès lors nous sommes invités à considérer l'exil comme un cas particulier du réaménagement identitaire et non plus comme une perte sèche ou une aliénation à l'autre sans espoirs ni issues. C'est au travail pionnier de Barth (1995) que l'on doit cette nouvelle conceptualisation de l'identité comme manifestation relationnelle dans des mondes nécessairement pluri-culturels. La fécondité clinique d'une telle conception est sans doute portée à son plus haut point chez Kaës (1998) dans ses travaux qui portent sur les différences culturelles en lien avec la souffrance dans l'identité.

7. Exil et langue

L'expérience clinique nous montre que tout sujet exprime son conflit psychique par des représentations prises dans telle ou telle culture et dans tel ou tel événement historique, mais qu'il en forge aussi dans un métissage important autant qu'insoupçonné. Des moments de passion adolescente pour un partenaire manifestement étranger indiquent également à quel point certains jeunes construisent leur propre trame identitaire en faisant leurs des traits qui leur sont donnés par ce garçon ou cette fille d'un autre bord, d'une autre lignée, d'une autre langue (Douville, 2004*b*). Il ne s'agit pas pour autant de positiver candidement tout métissage, comme si n'importe quel conflit identitaire allait se trouver transcendé par l'adoption d'une identité métissée. La notion « d'entre-deux » jouit d'une fortune actuelle, avec tout ce qu'elle comporte comme effet de subversion possible des conceptions dogmatiques où psychisme et culture sont emboîtés en termes d'identité. Pour ces dernières, l'une de ces réalités est l'analogon de l'autre, ou, selon une autre formulation sont co-émergents. Faisant rupture avec ce mythe d'une enculturation univoque et finie, la notion d'« entre-deux », très valorisée par Moro (2002) et antérieurement par Sibony (1999), amène à déplacer l'intérêt vers les phénomènes de métissage et d'altération de l'origine « pure ». Mais rien ne garantit qu'en positivant aussi facilement les topiques intermédiaires, on n'en vienne pas à idéaliser une forme d'identité de synthèse qui serait plus de l'ordre de l'addition (ou de la soustraction) de traits composites que de l'ordre de la division subjec-

tive. On en reviendrait ainsi à une nouvelle forme de psychologie du moi, rendue plus sympathique à cause de son penchant pour les habits d'arlequin, mais on s'aperçoit que rien ne garantit de ne pas revenir à un traitement moraliste de la séparation, du déplacement, de la traduction et de l'équivoque. Sans doute parce que la positivation de l'entre-deux, tout à fait « d'avant-garde », oublie qu'avant de se mouvoir créativement dans un entre-deux, l'individu doit expérimenter une critique de ses appartenances qui ne sera jamais suturable. Aussi les montages entre l'être et le lieu sont-ils le plus souvent l'objet d'implications et d'aménagements subjectifs difficilement prévisibles et mouvants.

Les crises des liens entre l'« enfant qui vient au monde » et l'étrangeté de ce lieu d'exil parental où il est né se font entendre dans notre pratique clinique – que ce soit en institution psychiatrique de droit commun, ou dans le cadre d'un cabinet de psychanalyste. Bien entendu nous ne proposons ici aucun modèle général des incidences subjectives de l'exil pour nous attarder sur les configurations familiales en souffrance. Aucune généralisation trop commode aux ensembles des populations en immigration ne peut être de mise.

Nous rencontrons dans notre pratique de psychothérapeute des situations de détresse de l'enfant, lorsque sa venue ou sa façon d'être ici font redouter qu'il devienne trop étranger à l'un ou à l'autre des deux parents (éventuellement aux deux). Il peut s'agir d'un premier enfant qui a vu le jour en terre étrangère et dont les parents craignent qu'il devienne le premier étranger inassimilable de et dans sa propre famille. La terre de l'exil, la France, est alors ressentie comme une terre de relégation, un site hors du monde plus qu'un univers habitable. Cet aspect extrêmement fragilisant provient du fait que tout le devenir de cette famille semble être impossible « au pays », et, qu'en France, il est vécu comme une ruine du soi et de l'intime obérant toutes possibilités d'anticipation.

VIGNETTE CLINIQUE N° 2

« Je n'ai jamais été chez moi » : Youssouf L., 12 ans

Le psychologue reçoit, au dispensaire relié à un centre de psychiatrie infanto-juvénile, Youssouf L. Âgé de douze ans, il connaît un échec dans sa scolarité. Son intelligence est cependant manifeste. Il n'a jamais, excepté à l'école, été exposé au dehors, ne serait-ce que pour des vacances et il est jalousement gardé à la maison. Né ici, dans une petite commune de la banlieue est de Paris, il n'a jamais vu le pays natal de ses parents, l'Algérie, et ce qu'il connaît des obligations rituelles musulmanes lui semble une contrainte vide de sens. Sa mère et sa tante maternelle préfèrent le garder à la maison, et lorsque la famille est convoquée à l'école, seul ces deux femmes répondent et se présentent.

Le symptôme d'une persistante insomnie alourdit le tableau. De fait, le sommeil de Youssouf est très mauvais, peuplé de cauchemars qui le réveillent en sueurs et en sursauts. Des thèmes de revenants qui veulent le « rapter » abondent. Rencontrée ultérieurement dans un lieu d'écoute de l'ASE (Aide sociale à l'enfance), la mère se plaint. Elle déplore l'échec de son fils qu'elle garde en une grande proximité avec elle, dans une honte jalouse, elle critique son mari « sinistré » depuis un accident de travail sévère, et qui erre comme une ombre détruite et muette au milieu des siens. Il n'aurait plus aucune autorité sur les enfants. L'accident de travail du père eut lieu très peu de temps avant le rituel de circoncision de son fils qui fut « exécuté à la va-vite » ; les préoccupations pour l'hygiène dominaient, mais l'enveloppe et la chronologie culturelle manquèrent. L'échec du rituel est l'échec d'un passage. Le marquage eut lieu, mais il est là comme une trace vide de sens, sans pouvoir de coupure signifiante. Un trait, pas une lettre. Rien qui renvoie à autre chose que la coupure, rien qui soit une marque d'appartenance faisant entrer ce jeune dans une fiction de corps identitaire, le reliant à un idéal.

Comment comprendre le sens des cauchemars que fait ce jeune ? Est-ce vraiment le défaut de rituel en lui-même qui est facteur et fauteur de troubles psychiques ? On peut dans un premier temps se montrer sensible aux contenus « culturels » qui sont présents dans ce rêve – comme dans tout rêve fait par quelque sujet que ce soit et où que ce soit.

☞ Ici, les spectres qui effraient l'enfant sont-ils connus par les interprètes traditionnels, quel « esprit » ancestral serait alors tapi derrière ces figurations ? De fait ce genre de démarche peut-être celle d'un enquêteur soucieux de récolter des rêves typiques propres à telle ou telle aire culturelle – et qui n'y arrive pas de façon probante, tant le rêve dit aussi l'universel du conflit. La réponse à la question posée est ailleurs. La dimension singulière du cas se donne à lire. Le narcissisme primaire (celui qui régit le rythme du rêve dans le sommeil) n'est pas en place tant l'enfant est aussi le lieu des angoisses de la mère : ces angoisses passent par lui. Sa symptomatologie renvoie à un « problème » de cette famille dans l'exil. Elle ne peut être référée à un modèle dit traditionnel. C'est bien en parlant de ce que l'exil représente comme provocation au changement qu'il est possible d'être thérapeute pour cet enfant. L'usage très précis du rituel pose question, pour cette famille. Il s'agit d'une psychopathologie du lien de la mère à sa propre mère qui domine et fait de ce rituel un « passage à l'acte » d'autant que le père n'a pu renvoyer son fils à la symbolique du lien et de l'appartenance. Youssouf s'est trouvé lié à la violence de la capture, pas voué à la resymbolisation. Son corps portait une marque, pas un signe.

À l'occasion d'autres entretiens, la mère de Youssouf exprimera une crainte et un désarroi. Crainte que son fils ne « tourne mal », qu'il devienne délinquant ou homosexuel, désarroi anxieux devant le geste de violent marquage qu'elle lui faisait subir en assenant avec le tranchant de la main des coups verticaux, de part et d'autre du cou, parfois au sommet de la tête, comme s'il fallait séparer la région du crâne, ou le buste, en deux zones distinctes et symétriques.

Dans ce cas, nous ne pouvons négliger que le rituel de passage joue sur deux plans. D'une part, destinant le jeune à de nouvelles idéalités sociales, il lui donne meilleure assise dans la consistance du lien social, de sorte qu'à chaque rituel, c'est tout le social qui confirme son allégeance et sa dette au code culturel qui organise sa fondation symbolique. D'autre part, la mère qui redonne un fils au père (lequel renvoie le fils à la communauté) et qui se laisse dessaisir de son fils rejoint, par le prix de cette épreuve, la communauté des mères, liées à la succession des femmes et aux règles de l'alliance matrimoniale. Elles figurent au nombre de celles qui ont pu et su donner l'enfant mâle au lien social et à ce que la transcendance (le montage au sacré qui passe par un usage

du corps) réclame en tant que sacrifice codifié. Le rite fait donc entrer les mères dans l'ensemble des femmes, ensemble de ces femmes rituellement privées de la totalité du fils. Si la mise en place de cette distinction ne fonctionne pas, et si aucun autre montage métaphorique (par exemple la réussite scolaire) ne vient certifier que le fils a bien été séparé de la mère, alors ce sont ici trois corps qui sont envahis, parasités par l'insensé originaire :

- celui du fils, dont il est redouté qu'il ne se socialise avec des petits prochains en marge et interchangeables (« délinquants ») ;
- celui du père, défait et dévasté par l'accident puis confondu avec l'impuissance atone de la référence ;
- celui de la mère qui fait recours à une violence répétitive pour éviter d'être précipitée dans les abîmes de l'archaïque maternel, vengeur et destructeur.

Le devenir et l'avenir possible du jeune seraient alors les noms de cette catastrophe qui aspire hors de chez lui l'enfant déjà « étranger au milieu des siens ». Les parents ne peuvent plus s'identifier à leurs enfants, s'y retrouver en eux, au point que certaines réussites scolaires des enfants et des adolescents peuvent placer ces parents dans une grande dépressivité. La génération qui vient ici habiter le monde semblant avoir rompu toutes les amarres avec des modèles traditionnels, les parents se sentent parfois coupables, honteux, devant leurs propres ascendants. Des angoisses matricides explosent parfois qu'aggravent toutes les stigmatisations dont notre époque n'est guère avare. Nous ne pouvons pas soigner la dépression parentale en leur proposant de réhabiliter des identités culturelles et coutumières, pour eux comme pour leurs enfants, mais bien plus en leur aidant à comprendre, comment, quoiqu'ils en disent et quoi qu'ils en ressentent, ils ont été à leur façon des « passeurs », transmettant un peu de l'origine et aussi un peu des codes qui circulent dans les pays d'« accueil ». De même que le temps se fait menaçant et que la durée de l'exil s'éternise, l'ailleurs devient brutalement hostile. Il est à craindre que certaines représentations trop bien établies dans le monde scolaire redoublent cette vision des choses. Ainsi, à l'école, tant que l'on persistera à croire que c'est en effaçant chez l'enfant migrant les traces de sa langue maternelle et de son origine qu'il apprendra mieux et sera mieux inséré, on risquera de favoriser la création de ces clivages et de ces désarrois (Bauer, 1979 ; Dahoun, 1995). L'enfant, que les idéalités parentales vouent à la réussite par assimilation, devient de la sorte

chargé d'une étrangeté insupportable. L'approche clinique de quelques-uns de ses enfants, qui sont de bons élèves et pourquoi ne le seraient-ils pas, mais sujets tant coincés dans des positions impossibles, tellement assignés à un « non-lieu », montre qu'à l'exil matériel de leurs parents se superpose pour eux un « exil intérieur » où leur rapport à la parole risque de devenir de plus en plus automatique et vide.

De façon plus générale, fait symptôme pour l'enfant, la façon dont ne sont pas entendues ou se trouvent même récusées ses tentatives de faire tressage ou pont entre deux sites et entre deux temps. Ce serait forcer ici l'analyse clinique dans le sens d'un essentialisme ethnographique que de considérer qu'une double appartenance et qu'un bilinguisme seraient, en eux-mêmes, les facteurs déclenchants vulnérabilité psychique et souffrances ; mais il est vrai qu'il leur donne leur étoffe, sa coloration particulière. Ce peut être une compétence linguistique précise qui serait ici atteinte, découpant tel pays de langue comme hostile et tel autre comme familier au point qu'une opération de traduction deviendrait menaçante. Mais plus d'un enfant en grande difficulté scolaire illustre comment la relation à la parole devient trouble à partir du sens que prend pour l'enfant l'acte même de parler. La responsabilité du clinicien est ici de repérer le sens de ce mutisme, souvent présenté par des enfants issus de la migration. Pour cela, il convient de distinguer entre l'incapacité à parler et le refus de parler. Quel est le sens de ce refus, que nous ne pouvons situer ici que comme une création symptomatique ?

Le mutisme que présentent ces petits passeurs d'entre deux rives, est un silence pour ne pas trahir, pour maintenir l'amour narcissique qu'un des deux parents porte à l'origine, pour dire son épuisement à être le site de l'entre-deux, sans médiation, entre les exigences de la famille et celle de l'école. Le mutisme, tel que le dégage Dahoun (1995), est mis en échec des jeux de translations et de traductions entre l'origine et l'accueil. Il est stase devant l'enjeu que représente la traversée des altérités. Au mutisme de l'enfant coïncident souvent des renoncements chez les parents à déplacer et à partager les morceaux de son et de sens qui alors ne semblent plus encryptés que dans un « là-bas » impossible à partager avec un enfant qui lui est né ici.

Aussi n'est-il pas excessif d'envisager ce mutisme comme une forme de phobie, en tant que réponse à l'angoisse de séparation. Les racines corporelles et pulsionnelles du mutisme se figurent en cette bouche sur elle-même scellée et dévorant les paroles encloses entre lèvre et lèvre. Refus du bouche à oreille, certes, mais comment, pour l'enfant, supporter de se

mettre à parler dans un monde où les langues sont en clivages, comme soutenues par des injonctions surmoïques contradictoires.

Souvent le mutisme remet en présence au sein des dispositifs de langue dans une famille les échecs de traduction dans l'ordre d'un passage d'une langue à une autre. Loin d'être un refus de la parole, il est un retrait du bavardage, appel à des direz pleins. Le psychothérapeute peut assez fréquemment faire l'expérience de soudaines levées de mutisme lorsqu'est enfin évoqué un secret de famille, un rapport à l'histoire familiale qui se trouvait, pour le moment, interdit de dire, comme recouvert par une chape de honte.

VIGNETTE CLINIQUE N° 3

« Mon bonhomme n'a pas de bouche » : Ahmed K., 8 ans

Ahmed K. est un garçonnet de 8 ans, qui a été adressé au psychologue clinicien d'un CMP, par une orthophoniste pour des troubles de sa scolarité, l'enfant s'enfermant dans un mutisme de plus en plus sévère. Il vient, accompagné de sa sœur son aînée de dix ans, la première des enfants. Il parle peu, comme un automate, débitant de la plus impersonnelle des façons son emploi du temps à la maison comme à l'école. Le clinicien lui propose de dessiner. Avec la plus grande application, l'enfant représente en une suite bien réglée, un bonhomme sans bouche, un arbre maigrelet, au tronc entouré d'une étroite palissade, une maison aux fenêtres aussi ouvertes que le sont ses yeux écarquillés, mais tout à fait dépourvue de porte. Succession de corps sans bouche. Le psychologue l'invite alors à parler avec les « mots de son dessin ». Très étonné, se détendant d'un coup, l'enfant lui demande s'il parle arabe. En retour le psychologue l'invite chaleureusement à parler avec les mots qui viennent en arabe comme en français. Le voilà qui, bien en phase avec la situation, se met à entamer en arabe, feignant la stupeur, ou l'effroi, riant et jouant de postures, une tirade à laquelle le clinicien ne comprend goutte. Toutefois, il est capté par la musicalité du dire d'Ahmed, par le fait que souvent les sons « i » et « di » sont très investis et susurrés d'une voix câline qui contraste avec le ton de stentor qu'il adapte graduellement. Une fois sa performance accomplie, il se propose de traduire son dire. Touché par la gentillesse d'une telle offre, le clinicien est toute ouïe. Ce qui incite Ahmed à traduire dans un français cette fois investi et joyeusement distordu syntaxiquement ses propos.

☞

Qu'avait-il énoncé ? un conte, celui qu'il n'avait de cesse de demander à sa grand-mère, celle restée au pays, vers Oran et qu'il avait quitté il y a peu, rejoignant à La Courneuve ses parents et ses frères et sœurs. Lui, on l'avait laissé au pays pour tenir compagnie à la mère de son père. Ce qui surprend ici est moins le fait que parlant avec les mots enclos sous les bouches laissées vides de son dessin, l'enfant revient à lui. On sait que ce genre de dessins où une bouche est effacée figure un blanc, un vide là où le contact avec le plus vif de la langue maternelle perdue serait trop excitant, trop dangereux. Or la réaction de l'aînée fut encore plus révélatrice. Elle se mit en colère, puis très affectée, prise dans un moment dépressif elle protesta que son jeune frère n'avait pas été rencontrer un psychologue français pour que « ça parle arabe ici ». Le clinicien appuie sur cet « ici », précisant que toutes les langues étaient les bienvenues dans son cabinet si ça permettait enfin de se parler. Puis il confie à Ahmed à quel point il lui semblait que les sons « i » et « di » étaient doux à prononcer pour lui. Quelques pans de son histoire, vite se recomposèrent et se nouèrent les uns aux autres avec l'aide de cette grande sœur, plus ambivalente que réellement hostile. Ahmed avait été confié à la grand-mère comme on le fait du dernier cadeau laissé en garde à l'origine afin de calmer les sentiments de culpabilité et de trahison, pas toujours si inconscients que cela. Il fut élevé comme un enfant-roi, comme un enfant emblématique d'un monde ancien, d'un univers ne devant plus bouger et évoluer, mais il fut aussi aimé et soigné avec tendresse. Au point que c'est sous l'espèce du surnom que lui avait donné cette grand-mère, ce surnom affectueux d'« Amédi », qu'il se reconnaissait le plus aisément et qu'encore aujourd'hui il se reconnaissait le plus. Des raisons de son exil en France, rien ne lui a été dit. Rien de ses identifications anciennes et fondatrices ne trouvait à se déplier, se déplacer ici. Elles restaient lettre morte pour un enfant ni ici, ni là. Des angoisses qu'Ahmed avait aussi de se sentir invisible, réduit à faire le compte du temps pour se sentir consister, il n'en pouvait pas non plus dire grand-chose.

Cette vignette nous renseigne assez sur le désir très vif qu'ont un grand nombre d'enfants issus de la migration de dépasser les clivages mortifiants (assignation à l'accueil ou à l'origine) et de s'avancer dans la construction d'un lieu tiers, matrice de traductions et de passages. Le mutisme, pour en dire un dernier mot, serait une ruse inconsciente pour figurer l'inertie de la langue, comme on donnerait son corps provisoirement silencieux à une

langue morte, mais en vue de provoquer des paroles pleines sur la perte, la mort, le deuil, le passage. Le mutisme dénoncerait les paroles factices et opératoires, appelant une nouvelle mise en récit des lieux, des liens et du généalogique. En ce sens ce rien de la parole, est un reste de parole qui attend de nouveau la voix qui remémore et qui déplace les traces de l'origine.

Des chercheurs (Halfon *et al.*, 1997) concluent que les troubles du langage chez des enfants de migrants ne doivent pas faire l'objet d'un traitement direct, centré sur la morphologie et la syntaxe des langues en présence, mais qu'il convient de prendre en compte l'ensemble du contexte familial et social, la complexité des situations cliniques en jeu. Le langage se situant à l'interface entre la dimension symbolique et la subjectivité est bien un des topos privilégiés de la fabrication de symptômes dont le sens ne peut être saisi qu'au singulier. Aucun enfant migrant n'est emblématique d'une difficulté psychique propre à telle ou telle aire culturelle, et pas davantage ne le sont ses parents. Tout au plus pourrait-on indiquer que nombre de difficultés de l'enfant dit « de migrants » ne le différencient pas des mêmes troubles que montrent des enfants français « de souche » issus de milieu marqués eux aussi par la précarité et la désorganisation culturelle. Il en va ainsi du mutisme scolaire ou de certaines errances gestuelles, d'allure parfois maniaques, signalées aisément comme des phénomènes d'hyper-agitation.

La culture et l'histoire jouent un autre rôle pour l'adolescent. Ce dernier a à trouver et à recréer une part de son identité, ce qui lui permet de relancer sur et dans le social les identifications et les instances psychiques qu'il a hérité de son complexe œdipien. Mais encore faut-il que les bribes d'histoire venues des générations antérieures puissent faire trace, faire inscription et traduction dans l'autre langue. Ceci suppose de trouver dans le social et la culture du pays rejoint par les parents des références symboliques, offrant les représentations verbales pour la traduction des bribes de langue et d'histoire.

► Divers dispositifs de consultations « interculturelles »

Nous avons brièvement décrit quelques configurations qui rendent difficiles les fonctions de la traduction et de l'intermédiaire pour un sujet en prise avec un vécu traumatique d'exil, qui souvent se déplace sur plusieurs générations. Qu'en est-il lorsque ces difficultés font symptôme au point que des épisodes de crise, d'allure parfois psychopathologiques, se

déclenchent ? Quels dispositifs thérapeutiques sont alors mis en place ? Avant de déployer la description des dispositifs de consultations interculturels les plus représentatifs des diverses théories de la culture et du soin psychique, le premier constat que nous pouvons faire avec Guelamine (2002) et Piret (2003) est l'absence quasi généralisée sur le territoire français de dispositifs visant spécifiquement à améliorer l'accès aux soins des personnes étrangères ou d'origine étrangère. Un tel constat vaut pour des immigrés, de nationalité française ou pas, de réfugiés politiques statutaires ou demandeurs d'asile, de déboutés du droit d'asile, ou encore de bénéficiaires de l'asile territorial. « N'est-il pas contradictoire, et même un peu hypocrite, sous prétexte de défendre l'intégration des étrangers, de prôner une stricte égalité de traitement avec les patients français, alors que cette égalité de traitement leur interdit de fait d'accéder au système public de soins¹ ? »

► De deux modes d'appréhension des facteurs culturels en psychiatrie

Si, aujourd'hui, les recherches en psychopathologie se placent sous le signe d'une tendance à l'évacuation de la prise en compte des particularités culturelles au profit du dégagement d'une nosographie abstraite et a-théorique valable où que ce soit. D'autres recherches, moins nombreuses, se spécifient par un intérêt passionné pour l'ethnologie. Il ne s'agit pas d'une curiosité condescendante pour les coutumes des autres, mais de l'expression du souci de donner plein droit à la possibilité pour un sujet d'exprimer ses souffrances et ses difficultés psychiques dans des façons de faire et dans des codes conformes aux modèles nosologiques propres à sa société. Mais nous devons aussi mettre l'accent sur une attitude bien différente de celle-ci et tout à fait contemporaine. La globalisation des modèles de la santé s'accompagne alors d'un souci accru de surveillance du corps et de ses performances (Gori et Del Volgo, 2004). Il est à noter, et ce sera un des arguments de ce chapitre, que cette globalisation ne vise pas l'uniformisation. L'autre exotique y conserve un droit de cité et ce au prix de son exotisme même (Douville, 2005). Les nouvelles classifications en psychiatrie (DSM-IV-TR et CIM-10) peuvent être plus ou moins spécifiées en fonction de critères culturalistes, centrés sur l'expression dite culturelle de l'angoisse ou de la dépression. Ce n'est pas le fait culturel qui est là au premier plan

1. Cf. Piret B. (2003) « La consultation psychothérapique avec interprète : intérêts, difficultés et limites », *Parole de l'autre. L'interprétariat dans l'entretien médical et social*, édité par Migrations Santé Alsace (1, rue Martin-Bucer, 67000 Strasbourg), p. 59-68.

(comme l'était par exemple la dimension institutionnelle et clinique que présentaient les symptômes des chamanes) mais un code culturel qui témoignerait de pathologies « culturelles » par quoi le vieux dogme du désordre ethnique reprend corps. Ces classifications internationales admettent des additifs concernant telle ou telle prétendue ou supposée minorité. Cette ethnicisation partielle de la nosologie DSM n'est pas synonyme d'une entrée en force d'un savoir anthropologique actuel dans la psychiatrie. Elle reflète un mouvement de l'opinion lié à l'expansion des communitarismes, réponse actuelle aux effets dissolvants des globalisations. Ce ne sont plus des groupes ancrés dans la culture et la tradition qui nous informent du trésor ancestral de leurs nosologies et de leurs stratégies de soins, mais des groupes-symptômes qui se rassemblent par des modalités homogénéisantes de jouir ou de sortir des voies de la raison, au point que seule la vieille théorie du modèle d'inconduite dû à Linton (1968) pourrait en rendre compte, là où manque le trait idéal des regroupements coutumiers.

S'il est vrai qu'en psychiatrie, la recherche des facteurs biologiques de ladite maladie mentale a relativisé la place des relations entre le sujet et la culture, à l'inverse, la psychiatrie culturaliste suppose que la diversité des expressions psychopathologiques qui va de pair avec la variété des faits culturels doit mener le chercheur comme le clinicien, à situer toute forme de plainte subjective dans l'ensemble plus vaste du désordre culturel. Ce relativisme culturel d'allure ethnographique réduit trop vite la parole singulière à de grands modèles de représentations collectives et, sur ce mode, il fonctionne encore, et de plus en plus vite comme une psychiatrie ethnique, avec un effet de massification et d'anonymisation des personnes, prises chacune pour l'archétype de leur supposée culture d'appartenance. Du coup, un des grands enseignements de l'ethnologie actuelle est escamoté. En effet, pour nombre de chercheurs anglo-saxons (Fabrega, 1980 ; Kleinmann, 1988) la maladie mentale est appréhendée comme une réalité complexe brassant plus d'un niveau d'interprétations et qui diffère dans sa forme et dans la façon dont elle est vécue d'un sujet à un autre. Elle comprend alors pas moins de trois niveaux : *illness* (expérience subjective de la maladie), *disease* (la maladie du point de vue du clinicien) et *sickness* (la réalité socioculturelle de la maladie). Or, loin de faire preuve d'une telle discipline épistémologique féconde, les rédacteurs de la quatrième édition du DSM vident l'ethnographie de tout ce qui, en elle, vaut comme épreuve d'altérisation du chercheur (APA, 1997). Elle devient descriptive et prescriptive de modèles de conduites. Nous sommes loin d'un réel projet de

psychiatrie transculturelle. Si les rédacteurs estiment que le DSM doit maintenant héberger un inventaire des diagnostics susceptibles d'être le plus en lien avec des facteurs ethniques, cette référence à l'ethnie ne débouche que sur un simple relevé des « troubles des conduites ». Cette tendance va bien dans le sens des recommandations discriminatoires de l'OMS qui réserve aux populations occidentales la médecine savante et préconise pour les autres populations, les charmes surannés des médecines dites « traditionnelles ». Un tel mouvement est fort préoccupant pour l'exercice de la psychiatrie en tant que pratique et en tant qu'épistémè. D'autant qu'il se prolonge encore en ce qu'il donne le feu vert à la psychiatrie pour prendre sous sa coupe des catégories de populations issues du champ social, il est alors clair que cet abus de pouvoir se paye d'une inconsistance de la tenue philosophique et épistémologique de la discipline.

Critique des présupposés culturalistes

Pourtant, il n'apparaît plus comme excessif, quel que soit le poids des crispations identitaires, d'affirmer que sous l'effet des processus de mondialisation, la condition de migrant sera de moins en moins un fait rare et/ou exotique, mais une donnée appelée à devenir de plus en plus importante et déterminante dans la constitution de la population du XXI^e siècle (Douville, 2007).

Derrière les questions que posent ces personnes qui nous renvoient notre propre étrangeté se profile la difficile articulation entre le sujet et le collectif, question fondamentale qui trouve tout un développement discutable à travers le culturalisme. Et de façon plus large depuis l'époque des conquêtes coloniales où s'élabore une psychiatrie spécifique sur le modèle de la médecine découvrant des maladies exotiques et des façons indigènes de les soigner, dans sa « mission civilisatrice ». Cette psychiatrie coloniale a tenté, malgré quelques exceptions des plus estimables, de plaquer des modèles dans une visée « dite scientifique » et sans tenir compte des soubassements culturels de tel ou tel symptôme ou de telle ou telle conduite, mais réduisant au contraire le sujet aux formes culturelles de son symptôme. L'idée qu'il y a des symptômes « ethnologiques » ou « ethniques » doit être sérieusement discutée dès que nous prêtons attention à la réalité clinique de chaque vie d'exilé, de migrant ou de réfugié. Au demeurant le fait de prendre en compte les données de l'anthropologie ou de l'ethnomédecine pour modifier des systèmes de soin a fait l'objet de grandes controverses dans les pays anglo-saxons et en France (Opler, 1959 ; Rechtman, 1996).

Les outils évaluatifs du psychologue auprès des enfants de migrants¹

La psychométrie étant avant tout un effort d'objectivation et de standardisation des données, sa confrontation aux personnes migrantes soulève des questions concernant l'adaptation des outils, des problèmes liés à leur traduction² mais aussi aux dispositifs et au cadre de l'intervention. Comme d'autres données telles que le handicap, par exemple, les personnes venant d'autres univers culturels confrontent les techniques et outils à la diversité et à la multiplicité du monde et, en sus, à leur inadaptation pour l'évaluation de ces personnes dont les particularités ne faisaient pas partie de la conceptualisation ou de l'étalonnage initial (la plupart des outils sont étalonnés à partir d'échantillons de personnes de pays anglo-saxons ou européens). Dans les faits, cette inadaptation se traduit par une instabilité de l'enfant, voire une interprétation erronée, qui peuvent avoir de graves conséquences pour l'enfant ou sa famille. De telles interventions désadaptées constituent des sortes de passages à l'acte de la part des intervenants et s'enracinent souvent dans la méconnaissance par les cliniciens des théories et de la clinique spécifiques qui sont nécessaires pour le travail auprès de cette population³. Ces écueils pourraient être prévenus en orientant ces personnes ou en collaborant avec des cliniciens spécialisés.

En France peu de centres proposent une clinique adaptée ; citons cependant deux lieux où les cliniciens se sont attelés face à ces limites, à trouver des moyens d'accueillir spécifiquement ces populations : le centre Georges-Devereux⁴ et le centre Minkowska⁵.

La première démarche évaluative face à la diversité débordant nos cadres habituels pourrait être un recueil des faits le plus précis possible. Or ceci pose la question des aménagements du dispositif clinique qui sont nécessaires afin que ce recueil d'information puisse avoir lieu (ne serait-ce qu'au

1. Cette section de chapitre a été rédigée par Silvia Sbedico Miquel.

2. Nous nous limitons ici à l'évocation de ces problèmes et renvoyons le lecteur au passionnant développement concernant les difficultés de traduction des notions liées aux mécanismes de défense, au sein d'un même référentiel théorique (psychanalyse) mais dont les rapports à la science et à la psychiatrie sont éminemment différents selon qu'il s'agisse de concepts psychanalytiques appréhendés dans la tradition francophone ou nord-américaine... Partant de là, il est aisé d'imaginer les difficultés rencontrées par nos méthodes lorsque les abords théoriques et culturels sont radicalement différents. Cf. Guelfi *et al.* (2004). *Traductions et commentaires des échelles d'évaluation des mécanismes de défense de J. Perry*, Paris, Masson, coll. « Pratiques en psychothérapie », p. 6-12.

3. Citons à titre d'exemples l'inadaptation à une population d'enfants tziganes, des outils évaluant l'intelligence en milieu scolaire qui, alliée à une méconnaissance par le psychologue scolaire des modes de raisonnement et des pratiques éducatives dans cette population, aboutissait au diagnostic de retard mental pour la majorité des enfants (cf. Abadie Charuel, 2003). Ou cette méconnaissance de la théorie du trauma dans une mission de Médecins du Monde, instaurant un cadre théorique (psychanalytique) redondant (et donc complètement contre-indiqué en matière de traumatisme psychique) avec la situation traumatique initiale et aboutissant à un signalement d'une mère et sa fille réfugiées politiques du Kazakhstan : une persécution en actes en lieu et place du soin (cf. Sbedico Miquel, 2003).

4. Centre Georges Devereux, université Paris-VIII, Saint-Denis. Cf. <http://www.ethnopsychiatrie.net> et présentation dans la section suivante.

5. Cf. <http://www.minkowska.com> et présentation dans la section suivante.

niveau de la langue)¹. Ceci rejoint la réflexion sur les dispositifs menée par l'ethnopsychiatrie pratiquée au centre G. Devereux et ayant abouti à l'exigence d'inclure un médiateur² dans le dispositif pour être à même de comprendre le sens à donner à ces faits. Ces derniers constituent-ils des symptômes ou bien appartiennent-ils à la norme lorsqu'ils sont remis dans le système de sens du groupe d'origine ou la langue du patient ? D'autres démarches, comme la psychiatrie transculturelle pratiquée au centre Minkowska³, semblent au premier abord moins radicales puisqu'elles conservent notre cadre théorique habituel (psychanalyse), mais se dotent également, en pratique, d'un médiateur et d'un cadre adaptés à la problématique. En effet, les patients y sont accueillis dans un cadre réservé et spécialisé à l'accueil des réfugiés politiques, par un psychanalyste certes mais de la même origine que le patient (on pourrait considérer ici que le clinicien constitue lui-même une sorte de médiateur). En synthèse, la possibilité pour le patient migrant d'être accueilli dans sa langue et avec une reconnaissance de ses représentations culturelles (que ce soit par la présence d'un médiateur ou d'un clinicien lui-même capable d'assumer ces aspects) sont les conditions *a minima* pour pouvoir accueillir dignement les personnes étrangères dans une clinique respectueuse de ce qu'amène l'autre. Dans le cas de réfugiés politiques, il faudra également faire attention à l'appartenance politique ou ethnique dans le pays d'origine de l'accueillant. Lorsque ces conditions sont remplies, il n'est pas rare de constater que la plupart des personnes migrantes, dont l'arrivée en France implique un certain isolement, viennent retrouver avant tout un lien social dans les lieux qui leur sont ouverts. Cela renvoie à la nécessité de veiller à ne pas « psychologiser » ces personnes vivant un moment chargé de multiples difficultés réelles et de remaniements intenses dans leurs vies.

Concernant l'enfant de migrant, en préalable à toute évaluation et choix d'outil, il y a lieu de différencier (et ce dès la terminologie utilisée) le type de migration incident sur son parcours : les parents ont-ils migré pour des raisons économiques (immigrés), ou politiques (exilés) ? L'enfant a-t-il migré en France (avec ou sans ses parents ?) ou est-il né en France ? Etc.

■ L'enfant de réfugié politique ou la triple différence

Comme toute intervention auprès de cette population, l'évaluation devra tenir compte d'une triple contrainte⁴ : l'enfant de réfugié politique est tout d'abord un enfant ce qui implique que les outils utilisés devront être adaptés à ses données développementales et à sa tranche d'âge ; or les instruments spécifiquement construits pour les enfants et adolescents sont encore insuffisants et ce quel que soit le domaine abordé⁵. Il est ensuite enfant de

1. Cf. De Pury S. (1998). *Traité du Malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*, Paris, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond ».

2. Le médiateur ethnopsychiatrique n'est pas un simple traducteur mais un clinicien de même origine que le patient et qui a également une très bonne connaissance du français et de la vie en France, une sorte de passeur entre les mondes. Une formation de médiateur ethnopsychiatrique est dispensée par le centre Georges Devereux.

3. Cf. <http://www.minkowska.com>.

4. Les deux premières s'appliquant également aux autres enfants de migrants (enfants d'immigrés, etc.).

migrant, c'est-à-dire qu'il subit toutes les conséquences liées au déracinement (pertes de tous ordres) mais sans avoir pu prendre part à la décision de départ qui lui est imposée (même si la marge de décision est souvent très restreinte pour les adultes eux-mêmes, que ce départ ait eu des raisons économiques ou politiques). Il est enfin enfant de réfugiés politiques, ce qui signifie qu'au-delà des problématiques précédemment mentionnées inhérentes à toute migration, et au-delà du départ en terre étrangère, l'exil était la seule alternative à la mort. Cet enfant-là se différencie donc des adultes mais également d'enfants issus de l'immigration pour des raisons économiques¹ puisqu'il a commencé sa construction identitaire au sein d'un groupe « hors normes » et persécuté dans le pays d'origine. Cela présuppose également que cet enfant ait été exposé dès avant son départ à des situations traumatogènes et a dû souvent se construire dans la terreur².

Outre l'inadaptation des dispositifs et des outils ainsi que la méconnaissance de la clinique du trauma, un autre écueil est la difficulté des divers intervenants (face à ces enfants) à tolérer l'idée qu'un enfant puisse déjà être irrémédiablement blessé. L'attitude défensive consiste alors à considérer (dans une sorte de pensée magique) que l'enfant a l'air d'aller bien et donc il va bien, ce d'autant plus que ces enfants « donnent souvent le change » par l'instauration d'un *faux self*³. Le déni de cet aspect, même s'il existe par ailleurs des phénomènes de résilience bien réels⁴, empêche la prise en charge thérapeutique du trauma qui consiste justement à le reconnaître afin de mener un travail d'élaboration visant non pas à faire disparaître le traumatisme (ce qui est impossible) mais à le circonscrire, à le « désactiver » afin qu'il n'envahisse pas les autres sphères de la vie psychique du sujet⁵. De plus, par cette attitude, le clinicien ampute l'enfant d'une partie de son histoire et d'éléments fondateurs de son identité⁶.

■ Mesure de l'état de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent

Impact of Event Scale, Yule W. (1998) ; Dyegrow A. (1995). Traduction française : Dr A. Lovell (non validée, non publiée)

Cette échelle en auto-évaluation est une version de l'IES d'Horowitz⁷ (1979) adaptée et validée pour évaluer l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez des enfants et adolescents à partir de 8 ans. Elle comporte dans sa dernière

5. Cf. la partie des outils évaluatifs au chapitre 10 du présent ouvrage.

1. Cf. Ondongh-Essalt E., « L'enfant et la demande d'asile », Paris, COMEDE, 2002.

2. Cf. Gomez-Mango E. (1988). « La terreur et l'identification », *Pathologie*, n° 11, oct. et Gomez-Mango E. (1987). « La parole menacée », *Revue française de psychanalyse*, n° 3, mai-juin.

3. Cf. Sironi F. (2001). « Les enfants victimes de torture et leurs bourreaux », site du centre G. Devereux, *conférence Dinan*.

4. Rappelons que B. Cyrulnik souligne dans ses divers travaux sur la résilience que celle-ci est à « reticoter » chaque jour de l'existence du sujet ayant subi des traumatismes dans l'enfance... Ce qui implique que la blessure bien réelle sera toujours là et que le jour où il omet de « tricoter », le sujet peut décompenser.

5. Cf. Sironi (1999). *Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture*, Paris, Éd. Odile Jacob.

6. Cf. les travaux sur l'identité de l'enfant d'exilé par Vasquez A. et Apfelbaum E. (juil.-sept 1983) ; « Les réalités changeantes de l'identité » in *L'Identité déchirée, Revue Peuples méditerranéens*, n° 24.

version 13 items qui correspondent aux critères diagnostic du ESPT dans le DSM-IV-R. L'échelle explore les symptômes d'intrusion (4 items), d'évitement (4 items) et d'hyperactivité neurovégétative (5 items) au cours des sept derniers jours.

Pour chaque item, l'enfant indique la fréquence du symptôme en lui attribuant une note de 0 (pas du tout) à 5 (souvent). Cet auto-questionnaire est complété en présence d'un adulte qui contrôle la bonne compréhension de l'enfant. Les scores sont obtenus par la somme des réponses à chaque item (maximum : 80). La passation requiert environ 10 minutes.

L'échelle a été validée par une étude menée auprès de 2 976 enfants âgés de 9 à 14 ans, en Bosnie Herzégovine. L'échelle possède une très bonne consistance interne. D'après cette étude (Yule *et al.*, 1998) une note seuil égale ou supérieure à 17 permet de classer correctement les cas de ESPT avec une sensibilité et une spécificité de 90 %, mais en ne tenant compte que de deux dimensions : l'évitement et l'hyperactivité neurovégétative.

L'intérêt de cette version courte pour enfants réside dans la mesure qu'elle offre des trois dimensions de l'ESPT et dans le fait que le petit nombre d'items aide l'enfant à comprendre et à collaborer. Par contre, peuvent surgir des problèmes de fiabilité au niveau du dépistage des troubles liés au ESPT. Peu de publications existent actuellement sur cet outil car il est récent.

Children Post Traumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI) ; Pynoos R.S., Frederick C. et Nader K. (1987). Traduction et validation en français (Ca) : Dr Robaey P. (en cours, non publiée)

Cette échelle en hétéro-évaluation a été construite dans le but d'évaluer des symptômes de stress post-traumatiques après exposition de l'enfant et adolescent de 6 à 16 ans à des événements traumatiques variés (guerre, pathologies somatiques graves, catastrophes naturelles...). Cette version pour enfants est dérivée du *Reaction Index for Adults* de Frederick (1985). Elle comporte 20 items cotés en 5 niveaux, de 0 (jamais) à 4 (le plus souvent). Le score total est compris entre 0 et 80.

Cette échelle est administrée au cours d'un entretien semi-structuré au fil duquel l'enfant doit rapporter ses symptômes en relation avec l'événement traumatique ayant eu lieu. Le manuel d'utilisation donne les indications nécessaires au clinicien pour adapter l'entretien au type d'événement traumatique exploré. La passation prend environ 15 minutes. La cotation permet d'obtenir une gradation en 4 niveaux de la gravité du ESPT.

La CPTS-RI a été validée par Pynoos et Frederick (1990) auprès d'enfants arméniens ayant subi un tremblement de terre et par Nader, Pynoos *et al.* (1990) auprès d'enfants koweïtiens après la guerre du Golfe. Enfin, Walker (1999) a mené une étude de validation auprès d'enfants ayant subi une transplantation hépatique. La corrélation entre le score du CPTS-RI et l'évaluation clinique était de 0,9 pour deux études (Pynoos *et al.* 1990 et Walker 1999).

7. L'IES d'Horowitz est une des échelles les plus utilisées pour la mesure de l'ESPT chez l'adulte. Cf. la présentation de cet outil par S. Sbedico Miquel (2007). « Outils évaluatifs du psychologue en victimologie », in Schauder S. (dir.), *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées*, Paris, Dunod, chap. 4.

Enfin, Pynoos (1989) a démontré que 90 % des enfants arméniens présentant des scores supérieurs à 40, répondaient aux critères du DSM-III.

Cette échelle est l'une des plus utilisées auprès des enfants, au niveau international. Elle possède en effet de nombreuses qualités pour une utilisation aisée en clinique : rapidité et simplicité de passation, bonne concordance, simplicité de présentation des résultats avec des scores de gravité et adaptabilité de l'outil en fonction de l'événement traumatique. Cependant, elle présente les désavantages de ne pas rendre compte de tous les critères du DSM-IV et que la version française ne soit pas encore validée.

PTSD : Children's PTSD Inventory (C-PTSD-I) ; Saigh et al. (2000). Traduction française canadienne (2004)

Cet entretien structuré explore les diverses dimensions de la symptomatologie du ESPT chez l'enfant et l'adolescent (de 7 à 18 ans) selon les critères du DSM-IV-R (2005). Le CPTSDI évalue le type d'événement traumatique, les symptômes et le fonctionnement actuel. C'est un outil simple dont la passation demande de 5 à 20 minutes et la cotation ne pose pas de difficulté. Cet aspect en fait l'instrument le plus utilisé pour une mesure rapide de l'ESPT puisqu'il possède par ailleurs de bonnes qualités métrologiques.

Le Thematic Apperception Test (TAT) ; Murray (1935), V. Shentoub et al. (École française, à partir de 1954)

Cet outil est présenté au chapitre 3 du présent ouvrage.

Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) ; Briere J. (1996). Validation de la trad. fr. : Jouvin É. et al. (2002)

Cet outil est présenté au chapitre 9 du présent ouvrage.

Des consultations interculturelles : problèmes généraux

Concernant les pratiques de soin, en Europe, les professionnels de la santé mentale (Cadoret *et al.*, 1989 ; Schuler et Bennegadi, 1993) disent le plus souvent que les problèmes posés par la prise en charge de sujets de culture différente concernent plusieurs aspects dont :

- la difficulté à trouver un cadre de référence commun qui permette de situer l'offre et la demande d'aide ;
- le barrage de la langue ;
- la confusion entre ce qui relève des éléments culturels et des processus psychiques ;
- l'aspect encore en ébauche des bases doctrinales d'une clinique de l'exil et de la désaffiliation. Mais tant que ces bases ne seront pas entendues dans les lieux de soin, le risque sera encore soit de prôner un culturalisme réducteur, considérant le patient comme un exemple intact de sa culture, soit de s'abriter derrière un universalisme purement abstrait ;

- l'aspect amphibologique de ce terme de « culture », lorsqu'il est nécessaire pour l'écoute et le soin de distinguer tout autant les identifications imaginaires, les sentiments d'appartenance à une culture d'origine souvent idéalisée, que les bouleversements produits par la coupure des liens d'affiliation symbolique à la communauté, aux signifiants et aux références qui instituaient le sujet dans son ancien groupe social.

Il est tout à fait légitime qu'un soignant veuille connaître d'autres systèmes thérapeutiques que ceux qui ont cours en Europe et en France ; dans les institutions médicales de soin, on ne peut tenir pour plausibles les initiatives qui veulent soigner un migrant comme si la mutation culturelle due à l'exil et à la modernité n'avait pas joué sur sa façon de vivre et, éventuellement, de tomber malade. Une telle réduction rencontre beaucoup d'opposition chez les cliniciens, pour des raisons cliniques, comme au plan éthique. C'est à la fois en tenant compte de la nécessité clinique de donner plein droit à l'expression de ce qu'un sujet (et son groupe) peut dire de sa situation de souffrance psychique et en restant au plus proche de sa singularité que la plupart des consultations pluriculturelles fonctionnent aujourd'hui.

De quelques consultations interculturelles (cf. encadré n°1 p. 452)

Elles concernent, pour la plupart d'entre elles, des patients et leurs enfants qui ne sont pas les plus disposés à bénéficier des soins psychologiques ou psychiatriques, à cause du barrage de la langue mais aussi en raison de leur manque de familiarité avec les systèmes de soin offerts par la psychiatrie.

En France, il existe des façons diverses de prises en charge interculturelles depuis la fondation du centre Minkowska. Ce centre tire son nom de la psychiatre Françoise Minkowska. Il est connu et réputé pour sa consultation dite « ethnoculturelle ». Celle-ci accueille adultes et enfants de sept ethnies différentes dont des cultures africaines (Afrique de l'Ouest et Cameroun), asiatiques (Vietnam), ibériques (Espagne et Portugal), d'Europe centrale (Croatie, Macédoine, Russie, Hongrie), turques et maghrébines.

Cette consultation a été créée juste après la Seconde Guerre mondiale, dans le but d'accompagner des patients d'origine polonaise. Puis elle s'ouvrit, dix années plus tard, aux patients espagnols. Elle fonctionne en mettant en présence un patient et un thérapeute de la même aire culturelle, afin de garder la langue maternelle comme vecteur de communication. Les

aides apportées sont diverses. Il peut s'agir autant d'une aide pour une orientation que d'une prise en charge limitée pour un retard scolaire, un bilan psychologique, un soutien thérapeutique, une demande d'aide sociale, enfin. Avec un budget public, ce centre médico-psychologique salarie des psychothérapeutes, des psychiatres et des assistants sociaux. Il organise tous les ans une journée scientifique de très bon niveau. Du côté des patients venus d'ailleurs, des modifications tant des symptômes que des modes de demander le soin sont au point de départ d'un fourmillement d'idées ou d'initiatives dans les dispositifs thérapeutiques. Sont mis en place et théorisés plusieurs cadres de prise en charge destinés à accueillir et soigner des migrants dont la culture qui fut la leur diffère souvent nettement de celle de la société où ils résident avec leurs enfants.

Les consultations sont assurées par huit équipes médico-psycho-sociales, pluri-lingues et pluri-culturelles. Elles permettent aux consultants (adultes, enfants, familles) d'être accueillis dans leurs langues d'origine pour les prises en charge et orientations diverses (psychiatriques, psycho-thérapeutiques) et aux professionnels (médecins, psychologues, assistantes sociales, enseignants, éducateurs, magistrats...), d'obtenir des réponses à leur demande :

- d'avis diagnostique et thérapeutique ;
- de médiation, de mise en place de collaborations avec d'autres équipes (notamment dans la perspective de cothérapies) ;
- de sensibilisation dans leur approche des populations concernées.

Sur les consultations dites « ethnopsychiatriques » : de Georges Devereux et de ses successeurs

Sans nul doute fort médiatisées et sources d'une quantité impressionnante de publications, les consultations ethnopsychiatriques de groupe trouvent, en France, leurs sources dans le modèle édifié par Tobie Nathan, modèle qui fonctionne maintenant au centre Georges Devereux à l'université de Paris-VIII¹. Si la filiation avec Devereux est revendiquée par Nathan, une lecture rigoureuse des thèses de Devereux (1970, 1972) permet de mesurer l'écart théorique et pratique qui insiste entre le maître et l'élève.

La théorisation que Devereux a élaboré des rapports entre psychisme et culture tend à promouvoir une théorie universelle de la culture et formalise des critères de « normal » et d'« anormal » en dehors des cadres erratiques

1. À l'heure actuelle, Tobie Nathan n'y exerce plus.

d'un relativisme culturel toujours anecdotique. Soucieux de modéliser la nature des rapports entre une approche clinique et une approche anthropologique (ou sociologique) des conduites symptomatiques, Georges Devereux, dans son *Ethnopsychanalyse complémentariste* (1972), invente une épistémologie. Pour désigner les univers de pertinence de ces deux discours, il introduit la notion de complémentarisme qui édicte l'autonomie conceptuelle absolue du discours sociologique (ou ethnologique) et du discours psychologique, mais aussi leur totale interdépendance en ce qu'ils se rapportent aux mêmes faits empiriques pertinents. Cette distinction est héritée du principe de Heisenberg-Borg qu'elle généralise aux sciences humaines. Dans cet effort pour disjoindre l'explication ethnologique de l'explication clinique, il entre de la rigueur et du souci pour le trait singulier de chaque cas.

Devereux est un personnage énigmatique, cultivé, contradictoire, original. L'extrême sensibilité qu'il manifeste et théorise quant au repérage et au maniement du contre-transfert, fait de lui un clinicien prudent, et avertit que le traitement « transculturel » ou « interculturel » de la différence comporte en retour un risque : que tout l'abord interculturel situe son inertie dans la fascination commode pour la notion d'identité, voire dans son engouement à la produire, la suggérer ou la prescrire ; ce qui est différent que de mettre à l'œuvre les contradictions dont elle résulte (Douville, 2006).

Des travaux de Devereux et, surtout de ceux de Nathan, dérivent des consultations ethnopsychiatriques (Marie-Rose Moro à l'hôpital Avicenne, à Bobigny, Joseph Odongo et la Case de Déméter)¹. La consultation fut ouverte par Tobie Nathan il y a une vingtaine d'années, a été reprise et développée par Marie-Rose Moro depuis 1989. C'est une consultation créée sous l'impulsion du professeur Serge Lebovici, elle a grandi avec l'aide du Pr. Philippe Mazet. C'est la seule consultation d'ethnopsychiatrie hospitalo-universitaire en France. Elle s'articule avec les autres activités du service. Elle est ouverte à tous. On remarquera chez Moro une tendance de plus en plus affirmée à prôner les vertus du métissage et à penser l'enfant en termes d'opérateur de changement, ce qui, à l'inverse de toute rigidité culturaliste essentialiste, pourrait faire de ce dernier un sujet promis à l'histoire, au changement et au devenir. Nous attendons encore, dans la suite de Laplantine et Noos (2001) une théorie généralisée du métissage par un

1. Devereux, quant à lui, n'avait jamais voulu réserver son approche ethnopsychiatrique aux seuls immigrés (Douville, 2006).

ou une ethnopsychiatre, théorie qui ne se limite pas à décrire des compositions modales et variantes des identités manifestes mais intègre ces dimensions du métissage psychique dans une théorie de la culture et du psychisme conséquente.

Nous tenons dans ces consultations un modèle original, dont la notoriété est assez forte en France, mais qui connaît bien des contestataires. Le cadre proposé se veut spécifique des migrants. Là s'explique l'usage d'un interprète qui permet de mieux entendre les repères verbaux que donne le patient, et l'aspect métissé du groupe des co-thérapeutes. Cependant, dans les faits, il est difficile de concilier l'anthropologie et la clinique analytique (c'était déjà le cas à l'hôpital de Fann au Sénégal ; *cf.* Arnaut, 2006). Si le clinicien est à l'écoute d'un fonctionnement culturel et d'une identité culturelle, on voit mal comment il peut être aussi à l'écoute de la souffrance individuelle, à moins de penser que tous les membres d'une même culture pensent, souffrent et créent leurs symptômes de la même manière. Surmonter cette aporie est une entreprise qui mène inéluctablement à la suggestion du sens, démarche autrefois repérée comme obstacle et maintenant préconisée comme panacée, en fonction d'un modèle très peu crédible d'une « influencologie ». C'est depuis peu le nom d'une providentielle « discipline » tenue pour unique et majeure invariante des efficacités thérapeutiques à rationalité traditionnelle et qui récuse vigoureusement toute autonomie conceptuelle et doctrinale au champ de la psychopathologie (Douville, 2000 ; Hureiki, 2005).

Il n'en demeure pas moins vrai que compte tenu de l'indifférence de la psychiatrie, en France, quant à la dimension culturelle (trans ou inter) des difficultés psychiques, il puisse être réconfortant pour un patient de se sentir accueilli (et non seulement observé) en présentant des troubles qui, au moins en ethnopsychiatrie, ne sont pas perçus comme le produit d'une étrangeté irréductible et énigmatique.

Toutefois, ce bain dans l'originaire va avoir des effets très contrastés suivant les patients, bénéfique un temps pour certains, mais très peu approprié pour ceux qui, par leur symptôme, tentent de donner corps à des références métissées ou qui ont migré pour se séparer des nationalités coutumières. Du reste, autant les récits spectaculaires de séances plénières abondent, autant les relations de suivi individuel sur le long terme sont rares et inconsistantes.

D'autres consultations fondées sur d'autres théories

Moins liées à la référence ethnopsychiatrique, d'autres consultations ont vu le jour, avec des longévités inégales. Certaines se sont tournées vers la pratique de la thérapie et/ou de la consultation familiale.

Parmi lesquelles la consultation des hôpitaux civils de Strasbourg en direction des patients adultes migrants, quelle que soit leur origine. Dirigée autrefois par Pierre Stanislas Lagarde et Bertrand Piret, bien vite rejoints par quelques autres : Nicole Klein, Ahmet Kaptan, Francis Gaub, entre autres ; soutenu sans réserve par le professeur Lucien Israël, alors chef de service, puis des professeurs Danion et Patris, cette consultation aujourd'hui animée principalement par Bertrand Piret est associée à un séminaire d'enseignement et de recherches « Psychiatrie, psychothérapie et culture(s) ». Cette consultation a généralisé l'usage de l'interprète pour les traitements ambulatoires psychiatriques ou psychothérapiques au long cours. Aujourd'hui la consultation polyglotte fonctionne grâce au concours de praticiens attachés rémunérés par les hôpitaux universitaires de Strasbourg. Cette consultation est adossée à l'association Paroles sans Frontières (<http://www.p-s-f.com>). Piret témoigne dans son texte :

Les effets ne se firent pas attendre : investissement inédit par certains patients du travail psychothérapique, parfois au très long cours, interrompant souvent l'escalade iatrogénisante des circuits médico-chirurgicaux à travers lesquels ils cherchaient jusque-là à faire entendre et reconnaître leur plainte ; découverte de constellations psychopathologiques autrement plus complexes et précises que les soi-disant « syndromes méditerranéens » et autres « sinistroses » ; réduction et disparition souvent de la tonalité revendicatrice parfois agressive qui semblait caractériser certains patients, dès lors qu'un usage retrouvé de leur langue maternelle levait le sentiment d'incompréhension ; soutien psychologique enfin rendu possible pour les nombreux demandeurs d'asile et réfugiés, emprisonnés dans la répétition mortifère des traumatismes subis sous la torture, l'emprisonnement et l'exil (ce qui très vite amena à la constitution d'un réseau de partenaires qui firent – et font encore – régulièrement appel à nos services lorsqu'ils repèrent de telles souffrances psychiques : associations et services sociaux impliqués dans l'aide aux immigrés et aux demandeurs d'asile)¹.

L'association bordelaise l'AMI (Association pour la médiation interculturelle) dirigée par A. Ben Gelloune, à son tour, formalisa les conditions

1. *Op. cit.*, p. 6 à 8.

d'une clinique de la médiation. Ces consultations ont en commun de miser sur la création d'une aire transitionnelle, intermédiaire, toujours avec un éventuel interprète. L'origine culturelle, ethnique des populations et la barrière linguistique qu'elles rencontrent parfois interrogent le clinicien. Le travail avec un interprète connaît des modalités diverses suivant ces consultations. Et l'expérience de l'AMI a permis également d'évaluer les avantages comme les inconvénients d'une telle pratique si elle se systématisait comme une technique obligatoire et routinière. En effet, certaines familles se sentent par trop exclues du traitement si un autre porte-parole de la communauté qui lui est étranger sert d'unique relais entre thérapeute et patient. Par ailleurs, le couplage entre l'écoute soignante et la posture d'un chercheur en ethnologie a paru extrêmement difficile, voire impossible tant le patient était perdu de vue dans la réalité concrète de son existence. Dans ces consultations, l'importance est donnée à l'accueil des signifiants propres au patient. Il s'agit de déjouer les pièges d'une traduction impersonnelle ou normative. De même sont entendues comme des marques du sujet, des créations, les nombreux allers et retours entre langue maternelle et langue française. Résolument centrées sur l'accueil et sur la création d'espaces intermédiaires, ces consultations peuvent donner à entendre l'articulation des thématiques culturelles des souffrances liées à l'exil et à ce qui déjà se jouait comme situation marginale possible pour le sujet au pays de son départ. Bref s'y travaille comment l'histoire du déplacement recouvre, révèle et masque l'histoire subjective de chacun. Les communautés migrantes connaissent ces lieux d'écoute et de soin, et, le plus souvent, la confiance qu'elles accordent à ces consultations vient des bons résultats obtenus avec des patients réputés asociaux, voire agressifs ou dangereux pour leur communauté. Enfin, on remarque que ces consultations font place à une théorie de la subjectivité à valeur universelle (Rechtman, 1990). Elles tournent ainsi le dos aux systèmes et aux opinions qui mettent en avant clôture du psychisme et fermeture des interactions thérapeutiques, qui pensent en termes de causalité psychique « tribale » ou n'opèrent qu'à partir de celle-ci, par conviction ou par impuissance. Il ne s'agit d'entendre et de comprendre comment avec des patients en exil nous avons à faire une autre réalité anthropologique et clinique, puisque nous travaillons avec des sujets qui sont dans un parcours de perte de référence afin d'en gagner peut-être d'autres.

Enfin, et c'est une notation plus générale, nous constatons les liens de plus en plus précis qui se tissent entre les modalités d'intervention thérapeutiques et les phénomènes et processus institutionnels. Des mal-être

dans la culture se disent aussi, à vif, dans les crises de passages et dans certaines formes de « folies » ; et ce, d'autant plus que ces processus émergent et s'informent en rencontrant des processus et des lieux institutionnels. Ne considérons plus uniquement les institutions comme des incarnations monumentales de discours, les institutions regroupent et organisent des fonctions socio-symboliques et somato-psychiques ; les premières fondent et représentent l'institution au sens strict et les secondes fonctionnent comme instances (Wacjman et Douville, 1996 ; Wacjman et Pasquier, 2002). De plus, travailler en institution mène à éprouver et à penser, de plein fouet, les fragilités des agencements symboliques minimaux qui permettent à un sujet de s'assumer dans son histoire.

La façon qu'à l'institution de fabriquer de la personne peut expliquer comment l'anthropologie est susceptible d'ouvrir des perspectives à la clinique (Audisio, Cadoret *et al.*, 1987) : elle permet d'approfondir le passage entre le « singulier » et l'« universel », ou encore entre le niveau individuel et le niveau collectif et social. Des lieux de soin (CHS, hôpital général) ou d'éducation, sont certainement des lieux privilégiés pour ce genre d'approche transdisciplinaire. Un autre point mérite d'être souligné. Des migrants et des réfugiés ont un rapport particulier à l'hôpital qui est souvent pour eux le lieu où l'on vient le plus facilement présenter les douleurs ou les troubles. Cette remarque, toutefois plus vraie en ce qui concerne l'hôpital général, éclaire la fonction « psychique » que peut jouer l'hospitalisation. Moment de dépôt, par une régression salutaire et facteur d'évolution, des angoisses et des projections archaïques, lieu d'accueil et de contenance des violences et des dépersonnalisations, des excès (Diasio, 1994).

D'autres consultations qui n'interviennent pas directement sur les « patients », privilégient le travail institutionnel de supervision d'équipes soignantes. Il s'agit alors d'entendre et de reconnaître la légitimité des registres de représentations et d'expressions culturelles des patients, la cohérence traditionnelle de leurs rôles parentaux notamment. Toutefois, il n'est pas question de juger ou de prescrire ces cohérences. Les cliniciens superviseurs doivent être suffisamment avertis des moments de crise et de ruptures, pas nécessairement catastrophiques, que connaissent ces modèles traditionnels dans la modernité pour comprendre les interprétations et les distorsions qu'en font leurs patients.

Une telle recension serait incomplète si nous ne signalions pas que des associations se sont données comme tâche de venir en aide aux réfugiés, victimes de torture et sans papiers. Elles ont pour suivi cet objectif en

marge d'un système public de santé trop souvent indifférent à la défense du droit des immigrés. Les consultants sont donc le plus souvent des adultes. Pour une association telle le centre Primo-Lévi (qui regroupe les cinq associations : Action des chrétiens pour l'abolition de la torture (ACAT), Amnesty International section française (AISF), Juristes sans Frontières (JSF), Médecins du Monde (MDM) et Trêve ou le COMEDE (Comité médical pour les exilés) le travail interculturel prend peu appui sur l'ethnopsychiatrie et davantage sur une clinique des traumatismes, des ruptures traumatiques et des souffrances psychiques dues à cette perte d'identité qui est au nombre des conséquences de traitement faisant violemment fi de la dignité de la personne. Actuellement, le risque provient de cette centration sur le trauma, les nouveaux acteurs de soin se trouvant sollicités non plus comme soignants accompagnants mais comme experts des effets psychiques des violences subies.

Encadré n°1

Quelques consultations interculturelles

- Accompagnement psychologique et médiation interculturelle (AMI) : 10, rue de la Benaige, 33000 Bordeaux, tél. : 05 56 86 91 70.
- Appartenances Lyon. Le but de l'association Appartenances est d'œuvrer, d'une part, au rapprochement entre communautés migrantes et société d'accueil et, d'autre part, d'améliorer l'accès aux soins des migrants. Appartenances cherche à favoriser l'autonomie et la qualité de vie des migrant(e)s (requérants d'asile, réfugiés, travailleurs immigrés) par la découverte et l'utilisation de leurs propres ressources. Tél. : 04 72 74 05 24 - www.appartenances.ch – association@appartenances.org
- Le centre APPM-CRESI (Association de psychologues, psychothérapeutes, médiateurs pour la clinique, recherche, enseignement-formation en situations interculturelles), tél. : 04 76 46 94 00. Ce centre fondé en 1981 par Claire Mestre à Grenoble reçoit des patients d'origine étrangère issus essentiellement du Maghreb mais aussi d'Afrique et de Turquie.
- La Case de Déméter de l'Essonne : 5, avenue Condorcet, 91262 Juvisy-sur-Orge. Tél. : 01 69 45 88 00. Cette association publie également la *Revue Internationale d'Études Transculturelles et d'Ethnopsychanalyse Clinique*.





- Centre Françoise Minkowska : 12, rue Jacquemont, 75017 Paris. Tél. : 01 53 06 84 84 – www.minkowska.com – E-mail : paris@minkowska.com.
- Centre Primo-Levi : 107, avenue Parmentier, 75011 Paris. Tél. : 01 43 14 88 50 – www.primolevi.asso.fr – E-mail : primolevi@primolevi.asso.fr.
- COMEDE (Comité médical pour les exilés). Hôpital de Bicêtre : 78 rue du Général-Leclerc BP31 94272 Le Kremlin-Bicêtre Cedex. Tél. : 01 45 21 38 40 – E-mail : comede.ong@wanadoo.fr et contact@comede.org
- Comité médico-social pour la santé des migrants, réseau APESAR, consultation psychologique interculturelle, 13 rue Mondran, 33400 Toulouse. Tél. : 05 61 25 19 44.
- Consultation ethnopsychiatrique de l'hôpital Avicenne, service de psychologie de l'enfant et de l'adolescent, 125, rue de Stalingrad, 93009 Bobigny cedex, sous la responsabilité de Marie-Rose Moro. Tél. : 01 48 95 54 74 – www.clinique-transculturelle.org.
- MANA, centre Abadie, 91, cours d'Albret, 33000 Bordeaux – Responsable : Dr Claire Mestre – Tél. : 05 56 79 57 14 – E-mail : claire.mestre@chu-bordeaux.fr.
- Centre Georges Devereux. Université Paris 8 – 2, rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis – Tél. : 01 49 40 68 51 - <http://www.ethnopsychiatrie.net/CGD.htm>.
- Paroles sans frontières : hôpital civil, 1 place de l'Hôpital, 67000 Strasbourg. Consultation Transculturelle des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg – <http://www.p-s-f.com/psf/indexPSF.php>^a – <http://www.p-s-f.com/psf/indexPSF.php>.
- Unité de consultation interculturelle, 31 rue des Cavailles, 33310 Lormont. Tél. : 05 56 06 08 59. Cette Unité du Centre Hospitalier de Cadillac est en lien avec l'association Géza Róheim^b.

a. Sur ce site, Piret propose un annuaire des consultations psychiatriques et psychothérapeutiques en direction des migrants en France.

b. Cf. le site très informatif perso.orange.fr/geza.roheim qui propose de nombreux liens.

Discussion générale

Ce qui semble aujourd'hui essentiel, une fois établie une présentation raisonnée de ces divers dispositifs, est de comprendre comment un sujet s'approprie à sa façon une double culture pour négocier une position de sujet qui lui soit propre. C'est sur de telles bases qu'émergent des consultations comme celles de l'association « Paroles sans Frontières » animée par Piret à Strasbourg ou celle de l'AMI (Association pour la médiation interculturelle, A. Ben Gelloune, Bordeaux). Prenons exemple de cette dernière consultation. La population que l'AMI reçoit lui est adressée, en général, en seconde intention, par les professionnels des CMS, des hôpitaux, des centres sociaux, des clubs de prévention, de l'Éducation nationale, de la PJJ, mais aussi de professionnels exerçant en libéral (médecins, psychologues, avocats...). Un fait est notable : de plus en plus de patients viennent consulter d'eux-mêmes, informés par d'anciens usagers ou des connaissances.

Les professionnels qui reçoivent cette population ont une formation autour de l'interculturalité qui vient compléter leur cursus universitaire en tant qu'anthropologues, juristes, médiateurs, psychologues, psychanalystes, sociologues... Les soignants psychologues et les écoutants anthropologues ont tous une formation psychanalytique. Des psychothérapies d'enfant, d'adolescent et d'adulte dans le cadre d'une relation duelle y sont assurées par des psychologues cliniciens ; des thérapies familiales ainsi que des médiations intergénérationnelles, familiales, scolaires, de couple, aussi en binôme parfois avec un médiateur interculturel. Les durées ne sont pas déterminées d'avance. Elles sont sujettes au temps du patient. Elles sont courtes, longues... elles peuvent se dérouler sur une, deux années ou plus.

Paroles sans frontières, l'AMI : ces nouveaux lieux de consultation mettent à la disposition des usagers un cadre préalable à l'intérieur duquel la scène intérieure du sujet vient se déposer. L'écoute et l'entente de celle-ci nous dévoilent qu'images et choses peuvent transiter d'un statut secret donc sacré, ancestral à un statut nommable avec le risque de les rendre profanes. Cette translation de lieu et de références permet d'apaiser la gourmandise des prescriptions ancestrales. On voit mal comment cet apaisement pourrait s'autoriser ailleurs que dans un lieu neuf, un autre espace, c'est-à-dire celui que doit garantir en France l'institution de droit. Là, que quelque chose de l'histoire du sujet peut s'y dénouer pour se reconstruire autrement. De telles consultations dessinent, sans doute, le profil des consultations transculturelles d'avenir. C'est au sein de tels dispositifs que le parent va venir articuler ce en quoi son enfant est aussi pour

lui un étranger. Mais ce sera alors la possibilité de dépasser la position traumatique de l'enfant étranger. Trop étranger, car trop référé à une seule ancestralité, celle vengeresse des ancêtres mal-morts en terre natale et qui réclament l'enfant comme prix sacrificiel afin de réparer la trahison que constitue l'exil de la mère ou celui du père. À l'inverse, trop étranger car devenant Français, « trop Français » il représente la réussite des idéaux migratoires, tout en réduisant la mère à un passé dépassé, la privant de toute-puissance de transmission de la vie psychique.

L'aspect éclaté de cette présentation nous informe sur l'hétérogénéité des références doctrinales et pratiques qui tendent à se légitimer dans tel ou tel cadre. Se rejouent dans les consultations « pour » migrants les mêmes débats s'y discernent les mêmes lignes de fractures techniques et éthiques que ceux et celles qui séparent les consultations « psy » dans leur ensemble, quelles que soient les populations auxquelles elles sont censées s'adresser.

8. *Enfant et rupture culturelle : quelques exemples africains du travail du psychologue clinicien en position d'« étranger »*

Nous ne pouvons toutefois pas porter au seul compte de la migration vers l'Occident la fragilisation des rationalités traditionnelles d'assignation identitaire. Une forme de rêverie anthropologique, à laquelle aucun clinicien sérieux n'ira plus longtemps souscrire, caresse encore le songe de jadis qui voit des sujets bien ancrés dans leur culture, sans aucun rapport polémique et sans nul inconfort avec elle, dépérir psychiquement dès qu'atteint le lieu de l'exil. Une façon conventionnelle et expéditive de fidélité à une anthropologie du village « traditionnel » nous fait trop aisément perdre de vue la situation chaotique et mutante des contextes culturels et sociaux d'où proviennent les hommes et les femmes d'Afrique ou d'ailleurs qui migrent vers les rivages et les mirages de l'Europe. De ces délitements du solide lien ancestral, qui en témoigneraient mieux et de manière plus urgente et poignante que les enfants exclus, errants, victimes de guerre, qui, hélas, se rencontrent en Afrique de l'Ouest (Côte d'Ivoire, Sierra Leone, Liberia) ou de l'Est (Burundi, Rwanda) ?

Je relate ici d'une expérience de soin et de supervision qui a lieu depuis août 2000 en direction des enfants avec une ONG du Mali, le SAMU Social Mali, placé sous le contrôle de la Direction nationale de l'enfance et

de la famille. Cette instance malienne a noué un partenariat avec le SAMU Social International, présidé par le docteur Xavier Emmanuelli (SAMU Social International, Paris) afin de pouvoir mettre en place une réponse éducative et préventive à la situation exponentielle d'errance et de vagabondage d'enfants et d'adolescents dans la rue. Je fus, à cette occasion, consultant en tant que clinicien formé à l'anthropologie et j'ai participé à la mise en place d'une association gérant un centre et des unités mobiles d'assistance et de soin. Ces dernières vont au contact de ces enfants et de ces adolescents, leur apportent autant qu'elles le peuvent écoute et assistance dans cet espace de la rue, tout en se réservant l'opportunité de diriger certains de ces jeunes, parfois à leur propre demande, vers des centres d'hébergements et/ou de soin, afin de mieux disposer des liens entre l'urgence et la post-urgence.

De façon générale, toute mise en place de dispositif qui intervient sur les enfants, dans un monde urbain globalement marqué par la misère, ne peut se faire *ex-abrupto*. On a pu voir étinceler ici où là des flambées de dispositifs ONG et humanitaires, sans perspectives à long terme, comme un bien tombé du Ciel et devant concerner des populations que l'on n'avait jamais pensé à rencontrer au préalable. Ce genre de promotion humanitaire « passe » peu et mal.

Comme la plupart des mégapoles des pays en voie de développement, Bamako, ville encore paisible, capitale d'un des plus vastes et des plus pauvres pays d'Afrique de l'Ouest, connaît un développement accéléré et anarchique, avec les phénomènes classiques difficilement maîtrisables d'une grande ville en expansion : services de base insuffisants, aménagements collectifs inadéquats, émergence de quartiers spontanés à développement anarchique, pollution croissante, déstructuration sociale, mendicité grandissante, exclusion sociale d'adultes et d'enfants.

Un des signes les plus probants d'une mise en danger est l'existence de forces d'exclusion en jeu au sein des groupes de jeunes vis-à-vis de ceux qui inquiètent (délire, hallucination, épilepsie ou énurésie). Ces enfants souvent s'auto-excluent, et il faut faire preuve de tact et d'une grande patience pour aller les découvrir et les aborder.

Certains enfants présentent des signes de décomposition de la psyché, qui, en dépit de leur apparence chaotique ne sont pas pour autant immotivés, loin s'en faut. On ne saurait interpréter les régressions apparentes en parlant de déficits purs et simples. Il est possible de supposer à ces régressions apparentes une causalité psychique. Ils indiquent une activité mentale particulière, créatrice de transition. Un objet est élu, visant à faire

pont entre la menace d'anéantissement que représente autrui et la perte de la dimension subjective corrélative à l'angoisse de voir disparaître toute trace d'autrui.

VIGNETTE CLINIQUE N° 4

« Je l'entends pas de cette oreille » : Maryam M., 8 ans

Maryam M., une toute jeune fille bambara d'environ 8 ans, a échoué avec quelques-uns de ses amis d'infortune non loin du dépôt des autocars. Elle passe son temps à s'obstruer l'oreille gauche par tout ce qu'elle trouve à portée de sa main, provoquant ainsi des infections à répétition. Dès que l'on se dirige vers elle pour la soigner, on se rend compte que ce comportement a pour but de rendre ultra-sensible une partie du corps qui n'arrête pas, nous dit-elle, de lui répéter la voix de la seule personne de bonne foi en qui elle a pu avoir confiance à la maison : sa grand-mère paternelle. Son père avait pris une seconde épouse qui a rapidement nourri vis-à-vis de la petite des sentiments si haineux que cette dernière n'y tenant plus, a pris la fuite, en dépit de la réelle affection qui la liait à sa grand-mère. On peut noter, au passage, que ces formes d'hallucinations auto-provoquées furent repérées des grands psychiatres occidentaux, dont Baillarger dès 1854, et que les définitions usuelles de l'hallucination comme « perception sans objet » ou encore comme « action sans sujet », escamotent totalement la part d'expérience et d'action subjective en jeu dans ces productions psychiques (dimension positive du symptôme). Ces hallucinations ont souvent fonction, et c'est vrai aussi pour certaines hallucinations psychotiques, d'ouvrir le champ spatial immédiat, de créer en ouverture la troisième dimension qui manque. Le résultat d'une telle opération est de creuser l'espace afin de s'y loger, d'ouvrir un point dans l'espace immédiat, dans l'espace collé au corps, par où se profile une profondeur du champ. C'est-à-dire que cette forme d'activité hallucinatoire crée de la profondeur de champ, une sorte d'extension du monde au sein duquel le corps peut, enfin s'orienter. Toutes les hallucinations ne sont pas persécutrices, certaines, qui sont le plus souvent auto-provoquées, servent alors de partenaire au sujet, elles peuvent être accompagnatrices et consolatrices.

Un tel repli « régressif » renvoie donc à plusieurs raisons. Pour un certain nombre d'enfants, la chose la plus importante qui pouvait leur arriver dans

la journée était la présence régulière des « tournées » de la camionnette du SAMU, et la présence de certains qui, parmi nous, pouvaient rester des heures en compagnie de tel ou tel enfant. Ce « point fixe », repère majeur que représente le passage du véhicule infirmier du SAMU Social Mali (SSM) faisant irruption régulière dans la nuit de Bamako, devient alors autre chose qu'une simple ponctuation. Il prend valeur de contenant, devient un lieu pour des contacts, des échanges. Comme partout, parmi les enfants exclus, ceux qui le sont plus que d'autres redoutent de nouer des liens avec les structures existantes. On mesure peu et mal l'« exploit » que peut représenter le fait de quitter l'étroit périmètre des liens et des lieux familiers pour traverser des pans entiers de la cité afin d'être hébergé, soigné, incité au dialogue dans un centre institutionnel, comme le sont les centres d'hébergement avec lesquels le SAMU Social Mali travaille. Il n'est pas absurde de poser qu'il vaut mieux ici renoncer à l'idéal d'une prise en charge en réseau, devant mener à un placement, même transitoire du sujet, dans une structure existante, et s'en tenir à des relations d'aide et de proximité en prenant appui sur les relations que certains jeunes très exclus peuvent néanmoins nouer avec les gens du quartier. En ce sens notre action s'inscrit dans une logique de santé communautaire. Le plus souvent fort bien acceptée, la présence des équipes mobiles du SAMU Social Mali donne lieu – de trop rares fois il est vrai –, à un véritable travail d'échange avec la population adulte de ces quartiers, habitants, commerçants, transporteurs.

L'addiction aux produits solvants est régulière dans l'espace de la rue, mais les amphétamines y font aussi leur apparition. Les enfants et, surtout, les adolescents distinguent clairement deux formes d'usage. L'un, qui fait que les solvants sont utilisés de façon contrastée – créant comme un rythme d'avec et de sans, de vigilance et d'endormissement comateux –, pour le premier usage. En revanche, ceux de ces jeunes qui font un usage constant de la drogue, non « stratégique », et qui portent massivement atteinte à leur vie psychique, inquiètent et sont souvent signalés à l'équipe mobile des soignants.

Enfin, il est d'observation courante qu'un jeune ne consente à être soigné que si on prend soin également d'un autre jeune repéré par lui comme allant plus mal encore. Cette attitude renvoie à une façon de dignité : montrer qu'on a su prendre soin de la survie d'autrui, en dehors parfois de toute espérance tangible pour soi-même. Les équipes impliquées dans un travail de terrain se sont entendu à reconnaître deux choses. D'une part, qu'il fallait *entendre* cette forme de relation où un jeune ne peut demander

assistance et soin qu'en attirant d'abord l'attention d'un éducateur et d'un soignant sur un autre jeune qui objectivement va plus mal que lui, mais sans oublier le risque que le premier de ces jeunes disparaisse aux yeux de l'équipe sous l'évidence de la maladie ou du mal être du second à qui porter secours. D'autre part, qu'il ne fallait pas s'alarmer d'assister à des régressions lorsqu'un « sur-adapté » se sentant en confiance et en sécurité pouvait alors laisser tomber ses défenses et ses béquilles psychiques.

Je ne saurais clore ce panorama rétrospectif sans parler de la clinique parfois spécifique qui peut se mettre en place avec des enfants qui, pour certains, ont traversé l'horreur des guerres. Il y en a très peu à Bamako, ou, peut-être, ne les rencontrons-nous pas très aisément, pas assez de toute façon pour tenter une quelconque généralisation.

Lorsque des traumatisés de guerre, lorsque des enfants-soldats en absolue déroute, tentent de revenir aux traces même de ce qui a détruit leurs semblables, lorsqu'ils reviennent sur le lieu de l'effraction traumatique et de la perte de soi qui en a résulté, lorsqu'ils manipulent des bribes de corps-objet évoquant la puissance active du disparu, ils n'écrivent pas une histoire, et encore moins leur histoire. Ils rejouent, reprécisent un rapport à l'Originare. À peine un rite, encore moins un mythe. Un geste, un trajet que nous comprenons, parfois trop vite, par le truchement de nos ritualités et de nos mythologies privées, portatives.

Faute d'honorer un mort, en faisant « passer » son cadavre à l'ancestralité, le sujet témoin de la destruction massive de l'autre, de celui qui, proche des forces de vie et de mort était devenu, dans un compagnonnage héroïque ou résigné, un support narcissique, tente de trouver la place où le mort peut enfin être déposé. Un tel geste, non de deuil, pas encore de deuil, mais de création d'une sépulture, ne se fait pas sans que soit ravivé le sentiment d'appartenir à la communauté humaine minimale : celle des vivants qui savent honorer les morts.

La création de cet hébergement psychique est longue et elle est douloureuse. Souvent, après le choc traumatique, un vécu maniaque d'immortalité et d'indestructibilité peut, un temps, différer l'expérience de l'élaboration traumatique. Un temps seulement, car toute nouvelle prise du sujet dans le discours le rend comptable de ces morts. C'est parfois une conséquence du trauma, non l'installation d'un silence épais, mais la porte ouverte à un bavardage, à un discours sans semblant, sans équivoque et sans adresse – un trait encore, assez typique de la suradaptation paradoxale. Les cliniciens savent bien qu'il ne suffit pas de parler pour symboliser, encore faut-il que cette parole trouve, comme toute parole « pleine » un point

d'accueil dans l'autre. On le redit, ce qui peut occasionner du changement n'est pas le dévidage de la parole, mais la possibilité de rencontrer un autre fiable dont la parole et la voix comptent. L'angélisme du psychologisme d'urgence effectue le plus souvent un gommage de l'altérité subjective. Croire qu'il y a tout un monde d'objet et d'états d'âme qui attendent notre soif de nomination pour exister est une illusion qui oublie que ce que l'opération de nomination la plus ordinaire réalise, c'est un masquage de la dimension Autre, de ce qui dans notre rapport à notre condition de vivant parlant, sexué et mortel ne fait pas rapport, précisément.

La façon dont un sujet rend compte du fait qu'il a traversé un traumatisme est d'un sérieux intense : celui qui marque cette aventure d'avoir à redonner corps de parole entre lui et les disparus qui ont avec eux emportés dans leurs disparitions le propre rapport de ce sujet à la mort. Parler au risque d'être le premier à parler du monde perdu, des possibles à venir. Cette position de témoin peut être anéantissante, toutefois. Souvent des sujets qui s'évadent de leur engluement traumatique tentent de refabriquer une fraternité de discours ou s'inscrire. Cette quête de fraternité s'adresse parfois au clinicien, à ces moments où le sujet ne réclame ni la plainte consolatrice, ni la bienveillance neutralisante, mais tout simplement le fait d'être cru pour sortir de la stupeur et de la honte. L'irréel, (c'est-à-dire) le surréel d'un récit de trauma ne saurait s'interpréter comme un rêve, car le Réel ne s'interprète pas comme une formation de l'inconscient. Car il s'agit bien de reprendre goût à l'amour de parole.

L'amour de la parole, ou encore ce moment dépressif où le sujet réalise que quelque chose de cet amour et de cette dette non sacrificielle à la parole n'a pas été totalement éradiqué par la catastrophe, que cette dernière ne fut pas totale. Toute rencontre, même traumatique serait-elle alors manquée ? Il n'y a pas place ici pour une simple joie, un simple soulagement.

Le sujet est placé devant le scandale de la présence erratique d'un mort-vivant. Le psychisme utilise, à ce moment-là, pour se représenter un lien possible avec l'objet des images de choses corporelles, images qui sont en deçà d'une perception unifiée du corps. L'activité hallucinatoire réalisera des formes d'objets où se jouent des processus de destruction et de destructivité rejetés hors de soi. Et l'adolescent, qui en revient aussi à pouvoir réinvestir le nom qu'il porte, met alors son propre corps en jeu. À ce niveau de l'observation, je ne citerai qu'un trait dans la relation d'objet de ces enfants qui peut émouvoir et captiver. J'ai recueilli ces témoignages auprès d'adolescents qui furent sans doute des enfants-soldats. Trois d'entre eux ressentaient et montraient le besoin qu'ils avaient de garder comme une

possession une relique qui viendrait d'un disparu, tel un reste de vêtement, un fragment d'objet (monture de lunette, capuchon de stylo, fragment de photo). Cet objet reliquat qui condense et noue ensemble ces malheureux restes est autre chose qu'un souvenir, c'est une forme agissante qui redonne du semblant de corps et à partir de quoi une élaboration fantasmatique des altérités perdues en un non-lieu, peut se remettre en chemin et en chantier. J'en ai vu de ces reliques, de ces objets vestiges, de ces formes informes qu'enserraient des bouts de tissus, de bandelettes, de paperasses, et qu'une investigation folklorisante aussi malheureuse qu'offensante nommerait fétiche. J'ai parfois entendu ces pauvres litanies, ces psalmodies minimales et ténues qui accompagnaient la manipulation de telles reliques, ces façons de berceuses qui conjoignaient enfin, et à nouveau, le corps de la voix au corps du voir. Une forme rythme donnée au silence et orientant le silence, faisant ombilic de mémoire, avant qu'à partir de ce don de voix outrepassant la sidération où nous engloutissent les ténèbres obscures et mutiques, une mémoire narrative puisse reflleurir. Si on suppose que l'objet reliquat est le reste diurne qui se repose dans les mains du sujet après la décantation des sidérations, alors nous pourrions généraliser à parler de la matérialité de ce qui reste après l'expérience d'effroi et dont l'enfant fait partenaire. Je note encore que ceux des enfants ou adolescents qui ont développé une pratique de ce reliquat sont, beaucoup moins que les autres, enclins à la consommation de ces drogues qui, tout comme le choc traumatique, replient l'appareil psychique sur lui-même dans une immédiateté anesthésiante, dans ce triomphe d'une apathie, mélancolie sans dépression.

Entendant ces jeunes adolescents parler de leurs compagnons d'infortune ou de leurs parents massacrés sous leurs yeux et enterrés nulle part, j'entendais fulgurer, dans leur parole, l'écho d'un temps invraisemblable. Celui où ils disséquaient l'image de la mise à mort, non comme celle d'une agression subie, mais plus exactement comme celle d'une prétention réussie du mort à se faire disparaître, morceau par morceau, pièces après pièces. Construction du corps des larmes, du corps des percepts, véritable récréation d'un soi corporel avant que, aidé en cela par des cliniciens avertis de ces nouvelles cliniques des ruptures des liens primaires, tel ou tel enfant puisse enfin se reconstruire comme sujet d'une histoire plausible, d'une narrativité qui surgit, pour un enjeu de socialisation, des retrouvailles avec ce qui reste de familles. Mais même de nouveau inséré, de nouveau adopté par ce qui peut encore rester de famille, cet enfant ou cet adolescent, revenu du séjour de ces morts sans royaume, ne sera plus l'enfant archétypal, voué à reprendre les fils de la tapisserie traditionnelle, et il ne sera pas davantage

cet enfant métissé qui porte aux plus vifs les couleurs et les coutumes des appartenances plurielles et polyphoniques. Il sera cet étranger, moderne, rescapé, responsable d'un futur, ayant dans le meilleur des cas conjuré les sortilèges à mesure qu'il traduit, trahit et transporte ce point d'ancestralité où il peut enfin loger et parier sa confiance (Douville, 2004a).

9. *Le temps FIR*

Comment soigner convenablement celle ou celui qui n'a pas les mêmes références culturelles que celui qui veut l'entendre et le soigner ? C'est une inquiétude concrète que nous rencontrons dans notre travail quotidien et que nous ne pouvons éviter. Ni la solution de l'universalisme ni celle du particularisme ne conviennent, et ce chapitre a exposé les raisons de cela. Mais c'est aussi qu'il y a une impuissance des savoirs convenus à donner raison de l'étrangeté de l'autre. Comme il est surprenant, certes, d'entendre des mères nous parler de façon si lointaine, si exotique aussi, du moins dans un premier temps du lien de leur enfant aux ancêtres, ou même aux esprits ! Mais comme il est surprenant, tout autant de constater qu'il y a entre les autres et nous des proximités et des intimités insoupçonnées. La parole pleine ne se déplie pas comme un récitatif de l'identité prescrite, une déclinaison plus ou moins érudite des particularités sociales et culturelles. Elle cherche, ici ou ailleurs, un certain rapport à la vérité de soi qui ne se réduit pas ni ne pourrait être réduit au code commun. Et souvent, cette histoire de l'autre, de cet autre si « exotique » et si éloigné, éveille en nous des associations qui nous déplacent de nos propres certitudes identitaires. L'étrangeté n'est plus alors localisée comme différence absolue. Devenant altérité elle nous interroge sur les propres aspects artificiels ou précaires de nos propres codes, de nos propres mirages identitaires. L'étranger du lointain éveille l'étranger en nous, l'insoupçonné fécond. Au risque, parfois d'une angoisse, d'un vertige.

Alors comment parler de cela ? de cet intime bouleversé ? La supervision individuelle avec un psychanalyste est conseillée, vivement. Mais aussi comment ne pas oublier que ces enfants et ses parents que nous recevons ont besoin d'articuler des positions de sujet par rapport aux modèles culturels dont ils sont les héritiers et parfois les passeurs ?

Nous indiquons ici le fait que les patients venus d'ailleurs et vivant ici, et leurs enfants plus encore, nous mettent, si nous savons encore ouvrir nos

yeux et nos oreilles en état de « formation permanente » interne. Ce serait là une bonne raison pour situer cette transformation interne par une formation plus académique que ne manquent pas de dispenser quelques diplômes universitaires – DU – et diplômes inter-universitaires – DIU – qui sont réservés aux professionnels désireux d’acquérir un supplément de formation.

De tels enseignements permettent au psychologue d’occuper utilement pour lui-même et la collectivité ce fameux FIR ou « tiers-temps » censé garantir un dégagement de temps pour des compléments de formation, lorsque le psychologue exerce sa profession dans une institution de soin. Il se mettrait ainsi en accord avec son code de déontologie qui fait au praticien un devoir de se former continûment.

Encadré n°2 DU et DIU interculturels

Parmi les DU et DIU qui font une large part à l’interculturel nous en présenterons quelques-uns.

En ethnopsychiatrie stricto sensu

- Le diplôme universitaire de psychiatrie transculturelle, responsable du diplôme Marie-Rose Moro, UFR Santé, médecine, biologie humaine, université Paris-XIII ; 74, rue Marcel-Cachin, 93017 Bobigny cedex : l’enseignement porte sur les liens entre psychopathologie et migrations à des fins de prévention et de soin des psychopathologies « des migrants ».
- DESU (niveau bac + 4) pratiques cliniques avec les migrants et leurs enfants : centre Georges-Devereux, université Paris-VIII, responsables : Tobie Nathan et Viviane Romana : cette formation vise à apporter des connaissances anthropologiques sur :
 - des systèmes d’alliances, de parenté, d’affiliation au lignage ;
 - des théories culturelles explicitant les négativités de l’existence (maladie chronique et incurable, mort brutale et violente, troubles mentaux, récurrence d’événements malheureux ou d’échecs, etc.) ;
 - des dispositifs traditionnels de soins fréquentés par ces familles ;
 - des conséquences de la migration, tant individuelles que familiales.





- Diplôme inter-universitaire Santé Humanitaire. Dispensée à Marseille et à Lyon, cette formation de trois semaines aborde les principales questions relatives à la santé humanitaire dans l'urgence et le développement international. Université Claude Bernard - Lyon 1.

Les modalités de prévention

Préparant à un travail de soin psychique pour des situations de grande exclusion des enfants et adolescents, et contenant des enseignements d'anthropologie clinique :

- Le diplôme inter-universitaire « Abord des enfants errants, en danger, dans les rues des mégapoles », université de Paris-XII ; université de Paris-VI ; UFR de médecine de Créteil – UFR de médecine de Saint-Antoine : l'objet d'un enseignement consacré aux abords cliniques et psychopathologiques des « enfants des rues » est de permettre un meilleur accompagnement de ces jeunes, les étudiants accèdent à une définition des pratiques, à leur évaluation, et finalement à une meilleure approche clinique éducative et thérapeutique. Cette formation leur permet à terme de devenir des opérateurs légitimes auprès des enfants et des adolescents vivant dans les rues des grandes villes du monde. Elle a été lancée en 2003. Responsables pédagogiques : Xavier Emmanuelli, Catherine Bertrand, Olivier Douville. Des extensions de cette formation feront à partir du printemps 2007 l'objet d'enseignement à Sciences Po.

10. Conclusion

Sans méconnaître le rôle de la culture et de l'histoire, notre démarche est alors de comprendre les complexes familiaux et de comprendre que c'est au cœur de ces complexes que se nichent les principes d'une causalité psychique. Il est nécessaire d'aider là encore les parents et leurs enfants à symboliser l'exil, à réaliser l'exil comme expérience subjective et non à le ressasser comme trauma. C'est pourquoi nous ne pouvons pas considérer que les sujets soient simplement représentatifs de leur groupe culturel, ni ne pouvons penser que tout symptôme renvoie à la seule souffrance dans l'identité culturelle.

Les recherches en anthropologie clinique (Dahoun, 1995 ; Govindama, 1999 ; Benslama 2004 ; Douville, 2005) mènent à considérer que ce que représente l'enfant, comme nouveauté et comme rappel de ce qui est refoulé dans chaque lignée peut être différemment insistant selon que les familles et les groupes se vivent comme réglés et apaisés par une stabilité programmatique à la tradition, ou non. Il faut rappeler que dès que le travail éducatif ou clinique rencontre un enfant, il ne peut réduire cet enfant à la moindre désignation savante ou coutumière par laquelle il se présente au monde ou avec laquelle il est exposé dans le monde.

Aujourd'hui, ce sont bien ces grands exclus à la dérive, qui sont l'enjeu d'une psychopathologie clinique et d'une psychothérapie complètement à réinventer (Queszmand-Zucca, 2007). Dans un contexte de trauma lié à la destruction des liens sociaux, langagiers, des rapports entre mort et vivants, « les équipes cliniques peuvent jouer un rôle de médiation important en permettant d'une part aux familles réfugiées de se réapproprier et de valider les stratégies traditionnelles ou politiques qui leur sont disponibles dans le pays d'origine et, d'autre part, en facilitant la co-construction de solutions métisses qui reflètent la multiplicité des univers dans lesquels naviguent les réfugiés¹ » soutient C. Rousseau (2000).

11. Pour aller plus loin

L'étudiant(e) qui désire se consacrer à des recherches en psychologie clinique interculturelle, en direction des enfants et adolescents peut s'adresser pour des stages aux centres décrits dans cet article. Il pourra également lire les livres ou articles suivants. Et, s'il désire poursuivre sa formation, s'inscrire à un ou plusieurs diplômes universitaires qui ont été décrits *supra*.

Des lectures complémentaires sont présentées ci-dessous de façon thématique.

Anthropologie et clinique

Ces lectures aident à situer les apports et les limites de la connaissance anthropologique au soin psychique. Elles permettent aussi de se rendre compte que les objets de l'anthropologie ont changé car de nombreux anthropologues se consacrent aux modifications rapides des rapports entre

1. Rousseau C. (2000). « Les réfugiés à notre porte, violence organisée et souffrance sociale », *Criminologie*, 1, p. 39.

- identité et altérité, pouvoir et identité culturelle. L'anthropologue aujourd'hui peut décrire des sociétés à structures complexes et mouvantes.
- ALTHABE G. (1992). *Vers une ethnologie du présent*, G. ALTHABE, D. FABRE, G. LENCLUD (dir.), Paris, Éd. de la Maison des sciences de l'homme, p. 247-257.
- BARTH F. (1995). « Les groupes ethniques et leurs frontières », in POUTINAT Ph., STREIFF-FERNAT J., *Théories de l'ethnicité*, Paris, PUF, p. 203-249.
- BASTIDE R. (1950). *Sociologie et psychanalyse*, Paris, PUF.
- BASTIDE R. (1972). « Approches des causes sociales et culturelles de la maladie mentale », *Information sociale*, n° 5, p. 38-49.
- BASTIDE R. (1970). *Le Prochain et le Lointain*, Paris, Cujas.
- BASTIDE R. (1965). *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion.
- CUCHE D. (1994). « Le concept de "principe de coupure" et son évolution dans la pensée de Roger Bastide », in R. Laburthe-Tolra (dir.), *Bastide ou le Réjouissement de l'abîme*, Paris, L'Harmattan.
- FANON F. (1952). *Peaux noires et masques blancs*, Paris, Le Seuil.
- LINTON R. (1968). *De l'homme*, Paris, Éd. de Minuit.

Exil et langue

Ce texte complète les informations données dans la bibliographie principale et insiste sur les différences entre diverses formes de bilinguisme.

- AMATI MEHLER J.S. ARGENTIERI S., CANESTRI J. (1990). *La Babel de l'inconscient*, Paris, PUF, coll. « Le fil rouge », 1994.

Clinique de l'exil, ethnopsychiatrie

Ces lectures aideront l'étudiant et le praticien à mieux situer la diversité des références anthropologiques dès qu'il est question d'exil et de migration. Elles portent l'accent, pour la majeure part d'entre elles, sur les opérations transversales de recomposition des identités et des références. En dégageant le travail psychique que cela implique, son coût, ses rapports à la sublimation, ou, au contraire, en mettant l'accent sur les effets d'empêchement des pertes et des passages.

- AUDISIO M., DOUVILLE O. (1994). « Des transmissions en crise », in *L'Information psychiatrique*, n° 7, septembre, vol. 70-697, p. 577-582.
- BENNEGADI R. (1993). « Pathologie du migrant au travail : éclairage de l'anthropologie médicale clinique », *Migrations Santé*, n° 75-76, p. 55-62.
- BENSLAMA F. (1991). « L'enfant et le lieu », *Cahiers Intersignes*, n° 3, automne, p. 51-69.

- BENSLAMA F. (1997). « La demeure empruntée », *Psychologie clinique*, 3, 1 « Les sites de l'exil », p. 39-48.
- DAHOUN K.S.Z. (1992). « Les us et abus de l'ethnopsychiatrie », in *Les Temps modernes*, juil.-août, p. 224-251.
- DOUVILLE O. (1993). « Préalables pour une clinique à l'épreuve de l'exil », in M. REY-VON ALLMEN (dir.), *Psychologie clinique et interrogations culturelles*, Paris, l'Harmattan, coll. « Recherches universitaires et migration », p. 81-108.
- FABREGA H. JR. (1980). *Disease and Social Behavior : An Interdisciplinary Perspective*, Cambridge, The MIT Press.
- GALAP J. (1997). « De la culture au dysfonctionnement : la pratique de l'enfant-paquet », *Psychologie clinique*, 3, 1997-1, p. 83-97.
- HIRT J.M. (1997). « L'ailleurs et l'ici. L'héritage de l'exil », *Psychologie clinique*, 3, 1997-1, « Les sites de l'exil », p. 49-58.
- HUREIKI J. (2005). *Ethnopsychiatrie compréhensive*, Paris, L'Harmattan.
- JOSEPH-DUCOSSON D. « L'ethnopsychiatrie... Un chemin plein d'embûches », *Synapse*, sept., 148, p. 25-227.
- KAËS R. (1998). « Une différence de troisième type », in R. KAËS (dir.), *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, Paris, Dunod, p. 1-20.
- KLEINMANN A. (1988). *The Illness Narratives : Suffering, Healing and the Human Condition*, New York, Basic Books.
- LAPLANTINE F. (1982). « Ethnopsychiatrie et ethnoscience », *Confrontations psychiatriques*, 217, p. 11-30.
- LAPLANTINE F. (1991). « Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie : de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne », in D. JODELET, *Les Représentations sociales*, Paris, PUF, p. 277-298.
- LAPLANTINE F., NOOS A. (2001). *Dictionnaire des métissages*, Paris, Pauvert.
- LE ROY J. (1997). « Migrations, ruptures et reconstructions identitaires dans la modernité d'une capitale africaine : Kinshasa (R.D. du Zaïre) », *PTAH « Modernités – Résonances Psychiques »*, 1-2, p. 139-152.
- LOSSO R. (1997). « Les processus de transmission et d'acquisition de l'identité. Leurs avatars par rapport aux nouvelles organisations familiales de la modernité et de la post-modernité », *PTAH « Mythologies, Identité(s)-Altérité(s)*, 3-4, p. 93-108.
- LY O. (1993). « Pratiques d'intervention réelle et symbolique sur le corps de l'enfant : tatouages, scarifications, excisions », *Enfants d'ici, enfants d'ailleurs*, Ramonville Saint-Agne, Érès, p. 45-53.

- MURPHY H.B.M., KOVÉSS V, VAMLLA J.-P. (1982). « Aspects socio-culturels d'un modèle de soin en psychiatrie », *Confrontations psychiatriques*, 217, p. 281-302.
- NATAHI O. (1997). « Exil et adolescence : entre exil du Père et récit de l'exil », *Psychologie clinique*, 3, 1997-1 « Les sites de l'exil », p. 73-92.
- ORTIGUES M.C., ORTIGUES E. (1966). *Œdipe africain*, Paris, Plon.
- PIRET B. (2003). « La consultation psychothérapique avec interprète : intérêts, difficultés et limites », in *Parole de l'autre. L'interprétariat dans l'entretien médical et social*, Migrations Santé Alsace (1, rue Martin-Bucer, 67000 Strasbourg), p. 59-68.
- RECHTMAN R., RAVEAU F.H.M. (1993). « Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie » *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris 37-715-A-10.

L'institution

- WACJMAN C., DOUVILLE O. (dir.) (1996). « Enfants en institution », *Psychologie clinique*, vol. 2, Paris, L'Harmattan.
- WACJMAN C., PASQUIER E. (dir.) (2002). « L'institution soignante », *Psychologie clinique*, vol. 12, Paris, L'Harmattan.

Les revues suivantes traitent directement des problématiques interculturelles ou leur accordent, régulièrement une large place.

- *L'Autre* (revue transculturelle) : fondée par Marie-Rose Moro, cette revue exprime des vues strictement conformes aux doctrines culturalistes de la nouvelle ethnopsychiatrie française tout en mentionnant, y compris dans son titre, l'importance de la question de l'altérité qui est au cœur de la psychopathologie actuelle comme elle est au cœur de nos sociétés modernes. On y trouve de « grands entretiens ».
- *L'Évolution psychiatrique* (numéros réguliers portant sur psychisme et culture). Le nom *L'Évolution psychiatrique*, qui était, au départ, le titre d'un ouvrage collectif en deux tomes (1925 et 1927) dirigé par A. Hesnard et R. Laforgue devient celui d'une revue dirigée par H. Codet et E. Minkowski. En 1930, autour de la revue, un groupe se réunit, autour de la société scientifique de la revue qu'il renforce. Bien que cette société ne soit pas une société de psychanalyse, sept des membres fondateurs de la Société psychanalytique de Paris s'y retrouvent. Récemment, en 1992, *L'Évolution psychiatrique*, qui reste le lieu le plus important où des psychiatres et des cliniciens d'obédiences diverses peuvent confronter leur point de vue, a joué un rôle très actif dans la création de la Fédération française de psychiatrie.

- *L'Homme* (anthropologie) : revue fondée en 1961 par Émile Benveniste, Pierre Gourou et Claude Lévi-Strauss, se veut ouverte aux multiples courants théoriques de l'anthropologie. Patrice Bidou et Jacques Galinier échangent souvent avec la psychanalyse.
- *Le Journal des anthropologues* (Association française des anthropologues) : cette publication s'est véritablement ancrée dans le paysage scientifique en occupant une place originale. Son objectif principal est la diffusion rapide de travaux anthropologiques récents concernant les transformations du monde contemporain et les nouveaux objets de la recherche. Chaque numéro est élaboré dans une perspective comparatiste, associant des recherches menées dans des aires culturelles variées. Une réflexion sur la pratique de la discipline et son évolution ainsi que sur l'interdisciplinarité y est menée. Une attention soutenue est portée aux aspects épistémologiques et aux dialogues avec les autres sciences humaines dont la psychanalyse (dialogues souvent menés par Monique Sélim).
- *Adolescence*. Dirigée par P. Gutton, assisté par un séminaire de préparation de la revue (J.Y. Le Fourn, F. Marty, F. Richard, A. Tassel, O. Douville, O. Ouvry, etc.), cette revue qui paraît quatre fois par an fait la part belle à des articles traitant du culturel.
- *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie* : cette revue dirigée par Tobie Nathan a pour constance de publier des textes centrés sur les techniques thérapeutiques d'ici ou d'ailleurs. Elle légitime ainsi les dispositifs du centre Georges-Devereux et répond au projet de recherche de ce centre : établir une anthropologie clinique des opérateurs thérapeutiques et des médiations soignantes à travers le monde. Elle ne paraît plus.
- *Psychologie clinique* (numéros réguliers sur l'anthropologie clinique et les cliniques des exils) : la revue dirigée par Olivier Douville, Robert Samacher, Serge Raymond et Claude Wacjman reste fidèle à une des orientations du laboratoire où elle a vu le jour, celui dirigé par Claude Revault D'Allonnes, qui décrit les croisements entre subjectivité et lien social.
- *Psychopathologie africaine – Social Sciences and Psychiatry in Africa* (revue présentant des travaux cliniques sur l'Afrique anglophone et francophone) fondée par H. Collomb, revue de la Société de psychopathologie et d'hygiène mentale de Dakar est actuellement co-dirigée par Momar Guèye (Dakar) et René Collignon.
- *PTAH : Psychanalyse-Traversées-Anthropologie-Histoire* (revue de l'association Rencontres, anthropologie et psychanalyse sur les processus de socialisation) : fondée par Michèle Cadoret, Michel Audisio et Olivier

Douville, cette revue rassemble des travaux issus de colloques transdisciplinaires où anthropologues, psychanalystes, mais encore historiens et juristes débattent d'une clinique et d'une anthropologie des mondes contemporains. Le questionnement sur le politique y est constant.

Références bibliographiques

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, APA Press.
- ARNAUT R. (2006). *La folie apprivoisée : l'approche unique du professeur Collomb pour traiter la folie*, Paris, De Vecchi.
- AUDISIO M., CADORET M. *et al.* (1996). « Anthropologie et Psychanalyse : une rencontre à construire » *Journal des anthropologues*, 64-65, printemps-été, p. 127-142.
- AUGÉ M. (1989). « Corps pluriel et clairvoyance », in M. Cadoret (dir.), *La Folie raisonnée*, Paris, PUF, coll. « La nouvelle encyclopédie Diderot », p. 170-179.
- BARRY A. (2001). *Le Corps, la Mort et l'Esprit du lignage. L'ancêtre et le sorcier en clinique africaine*, Paris, L'Harmattan.
- BAUER J.-P. (1979). « L'enfant et les langues. À propos d'un cas de bilinguisme », *Enfance*, 3-4, p. 195-205.
- BENSLAMA F. (2004). « Qu'est-ce qu'une clinique de l'exil ? », *Évolution psychiatrique*, 69, p. 23-30.
- BONNET D. (1988). *Corps biologique et corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays massi, Burkina Faso*, Paris, ORSTOM.
- CADORET M., DOUVILLE O., ROUCHY J.-C. (1989). « La stratégie thérapeutique pour l'individu pris dans son groupe et sa culture », *Psychiatrie française : « Langues, Langage et Cultures dans la pratique psychiatrique »*, n° spécial, mai, 20^e année, p. 163-167.
- CHERKI A. (2006). *La frontière invisible. Violences de l'immigration*, Paris, éd. Elema.
- COUCHARD F. (1999). *La Psychologie clinique interculturelle*, Paris, Dunod.
- CUCHE D. (2001). *La Notion de culture dans les sciences sociales* (3^e éd., 2004), Paris, La Découverte.
- DAHOUN K.S.Z. (1995). *Les Couleurs du silence. Le mutisme des enfants migrants*, Paris, Calmann-Lévy.

- DIASIO N. (1994). « Malades ailleurs : maladie et rite de passage dans un dispensaire pour immigrés à Rome », in C. LABAT, G. VERMES, *Cultures ouvertes, sociétés interculturelles. Du contact à l'interaction*, Paris, L'Harmattan, p. 353-360.
- DESPIERRES P.-G. (2005). « De Freud au trauma africain : introduction », *Les Cahiers du GRAPPAF* 7, p. 5-17.
- DEVEREUX G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard.
- DEVEREUX G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion.
- DOLTO F. (1971). *Psychanalyse et pédiatrie*, Paris, Le Seuil.
- DOUVILLE O., HUGUET M. (dir.) (1997a). « Les sites de l'exil », *Psychologie clinique*, n° 3 (avec des contributions de F. Benslama, M. Cadoret, J. Galap, J.-M. Hirt, O. Natahi, R. Stitou...).
- DOUVILLE O., HUGUET M. (dir.) (1997b). « L'exil intérieur », *Psychologie clinique*, n° 4 (avec des contributions de L. Boutaleb et O. Douville, A. Cherki, M.-C. Lambotte, A. Longuet-Marx, R. Leparoux, J.-C. Maleval...).
- DOUVILLE O., GALAP J. (1999). « Santé mentale des migrants et réfugiés en France », in *Encyclopédie médico-chirurgicale* (Elsevier, Paris), *Psychiatrie*, 37-880-A-10.
- DOUVILLE O. (1999). « Notes d'un clinicien sur les incidences subjectives de la grande précarité », *Psychologie clinique*, nouvelle série, 7, printemps, p. 57-68.
- DOUVILLE O. (2000). « Notes sur quelques apports de l'anthropologie dans le champ de la clinique interculturelle », *L'Évolution psychiatrique*, 65, 4^e trim., 641-761.
- DOUVILLE O. (2004a). « Enfants et adolescents en danger dans la rue à Bamako (Mali). Questions cliniques et anthropologiques à partir d'une pratique », *Psychopathologie africaine*, 2003-2004, XXXII, 1, p. 55-89.
- DOUVILLE O. (2004b). « D'un devenir qui prend le tour de la folie, ou des séductions adolescentes pour le franchissement », in P. DELAROCHE, J.-P. MOURAS (éd.), *Peut-on devenir fou ?*, Ramonville Saint-Agne, Érès, coll. « le Bachelier », p. 71-93.
- DOUVILLE O. (2005). « L'enfant dit enfant-ancêtre et le secret des générations », *Champ psychosomatique*, n° 37, p. 107-120.
- DOUVILLE O. (2006). « Georges Devereux », *Dictionnaire des sciences humaines*, Paris, PUF, p. 272-274.
- DOUVILLE O. (2007). *De l'adolescence errante*, Nantes, éd. Pleins feux (distr. PUF).

- EMMANUELLI X. (2002). *La Fracture sociale*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? ».
- ERIKSON E. (1966). *Enfances et société*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- FERRANDI R. (2002). « Les enfants de l'immigration : une différence peut en cacher une autre. Proposition d'un référentiel d'analyse pour les intervenants » in C. SABATIER, O. DOUVILLE (dir.), *Cultures, insertions et santé*, Paris, L'Harmattan, coll. « Espaces interculturels », p. 177-201.
- FREUD S. (1909). « Le roman familial des névrosés », in *Névrose, Psychose et Perversion*, Paris, PUF, 1974, p. 157-165.
- FREUD S. (1920). « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1973, p. 83-164.
- GORI R., DEL VOLGO M.-J. (2004). *La Santé totalitaire, essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël.
- GOVINDAMA Y. (1999). « Identité, croyance, culture », in A. COMBRICHON (dir.), *Psychanalyse et décolonisation*, Paris, L'Harmattan, p. 199-211.
- GUELAMINE F. (2000). *Intervenir auprès des populations immigrées*, Paris, Dunod.
- GUYOTAT J. (2000). *Psychiatrie lyonnaise*, Paris, Sanofi-Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond ».
- HALFON O., PIERREHUMBERT B., CHOUCHEA O., BADSER M. (1997). « À propos de la transmission intergénérationnelle : paradigme psychanalytique et paradigme de l'attachement forment-ils un alliage impur », *Psychiatrie de l'enfant*, XL, 2, p. 625-648.
- KAËS R. (dir.) (1998). *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, Paris, Dunod.
- LÉVI-STRAUSS C. (1958). *Anthropologie structurale*, Paris, Plon.
- LACAN J. (1953). *Le Mythe individuel du névrosé*, conférence prononcée au Collège de Philosophie de J. Wahl, et diffusée en 1953.
- LALLEMAND S., JOURNET O. (1991). *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*, Paris, L'Harmattan.
- MAROTTE C. (1995). « The phenomenon of torture : Effect and consequence », in B. MISGELD (dir.), *Our Midst. Educational Aids to Work with Survivals of Torture and Organized Violence. A Reflective Interactive Approach*, Toronto, Canadian Centre for Victims of Torture.
- MORO M.-R. (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs*, Paris, La Découverte.
- NATHAN T. (1999). *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob.
- NATHAN T. (2000). « Autistes ou ancêtres », in *L'Enfant ancêtre*, Paris, Éditions La Pensée sauvage, p. 7-32.
- OPLER M.-K. (1959). *Culture and Mental Health. Cross Cultural Studies*, New York, The Macmillan Company.

- PROCHIANTZ A. (1997). *Les Anatomies de la pensée*, Paris, Odile Jacob.
- QUESZMAND-ZUCCA S. (2007). *Je vais salir ma rue. Chronique de la désocialisation*, Paris, Stock.
- RABAIN J. (1979). *L'Enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge*, Paris, Payot (2^e éd. 1994).
- RABIN-JAMIN J. (1993). « Interactions langagières et contexte culturel », in F. TANON, G. VERMES (dir.), *L'Individu et ses cultures*, Paris, L'Harmattan, coll. « Espaces interculturels », p. 122-134.
- RECHTMAN R. (1990). « Regards sur la santé mentale des réfugiés d'Asie du Sud-Est : introduction », *Migrations Santé*, 8-10.
- RECHTMAN R. (1996). « Anthropologie et psychanalyse : un débat hors sujet ? », *Journal des anthropologues*, 64-65, printemps-été, p. 65-86.
- ROUSSEAU C. (2000). « Les réfugiés à notre porte, violence organisée et souffrance sociale », *Criminologie*, 1, p. 33-40.
- SIBONY D. (1999). *Entre-deux. L'origine en partage*, Paris, Le Seuil.
- SABATIER C., DOUVILLE O. (dir.) (2003). *Cultures, insertions et santé*, Paris, L'Harmattan, coll. « Espaces interculturels ».
- SCHULER P., BENNEGADI R. (1993). « Ethnopsychiatrie et anthropologie médicale », *Migrations Santé*, 1993, n° 75-76, p. 93-100.
- SPLITZ R. (1968). *De la naissance à la parole*, Paris, PUF.
- STITOU R. (1997). « Universalité et singularité de l'exil », in *Les Sites de l'exil, Psychologie clinique*, 3, 1997-1, p. 13-29.
- ZEMPLENI A., RABAIN J. (1965). « L'enfant "Nit Ku Bon" un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et les Lebou du Sénégal », *Psychopathologie africaine*, 1965, 18, 3, p. 329-441.



CHAPITRE
9



*Le psychologue clinicien
et les addictions¹*



1. Par Corinne Antoine et Nathalie Duriez.

Sommaire

▶ Introduction.....	Page 477
▶ 1. Le contexte théorique des addictions	Page 477
▶ 2. Prise en charge des sujets toxicomanes	Page 488
▶ 3. Prise en charge des patientes présentant des troubles du comportement alimentaire (TCA)	Page 508
▶ 4. Le temps FIR	Page 541
▶ 5. Conclusion.....	Page 546
▶ Références bibliographiques.....	Page 547

Introduction

Depuis quelques années, un nouveau paradigme se construit autour de la notion d'addiction. Celle-ci permet de regrouper des troubles pathologiques parfois très différents sur le plan clinique comme l'alcoolisme, la toxicomanie, la dépendance médicamenteuse, l'anorexie mentale, la boulimie, les achats compulsifs, la dépendance sexuelle, le jeu pathologique, le tabagisme, les tentatives de suicide à répétition, la dépendance au travail, à une secte, au sport, etc. Le terme d'addiction apparaît avant tout transnosographique, mais nous évoquerons ici plus spécifiquement le travail du psychologue clinicien avec les patients toxicomanes, anorexiques et boulimiques. Après avoir rappelé le contexte théorique du concept d'addiction, nous insisterons sur la période de l'adolescence, durant laquelle émerge le plus souvent les problèmes de toxicomanie et les troubles des conduites alimentaires. Nous présenterons ensuite les différents dispositifs de prise en charge de ces patients que nous illustrerons par des vignettes cliniques. Enfin nous proposerons des adresses Internet, des adresses de formations universitaires, et des références bibliographiques essentielles pour le psychologue clinicien qui veut se spécialiser dans ce domaine ou actualiser ses connaissances.

1. Le contexte théorique des addictions

Le psychologue clinicien qui travaille avec des sujets dépendants doit bien connaître la clinique de ces personnes et les outils à sa disposition pour leur prise en charge. Celle-ci nécessite un travail en réseau alors que le traitement des troubles des conduites alimentaires demandera plus un travail en équipe. Afin d'orienter son travail au plus près des problématiques rencontrées, il peut s'appuyer sur les concepts que nous allons développer ci-dessous et sur l'approche spécifique de l'institution à laquelle il appartient.

Définition

La définition de l'addiction qui est retenue en général a été élaborée en 1990 par Goodman dans un article fondamental¹, sous la forme du tableau ci-dessous.

Nous pouvons la résumer ainsi :

L'addiction est un processus par lequel un comportement, qui peut avoir pour fonction à la fois de donner du plaisir et de soulager un malaise intérieur, se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit de la connaissance des conséquences négatives importantes.

Tableau 9.1
La définition des addictions selon Goodman (1990)

A	Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
B	Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
C	Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
D	Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
E	Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants : 1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation. 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine. 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement. 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre. 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement. 7. Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique. 8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité. 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
F	Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

To be addict to signifie en anglais « s'adonner à ». L'utilisation de ce terme suppose donc l'idée d'activité et indique un sens différent de celui de ses synonymes français « dépendance » et « habitude », ou encore « assuétude », voire « assujettissement », chacun marqué de passivité et d'abandon. Bergeret (1981) rappelle l'étymologie du terme en vieux français : donner son

1. A. Goodman, (1990). « Addiction : definition and implications », *British Journal of Addiction*, 85, p. 1403-1408.

corps en gage pour une dette impayée. Dans l'acte de se donner, de s'adonner, il s'agit « de considérer à la suite de quelles carences affectives le sujet dépendant est amené à payer par son corps les engagements non tenus et contractés par ailleurs » (Bergeret, 1981). McDougall (1982) souligne le fait que le terme d'« addiction » renvoie à l'état d'esclavage, donc à la lutte inégale du sujet avec une partie de lui-même, tandis que la toxicomanie indique un désir de s'empoisonner. Or telle n'est pas la visée originelle du dit « toxicomane » car la conduite addictive agit d'abord comme un processus d'automédication avant de devenir le plus souvent un processus d'autodestruction. L'addiction n'est ni la consommation, ni l'usage de produits, ni même leur abus, mais bien la dépendance à un produit ou à une situation recherché et consommé avec « avidité » (Pédinielli *et al.*, 1997).

Les précurseurs dans le champ de la psychanalyse

Très tôt, certains auteurs d'obédience psychanalytique vont ouvrir la voie au développement actuel du paradigme de l'addiction. À commencer par Freud qui, dans une lettre à Fliess (lettre 79 datée du 22 décembre 1897), regroupe différentes conduites sous le terme d'habitudes morbides : « J'en suis venu à croire que la masturbation était la seule grande habitude, le besoin primitif, et que les autres appétits, tels que le besoin d'alcool, de morphine, de tabac, n'en sont que les substituts, les produits de remplacement. » Dans *Psychologie des masses et analyse du moi* (1921), Freud situe la dépendance ou l'addiction non pas dans la relation avec une substance mais dans la nature du lien entre un hypnotiseur et un hypnotisé.

Le pionnier de ces travaux sur les addictions est sans doute Edward Glover qui, dès 1932, remarquait :

Il n'y a maintenant plus de doute que les effets pharmacologiques des drogues n'ont pas, dans les addictions dangereuses, une part aussi spécifique qu'on peut le supposer dans les cercles extérieurs à la psychologie. Dans certains cas d'addiction, où un substitut inoffensif était choisi (dans un cas le sucre était utilisé en ce sens), j'ai observé que la même compulsion servile s'attachait au substitut et que la privation du substitut libérait des charges massives d'angoisse¹.

Il émet l'idée que certaines formations psychiques (comme les constructions psychiques obsessionnelles et les affects de la mélancolie) sont appré-

1. E. Glover (1932a). « A psychoanalytic approach to the classification of mental disorders », *Journal of Mental science*, 78, p. 161-186. Cité dans Chassaing (dir., 1998). *Écrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies*, Paris, Éditions de l'Association freudienne internationale.

hendées par les patients comme des « substances psychiques qui fonctionnent comme des drogues ». Dans la toxicomanie, « la drogue est en dernier ressort une contre-substance externe qui soigne par destruction » cette substance interne (Glover, 1932*b*, p. 320-321). Le concept de « pharmacothymie » provenant d'un « désordre narcissique » (Rado, 1933), les écrits de Fenichel (1945) et de Winnicott (1975) seront également précurseurs dans l'émergence du paradigme de l'addiction.

Le modèle psychosocial

Dans les années 1970, s'appuyant sur des concepts comportementaux et cognitifs et sur certaines idées du constructivisme social, Peele (*Love and Addiction*, 1975) propose un modèle psychosocial de l'addiction, dans lequel le sujet addicté apparaît avant tout comme un sujet social, en interaction avec les autres et acteur de sa propre socialisation. L'expérience toxicomaniaque tiendra lieu de stratégie de *coping* entre lui et le monde pour faire face à un sentiment d'incompétence. Sous l'effet du produit, le sujet a l'impression de se sentir accepté, d'être meilleur, d'avoir réalisé ses projets, mais comme le sentiment d'estime de soi n'est qu'illusoire, les sentiments d'incapacité et l'humeur négative reviennent rapidement. Le sujet va alors répéter cette expérience initiale de manière compulsive pour remédier à ses lacunes narcissiques et maintenir les sentiments de gratification qu'il a déjà expérimentés. L'expérience addictive annule le sentiment de défaillance et offre la gratification que le sujet n'a pas eue mais en même temps elle majore ses sources et a un pouvoir renforçateur sur son comportement. Le sujet est alors prisonnier d'un cycle où alternent le manque d'estime de soi et la fuite vers une expérience qui abolit le constat de défaillance. L'addiction correspond à une dépendance à cette expérience, expérience que Peele définit selon trois caractéristiques : la répétition compulsive, la persistance du comportement et le caractère obsessionnel (Peele, 1982). L'objet de l'addiction n'est donc pas la drogue, ou une autre source de stimulation, mais l'expérience que fait la personne dépendante avec cet objet. Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans cette expérience : les facteurs culturels, les facteurs sociaux, les facteurs situationnels, les facteurs ritualistiques, les facteurs développementaux, les facteurs de personnalité et les facteurs cognitifs (Loonis, 2000).

Peele (1975) considère quatre éléments de base pour reconnaître une personne engagée dans le cycle de l'addiction ou assuétude :

- l'addiction est un continuum, c'est-à-dire qu'il est un cercle vicieux, qui recommence sans arrêt et qui n'a pas de fin sans intervention ;
- l'addiction détourne la personne de tous ses autres centres d'intérêt, ce qui veut dire que l'usage de la ou des drogues devient omniprésent, en éliminant progressivement tous les autres centres d'intérêt de la personne ;
- l'addiction n'est pas une expérience agréable dans la mesure où la personne utilise des psychotropes presque uniquement dans le but de soulager sa souffrance et qu'il n'y a plus le plaisir lié à la consommation, comme au début ;
- l'addiction est l'incapacité de choisir de ne pas faire quelque chose, c'est-à-dire que la personne a placé le ou les psychotropes au centre de sa vie et qu'elle ne vit que pour cela. La ou les substances la dominant totalement et la personne n'est plus maître de sa vie.

Le cycle de l'addiction selon Peele démontre comment une personne en vient à développer une relation de dépendance envers un produit ou une situation. Le sujet addicté n'est pas qu'un sujet biologique, c'est aussi un sujet social. En cherchant un environnement plus protecteur, il peut ainsi sortir du cycle de l'addiction :

À la différence de ce qui est conçu dans le modèle médical, pour Peele l'addiction peut être dépassée, car le sujet peut identifier le problème et chercher les solutions qui lui conviennent pour s'améliorer. Il lui suffit d'être attentif à ses vrais besoins et de changer d'environnement, c'est-à-dire de côtoyer des personnes sans ce type de problème (Fernandez et Sztulman, 1998, p. 62).

Ce modèle de la dépendance est applicable aux toxicomanies comme il le serait à l'anorexie, la boulimie, au jeu pathologique, aux addictions sexuelles, etc. Tout comportement répétitif, stéréotypé, qui est associé avec des expériences répétées d'activation ou de changement physiologiques, que cela soit induit par un agent psychoactif ou non, peut produire des difficultés à arrêter chez l'individu, et s'il fait ce choix, celui-ci peut alors être accompagné de perturbations de l'humeur et du comportement (Wray et Dickerson, 1981).

Le modèle neurobiologique

Depuis 1990, le développement des connaissances sur le fonctionnement du système nerveux central, la pharmacologie et les déterminants des comportements ont permis l'élaboration du modèle neurobiologique de l'addiction, basé sur l'étude du système de récompense dopaminergique. La

dopamine joue un rôle clé dans l'expérience du plaisir, le renforcement et l'auto-stimulation. Le principe est simple : face à une souffrance ou un problème, l'homme cherche des solutions alternatives qui apportent alors une satisfaction et donc une activation du système de récompense, le système dopaminergique. Il va s'en suivre une intégration corticale de cette solution. Le système dopaminergique a donc la possibilité de favoriser la mémorisation via différentes voies, frontales mais aussi endocriniennes. Accessoirement, il y aura une réduction de l'état de veille ou d'alerte devenue inutile.

La longue voie méso-cortico-limbique qui est la base du système de récompense dopaminergique est le site d'action de drogues telle la cocaïne (inhibiteur de la recapture présynaptique de la dopamine), de divers psycho-stimulants (voire antidépresseurs) de la nicotine (au niveau des récepteurs situés dans le *nucleus accumbens*) mais également des narcotiques opiacés qui sont capables de moduler ce système de récompense dopaminergique.

Les spécialistes s'accordent sur le rôle primordial de la dopamine dans le développement des addictions, et ce d'autant plus que les neurones sérotoninergiques, opioïdes, cannabinoïdes et autres interagissent avec les neurones dopaminergiques. L'action toxicomanogène des substances psychoactives est en relation directe avec l'activation du système de récompense dopaminergique (SRD). Le SRD explique le renforcement des comportements de consommation de substances psychoactives par une « mise en valeur » du plaisir éprouvé lors de la consommation et par les effets intrinsèques liés au produit (euphorie, sédation).

Les discussions sur la génétique sont sujettes à de multiples débats, les études actuelles ayant déterminé que des modifications au niveau du gène des récepteurs dopaminergiques D4 et D2 seraient significatives chez les personnes addictées. Ces modifications dans le génotype seraient en corrélation avec la recherche de sensations. À l'heure actuelle, les chercheurs décrivent un « syndrome de déficience de la récompense » (Vanyukov et Tarter, 2000) susceptible d'être compensé par les patients par une consommation excessive de certaines substances psychoactives, voire certains comportements.

Perspectives actuelles

Depuis une vingtaine d'années, nous observons une recrudescence de l'intérêt pour les problèmes des addictions chez les psychanalystes qui tentent d'élucider les mécanismes du fonctionnement psychique des sujets dépendants et de conceptualiser la relation du sujet à l'objet. Bergeret (1981), par

exemple, va émettre trois hypothèses concernant l'économie psychique des sujets dépendants :

- il n'existe aucune structure psychique profonde et stable propre à l'addiction. N'importe quelle structure mentale peut conduire à des comportements d'addiction dans certaines conditions affectives intimes et relationnelles ;
- l'addiction ne change nullement la nature spécifique de la structure psychique profonde en question, mais se contente de modifier plus ou moins notablement le mode de fonctionnement secondaire de cette structure ;
- l'addiction est recherchée non seulement en fonction d'un besoin plus ou moins manifeste du sujet, mais aussi sur le registre économique latent, comme une tentative de défense et de régulation contre les déficiences ou les failles occasionnelles de la structure profonde en cause.

Nous voyons que les approches peuvent être diverses. Selon les auteurs, l'accent sera mis sur l'expérience (Peele, 1975), les processus psychiques (Le Poulichet, 1987), les transactions addictives (Vallée, 1995) ou les patterns transactionnels (Angel et Angel, 2003).

Ces différents modèles montrent que le concept d'addiction a le mérite de centrer les choses non sur le produit mais sur l'usage qui en est fait, la conduite et son sens. Il permet de fédérer les différentes conduites pathologiques de dépendance autour d'un concept commun et ouvre la porte à de nouvelles voies de recherche en psychopathologie. Les théories psychanalytiques soutiennent que dans les conduites addictives, le concept de dépendance est central. La dépendance psychologique n'est pas seulement un phénomène passif physico-chimique mais un phénomène actif, volontariste, un mode d'existence, une relation à la vie. Le comportement de dépendance n'est pas important en soi, ce qui compte, c'est la relation d'un sujet à son objet. Pour Memmi (1979), le sujet dépendant trouve des satisfactions dans cette dépendance et serait pris d'angoisse à l'idée que l'objet puisse lui manquer. Il précise qu'une situation de dépendance n'est pas innocente mais qu'elle reposerait sur des dispositions affectives profondes. Ainsi toutes les dépendances seraient des relais de la dépendance infantile : c'est par l'enfant que tout commence et la relation parent-enfant restera l'archétype de la relation de dépendance. Selon lui, la pathologie de la dépendance est toujours une pathologie de la relation. Ces systèmes de relation sont en fait des maladies de l'autonomie ou de la séparation dont la genèse se trouve dans l'enfance. En définitive, la personne dépendante ne souffre pas d'une dépendance à un objet mais d'une dépendance à d'autres.

Pour Reynaud (1993), « le concept d'addiction marque le triomphe de la psychopathologie et redonne une place centrale au sujet : il permet d'oublier les produits pour ressusciter la personne. [...] C'est l'aboutissement du retrait progressif du produit qui a laissé, petit à petit, place au sujet. Le produit n'est désormais plus seulement mis entre parenthèses ; il n'existe plus ». Les phénomènes d'addiction vont donc toucher particulièrement ceux qui rencontrent ou ont rencontré des difficultés perturbant l'achèvement de leur processus de subjectivation.

Ainsi ces pathologies ont en commun d'être plus fréquentes chez les adolescents, au moment où un travail de réajustement de la structure antérieure du moi s'avère nécessaire. Il s'agit d'un douloureux travail de renoncement, impliquant la perte des objets d'amour antérieurs, et dans les cas heureux, la possibilité ultérieure d'investissement d'autres objets et d'un processus sublimatoire. Ce deuil nécessaire place l'adolescent au cœur de la problématique dépressive. Cahn (1998) insiste beaucoup sur la façon dont l'entourage familial peut influencer sur le processus de subjectivation de l'adolescent en imposant par exemple « ses insuffisances, ses excès ou ses incohérences », amenant ainsi le jeune dans la répétition. Problème de couple des parents¹, conflits intrapsychiques des parents non résolus, présence d'un secret de famille qui entraîne des dénis d'existence ou de signification les plus divers, utilisation narcissique d'un enfant sont autant d'obstacles à l'achèvement du processus de subjectivation du jeune. Dans ce cas, une prise en charge familiale peut s'avérer très bénéfique. L'adolescence pouvant être abordée comme une période de crise familiale, des comportements déviants peuvent alors apparaître comme l'anorexie et la toxicomanie. Le psychologue clinicien rencontrera la même crise d'identité chez le sujet anorexique et chez le sujet toxicomane : une crise qui vient amplifier, en guise de solution, la crise d'adolescence et les transformations liées à la puberté.

C'est à la période de l'adolescence que la relation de dépendance devient prévalente chez certains sujets vivant la relation affective comme une menace pour leur autonomie, en réalisant un contre-investissement d'une réalité psychique interne défaillante ou menaçante. Des comportements déviants peuvent alors apparaître, la toxicomanie et les troubles du comportement alimentaire en font partie. L'anorexie peut être vue comme une « toxicomanie sans drogue » (Fenichel, 1945) et la faim de l'anorexique et sa compulsion à y penser peuvent être comparées aux idées obsédantes du

1. Cf. M. Selvini-Palazzoli qui, dans *Paradoxe et contre-paradoxe* (1978), décrit l'engluement de l'enfant dans le problème du couple conjugal.

toxicomane. L'anorexie et la toxicomanie sont des conduites non spécifiques qui se présentent comme la façade de problèmes très différents. Il peut y avoir plus de ressemblance entre un certain type d'anorexie et de toxicomanie qu'entre deux catégories de toxicomanes. D'ailleurs certaines études ont montré des corrélations en population générale adolescente entre des épisodes anorexiques et des usages de drogues ainsi que la fréquence de troubles alimentaires antérieurs à la dépendance indiqués par des toxicomanes. La grande différence que l'on peut observer entre le toxicomane et l'anorexique est le caractère transgressif que l'on ne retrouve que chez le toxicomane.

VIGNETTE CLINIQUE N° 1

« Comment sortir de l'indifférenciation ? » : Clémence P. et sa mère

Clémence P., 28 ans, arrive aux urgences à la suite d'un malaise lié à une chute du taux de potassium dans le sang. Les médecins alarment la famille car son état de santé est critique. Elle a des crises de boulimie suivies de vomissements et ne pèse que 40 kg. Les résultats des prélèvements sanguins sont alarmants. Son frère, Gauthier, 30 ans, engage alors la famille dans une thérapie familiale et parvient ainsi à réunir ses parents après une séparation de vingt ans.

La mère, Mme T., est une jolie femme âgée de 55 ans, cadre supérieure. Le père, M. P., 57 ans, est ingénieur. Ils se sont connus alors qu'ils étaient tous les deux engagés dans le combat politique. Leurs divergences dans ce domaine les ont séparés comme s'il était impensable que chacun ait une activité autonome. Cependant le couple parental ne montre pas sa mésentente en séance.

Mme T. s'est battue toute sa vie pour passer des concours et monter dans la hiérarchie. Elle s'est remariée et a eu avec son deuxième mari, un fils, Corentin T., âgé de 17 ans. Mère et beau-père étant très pris par leur travail, différentes baby-sitters se sont succédé auprès des enfants. Clémence et Gauthier se sont soutenus mutuellement.

De son côté, leur père s'est éloigné de la région pour des raisons professionnelles. À 18 ans, Clémence souffrait de boulimie et pesait 105 kg. Elle explique que sa mère l'a entraînée dans ses propres régimes dès son plus jeune âge, Mme T. s'est toujours trouvée trop grosse.



À la recherche d'une explication pour comprendre la souffrance de sa sœur, Gauthier commence des études de psychologie. À 20 ans, Clémence rencontre Stéphane, 23 ans, toxicomane, et quitte la maison pour aller vivre avec lui. Elle commence à prendre de l'héroïne et maigrit beaucoup. Son comportement alimentaire tend à ce moment-là vers l'anorexie. Gauthier, très perturbé par ce qui arrive à sa sœur, échoue au DESS de psychologie.

Quatre ans plus tard, Stéphane arrête l'héroïne et quitte Clémence. Ayant perdu son principal fournisseur en son petit ami, elle arrête à son tour l'héroïne. C'est à ce moment-là que reprennent ses crises de boulimie. Elle vit seule dans un studio et n'a pas de travail. Elle vole sa mère pour acheter des montagnes de pizzas. La famille retrouve des quantités de débris alimentaires jonchés sur le sol de son studio.

Gauthier a repris des études d'informatique et a très bien réussi professionnellement. Mais il dit qu'il en veut à sa sœur pour son échec en DESS de psychologie. Clémence est en psychanalyse depuis 3 ans. Dès la première séance, s'appuyant sur ses connaissances des théories concernant la toxicomanie et l'anorexie, elle explique qu'il y a un manque profond en elle. Son père lui a manqué, sa mère lui a manqué, l'amour lui a manqué. Et elle se tourne de façon addictive vers toutes les formes de thérapies, groupes de parole et autres.

Malgré sa souffrance exprimée, la pression maternelle demeure et le travail psychique de Clémence ne peut être reconnu par sa mère. « La psychanalyse lui fait plus de mal que de bien. Elle est malade, elle doit se soigner avec des médicaments » dit Mme T. La thérapie familiale montre comment Clémence apparaît comme le substitut de la partie dépressive de sa mère, dépression impossible à reconnaître chez Mme T. Celle-ci apparaît comme une femme libérée, ambitieuse, dynamique, conforme à l'idéologie actuelle de la femme moderne. Mais elle fond en larmes en séance dès que sa fille a une parole qui exprime sa volonté de se différencier de sa mère : « Je vis cela comme un amour déçu », dit-elle. Clémence lui signale qu'elle a toujours été affectée par l'attitude très froide de sa propre mère et que la vraie déception se situe à ce niveau-là. Mme T., troisième dans une fratrie de sept, était considérée comme le vilain petit canard de la famille, toujours dans l'ombre de sa sœur cadette plus brillante. Décidée à s'engager dans un processus d'autonomisation, Clémence explique à sa mère comment celle-ci a déplacé sur sa fille le conflit qui l'opposait à sa propre mère. Par la suite, Mme T. ne revient pas à la consultation de thérapie familiale.



Dans les familles à transaction addictive, le thérapeute ne doit pas toucher à la nature du lien qui unit les membres de la famille entre eux. Il aura même intérêt à entrer avec les membres de la famille dans ce type de lien indéfectible de façon à ce que le processus thérapeutique puisse s'amorcer. Denis Vallée (1995) propose ainsi d'entrer dans un lien d'apparement avec la famille plutôt que de travailler à rompre le lien de dépendance qui fait l'identité de ces familles. Il fait fonctionner « la drogue dans les relations » en séance. Dans le cas que nous venons de présenter, à la suite de sa psychanalyse, Clémence refuse ce lien avec sa mère, ce qui ne fait malheureusement que renforcer son lien avec la nourriture.

Rappelons les travaux de Jeammet (1994) où la dépendance apparaît comme un achoppement du processus de séparation-individuation à l'adolescence. L'acte addictif représenterait un court-circuit au détriment des processus de représentation mentale et des affects. Pour le jeune, le recours à l'agir se substitue à l'élaboration psychique et apaise les tensions internes. Face au travail nécessaire pour accéder à la sexualité génitale, pour construire des identifications nouvelles et surtout pour se séparer des parents, la problématique de dépendance est centrale. C'est bien souvent lorsqu'elle ne peut être élaborée que nous observons l'apparition de conduites addictives à l'adolescence.

La notion de dépendance serait ainsi vue comme un processus de régulation de l'équilibre du sujet et un moyen d'échapper à un inconfort interne. Prenons un exemple. Dans la boulimie par exemple, le symptôme alimentaire extériorisé occupe une place et une fonction particulières chez l'adolescente, puisqu'il apaise toutes sortes de tensions psychologiques (anxiété, dépression) tout en contribuant, par son inefficacité à la soulager durablement et en profondeur, à l'aggravation secondaire de ses troubles. Ainsi « croyant s'être affranchie de sa dépendance à autrui et de sa fragilité grâce à son symptôme, la patiente se retrouve en fait doublement contrainte, toujours seule et désormais enfermée dans sa conduite » (Corcos *et al.*, 2000, p. 489). La plupart des comportements boulimiques répondent précisément aux critères de l'addiction tant par la consommation avide et irrésistible, que par la répétition, la résolution d'un état de tension intérieure, par sa poursuite malgré ses conséquences physiques, sociales et psychologiques. Les sujets boulimiques utilisent volontiers les termes évoquant la toxicomanie pour traduire leur obsession de manger, le sentiment de manque avant la crise et l'état second qui l'accompagne. Elles mettent en avant leur dépendance

et évoquent leur incapacité à arrêter les crises et leur perte de liberté. Des études récentes indiquent un taux élevé d'addictions diverses (dépendance à l'alcool ou aux drogues) parmi les boulimiques, qui auraient tendance à accroître avec l'âge (Lesieur et Blume, 1993). Ce point soulève la question d'un sous-groupe de boulimiques-alcooliques-toxicomanes.

Par contre, pour certains auteurs, c'est là une attitude réductrice qui ne rend pas compte de la diversité des troubles alimentaires. Les troubles alimentaires se rapportent à une fonction vitale, et si le corps est la préoccupation principale de ces patientes, la boulimie est cependant assujettie à une perturbation de l'image corporelle. Contrairement à l'addiction, il n'y a pas de tolérance ou de sevrage (Lesieur et Blume, 1993 ; Varner, 1995). Même si les troubles alimentaires s'accompagnent d'autres addictions, il est important de ne pas considérer le trouble alimentaire comme une conséquence de l'addiction, étant donné qu'il s'agit d'un trouble à part entière.

Si les formations en addictologie sont de plus en plus nombreuses, les prises en charge des patients seront cependant différentes selon l'objet d'addiction. D'un point de vue thérapeutique, des approches variées existent : dix-huit types de « thérapies » allant du comportementalisme à l'acupuncture en passant par la catharsis, les pratiques mystiques, les régimes alimentaires, ont pu être recensées dans le traitement des toxicomanies et des troubles du comportement alimentaire.

Le cadre de travail du psychologue sera différent face à la toxicomanie et face aux troubles du comportement alimentaire. La première représente un délit et le psychologue peut être amené à voir les toxicomanes dans un contexte judiciaire : toxicomanes sous injonction thérapeutique, toxicomanes en prison, etc. Le sujet anorexique et le sujet boulimique seront eux suivis dans un centre thérapeutique ou dans le service endocrinologie ou nutritionnel d'un hôpital. En vue d'une meilleure lisibilité, nous avons donc opté pour une présentation distincte de ces prises en charge.

2. *Prise en charge des sujets toxicomanes*

Depuis 1982, cinq structures interministérielles différentes chargées de mettre en œuvre la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie se sont succédées, ainsi que sept programmes, rapports et autres plans gouvernementaux censés donner un nouveau souffle à cette politique et proposer de nouvelles orientations. La mission interministérielle a changé plusieurs fois

d'appellations et d'attributions. Selon les époques, elle a été rattachée aux services du Premier ministre, au ministère de la Santé et de la Solidarité ou au ministère de la Justice. Après quinze ans de vicissitudes institutionnelles, la « Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie » (MILDT)¹ placée sous l'autorité du Premier ministre trouve sa forme définitive en 1996 avec le décret n° 96-350 du 24 avril 1996. Le dernier plan gouvernemental date du 16 juin 1999. Le décret n° 99-808 du 15 septembre 1999 élargit le champ de compétences de la MILDT à l'ensemble des pratiques addictives et des substances psychoactives, licites et illicites.

La prise en compte de la personne dans sa globalité, incluant les problèmes sociaux et psychologiques, conduit à rechercher d'autres modes de prise en charge des usagers de drogues. De plus, il paraît difficile de proposer les mêmes traitements à des usagers de cannabis ayant une consommation à caractère dit festif ou récréatif et à des héroïnomanes fortement dépendants.

Par ailleurs, l'épidémie du sida a bouleversé la prise en charge des toxicomanes en la remédicalisant : création de réseaux « ville-hôpital », traitement de substitution, médecin généraliste en première ligne. L'objectif prioritaire n'est plus l'abstinence mais la réduction des risques infectieux. Face à ce constat, nombreux sont ceux qui demandent une reconsidération de la loi du 31 décembre 1970.

L'essentiel de la législation française, en matière de drogue et de toxicomanie, résulte de la loi du 31 décembre 1970 qui a eu plusieurs objectifs : réprimer le trafic et la consommation de stupéfiants et organiser les soins aux toxicomanes. À travers l'obligation de soins appelée aussi injonction thérapeutique², il s'agissait en fait de contraindre les héroïnomanes dépendants à se soigner, sous peine d'emprisonnement. La circulaire du 28 avril 1995, relative à l'harmonisation des applications de l'injonction thérapeutique précise que la police et la gendarmerie doivent constater par procès-verbal tout fait d'usage de drogue et en aviser sans délai l'autorité judiciaire. Un procès-verbal simplifié est disponible à cette fin. La circulaire indique d'autre part que dès que l'usage de drogue a été constaté, différentes possi-

1. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), 7 rue Saint-Georges, 75009 Paris, tél. : 01 44 63 20 50/Fax : 01 44 63 21 00. Site : <http://www.drogues.gouv.fr>.

2. Le bilan sur l'injonction thérapeutique est disponible sur Internet : http://www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/professionnels/ressources/dossier_injonc.pdf. Lire aussi Simmat-Durand L., Rouault T. (1997). *Injonction thérapeutique et autres obligations de soins*, *Toxibase, Revue documentaire*, 3, p. 1-28.

bilités sont à envisager comme alternative avant d'engager la poursuite : l'injonction thérapeutique ou le classement de l'affaire. Dans le dernier cas, il existe deux variantes : ou l'usager s'en sort avec un avertissement, ou il est signalé à la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS), service chargé de l'exécution de l'injonction thérapeutique. Un soignant choisi par la DDASS décide de la durée du suivi et en informe le juge. Si l'usager peut présenter un certificat médical, dans lequel il apparaît qu'il s'est soumis à un traitement thérapeutique depuis l'infraction, le procureur ne peut pas procéder aux poursuites judiciaires. En cas de récidive, le procureur examine s'il faut ou non passer aux poursuites judiciaires.

Cette mesure est toujours en vigueur aujourd'hui mais elle concerne de moins en moins les héroïnomanes. Ce sont parfois des usagers occasionnels que le psychologue va rencontrer dans le cadre de l'injonction thérapeutique. Des cas très différents peuvent se présenter mais chaque fois la demande va prendre sens dans le contexte des entretiens, comme le montrent les deux vignettes cliniques ci-après.

VIGNETTE CLINIQUE N° 2

« Une dépendance en cache une autre » : Thierry J., 31 ans

Thierry J., 31 ans, a été interpellé par la police avec de la cocaïne à la sortie d'une boîte de nuit et se voit proposer une injonction thérapeutique. Il explique qu'il sniffe de la cocaïne avec les copains de temps en temps lorsqu'ils sortent. Il est parfaitement inséré socialement, il travaille dans la restauration, a des horaires lourds mais en contrepartie gagne bien sa vie. Il a le projet avec un ami d'ouvrir son propre restaurant. Quand il termine son travail à deux heures du matin, il a pris l'habitude de fumer un joint de cannabis avant de se coucher mais il ne fume pas lorsqu'il ne travaille pas et ne se sent pas du tout dépendant. Il n'a aucune demande et la seule anxiété qu'il manifeste c'est au sujet de ses parents auxquels il semble très attaché : « Ils vieillissent, je me dis qu'un jour ils vont partir. »

Le psychologue mandaté pour l'injonction le revoit un mois après. Thierry est parti une semaine aux sports d'hiver chez son cousin. Il n'a plus pris ni cocaïne, ni cannabis depuis l'entretien précédent. Il prend conscience de son abstinence pendant le rendez-vous. Cependant au bout d'une demi-heure, il explique que depuis des années il joue au casino. Il rembourse toujours des dettes importantes qu'il a eues il y a quatre ans. Il aimerait pouvoir parler de cette difficulté.

VIGNETTE CLINIQUE N° 3

« Ni avec toi, ni sans toi » : Michèle F., 30 ans

Michèle F. est reçue dans le cadre d'une injonction thérapeutique par Mme T., psychologue clinicienne. « C'est l'occasion de faire ma thérapie gratuitement », annonce-t-elle d'emblée. Elle a 30 ans, elle vit de petits boulots, « des extras dans les bars » mais elle a une formation de comédienne. Elle a commencé à prendre des acides à l'âge de 16 ans. À 18 ans, elle est hospitalisée. Elle a été mariée 5 ans avec un musicien et vivait à ce moment-là à New York où elle côtoyait de grands noms du show-biz. C'est là qu'elle a commencé à prendre de la cocaïne : « Là-bas c'est aussi facile d'en trouver que le cannabis ici. »

Cependant elle explique qu'elle en prend occasionnellement lorsqu'elle souhaite passer une nuit chaude avec son ami Samba. « Lui, il lui faut cela pour se désinhiber. Moi je n'ai pas besoin de cela pour baiser », dit-elle librement. Samba a 38 ans et il compose de la musique. Il a constaté que Michèle amène la cocaïne quand il a un contrat de travail et qu'il est moins attentionné pour elle.

Cela lui pose des problèmes au travail. Michèle est très jalouse et dénigre les personnes de l'entourage de Samba, en particulier les femmes. Lui critique l'éducation qu'elle a reçue, disant que ses parents ne lui ont pas appris à se débrouiller seule : « Il faut qu'elle apprenne à ne plus compter sur moi pour la tirer de toutes ses galères. »

Le couple se dispute fréquemment et à ces occasions Samba décide de la quitter environ une ou deux fois par semaine. Chaque fois il la rappelle l'après-midi ou le lendemain en lui disant : « Je ne peux pas vivre sans toi. » C'est après une dispute que Michèle, n'ayant nulle part où dormir, est venue tambouriner à la porte de Samba, réveillant ainsi les voisins et Samba a appelé la police. Furieuse lorsque les policiers sont arrivés, elle a déposé de la cocaïne sur la table et ils ont passé la nuit ensemble au commissariat.

C'est dans ce contexte que tous deux sont en injonction thérapeutique, chacun de son côté. Chacun des psychologues finira par accepter de voir le couple une fois. Comment soigner l'un sans l'autre ? C'est à cette difficulté que sont confrontés les deux psychologues. La cocaïne a une fonction essentielle dans leur relation, elle aménage des moments où le couple ne se déchire pas car les disputes sont très violentes.



Michèle hurle pendant plusieurs heures, Samba prend sur lui puis ne parvient plus à se contrôler et frappe Michèle. Il en ressort très culpabilisé. Il lui a ainsi cassé le nez deux mois avant leur garde à vue commune.

Le psychologue travaille dans l'ici et maintenant autour de la relation de Michèle avec Samba. Il explore également les antécédents et apprend qu'un enfant est né avant Michèle, un frère appelé Michel qui est décédé de façon inattendue le jour de sa naissance. C'était un très beau bébé : « Il était trop beau pour vivre » aurait dit la grand-mère. L'autopsie a montré un syndrome polymalformatif et une dextro-cardie (le cœur à droite). La mère avait contracté la rubéole lors du premier trimestre de la grossesse. La question de la rivalité entre Michèle et ce frère si beau éclaire d'une autre lumière les scènes de jalousie que fait Michèle à Samba. Dans son désespoir de ne jamais égaler le grand frère idéalisé, resté définitivement le plus beau des bébés, elle ne supporte pas la présence de quelqu'un d'autre auprès de son ami. Toute situation dans laquelle son ami a une relation privilégiée, amicale ou professionnelle, réactive sa souffrance de n'être pas Michel, mais seulement Michèle.

Si, dans les deux cas, les patients viennent pour une consommation de cocaïne à titre d'usage festif, l'un n'a aucune demande et il s'agit au début pour le psychologue de remplir une formalité alors que l'autre lance véritablement un « appel au secours » car Michèle F. sent qu'elle ne peut plus continuer ainsi. Mais dans les deux cas, un travail thérapeutique s'amorce avec l'injonction et la demande va prendre forme dans un second temps. Au sein de la rencontre entre le psychologue et le sujet, demande et réponse interagissent circulairement. De cette interaction émergent la demande mais aussi la réponse du psychologue, réponse qui va modeler la demande que le sujet pourra alors se réapproprier. Le processus est circulaire. En résumé, Thierry J. demande au psychologue de l'aider à mieux contrôler son comportement de joueur, Michèle F. souhaite sortir d'une relation conjugale destructrice.

Ces vignettes cliniques illustrent bien le profil des personnes en injonction thérapeutique et le fait que la majorité des injonctions ne concerne plus aujourd'hui les héroïnomanes. La loi de 1970 apparaît obsolète face à la quantité de plus en plus grande d'usagers occasionnels et à la prolifération de produits nouveaux : « Il faut donc reconsidérer la loi de 1970 qui a

vieilli et qui n'est manifestement plus adaptée aux réalités. En 1970, l'objectif a d'abord été de traiter l'augmentation considérable de l'usage de l'héroïne. La procédure et les sanctions prévues apparaissent aujourd'hui peu adaptées et trop lourdes face à la consommation très importante de nouvelles substances de type cannabis et ecstasy, alors que la plupart des usagers de drogues injectables ont rejoint des programmes dits de substitution » a déclaré Nicolas Sarkozy, ministre de l'Intérieur, de la Sécurité intérieure et des Libertés locales, lors de son audition le 23 avril 2003 pour la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites¹.

Lors de son audition le 12 mars 2003, Michel Bouchet, chef de la Mission de lutte antidrogue (MILAD), avait aussi insisté sur cette nécessité de changement :

La consommation des stupéfiants ne devient constitutive d'une maladie qu'au stade de la forte dépendance. C'est surtout cette situation que visait la loi de 1970 qui avait pour premier objectif l'orientation sanitaire des héroïnomanes dépendants. Actuellement, environ 90 % des consommateurs n'en sont pas à ce stade. On peut qualifier leur comportement à la fois de ludique et transgressif. N'étant pas dépendants, ils ne justifient pas un traitement sanitaire, mais plutôt un accompagnement psychosocial préventif et une sanction pénale adaptée à laquelle ils sont d'ailleurs accessibles du seul fait qu'ils n'ont pas centré leur vie autour du produit.

En mettant en avant un souci d'efficacité, il propose des réponses pénales plus systématiques et plus homogènes pour lutter contre la transgression de masse.

Face à l'ampleur du phénomène, d'autres proposent au contraire la dépénalisation du cannabis. Avec ces questions, nous sommes au cœur du débat actuel entre une politique de prévention et une politique de répression. L'association Médecins du Monde va jusqu'à demander « la dépénalisation de l'usage simple et privé de toutes les drogues comme une mesure de santé publique cohérente et responsable » (*Libération*, 21 mai 2003). En termes de santé publique, elle considère que la pénalisation de l'usage est un obstacle et un non-sens dans l'exigence de toucher par leurs actions le plus grand nombre de consommateurs, y compris ceux dont l'usage est le plus clandestin, donc susceptible de générer les plus grands risques. Dans le même temps, les forces de l'ordre pénètrent dans les établissements scolaires avec des chiens de façon à interpeller les jeunes qui possèdent du cannabis (*Le Monde*, 7 février 2004). Le psychologue devra trouver sa place en tenant

1. Rapport disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r02-321-2/r02-321-2.html>.

compte du contexte législatif, des mesures politiques en remaniement et des différents dispositifs de prise en charge des toxicomanes. Trois dispositifs distincts coexistent : le dispositif socio-sanitaire spécialisé, le dispositif hospitalier de droit commun et l'action de Médecins du Monde.

Le dispositif socio-sanitaire spécialisé

Depuis la loi de décentralisation du 22 juillet 1982, le soin en toxicomanie est devenu compétence d'état. Toutes les structures spécialisées de soins aux usagers de drogues illicites, financées sur fonds publics, sont rangées depuis 1992 sous le terme générique de centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), avec ou sans hébergement. La loi du 2 janvier 2002 prévoyait la fusion de ces centres avec les « centres de cure ambulatoire en alcoologie » (CCAA)¹ pour former les « centres de soins et de prévention en addictologie » (CSPA), avec l'objectif de disposer prochainement de six cents structures. Cependant le regroupement des patients alcooliques et des patients toxicomanes pose des problèmes du fait de la diversité des populations. Un nouveau décret en février 2003 a finalement renoncé à ce regroupement : les CSST gardent donc leur appellation et leur spécialité actuellement. Comme nous le voyons sur la figure 9.1 ci-après, les CSST ont un rôle essentiel dans la prise en charge des sujets toxicomanes, du point de vue de l'accueil et du soin mais aussi de l'orientation vers d'autres structures.

► Les CSST en ambulatoire

Le centre médical Marmottan fondé en 1971 par le Pr. Claude Olievenstein et dirigé depuis 1999 par le Dr Marc Valleur a été considéré par les pouvoirs publics comme centre expérimental d'accueil, d'orientation et de soins des toxicomanes. Ses principes de fonctionnement ont été longtemps la référence des centres de soins spécialisés en France.

Dans les CSST, face à la complexité des situations et du lien entre les conduites addictives, le style de vie et le fonctionnement psychique du sujet, l'action des professionnels ne peut se limiter à la toxicomanie et la présence d'une équipe pluridisciplinaire permet d'assurer l'accueil et l'orientation de toutes les personnes ayant un problème lié à la dépendance, les consulta-

1. Cf. le chapitre 3 sur le travail du psychologue clinicien en alcoologie rédigé par Maryvonne Leclère in : Schauder S. (dir., 2007). *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées*, Paris, Dunod.

tions médicales, les soins infirmiers, le suivi psychologique et l'accompagnement social et éducatif adapté à chaque situation. Ils proposent également un soutien aux familles, prennent en charge le sevrage en ambulatoire et le suivi du sevrage en milieu hospitalier, ainsi que les traitements de substitution. À partir de ces centres, les sujets sont orientés vers le mode de prise en charge le plus adéquat : substitution, postcure, famille d'accueil, appartements thérapeutiques, communautés thérapeutiques, etc.

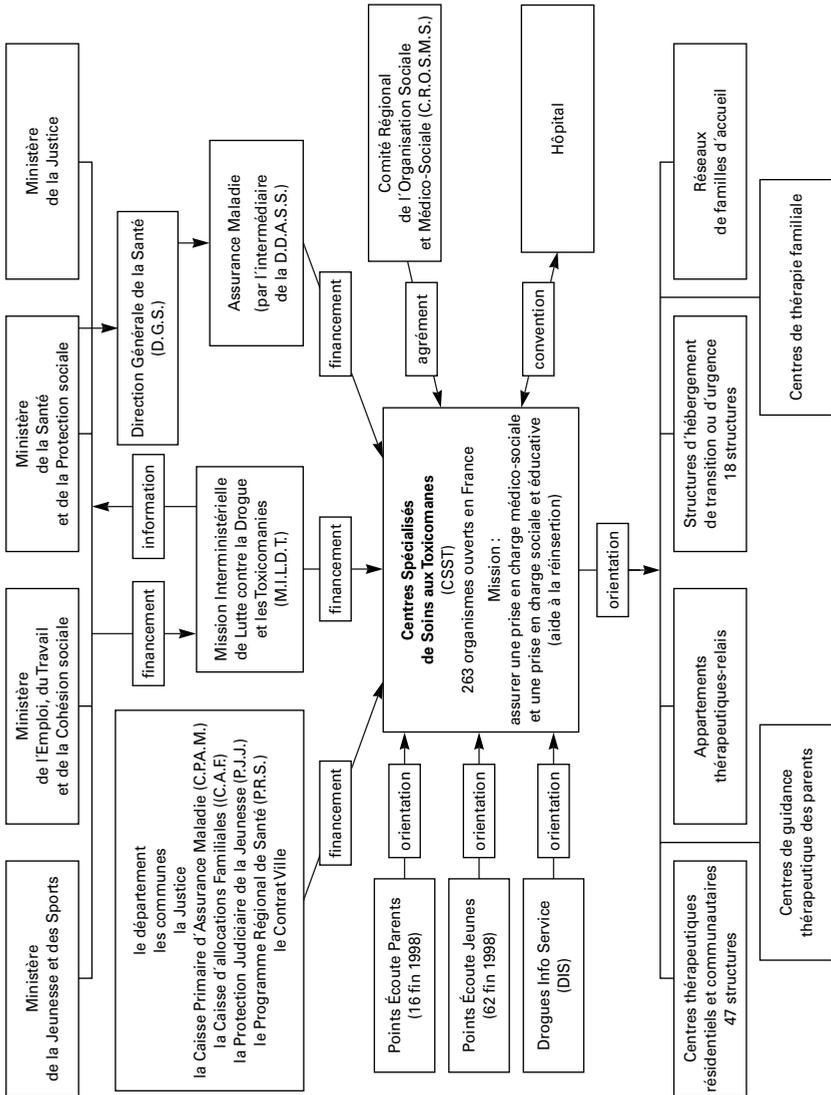


Figure 9.1
Organigramme du dispositif socio-sanitaire spécialisé

Les prises en charge développées dans un CSST visent trois buts solidement articulés : faire cesser le comportement d'intoxication par la prescription d'un traitement de substitution (c'est la tâche du médecin et des infirmières) ; mettre à profit ce moment de rupture avec la drogue pour inciter le patient à entreprendre des démarches sociales et professionnelles et servir de référent à cet effet (c'est la tâche de l'éducateur) ; sur la base de ces deux interventions, sensibiliser le toxicomane aux fondements psychologiques de son addiction et l'inviter à entreprendre une psychothérapie (c'est la tâche du psychologue) (Hachet, 2004).

► **Les centres thérapeutiques résidentiels et communautaires**

Ils comportent un hébergement collectif, gérés pour l'essentiel par des associations. Les quarante-sept structures existantes ont pour objet de rétablir l'équilibre personnel et l'insertion sociale de leurs résidents, avec une prise en charge pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, psychologues, éducateurs, assistants sociaux...) et une forte implication de l'entourage. Avant l'introduction des traitements de substitution, ces centres constituaient une étape en aval du sevrage au cours de laquelle le patient s'engageait à ne plus consommer aucun produit.

VIGNETTE CLINIQUE N° 4

« La trajectoire d'une toxicomane » : Sabrina T., 34 ans

Sabrina T., 34 ans, est une jeune femme très grande, provocatrice avec d'épais cheveux teints en blond. Elle prend de l'héroïne depuis l'âge de 16 ans. Aux prises avec la justice et à la demande de son ami, elle accepte le sevrage et la prise en charge dans un centre thérapeutique résidentiel.

Tout candidat à l'admission s'engage à respecter le règlement du centre. Il doit participer à la vie communautaire (repas, ménage, ateliers) et mettre en place un projet individualisé d'insertion. Pour construire ce projet, le psychologue rencontre Sabrina qui est arrivée avec une étiquette de marginale, délinquante, manipulatrice, prostituée, etc. Le travail du psychologue va consister dans un premier temps à décoller cette étiquette. Il s'agit de donner ou redonner à Sabrina le sens de ses conduites, le respect d'elle-même, d'élaborer ensemble des pistes pour le futur et surtout lui donner les outils psychologiques nécessaires à son autonomisation.

Le psychologue va donc l'aider à retracer son histoire. Sabrina est née au Maroc dans une famille modeste d'une mère juive et d'un père non juif. Son père, alcoolique, est tué par un coup de couteau lors d'une bagarre dans un bar lorsqu'elle n'a que 6 mois. Sa mère se remarie trois ans plus tard et l'envoie chez sa grand-mère maternelle en France. Son parcours de toxicomane commence à 13 ans, incitée par ses amis (cannabis et alcool). Mais bientôt c'est l'escalade. À 16 ans, elle fait sa première intraveineuse d'héroïne puis elle découvre la cocaïne. Très vite l'argent de sa grand-mère ne suffit plus et elle rentre dans une bande de voleurs à la tire. Elle dit qu'elle gagnait plus de 1 000 euros par jour. À 17 ans, elle a un petit ami Paul qui organise des cambriolages de plus grande ampleur. Un jour cela tourne mal et Paul tue un homme. Il est arrêté et Sabrina est renvoyée au Maroc par sa famille qui espère que là-bas elle n'aura plus la possibilité de se droguer. Elle fume des joints et prend des tranquillisants.

L'année suivante, elle a 19 ans et revient en France. Elle reprend alors de l'héroïne et en quantité de plus en plus grande. À 24 ans, une overdose l'amène à l'hôpital et elle apprend qu'elle est séropositive mais ne change rien à son mode de vie. À 27 ans, elle arrête sa consommation d'héroïne pendant un an alors qu'elle fréquente un homme de 49 ans, marié, qui l'installe dans une jolie maison. Elle rechute un an après puis l'année suivante, rencontre Didier, animateur dans une discothèque et alcoolique. Il quitte son travail pour elle mais les disputes entre eux sont permanentes. Ayant beaucoup de problèmes avec la police, elle décide de se prostituer pour se procurer l'argent pour l'héroïne, considérant que cela représente moins de danger que les vols. Son ami commence une cure de désintoxication puis reprend une vie normale. Il veut que Sabrina se soigne à son tour pour envisager de continuer à vivre ensemble.

Le psychologue travaille autour de cette demande d'insertion. Si c'est d'abord celle de son ami, les événements vont aider Sabrina à faire sienne cette demande. Pour le psychologue, il s'agit alors de lui en donner les moyens psychologiques et de renforcer sa motivation.

Deux psychologues travaillent dans l'institution, l'un anime des séances de relaxation et un groupe de parole, l'autre mène des thérapies de groupe avec une approche émotionnelle intégrative. Chaque membre du groupe dit aux autres ce qu'il ressent : ses peurs, ses angoisses, ses joies.



Le psychologue essaie de canaliser les émotions et les sentiments qui émergent, utilisant la dynamique du groupe pour tenter de débloquer certaines situations individuelles.

Au départ Sabrina s'intègre mal au groupe de parole, elle se rapproche ensuite d'une autre jeune femme avec laquelle elle s'isole dans une relation de dépendance l'une envers l'autre. Le psychologue va donc aborder cette dynamique et elles vont sortir de cette relation qui les empêchait de participer au travail du groupe.

Dans le groupe de thérapie, Sabrina participe dès le début mais en insistant sur le fait qu'elle ne peut pas changer son caractère violent. Finalement quelques mois plus tard, lors d'une dispute entre deux femmes, elle parvient à garder le contrôle d'elle-même et s'aperçoit qu'elle a changé.

Dans la thérapie individuelle, le psychologue travaille avec Sabrina autour de plusieurs hypothèses :

- difficultés à se positionner par rapport à deux mondes, le Maroc et la France, le judaïsme et le catholicisme ;
- problématique identificatoire par rapport à une mère abandonnique, sa mère l'ayant laissée à la grand-mère maternelle quand elle s'est remariée ;
- ambivalence de la relation avec la mère : Sabrina attend toujours beaucoup de sa mère et se rend au Maroc chaque été ;
- imago paternelle défaillante : sa famille lui a présenté l'image d'un père absent et alcoolique ;
- loyauté à ce père à travers les comportements violents et transgressifs et son attachement à un homme alcoolique ;
- angoisse par rapport à la mort et à l'évolution de sa séropositivité.

Le psychologue offre un lieu privilégié de parole aux toxicomanes accueillis dans le centre. Ce temps de réflexion thérapeutique permet à Sabrina d'élaborer sa demande de changement. Quelques mois plus tard, le bilan est positif : Sabrina n'a plus repris d'héroïne, sa relation avec sa mère s'améliore. Elle renoue avec la religion juive de sa mère et intériorise mieux sa féminité. Elle abandonne les attitudes provocantes et redonne à ses cheveux leur couleur naturelle. Sa relation avec Didier se stabilise.

► **Les appartements thérapeutiques relais**

Réservés aux personnes en grande difficulté sanitaire ou sociale, ils s'inscrivent dans une dynamique de socialisation. Il s'agit de modes d'hébergement permettant aux toxicomanes d'acquérir une plus grande autonomie, tant sur le plan sanitaire que social, pendant la période de sevrage ou de traitement de substitution. Une participation financière est demandée aux occupants en fonction de leurs revenus et un contrat d'occupation et d'usage fait l'objet d'une signature conjointe à l'entrée dans le logement. Un lien étroit est conservé avec le centre d'accueil, afin d'effectuer un véritable travail thérapeutique qui passe par des temps partagés (visites, courses, repas, soirées), y compris dans l'appartement. Le patient est placé dans un appartement thérapeutique après un long processus de soins qui consiste à construire un projet de vie, à réinventer un nouvel équilibre. Le soin est à la fois médical, social et psychologique. Le projet dans l'appartement thérapeutique doit permettre de définir ensemble ce qui pourrait ou devrait changer, évoluer, comment, mais aussi à quel rythme. Le premier temps dans l'appartement est celui d'une pause qui permet au jeune de s'installer « chez lui » et « face à lui ». Il va progressivement découvrir avec l'équipe sanitaire quels sont ses besoins, ses envies, ses angoisses, ses plaisirs, ses désirs. Le séjour se ponctue donc de temps thérapeutiques différents dans lesquels il faut coordonner les avancées dans toutes les dimensions du suivi, au rythme de chacun. La durée maximale d'un an dans un appartement thérapeutique paraît alors presque trop courte.

► **Les structures d'hébergement de transition ou d'urgence**

Les 18 petites structures d'hébergement collectif existantes, gérées par les CSST, accueillent les toxicomanes pour des séjours courts d'une à quatre semaines, pendant une période de transition (attente d'un sevrage, sortie de prison...) et comportent un accompagnement socio-éducatif et sanitaire.

► **Les réseaux de familles d'accueil**

Ils sont également gérés par les CSST. L'admission en famille d'accueil fait l'objet d'un protocole qui se déroule en trois phases. Ces différents entretiens permettent de déterminer les caractéristiques de la personnalité du demandeur afin de l'orienter dans une famille qui répondra le mieux à ses besoins afin d'optimiser la prise en charge. L'accueil en famille, pour une durée qui peut aller du week-end à un séjour de neuf mois, vise à prendre en charge les toxicomanes dans un milieu qui leur donne la possibilité

d'accéder à l'autonomie et de renouer avec une vie « normale » en bénéficiant de l'harmonie d'une vie familiale. La famille d'accueil reçoit un seul jeune à la fois, ce qui lui permet de mieux appréhender ses problèmes de communication. Il est demandé la présence permanente d'un adulte pendant la journée afin d'éviter les moments de solitude, d'accompagner les situations d'anxiété fréquentes au sortir du sevrage biologique, et dans les débuts de prise de conscience de leur état psychologique, de la réalité familiale et sociale. Le CSST de rattachement assure parallèlement un suivi médico-social régulier de la personne accueillie au sein de la famille d'accueil. Ces familles vivent essentiellement en milieu rural et sont souvent composées d'agriculteurs.

► **Les centres de guidance thérapeutique des parents et les centres de thérapie familiale**

En 1978, le rapport de Monique Pelletier¹ a mis en évidence un certain nombre de dysfonctionnements et de carences dans le dispositif de prise en charge et de soins, soulignant notamment la nécessité d'une meilleure implication des familles. Au centre Didro, une première tentative de mettre en place des groupes de parents de toxicomanes a eu lieu dès 1974. Restée sans lendemain, cette initiative sera reprise puis développée à partir de 1986 sous l'impulsion d'Évelyne Richardot, une psychologue ayant acquis une expérience similaire en animant des groupes de parents d'alcooliques.

La guidance parentale se présente comme une méthode thérapeutique destinée à permettre aux parents « d'élaborer une stratégie visant à contrecarrer la toxicomanie du jeune, tout en permettant à celui-ci de ne pas se sentir rejeté, incompris, mal aimé² ». Elle repose sur une « approche explicative » de la toxicomanie (notion de « terrain d'asservissement aux drogues », « profil » des toxicomanes, « déviance ») et une analyse des principales interactions générées par la dépendance (« co-dépendance, cécité familiale, manque de fermeté, besoins de contrôler et de gérer la vie du jeune, omniprésence de la mère, message paradoxal »)³.

1. M. Pelletier (1978). *Rapport de la mission d'études sur l'ensemble des problèmes de drogues*. Paris, La Documentation française.

2. Les citations et expressions entre guillemets sont extraites de la brochure du centre Didro : *La Guidance thérapeutique des parents*, E. Richardot. Éditions Centre Didro.

3. Fournié J. (1997). *Familles et toxicomanies. Initiatives privées et publiques : groupes parents, service d'aide téléphonique, de nouveaux espaces pour la parole*. Étude réalisée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et la Formation interventions recherche sida toxicomanies (FIRST). Disponible sur le site de la MILDT : <http://www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/pro/etudes/rapport1.PDF>.

En 1977, sur l'initiative d'une femme médecin, le docteur Jeannette Croze-Castet, elle-même mère de toxicomane, a été créée l'Union nationale des associations familiales de lutte contre la toxicomanie (UNAFALT). C'est la première initiative émanant de parents de toxicomanes. La famille est considérée comme un acteur privilégié dans la lutte contre la toxicomanie, tant en ce qui concerne la prévention que la prise en charge et le soutien du jeune toxicomane. L'objectif est de « valoriser le rôle de la cellule familiale de base que constitue la famille dans les actions de prévention ou de prise en charge de la toxicomanie, afin d'en garantir l'efficacité par leur ancrage dans le quotidien ». En 2003, l'UNAFALT devient le Centre d'aide aux toxicomanes et famille.

En 1980, Sylvie Angel crée le centre de thérapie familiale Monceau à Paris pour répondre à la demande des parents de toxicomanes. Cette institution devait être complémentaire des autres lieux de soins et s'insérer dans la chaîne thérapeutique, laquelle constitue le modèle de soin français. Depuis, cette approche s'est développée avec la création d'autres institutions. Celles-ci répondent à plusieurs nécessités : constituer un lieu d'accueil pour des parents d'enfants toxicomanes, appréhender la complexité des liens entre le toxicomane et sa famille, proposer une « alternative » radicalement différente des prises en charge individuelles. Le thérapeute familial s'intéresse à l'histoire familiale qui a pu façonner des croyances partagées par l'ensemble de la famille. Il évalue l'organisation familiale, les rôles de chacun, comment le sous-système du couple parental se distingue du sous-système des enfants et explore la capacité des membres de la famille à se différencier les uns des autres (Duriez, 2005).

► Les points-écoute

L'idée des points-écoute avait été lancée en 1989 par Georgina Dufoix, alors ministre des Affaires sociales et de la Solidarité, afin d'offrir aux jeunes des lieux neutres, confidentiels et gratuits où ils sont écoutés et orientés. Les méthodes et modalités d'actions sont très diverses en fonction du contexte local. Le gouvernement a repris cette idée dans son programme de lutte contre la toxicomanie à plusieurs reprises :

- lors du dernier plan triennal de lutte contre la drogue et la toxicomanie (14 septembre 1995) ;
- dans la circulaire n° 97/280 du 10 avril 1997 du ministère du Travail et des Affaires sociales ;

- dans la circulaire DGS-DGAS n° 2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes.

La création des points-écoute traduit la volonté de l'État que les collectivités locales s'impliquent d'avantage dans le champ de la prévention des conduites à risque et de la toxicomanie, particulièrement dans les quartiers en difficulté. Elle concerne actuellement une trentaine de structures légères destinées à l'accueil des jeunes et/ou des parents.

► Les services d'aide téléphonique : Drogues Info Service

La création de Drogues Info Service s'inscrit dans le courant du développement des services d'aide téléphonique (SAT) au cours des années quatre-vingt, en réponse aux besoins et aux difficultés particulières de certaines catégories de la population. Créé en 1990 à l'initiative de la Délégation générale de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Drogues Info Service est un numéro vert¹ grand public destiné à offrir 24 heures/24 un accueil téléphonique à toute personne rencontrant des difficultés à cause de la drogue. Le service téléphonique est aujourd'hui rattaché à la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Il fait partie du dispositif public national d'intervention en toxicomanie. Sa mission est l'information et la prévention en matière de drogues et de toxicomanies. Le service propose, en fonction des besoins, une écoute personnalisée, des informations sur les produits, la dépendance, le système de soins, une aide et un soutien, éventuellement une orientation vers les différents services existants. La majorité des appels de l'entourage provient des mères, le reste des appels se répartissant entre les amis, les conjoints et les concubins, la fratrie, les pères de toxicomanes, quant à eux, ne constituant que 7 % de cette catégorie d'appelants. Les appels associés au cannabis représentent plus de 50 % des appels.

Aux côtés de ce dispositif spécialisé, la prise en charge des toxicomanes dépendants est également assurée par les établissements hospitaliers.

Le dispositif hospitalier de droit commun

La circulaire du 15 juin 1999 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes fixe cinq objectifs en ce domaine : l'amélioration de la prise en charge aux urgences hospitalières ; le développement

1. Drogues Info Service : 0800 231 313.

des possibilités d'hospitalisation pour sevrage, bilan et soins de la toxicomanie ; l'amorce ou la poursuite d'un suivi des problèmes liés à la dépendance (orientation du patient vers les structures adéquates) ; la formation du personnel hospitalier et le développement des outils d'observation de l'activité hospitalière dans ce domaine.

► **Les équipes de liaison en toxicomanie**

Cette prise en charge hospitalière s'appuie sur les équipes de liaison en toxicomanie, créées à la suite de la circulaire du 3 avril 1996 et dont le personnel pluridisciplinaire a reçu une formation spécifique.

► **Les réseaux ville-hôpital-toxicomanie**

Afin d'améliorer l'efficacité du dispositif de prise en charge de droit commun des toxicomanes, dont une bonne partie dépend également de la médecine de ville, la circulaire du 3 avril 1996 avait prévu la création de réseaux ville-hôpital-toxicomanie, financés conjointement par l'assurance maladie et le budget de l'État. Nous comptons actuellement cinquante-trois réseaux ville-hôpital-toxicomanie (RTVH) répartis dans quarante-trois départements de la France. Ceux-ci ont pour vocation d'assurer la liaison et la continuité des soins entre les différents lieux de prise en charge et entre les différents intervenants : médecins généralistes, équipes hospitalières (aussi bien psychiatriques que somatiques), centres spécialisés de soins aux toxicomanes, pharmaciens, personnels des organismes sociaux. Ils favorisent l'échange et la communication entre les divers intervenants. Au lieu d'intervenir de façon parallèle, les divers acteurs deviennent partenaires et peuvent ainsi agir de façon concertée.

Cette communication entre les divers intervenants peut s'avérer essentielle lorsque le sujet toxicomane est séropositif. Avant 1996 le cloisonnement entre les différentes structures d'intervention n'avait pas permis d'établir de lien entre toxicomanie et sida. Coppel (1996) décrit les paradoxes dans les choix éthiques ou politiques des acteurs sociaux qui ont pu être à l'origine de cette absence de transmission des informations concernant les usagers de drogues. Nous voyons dans le schéma ci-dessous la multiplicité des intervenants possibles autour du sujet toxicomane. Dans le dispositif des réseaux ville-hôpital-toxicomanie, des échanges sont possibles entre toutes ces personnes.

Dans un premier temps, il convient de contacter systématiquement le partenaire « émetteur » ou « récepteur » afin de procéder à un échange

d'informations techniques. Ensuite il faudra trouver un juste milieu entre « tout se dire » et « ne rien se dire », entre un réseau au maillage trop serré et un réseau au maillage trop distant. Deux écueils sont à éviter : quand l'information circule sur le mode de l'indifférenciation, il s'ensuit une confusion des places et des rôles au sein du réseau. À l'inverse, si l'information ne circule pas, ou insuffisamment, entre les partenaires, il s'ensuit une communication clivée entre les partenaires et induisant des dysfonctionnements.

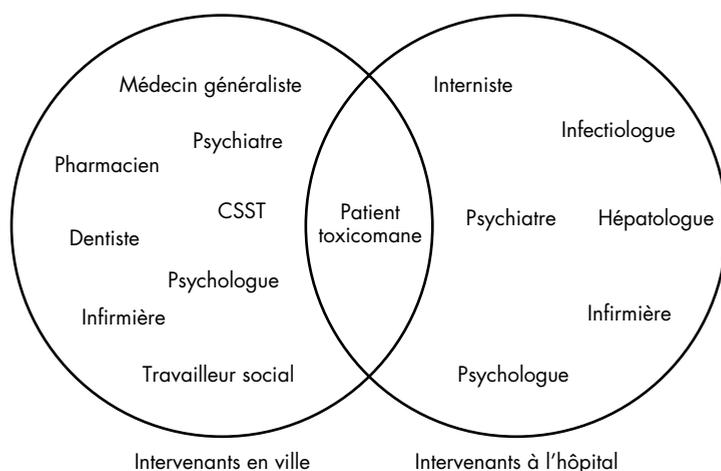


Figure 9.2
Réseau ville-hôpital-toxicomanie

La politique de substitution ouvre deux axes : la réinsertion sociale de personnes souvent démunies et la réduction des risques infectieux. Pour cela, il faut enrichir la palette des soins d'une variété de plus en plus grande d'intervenants, chacun jouant un rôle spécifique à un moment donné du parcours du toxicomane : assistantes sociales, éducateurs, pharmaciens, associations d'usagers, bénévoles, familles d'usagers, psychologues. La multiplicité des problèmes engendrés par les toxicomanies touchant à la fois le médical, le judiciaire, le social et le relationnel impose une vraie concertation de terrain, et dans ce réseau, le médecin généraliste a une place très importante. Le travail en réseau permet :

- de mettre en interface les différents intervenants ainsi que les structures de prise en charge ;
- d'améliorer la communication entre les professionnels de santé (infirmières, psychologues, travailleurs sociaux) ;

- d'apprendre à connaître la dépendance et tous les problèmes sociaux qu'elle implique en sortant des schémas trop simples ;
- d'acquérir des compétences de terrain et notamment sur les produits, traitements et médicaments de substitution ;
- de mettre en commun ces compétences ;
- de mieux appréhender la spécificité de chaque drogue et de leurs effets ;
- d'offrir des réflexions communes et de travailler avec une équipe pluridisciplinaire.

Le travail de l'association Médecins du Monde

Médecins du Monde est une association de solidarité internationale, fondée en mars 1980 à l'initiative de Bernard Kouchner et de plusieurs autres médecins. Elle a pour vocation de soigner les populations les plus vulnérables dans des situations de crises et d'exclusion partout dans le monde et en France, en suscitant l'engagement volontaire et bénévole de médecins, d'autres professionnels de la santé, ainsi que des professionnels d'autres disciplines nécessaires à ses actions, en s'assurant l'appui de toutes les compétences indispensables à l'accomplissement de sa mission, en privilégiant en toutes occasions des relations de proximité avec les populations soignées. L'association est présidée depuis le 10 mai 2004 par le docteur Françoise Jeanson. Dans le champ de la toxicomanie, l'intervention de Médecins du Monde a bouleversé le paysage traditionnel des intervenants travaillant dans les dispositifs décrits ci-dessus. Ce fut une révolution à deux titres :

- l'implication d'une association médicale humanitaire dans le champ des toxicomanies, fait unique en Europe, a étonné et provoqué au départ l'hostilité de certains « intervenants classiques » ;
- la démarche d'« aller vers » : le fonctionnement de proximité, dans la rue (rapidement une camionnette s'adjoindra à l'échange de seringues dans un lieu fixe) constitue une rupture avec le fonctionnement du système de soins où l'on attend, dans les institutions, que les toxicomanes « formulent une demande ».

Médecins du Monde dirige plusieurs missions comme la « Mission France » et la « Mission Rave ». Dans la figure 9.3, nous présentons la diversité des espaces de soins proposés par Médecins du Monde à travers la « Mission Rave ».

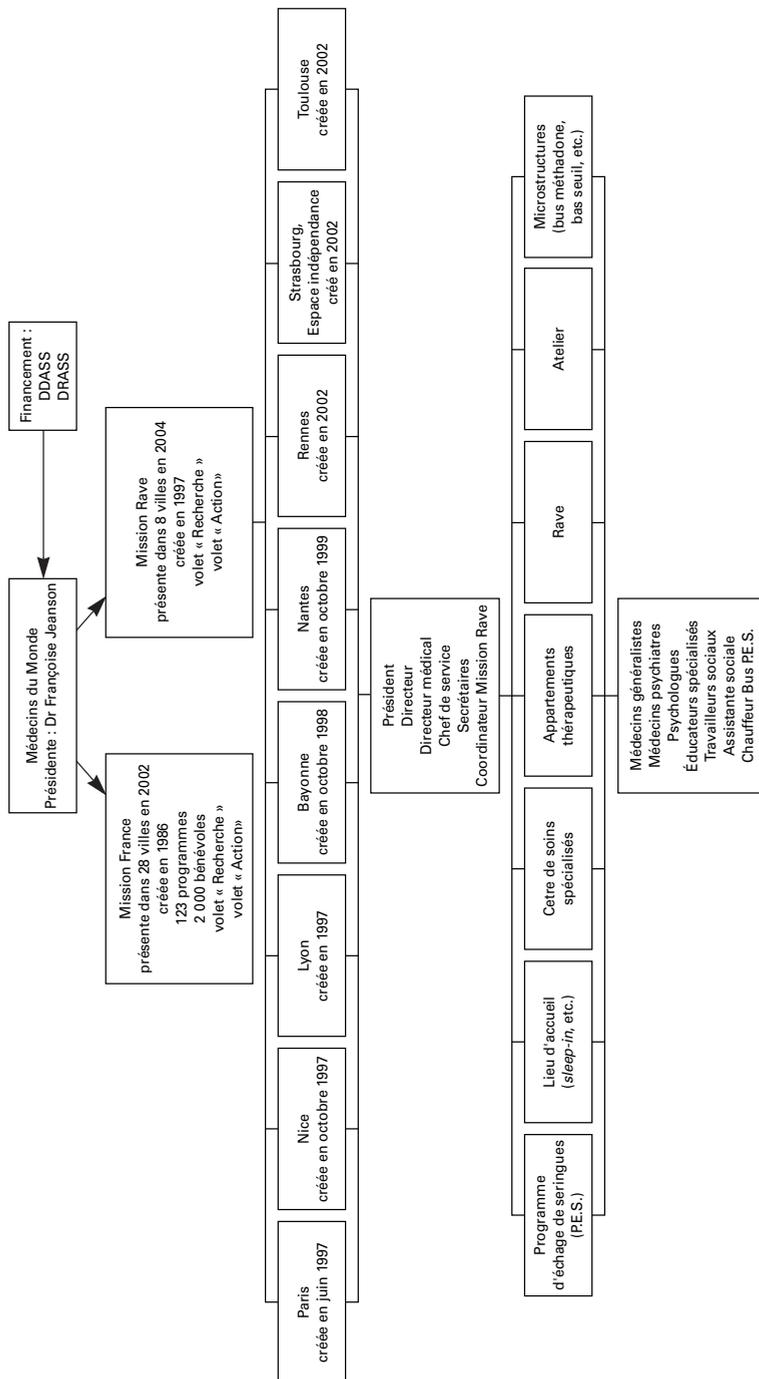


Figure 9.3
Organigramme de la « Mission Rave » de l'association Médecins du Monde

L'action sur le terrain de Médecins du Monde s'effectue à plusieurs niveaux : action sanitaire, action d'information, action de réduction des risques. Réduire les risques consiste à :

- limiter les risques infectieux et sanitaires ainsi que les dommages sociaux et psychologiques liés à l'usage des drogues ;
- aider à gérer et/ou limiter voire éviter la consommation abusive, nocive et provoquant la dépendance de substances psycho-actives, licites ou illicites (ce qui constitue une condition aggravante) ainsi que les pratiques à risques.

La politique de réduction des risques, dont Médecins du Monde a été un des promoteurs en France, se caractérise par des actions pragmatiques qui s'adressent aux usagers de drogues quel que soit le produit utilisé, quel que soit le moment dans leur trajectoire de consommation : elle propose, sans jugement ni moralisation, des messages de prévention, des actions de soins adaptés aux situations, elle informe et aide les sujets à devenir acteurs et responsables de leur propre santé. Parce que toutes les drogues n'ont pas les mêmes effets sur l'organisme, la politique de réduction des risques a le souci de hiérarchiser les risques :

- il vaut mieux ne pas consommer de drogues ;
- si on consomme, il vaut mieux ne pas le faire par voie injectable ;
- si on consomme des drogues par voie injectable, il vaut mieux utiliser une seringue propre une seule fois, etc.

En 1989, Médecins du Monde a lancé un programme d'échange de seringues à Paris, premier programme de ce type mis en place en France pour protéger les personnes toxicomanes des risques de contamination liés au VIH et aux hépatites.

La politique de réduction des risques infectieux, comme le sida et les hépatites, a permis la constitution de centres d'accueil à seuil adapté, dits « boutiques ». Grâce au travail de rue, à un accueil dégage des exigences thérapeutiques, à des soins de première nécessité, à un programme d'échange de seringues, on constate qu'un public jusqu'alors méconnu s'adresse au dispositif et s'engage dans un certain nombre de démarches d'insertion et de soins. Ces « boutiques » peuvent être considérées comme le point de départ du dispositif de soins. Les unités mobiles ou « bus » permettent aussi de toucher des personnes qui sont exclues des circuits habituels de soins. Ouvert en janvier 1998 pour permettre aux usagers d'accéder à la substitution et à une prise en charge correspondant à leurs

attentes et à leur mode de vie, le bus méthadone de Médecins du Monde répond à plusieurs objectifs :

- prendre contact avec une population d'usagers de drogues marginalisés, en situation de grande précarité, en allant tous les jours (7 jours sur 7) à leur rencontre en unité mobile ;
- améliorer l'accès à la substitution par la méthadone en délivrant une dose quotidienne avec un seuil d'exigences minimal. L'objectif n'est ni la maintenance ni l'abstinence ;
- améliorer l'accès aux soins et l'accès aux droits sociaux élémentaires pour ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas s'inscrire dans les réseaux de soins classiques. La plupart des usagers rencontrés ne peuvent, en effet, recourir au système de soins faute de couverture sociale ou de séjour régulier dans le pays. Le bus sert ainsi de passerelle vers les services de soins somatiques, les services spécialisés et les services sociaux.

Proches du même concept, les *sleep-in* sont des centres d'hébergement d'urgence pour toxicomanes en situation de grande précarité. Ils assurent un accueil de nuit et offrent pendant la journée des possibilités de consultations d'orientation sanitaire et sociale.

Les modes d'intervention auprès des toxicomanes varient au gré des politiques. Dans un premier temps, les soins donnés aux usagers de drogues et la prévention contre le sida étaient cloisonnés. Dans un second temps, des actions comme celles des réseaux ville-hôpital ou celles de Médecins du Monde sont significatives d'un renversement de perspective. D'une part, l'accent est mis sur une prise en charge plus globale : sanitaire, sociale et psychologique. D'autre part, il ne s'agit plus seulement de travailler avec les sujets qui ont une demande mais aussi d'aller vers des populations auparavant inaccessibles.

3. Prise en charge des patientes présentant des TCA

Aujourd'hui, dans nos sociétés occidentales industrialisées, les désordres du comportement alimentaire se développent de manière spectaculaire. Il est vrai que la société, en prônant un idéal de minceur contribue de manière importante à l'augmentation de ce trouble. Un paradoxe est posé entre un idéal corporel filiforme et dans le même temps des injonctions de consommation. Il semble qu'il y ait une extension importante concernant l'ano-

rexie-boulimie ou la boulimie¹. Pour ce qui est de l'anorexie mentale purement restrictive, les statistiques ne montrent pas d'augmentation majeure. L'ampleur de ces pathologies et des problèmes qu'elles posent a entraîné des réponses thérapeutiques nouvelles. En parallèle nous trouvons de nouveaux modes de compréhension du psychisme humain et des relations, ce qui va demander au psychologue de modifier également ses modes de prise en charge en s'appuyant sur ces nouvelles perspectives. Les troubles alimentaires se déclenchent électivement à la puberté, le début le plus fréquent se situant autour de 13-14 ans ou 16-17 ans pour l'anorexie, et plus tardivement à 18-20 ans pour la boulimie, période où la dépendance vis-à-vis de la famille est la plus importante. Selon des recherches récentes sont concernés environ 1 % des adolescents pour l'anorexie et de 3 à 12 % pour la boulimie avec une nette prédominance féminine : neuf cas sur dix pour l'anorexie mentale, sept cas sur dix pour la boulimie (Flament et Jeammet, 2000)².

Actuellement, tout semble démontrer que l'anorexie mentale est un « trouble psychique » et qu'il n'y aurait aucune origine organique, métabolique ou génétique. Cliniquement, on la rapproche de plus en plus de la boulimie, car on s'aperçoit qu'elles sont souvent associées. Certains médecins pensent d'ailleurs qu'il s'agit des deux extrêmes d'un même mal, exprimant une perturbation de la personnalité.

Le contexte théorique des TCA

► La clinique de l'anorexie mentale

Alors que les troubles du comportement alimentaire que sont l'anorexie mentale³ et la boulimie sont connus depuis l'Antiquité, ils continuent à susciter un intérêt qui n'a cessé d'augmenter durant ces dernières décennies. Dès

1. Le terme de boulimie remonte à l'Antiquité. Il est dérivé du grec *bous*, le bœuf et *limos*, la faim (littéralement faim de bœuf), terme qui montre qu'elle était confondue alors comme l'ingestion d'une quantité excessive de nourriture. La boulimie est définie par la survenue d'épisodes répétitifs de suralimentations excessive et incontrôlable, dont le caractère pathologique est généralement perçu par le sujet. C'est donc un besoin tyrannique de manger, d'avaler de la nourriture, même sans faim ou sans plaisir jusqu'à satiété et même jusqu'à l'écoeurement avec dans l'après coup ou même pendant un sentiment de culpabilité.

2. Flament M., Jeammet P. (2000). *La Boulimie. Réalités et perspectives*. Paris, Masson, p. 314. L'on ne s'étonnera donc pas que les sections consacrées ici à l'anorexie et à la boulimie traitent exclusivement de patientes et non de patients.

3. L'anorexie vient du grec *anorexia* et signifie « absence de désir » ou absence de faim. Cette pathologie grave de l'alimentation se traduit par une dénutrition consécutive à la restriction.

1873, Lasègue avait observé, chez certains malades hystériques ce « faux impérieux », cette « faim imaginaire ». Freud (1925) parle du « vomissement comme défense hystérique contre l'alimentation ». Il cite, dès 1895, les « accès de fringale » souvent accompagnés de vertige, parmi les symptômes de la névrose d'angoisse qu'il distingue de la neurasthénie. Fenichel (1945) voit dans la boulimie une toxicomanie « sans drogue » pour évoquer l'impuissance du sujet à résister à cette impulsion qu'il voudrait surmonter. Toutefois, c'est surtout sous l'angle de l'obésité que la boulimie a d'abord trouvé sa place dans la pathologie.

Récemment les troubles du comportement alimentaire ont été assimilés aux addictions (Venisse et Rault, 1989 ; Bergeret, 1990 ; Jager et coll., 1991 ; Krahn, 1991, 1993). Dans tous les cas, les critères de diagnostic proposés en 1990 par Goodman (voir sa définition au début de ce chapitre) sont présents : l'envie irrésistible, la perte de contrôle et la dépendance psychologique ou physique.

L'entourage familial démuni face à la jeune fille a souvent des réactions inadéquates qui peuvent aggraver les difficultés ou du moins les maintenir. On propose l'hospitalisation qui constitue à ce moment là, la seule issue face au désarroi de l'adolescente et de sa famille et également face à un état de santé parfois très médiocre (en effet, la maigreur n'est pas reconnue par la patiente, ce déni est sous-tendu par un trouble de l'image corporelle). La triade classique anorexie-amaigrissement-aménorrhée reste d'actualité : l'amaigrissement est important, il y a disparition des règles et augmentation de la pilosité (bras). L'absence de fatigue et l'hyperactivité motrice s'associent souvent à la diminution de la durée du sommeil. On observe chez les personnes anorexiques un besoin de perfection, de précision dû à leur immense besoin de contrôler et maîtriser – c'est pourquoi de façon générale elles ont de très bons résultats scolaires et exercent un hyper-investissement pour toutes les activités intellectuelles, aux dépens de tout ce qui peut toucher le corps et ses sensations. D'autre part, elles refusent la transformation physique en rejetant massivement la sexualité.

► La clinique de la boulimie

En 1973, Hilde Bruch rapporte la possibilité de survenue de prises alimentaires compulsives chez des sujets normopondéraux, qu'elle nomme de « gros-maigres ». Bosking-Lodhal et Sirlin (1976, 1977) parlent d'un syndrome dominé par les épisodes de suralimentation qu'ils dénomment alors boulimarexie. Par la suite, Brusset et Jeammet reprendront ce terme pour

décrire des périodes boulimiques dans l'évolution de l'anorexie mentale. Ce n'est qu'à la fin des années soixante-dix, grâce en particulier en France aux travaux de Brusset (1977) et de Igoïn (1979), que la boulimie s'individualise vraiment en entité clinique, indépendante de l'anorexie.

À la même époque, en Angleterre c'est Russell (1979), qui le premier individualise et définit les critères de diagnostic de ce qu'il appelle *bulimia nervosa* (boulimie nerveuse) qu'il assimile à une complication chronique de l'anorexie mentale. À partir de 1985, il réservera ce terme aux boulimies survenant après une période d'anorexie et nommera simplement « boulimie », le syndrome proprement dit. Tout cet engouement des chercheurs autour de l'anorexie et de la boulimie semble lié au caractère provocant et paradoxal de ces conduites « se situant à un carrefour entre la psychologie individuelle, les interactions familiales, le corps dans son aspect le plus biologique et la société dite de consommation » (Corcos, Bochereau et Jemmet, 2000)¹.

Dans la boulimie on distinguera plusieurs phases : la pré-crise, la crise et la post-crise. Il n'est pas rare, pour trouver une issue à cette situation pénible, que le sujet boulimique se fasse vomir, et éprouve ainsi un soulagement, retrouvant en quelque sorte une virginité illusoire mais apaisante. Malgré cette souffrance et la conscience du caractère anormal de ce comportement, le malaise va être vite oublié, annulé, ce qui explique en partie le déroulement répétitif des crises de boulimie.

Les comportements alimentaires en dehors des crises boulimiques sont eux-mêmes perturbés : anorexie, restriction alimentaire, alimentation déséquilibrée. L'usage de différents médicaments, laxatifs, diurétiques peut donner lieu à des abus considérables et à des complications somatiques graves. Certaines personnes souffrant de boulimie luttent parfois aussi contre des dépendances aux drogues, à l'alcool et au vol compulsif. D'autres peuvent souffrir de dépression, d'anxiété, de crises d'angoisse et d'autres maladies psychiatriques. L'évolution de la boulimie est le plus souvent chronique et se complique parfois de troubles dépressifs et de troubles de la personnalité.

1. Corcos M., Bochereau D., Jemmet P. (2000). « Anorexie mentale et boulimie de l'adolescente », in *Revue du praticien*, 50, p. 489-494.

► La place dans la nosologie

La définition des troubles alimentaires individualisés dans les classifications internationales actuelles dont les plus utilisés sont le DSM-IV (APA, 1994) et la Classification internationale des troubles mentaux de l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10, 1993) a connu des transformations importantes au cours des dernières décennies.

Selon le DSM-IV (1994), l'anorexie mentale comporte deux types :

- type restrictif (*restricting type*) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements) ;
- type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (*binge-eating/purging type*) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

Tableau 9.2
Critères de diagnostic du DSM-IV (1994) pour l'anorexie mentale

A	Refus de maintenir un poids égal ou supérieur au poids minimum compte tenu de l'âge et de la taille.
B	Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, même avec un poids anormalement bas.
C	La forme et le poids du corps sont perçus de façon anormale, le jugement porté sur soi-même est indûment influencé par la forme et le poids du corps, ou il existe un déni des conséquences du bas poids corporel.
D	Chez les femmes pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence de règles durant au moins 3 cycles consécutifs.

La boulimie quant à elle comporte également deux types :

- type avec vomissement ou prise de purgatifs (*purging type*) : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ;
- type sans vomissements ni prises de purgatifs (*nonpurging type*) : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

Tableau 9.3
Critères de diagnostic du DSM-IV (1994) pour la boulimie

A	Survenue récurrente de crises de boulimie, c'est-à-dire absorption en une période de temps limité (par exemple moins de 2 heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à celle que la plupart des personnes absorberait en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances. Ceci doit s'accompagner d'un sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
B	Il existe des comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne, exercices physiques excessifs (jogging, gymnastique).
C	Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent, en moyenne, au moins 2 fois par semaine pendant 3 mois.
D	L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
E	Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

Le DSM-IV (1994) décrit une troisième catégorie constituée par les fringales « *binge eating disorder* » (BED) ou frénésie alimentaire ou hyperphagie boulimique qui se caractérise par des épisodes où la personne qui souffre de ce désordre alimentaire n'utilise pas de moyens pour se débarrasser de l'excès d'aliments consommés.

La CIM-10 mentionne sous la rubrique des troubles de l'alimentation, l'anorexie mentale, l'anorexie mentale typique, la boulimie, la boulimie typique, l'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques.

Ces approches catégorielles ont conduit progressivement à considérer l'anorexie mentale et la boulimie comme des pathologies distinctes, qui peuvent cependant s'associer. Garner *et al.* (1980) ont montré que les ressemblances entre anorexiques boulimiques et boulimiques étaient particulièrement importantes. Ils suggèrent que l'anorexie mentale et la boulimie pourraient ne constituer que les phases d'un seul et même processus psychopathologique. Ainsi, l'évolution de la boulimie pourrait être ponctuée par des périodes d'anorexie et celle de l'anorexie pourrait être marquée de périodes boulimiques.

► Points communs entre la boulimie et l'anorexie mentale

De nombreuses discussions cliniques tentent de différencier la boulimie et l'anorexie. Cependant des spécificités communes existent :

- les anorexiques comme les boulimiques sont obsédés par la nourriture. Les unes se privent de manger de peur de ne plus pouvoir s'arrêter et les autres poussent l'ingestion de nourriture jusqu'à la défaillance physique ;
- la boulimie et l'anorexie sont actuellement considérées comme les formes très proches d'une même addiction, à l'instar des toxicomanies et de l'alcoolisme ;
- les anorexiques comme les boulimiques sont également obsédés par l'image de leur corps. Dans l'anorexie, le corps maigre signifie la toute puissance. Dans la boulimie, Brusset (1991) rappelle que l'utilisation du corps et de ses besoins est centrale pour obtenir des effets psychiques. Les deux peuvent être considérées typiquement comme une pathologie de l'adolescence. L'adolescence est le moment où le sujet doit se confronter aux tensions sociales et se séparer des parents. L'anorexie classique est une façon de rester au seuil de l'adolescence, de ne pas vouloir en sortir alors que la boulimie représenterait plutôt une tentative de s'en dégager.

Les anorexiques et les boulimiques subissent fortement l'emprise du milieu familial, emprise dont elles ont du mal à se dégager. Elles éprouvent généralement à l'égard de leur mère des sentiments d'agressivité très culpabilisés.

Le contexte d'intervention du psychologue clinicien dans le champ des TCA

Comme pour la plupart des troubles mentaux, différents types de facteurs (biologiques, psychologiques, sociaux) peuvent intervenir dans la causalité des troubles alimentaires. Les troubles des conduites alimentaires semblent très spécifiquement liés au contexte culturel, et même à un seul type de culture, contrairement à d'autres troubles anxieux ou de personnalité susceptible de toucher tous les types de populations. Ainsi, anorexie et boulimie n'apparaissent pas dans les pays en voie de développement, où l'accès à une nourriture suffisante représente souvent une lutte quotidienne, mais uniquement au sein d'une culture occidentale où l'on donne à la nourriture, présente en surabondance, un sens autre que celui « fonctionnel » de survie.

Il appartient au psychologue de s'interroger sur l'évolution de la société à différents niveaux et également aux modifications des conduites alimentaires de façon spécifique. Les nombreux remaniements excessifs de l'image de la femme que nous avons constatés dans la société actuelle ont de plus

vu apparaître le culte du corps : un corps idéal, mince, contrôlé dans les moindres détails, souvent bien différent du corps réel. Les nombreuses demandes d'aide entraînent le psychologue à prendre en considération ces éléments culturels et psychologiques. Dans le contexte des régimes amaigrissants et des séances intensives de sport, il n'est pas étonnant que les troubles alimentaires comme l'anorexie et la boulimie, indéniablement associées à l'image de soi et à la forme du corps, émergent de plus en plus. Cependant, tout un chacun dans cette culture ne semble pas à risque, l'anorexie se localisant chez une partie relativement limitée de la population : selon des études, 90 % des cas sévères concernent des jeunes femmes blanches, de statut socio-économique élevé, vivant dans un environnement compétitif. La boulimie, ainsi que les troubles similaires et associées semblerait répandue dans toutes les couches sociales, et parfois associées à l'obésité. Bien que l'influence du contexte culturel soit indéniable, les troubles alimentaires doivent être considérés comme des problématiques complexes aux facettes et causes multiples.

VIGNETTE CLINIQUE N° 5

« L'enfance volée » : Anastasia B., 13 ans

Anastasia B. va être dirigée par son médecin traitant dans le service de nutrition d'un hôpital général. Elle y sera hospitalisée et y rencontrera le psychologue du service.

Anamnèse

Âgée de 13 ans, Anastasia B. est la plus jeune d'une fratrie de trois enfants, née après deux frères qui ont respectivement 16 et 15 ans. La grossesse était souhaitée car père et mère désiraient une fille. Elle pèse 2,9 kg à la naissance et arrive dans une famille unie, où le père s'investit très vite auprès de sa fille. Dans la petite enfance, elle se présente comme une enfant douce, souriante mais refusant parfois de manger ou vomissant son biberon « sans raison apparente ». Toutefois, sa croissance a toujours été harmonieuse. Elle sera gardée à la crèche jusqu'à l'âge de 3 ans où elle rentrera ensuite à l'école maternelle. À l'âge de 3 ans, elle débute des activités d'éveil corporel et de danse avec sa mère qui est elle-même danseuse.





Sa mère est une belle femme, aujourd'hui âgée de 38 ans, qui gère au mieux son activité professionnelle et sa vie familiale. Elle oscille entre des périodes très gaies et des périodes plus abattues. L'évolution professionnelle inattendue du père l'éloignera souvent de la famille, entraînant à son retour de violentes disputes avec son épouse. Anastasia B., déjà toute petite, est responsable, sérieuse et aide souvent sa mère ; elle apprend également petit à petit à l'écouter et à la soutenir. À part la danse, elle n'a pas beaucoup de jeux. Elle débutera la danse au conservatoire régional à l'âge de 5 ans, période où le couple conjugal est en grande difficulté. À l'âge de 10 ans, elle rate le concours d'entrée à l'École du ballet de l'Opéra de Paris, au moment où ses parents pensent à une séparation définitive.

Le début des troubles semble se situer à ce moment-là : une grande tristesse l'envahit régulièrement et elle ne se ménage plus physiquement en augmentant les entraînements pour retenter le concours de l'Opéra l'année d'après. Elle sélectionne ses aliments avec fermeté et parfois se fait vomir si elle considère qu'elle a trop mangé. Elle maigrit beaucoup et ne pèse plus que 26 kg, ce qui à la fois alerte ses parents et les réunit. D'autre part, elle dit ne plus supporter de voir son corps changer avec l'apparition de la pilosité et de sa poitrine : « cela la dérange lorsqu'elle danse ». Elle n'est pas réglée et redoute ce moment de la puberté !

Diagnostic psychologique

Le psychologue va rencontrer Anastasia B. à l'hôpital à son arrivée. Lors de ce premier entretien, il va recueillir les informations, sans donner une quelconque interprétation qui serait prématurée à ce stade de la relation. Il va porter un intérêt soutenu à l'histoire personnelle d'Anastasia B. qui fait apparaître un certain nombre de dysfonctionnements pouvant être des facteurs favorisant l'apparition de son anorexie mentale. Parmi les éléments qui ressortent, il notera la place particulière prise par l'alimentation, les difficultés d'identification, la sexualité et la manière dont ces éléments s'organisent dans une pathologie de système. Ce qu'il observe rapidement est l'intelligence d'Anastasia B. mais également la peur de voir son corps se transformer avec l'apparition de la poitrine et des règles et surtout la perte massive de poids. On ne peut pas encore rattacher ici l'anorexie d'Anastasia B. à une des grandes structures psychopathologiques. Le comportement de la patiente est très stéréotypé : recherche de minceur, dénégation de la gravité de son état, hyperactivité.





Ce qui compte pour le diagnostic, c'est l'historique du comportement problématique mais également le type d'interaction qu'elle a eue avec sa famille avant que la maladie ne devienne manifeste. Le psychologue relève plusieurs éléments à analyser :

- une grande complicité initiale avec son père qui devient ensuite inexistante ;
- un engagement de sa propre mère pour la danse et la projection sur sa fille de ses désirs passés ;
- une quasi parentification d'Anastasia B. aux côtés de sa mère : elle l'aide beaucoup et la soutient ;
- l'absence de jeux et une place dans la famille inadéquate pour une enfant.

Analyse familiale

Les observations cliniques ont montré que la crise intervient quand un individu ou une famille est confronté à des perturbations créant un déséquilibre. Ici l'analyse du psychologue qui prend en charge Anastasia B., doit être double :

- prendre en compte la problématique intra-psychique de l'adolescente anorexique ;
- et également souligner l'importance des relations et des systèmes de communication intrafamiliaux qui tendent à assigner à un enfant telle ou telle fonction. Effectivement, l'enfant se construit dans et par sa famille (ce que Freud avait déjà souligné en 1917). Le psychologue analysera les relations effectives et affectives d'Anastasia B. avec sa mère, son père et ses frères.

Pour cette jeune fille, nous pensons que l'anorexie apparaît comme un symptôme du trouble familial. La pratique de la danse semble être pour elle un facteur déclenchant — ou renforçant — qui est entré en résonance avec les dysfonctionnements familiaux. Benoît (1981)^a montre les liens paradoxaux au sein des familles et insiste sur l'aggravation ou le maintien des symptômes par les réactions de la famille. Il souligne les communications paradoxales tendant à engendrer la confusion plutôt que le conflit. Il est classique de considérer que l'adolescent comporte une dimension de deuil liée au double mouvement d'autonomisation de l'adolescent et de désidérialisation des parents tels qu'ils se présentent dans la réalité externe (Brusset, 1991).





Anastasia B. vit à travers l'anorexie le malaise familial, elle est obligée de composer avec l'absence du père qui l'avait beaucoup investie étant jeune, et avec le mal-être de la mère. La psychologue apprendra que la mère n'a jamais pu faire la carrière tant espérée de danseuse de l'Opéra car sa propre mère avait besoin d'elle constamment et lui faisait du chantage au suicide à chaque tentative d'éloignement. Anastasia B. se retrouve coincée dans la généalogie et a hérité d'une tâche, d'une dette envers sa propre mère.

Le psychologue proposera à Anastasia B. une prise en charge à la fois individuelle et familiale où il pourra investiguer dans deux dispositifs différents toutes les pistes nécessaires à la compréhension du trouble. Il visera son amélioration par la mise en place d'un travail psychique. Il fera des interventions plus spécifiques qui pourront être utilisées justement comme levier pour induire la transformation. Il soulignera très rapidement que l'anorexie a réuni les parents autour de leur fille.

En individuel, il travaillera sur l'image du corps que cette jeune fille a d'elle-même. Sur le plan clinique, on note souvent une distorsion car il n'y a pas de concordance entre l'image du corps projetée dans le miroir et l'image inconsciente qu'entretient la jeune fille. Sa souffrance est renforcée par une identité fragile et une affirmation de soi négative. Anastasia B., par son anorexie mentale, contrôle, maîtrise. Est-ce *elle* qu'elle contrôle ou est-ce le désir d'améliorer son univers familial sur lequel, au fond, elle n'a pas de prise ?

La psychanalyse nous a appris que par des réponses inadaptées au moment du stade oral, le sujet anorexique n'avait pu se différencier de sa mère et entrer dans un processus d'individuation. Par conséquent, le psychologue aura également à l'esprit que le travail psychique de séparation devrait aider Anastasia B. à exister sans se détruire.

Le travail familial abordera principalement les interactions « dans l'ici et maintenant » mais soulignera également les axes transgénérationnels et les enjeux dans la famille. Selon cette approche, l'anorexie mentale est une maladie du système, c'est-à-dire un processus qui touche le système familial au sein duquel la patiente exprime un dysfonctionnement et une organisation familiale particulière.

a. Cf. Benoit J.C. (1981). *Les doubles liens*, Paris, PUF.

L'augmentation régulière des troubles des conduites alimentaires chez les jeunes questionne le psychologue et l'amène à une analyse des différents contextes imbriqués dans ce phénomène. Comment va-t-il intervenir ? Quel rôle spécifique le psychologue clinicien a-t-il à remplir face aux patientes présentant des TCA ?

Les missions du psychologue clinicien auprès des patientes présentant des TCA

► La fonction clinique du psychologue

Le processus de prise en charge psychologique implique 3 actes distincts : le diagnostic, le soutien et l'intervention. L'ensemble demande une cohérence interne qui est donnée par l'efficacité de la théorie de référence. Les diverses théories étiologiques ont permis d'aboutir à la mise en place de méthodes thérapeutiques spécifiques aux TCA et principalement à l'anorexie mentale, comprenant le contrat de poids conclu avec l'adolescente, associé ou non à l'hospitalisation.

Le psychologue pourra intervenir autant en individuel, auprès de l'adolescente qu'auprès de sa famille car les modèles récents mettent l'accent sur l'hétérogénéité des fonctionnements familiaux dans la prise en charge des TCA, en résonance avec l'hétérogénéité des fonctionnements psychiques qui sous-tendent ces conduites. Le psychologue devra être sensible aux remaniements de l'adolescence qui donneront une coloration particulière aux conduites de ces jeunes filles. Il pourra se spécialiser pour travailler autour des TCA (en s'engageant par exemple dans un Diplôme Universitaire).

Le psychologue va s'insérer dans une équipe où les patientes souffrant de TCA bénéficieront d'une prise en charge multifocale (Lucet et Kaganski, 2004). L'équipe est composée d'un médecin-chef, d'un psychiatre qui a une position centrale dans la prise en charge et dans l'orientation des patientes. Ils s'appuieront sur les ressources existantes dans le service et à l'extérieur : hospitalisation, thérapie psychanalytique individuelle, psychodrame, groupes de paroles, approche corporelle (relaxation), aide nutritionnelle, consultations d'un somaticien ou d'un nutritionniste, groupe de parents, thérapies familiales. La prise en charge des TCA à l'adolescence nécessite la plupart du temps de combiner plusieurs approches thérapeutiques afin que se tissent des liens visant à articuler différents niveaux d'organisation. Ces traitements bi- ou pluri-focaux seront à chaque fois élaborés en fonction de la situation singulière de la patiente et de son entourage.

► L'entretien clinique

L'entretien psychologique est construit autour d'un projet général d'amélioration de la situation psychique du patient, nécessairement fondé sur une représentation (implicite, ou explicite) de l'appareil psychique, de ses dysfonctionnements, voire des causes éventuelles de ses pathologies. Le premier objectif du psychologue est de connaître et de comprendre la personne totale en situation et en interaction avec les différents contextes où elle évolue. Il prendra un temps spécifique pour appréhender les dimensions synchroniques et diachroniques dans l'histoire des patientes. L'entretien thérapeutique pourra donner lieu à un compte rendu destiné à d'autres professionnels ayant en charge la patiente. Le compte rendu pourra servir également au moment des réunions institutionnelles et les échanges oraux permettront une synthèse et une réflexion spontanée. L'écoute thérapeutique se focalise sur la problématique du sujet. Elle se fonde sur la vigilance du clinicien à débusquer les dénégations et les non-dits et à repérer les voies qu'empruntent les conflits psychiques non résolus pour s'extérioriser.

Les outils évaluatifs du psychologue en addictologie¹

Un bilan psychométrique, effectué généralement lors des premiers entretiens, complétera le recueil d'informations cliniques. Ceci permettra de mettre en place une prise en charge adaptée au plus près de la problématique de la personne souffrant de TCA et/ou de divers comportements addictifs.

Ce bilan vise à compléter le diagnostic et à éclairer les spécificités du fonctionnement psychique du sujet et de sa personnalité.

Parmi les outils psychométriques pour évaluer les processus addictifs, nous présentons des questionnaires et des inventaires permettant le dépistage et l'évaluation de la symptomatologie ainsi que sa gravité. Enfin, un test évaluant les stratégies de coping chez les préadolescents face à des situations aversives, le SEI explorant l'estime de soi et un test projectif (le TAT), pourront fournir de nombreux éléments cliniques sur la personnalité du sujet.

■ Outils évaluatifs portant sur les troubles alimentaires

Eating Disorder Inventory 2 EDI 2 (Inventaire des troubles alimentaires 2) ; Garner D.M. (1991)

Cet outil permet l'évaluation clinique de la symptomatologie associée aux troubles alimentaires qui sont considérés comme étant multidimensionnels. L'inventaire comprend onze dimensions : la recherche de minceur (préoccupations avec le poids, le jeûne) ; la boulimie (tendance à s'engager dans des conduites alimentaires incontrôlées) ; insatisfaction par rapport à son corps

1. Cette section de chapitre a été rédigée par Silvia Sbedico Miquel.

(quant à la forme générale de son corps) ; l'inefficacité (évaluation négative de soi) ; le perfectionnisme (hauts standards de performance) ; la méfiance interpersonnelle (répugnance à reconnaître des relations proches) ; la conscience intéroceptive (incertitude à avoir des émotions) ; la peur de la maturité (désir de retrouver la sécurité de l'enfance) ; l'ascétisme (recherche de l'autodiscipline) ; le contrôle des pulsions ; l'insécurité sociale (relations sociales de pauvre qualité).

L'inventaire permet de situer le patient sur ces dimensions, de planifier le traitement et d'évaluer les progrès thérapeutiques.

Cet outil se présente sous forme d'un questionnaire que le patient remplit lui-même, décidant si chaque question est vraie pour lui, selon une échelle de six points, de « toujours » à « jamais ». Le score global n'est pas calculé, puisque chaque échelle est supposée indépendante.

La cotation des 91 items (séparés en deux groupes d'items : directs et indirects) ne pose pas de problème particulier. Plus les scores sont élevés et plus les sujets sont pathologiques.

Suite aux études de validation, l'outil semble posséder de très bonnes qualités psychométriques : fidélité test-retest satisfaisante en général pour une à trois semaines ; la stabilité à un an a été établie pour les sujets ayant des TCA, pour toutes les échelles sauf l'échelle de boulimie et celle de la conscience intéroceptive ; la consistance interne est satisfaisante sauf pour les échelles d'ascétisme et de contrôle des pulsions ; la validité de critère est excellente puisque toutes les échelles différencient les sujets ayant des troubles alimentaires des sujets contrôles.

L'EDI 2 ne doit pas être utilisé comme instrument diagnostique mais les patients ayant un haut score doivent bénéficier d'un entretien. Il constitue un outil intéressant pour mettre en évidence la pathologie associée aux troubles alimentaires.

Boulimic Investigatory Test of Edinburg (Inventaire de la boulimie d'Edinburgh) ; Henderson M. et Freeman C.P. (1987)

Cet inventaire est conçu pour identifier les personnes souffrant de symptômes boulimiques ou d'accès de frénésie alimentaire. Il peut être utilisé comme instrument de dépistage ou comme indice de la sévérité du trouble.

Le sujet doit répondre en s'appuyant sur son ressenti et ses comportements des trois derniers mois, si l'inventaire sert au dépistage. Seul le dernier mois écoulé devra être pris en considération lorsque l'instrument vise à évaluer un traitement.

L'inventaire comporte trente-trois items. Trois questions constituent l'échelle de sévérité (question 6 : fréquence du jeûne pendant toute une journée ; question 7 : fréquence du recours à ces moyens pour perdre du poids : diurétiques/cope-faim/laxatifs/vomissements provoqués ; question 27 : fréquence à laquelle le sujet « dévore d'énormes quantités de nourriture »). Le score total est obtenu en faisant la somme des résultats obtenus à ces trois questions.

Cet outil a le mérite d'être simple d'utilisation et fiable. La version française n'a pas encore fait l'objet d'études de validation.

Eating attitudes test (Échelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale) ; Garner et Garfinkel (1979)

Il s'agit de l'échelle la plus utilisée et la plus connue pour évaluer la gravité et l'évolution de l'anorexie mentale. La version initiale à quarante items (EAT-40) peut être réduite à vingt-six items (EAT-26). Cette version peut être utilisée pour le dépistage de l'affection dans une population à risque (adolescence), mais avec prudence. L'EAT est intéressante pour le suivi des sujets.

Les modes de passation et de cotation sont simples. Les études de validation, nombreuses pour EAT-40, dénotent de bonnes qualités métrologiques : la consistance interne est satisfaisante, quelle que soit la version ; la validité de critère montre que les deux versions différencient bien les sujets anorexiques de sujets contrôles ; la sensibilité au changement est également bonne. Une analyse factorielle portant sur la version anglaise (qui présente les mêmes caractéristiques que la version française) a permis de dégager trois facteurs : restriction alimentaire (13 items), boulimie et préoccupations concernant la nourriture (6 items), contrôle de la prise alimentaire (7 items).

Morgan Russell Scale for Assessment of Anorexia Nervosa ou Critères de Morgan et Russell (1975)

Cette échelle propose des critères qui permettent de juger de l'avenir de l'ancienne anorexique dans le cadre d'une étude prospective :

- bon devenir : si le poids est entre 85 % et 115 % du poids idéal et que la menstruation est régulière ;
- devenir intermédiaire : si le poids varie entre 85 % et 115 % du poids idéal et qu'il oscille fréquemment ou si le poids dépasse les 115 % et/ou qu'il y a des troubles de la menstruation ;
- devenir pauvre : si le poids est en dessous des 85 % et que la menstruation n'est pas revenue.

■ **Outils évaluatifs portant sur la toxicomanie et l'alcoolisme¹**

Drug Abuse Screening Test (DAST) ; Skinner (1982)

Ce questionnaire, composé de vingt items, est fréquemment utilisé par les institutions ou les intervenants qui travaillent en toxicomanie. Cet outil permet d'évaluer d'une façon simple, rapide et efficace la gravité des problèmes liés à l'addiction dans de multiples domaines : santé, comportement, et développement psychosocial.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ; OMS (Organisation mondiale de la santé), Babor T. et al. (1995)

Ce questionnaire, utilisé en auto-évaluation et constitué de dix items permet la prévention et le dépistage de l'alcoolisme. Des études de validation sur la version en anglais, ont démontré qu'il peut être utilisé auprès d'une population adolescente. Ce questionnaire évalue la consommation d'alcool de l'année écoulée. Il permet de dépister non seulement les buveurs très

1. Cf. S. Sbedico Miquel (2007). « Outils évaluatifs du psychologue en alcoologie » in : Schauder S. (dir., 2007), *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées*, Paris, Dunod, chap. 3.

dépendants mais également les buveurs occasionnels qui n'ont pas encore atteint ce niveau de dépendance. C'est un outil rapide et fiable qui permet également une grande communicabilité des résultats dans la recherche.

Questionnaire des habitudes de prise de boissons alcoolisées¹ ; Pelc I. (1985)

Ce questionnaire est une auto-évaluation des prises de boissons alcoolisées. Il permet de repérer les situations où le patient est tenté de boire ou boit, en cotant son comportement au cours des six derniers mois.

La cotation, simple, permet également le dépouillement du questionnaire par catégories d'habitudes de boisson. Les valeurs obtenues sont des évaluations de la prégnance de chaque catégorie. Ces valeurs peuvent être estimées à différents moments de l'évolution de la maladie. Aucune donnée n'a été publiée. Ce questionnaire peut être utile au dépistage des problèmes de boisson ainsi qu'au suivi des progrès thérapeutiques.

Sensation Seeker Scale (Échelle de recherche de sensations de Zuckerman). Traduction française et validation : Carton et al. (1990)

Cette échelle française a été construite dans le but de mesurer le besoin de stimulation en distinguant les individus sur un continuum allant d'une recherche de sensations faible à une recherche de sensations fortes. Plusieurs versions se sont succédé : 1964, 1971, 1990, 1992. L'échelle est composée de soixante-douze items à choix forcés (forme IV), regroupés en cinq facteurs : général, recherche de danger et d'aventure, recherche d'expériences, désinhibition au moyen de drogues ou d'alcool, susceptibilité à l'ennui.

FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) ; Olson et al. (1985)

Cet outil d'évaluation du fonctionnement familial explore deux dimensions : l'adaptabilité et la cohésion familiale. Il se veut un instrument standardisé d'évaluation ponctuelle et objective de l'équilibre de la famille, fiable et facile à administrer.

Olson *et al.* (1985) ont montré que le fonctionnement familial est un facteur qui constitue un indicateur de la santé physique et mentale des adolescents. Le FACES-III peut ainsi être utilisé dans un but de diagnostic du fonctionnement des familles et dans un but thérapeutique, pour le traitement des pathologies qu'elles présentent.

Life Events and Coping Inventory (LECI) ; Dize-Lewis (1988)

Cet outil permet une exploration des stratégies de Coping chez des préadolescents. Il est bien adapté car quarante-deux items permettent d'aborder une série très complète des situations aversives rencontrées à cet âge. Ces items se regroupent en cinq facteurs : agressivité (jeter, briser...) ; distraction (faire une autre activité...) ; autodestruction (comportements à risques, toxicomanie...) ; endurance (serrer les dents...) ; expression des émotions (crier, pleurer...).

1. Cf. M. Bouvard et J. Cottraux (1996). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Paris, Masson, rééd. 1998, 2002.

Il existe de nombreuses études consacrées aux stratégies d'ajustement des enfants et adolescents placés dans des contextes stressants dont sont également issues des échelles de coping adaptées à des populations adolescentes comme la A-COPE de Patterson et Mc Cubbin (1987).

Self-Esteem Inventory (SEI), S. Coopersmith (1981). Version française : Inventaire d'estime de soi de Coopersmith (1984)

Ce test de personnalité, administré en auto-évaluation permet d'évaluer l'estime de soi que Coopersmith définit comme constituée « d'un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leur rapport avec le monde extérieur » et qui est « l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même ». Le SEI fournit cinq mesures de l'estime de soi au travers de quatre sous-échelles : Estime de soi générale, familiale, sociale, et professionnelle (version adulte) ou scolaire (version enfants à partir de 8 ans et adolescents). La somme des scores à ces quatre sous-échelles offre une mesure de l'estime de soi totale.

L'inventaire est composé de cinquante-huit items proposant chacun une façon possible de penser et de réagir : le sujet doit cocher la case « Me ressemble » ou celle « Ne me ressemble pas » ; huit des items constituent une échelle de mensonge. La cotation est aussi rapide que la passation (entre 5 et 10 minutes) et s'effectue à l'aide d'une grille de dépouillement. Il est possible de lire les items aux sujets présentant des difficultés de lecture. Cet outil intéressant, rapide et fiable (assez bonnes qualités métrologiques) nécessite néanmoins (comme la plupart des outils en auto-évaluation) d'être combiné avec d'autres sources d'information sur le sujet.

Le Thematic Apperception Test (TAT)¹ ; Murray (1935), V. ; Shentoub et al. (École française, à partir de 1954)

Dans la version proposée par V. Shentoub, incluant une feuille de dépouillement, il permettra, dans un premier temps, de dégager la problématique du sujet et d'explorer ses mécanismes défensifs de façon systématisée (première phase du dépouillement), tout en mettant en évidence ses conflits psychiques. La présentation de ce test projectif le rend particulièrement bien adapté à une population adolescente. Cependant, ce test projectif demande une formation approfondie à son utilisateur ainsi qu'une réelle maîtrise des concepts psychanalytiques soutenant sa construction et sa cotation. Il en va de même pour le Rorschach.

Les outils permettant d'évaluer la dépression, l'anxiété et les risques suicidaires

Ils pourront s'avérer utiles (cf. chap. 7 et 10).

■ **L'accompagnement du sevrage tabagique**

Le test de Fagerström²

C'est le test le plus utilisé pour l'évaluation de l'intensité de la dépendance à la nicotine. Cette évaluation préalable est nécessaire à la mise en place d'un programme individualisé du sevrage. Cette échelle simple d'utilisation et de

1. Cf. la présentation du TAT au chapitre 3 du présent ouvrage.

2. Ministère français de la Santé (1998) DGS d'après Heatherton T., Fagerström K.O. (1991).

cotation permettra également au médecin d'apprécier l'indication d'un traitement substitutif, le travail d'accompagnement s'effectuant préférentiellement en équipe pluridisciplinaire.

Le DSM-IV

Il comporte une grille spécifique pour apprécier l'existence d'une dépendance au tabac dont les items 1 et 2 indiquent la dépendance physique.

Les outils permettant d'évaluer la dépression et l'anxiété

Ils s'avéreront utiles car l'arrêt du tabac peut entraîner ou majorer une symptomatologie dépressive ou anxieuse qu'il est important de pouvoir traiter (cf. chap. 7 et 10).

Le questionnaire Q-Mat (Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac). Aubin H.J., Lagrue G. et coll. (2004)

Cette échelle évalue la motivation à arrêter la consommation de tabac. La motivation est considérée comme un des facteurs clefs de la réussite du sevrage tabagique et pourra être renforcée par l'accompagnement psychologique (la mise en place de stratégies cognitivo-comportementales semble particulièrement efficace). Il est intéressant de noter qu'outre les motivations liées à un meilleur état de santé, les femmes enceintes peuvent être motivées par l'état de santé de leur bébé, les adolescents par l'aspect économique... *A contrario*, il est important de « travailler » la valorisation de l'image corporelle des personnes inquiètes par une prise de poids (qui n'est en moyenne que de 6 kilos).

Les recommandations de la Haute Autorité de la santé (HAS)¹ font également état de l'efficacité du « conseil minimal² » qui consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer.

► Le psychologue et le contrat de poids

Le contrat de poids peut s'appliquer aussi bien dans le cas d'une hospitalisation que pour les adolescents suivis en consultation externe. C'est l'outil fondamental de prise en charge thérapeutique des patients anorexiques³. Il est conclu entre l'adolescente, ses parents et le médecin et représente un refus de cautionner la conduite anorexique. À la maison, ce sont les parents qui en sont les garants, d'où l'importance de les impliquer dans la prise en charge de leur enfant. Il consiste pour l'adolescente en une reprise de poids régulière, qu'elle doit réaliser d'elle-même. En cas d'échec, elle sera hospitalisée. De même, lorsque sa dénutrition en vient à mettre sa vie en danger, une hospitalisation s'impose sans discussion possible. Mais l'entourage, étant

1. ANAES/HAS (octobre 1998).

2. Les résultats des études randomisées et contrôlées en médecine générale montrent 2 % à 5 % d'arrêt soutenu et un taux de succès doublé de l'arrêt à long terme.

3. L'isolement et la coupure avec la famille se pratique depuis Ernest-Charles Lasègue (1816-1883) et Jean-Martin Charcot (1825-1893).

donnée la grande tolérance de bien des anorexiques mentales à la privation de nourriture et leur refus de se faire soigner, attend trop souvent l'extrême limite pour imposer l'hospitalisation. Il n'est pas rare qu'on soit alors obligé de recourir à la réalimentation par voie intraveineuse et par sonde gastrique. Comme l'anorexie mentale demande un abord spécifique, l'hospitalisation devra de préférence avoir lieu dans un service hospitalier (service de nutrition ou de psychiatrie) spécialisé dans la prise en charge de ce type de pathologie. Le contrat constitue à la fois une limite et une médiation entre l'adolescente et sa famille, et du fait qu'il est imposé à l'adolescente par des intervenants extérieurs, « il autorise la patiente à opérer un mouvement d'autonomie et de séparation et à pouvoir exprimer des affects personnels, notamment de caractère agressif sans avoir à en assumer trop vite et trop complètement l'origine » (Jeammet *et al.*, 1991, p. 434). Il permet la construction d'un espace personnel qui autorise l'adolescent à exprimer ses désirs et ses émotions et de les assimiler à son propre rythme. Chappaz et Sarra-Galet (2000) ajoutent que « le contrat permet l'expression de l'agressivité de l'adolescent qui va trouver un objet auquel se confronter : le cadre thérapeutique et ses limites¹ ».

Compte tenu du fait que l'anorexie mentale est considérée comme une pathologie de l'attachement², la plupart des équipes soignantes s'appuient sur la séparation et l'isolement qui font partie du traitement institutionnel. Généralement, cette séparation est présentée à la famille comme un possible moment d'apaisement après plusieurs mois de conflits et de tensions autour de la nourriture.

Que ce soit la patiente anorexique ou la famille, l'hospitalisation est toujours vécue douloureusement même si cela peut être un soulagement pour les parents du fait qu'ils ne sont plus seuls à lutter contre la maladie de leur enfant. La jeune fille sera dans un premier temps isolée sans aucune visite et appel téléphonique. La reprise de poids entraînera la reprise des relations externes et familiales (des permissions, des sorties à l'extérieur), avec bien souvent une proposition de thérapie familiale. La jeune fille pourra sortir de l'hôpital lorsqu'elle a récupéré un poids viable. À sa sortie, elle sera suivie en ambulatoire et on lui proposera sa participation à des groupes de discus-

1. Chappaz M., Sarra-Galet C. (2000). « Les mérites d'une contrainte ou la prise en charge des patientes anorexiques dans un service de pédopsychiatrie », in T. Vincent (éd.). *La Jeune Fille et la Mort. Soigner les anorexies graves*. Strasbourg, Arcanes, p. 78.

2. Terme défini par Bowlby (1972) pour expliquer les comportements innés existants chez le nourrisson. C'est un lien affectif qui a pour fonction de réduire la distance et d'établir la proximité et le contact avec la mère.

sion ou à diverses activités manuelles et physiques, des séances de psychothérapie individuelle – l'ensemble de ces activités visant à rompre l'auto-renforcement de sa conduite anorexique.

Les patientes boulimiques ne seront pas hospitalisées sauf en cas de dépression grave avec un risque suicidaire élevé, une résistance au traitement ambulatoire, et une recrudescence débordante des accès boulimiques. D'autre part, le « régime alimentaire seul » ne peut satisfaire les patientes boulimiques qui fonctionnent par impulsion. Pour obtenir un résultat, la prise en charge devra prendre en compte la personne dans sa globalité, viser à diminuer les angoisses, comprendre la culpabilité liée à l'ingestion de nourriture, travailler autour de l'image du corps, aborder la notion de « plaisir », etc. C'est à partir de là que les crises pourront s'estomper en termes de fréquence et d'intensité.

► Les médicaments

Comme nous venons de l'expliquer, les patientes présentant de troubles des conduites alimentaires souffrent avant tout psychiquement. Les médicaments n'ont pas de réelle utilité lorsqu'ils cherchent à stimuler par exemple auprès de jeunes filles anorexiques l'appétit. Les personnes boulimiques, quant à elles, ont souvent recours à toutes sortes de médicaments – hors contrôle médical – pour maigrir ou ne pas grossir (coupe faims, laxatifs, diurétiques). Elles sont très au fait de tout ce qui peut les faire maigrir et dépensent des sommes importantes dans des produits miracles.

► Les thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies cognitivo-comportementales ont pour objectif d'intervenir de manière directe sur les modes de pensée et les comportements des patients qui font que le trouble perdure. Ces thérapies partent du principe que nombre de difficultés psychologiques sont dues à l'apprentissage et au maintien de comportements et de modes de pensée dysfonctionnels. De manière générale, le psychologue sera conduit à travailler en premier lieu sur les distorsions cognitives et l'image du corps, en utilisant des stratégies d'ajustement. D'autre part, tout le travail thérapeutique sur l'évitement phobique du corps s'appliquera aussi bien aux anorexiques mentales qu'aux boulimiques, chez qui les troubles de l'image du corps sont également présents.

La prise en charge cognitivo-comportementale sera quasiment identique pour les patientes anorexiques et les patientes boulimiques avec la proposi-

tion de rétablir une alimentation socialisée, en mangeant à table à des horaires normaux, avec des aliments cuisinés. Dans ce type de thérapie, le psychologue devra être très vigilant car comme nous l'avons déjà souligné, les troubles des conduites alimentaires ont à voir avec un trouble de l'attachement. Comme le processus thérapeutique rejoue et recrée ce type de lien, le thérapeute ne devra pas opter pour une conduite rigide qui amplifierait le problème en posant un rapport de force avec la personne qui est avant tout une adolescente.

Pour le thérapeute, la solution consiste à « travailler les réactions émotionnelles émergeant au moment où quelqu'un exerce une influence sur le patient » (Steiger, 1995, p. 178).

Russell (1979) décrit classiquement quatre étapes composant le schéma cognitif des boulimiques :

- image du corps insatisfaisante → amaigrissement
- perte de poids obtenue → appétit sélectif, impulsif : boulimie ;
- boulimie → vomissements, jeûne, laxatifs qui diminuent l'anxiété ;
- diminution de l'anxiété → renforcement de la conduite boulimique.

La thérapie cognitivo-comportementale tente de travailler sur ce schéma en vue de sa modification.

► Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique

Parmi les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, les thérapies de groupe sont souvent une bonne indication pour les différents troubles des conduites alimentaires. Le groupe a un effet de *holding*¹ au sens winnicottien et les jeunes peuvent se reconnaître tout en se différenciant à travers le regard de l'autre. Ce lieu leur permet de s'exprimer mais également d'écouter les autres participants. Il revient au psychologue d'animer le groupe et d'en analyser la dynamique.

Il est souvent difficile de faire accéder les adolescentes à une demande de soin, *a fortiori* au niveau psychologique. Pourtant, un travail psychothérapique qu'il soit individuel ou de groupe paraît indispensable après l'hospitalisation au cours de laquelle la normalisation du poids est une étape nécessaire mais non suffisante. En effet, ce n'est que par l'amélioration des troubles psychologiques que la guérison deviendra possible. Le psychologue devra être vigilant à ne pas travailler uniquement sur la prise ou la

1. Terme introduit par Winnicott (1958) pour décrire la façon qu'a la mère de porter et maintenir physiquement et psychiquement son nourrisson en état de dépendance absolue.

perte de poids – en un mot, sur le symptôme – car celui-ci cloisonne et cristallise très rapidement les séances thérapeutiques. L'adolescente se sentira alors coincée dans le rôle du « bon ou mauvais » élève et un rapport de force peut se mettre en place qui la fera déserrer les rendez-vous. Concernant la conduite boulimique, le psychologue en soulignera la dimension d'auto-sabotage, son effet dénarcissant qui est en partie lié à une position masochiste prédominante. L'organisation fantasmatique de ces patientes est souvent pauvre – la conduite boulimique court-circuite la pensée, le but de la crise étant d'écarter, par l'accès boulimique, toute représentation mentale du conflit psychique sous-jacent. La valeur agie du symptôme est un moyen de juguler toute émotion au profit de sensations physiques primitives. Le symptôme boulimique devient le substitut de la relation à autrui et constitue, pour le sujet, le seul moyen de ressentir des sensations et non des émotions, caractéristiques d'authentiques relations objectales.

Lors des psychothérapies, le psychologue doit privilégier avant tout le soutien narcissique et le renforcement du moi. Un travail très intéressant peut être proposé à ces jeunes filles avec l'approche hypnotique¹. En effet, cette technique spécifique permet d'aborder rapidement les sensations émotionnelles et les distorsions psychiques que vivent ces patientes. Le recours à la projection et à l'imagination ouvrent ces patientes à un possible devenir. C'est un travail thérapeutique qui, lui aussi, demande approfondissement et temps.

► Le rôle du psychologue auprès des familles

Nous avons vu plus haut que les troubles du comportement alimentaire touchent également l'organisation familiale rendant nécessaire l'indication d'une thérapie familiale. La question centrale qui émerge lors de la prise en charge d'une famille est : « à quoi sert le symptôme d'une part pour l'adolescente de façon personnelle et d'autre part pour elle au sein de sa famille ? ». Nous pensons que l'abord familial est une bonne indication dans les troubles des conduites alimentaires car ceux-ci impliquent de façon plus ou moins grave et de façon plus ou moins directe tous les membres de la famille.

Lorsqu'une jeune fille devient anorexique – sauf déni de la part de la famille – elle exerce une pression constante autour d'elle (se lève au milieu du repas pour aller vomir, maigrit énormément et se dit encore trop grosse,

1. État naturel survenant fréquemment au cours de la journée. C'est un état d'éveil proche de la rêverie.

refuse tous les repas, etc.). Son mal-être est souvent en lien avec plusieurs causes et il n'est pas rare que la famille représente une des premières causes. Nous remarquons également que dans une famille avec plusieurs enfants, à côté du patient désigné se trouve une autre pathologie portée par un membre de la fratrie, moins visible, moins bruyante que celle du patient désigné. Aussi le soutien familial permettra-t-il de reconnaître et d'aider tous les membres de la famille. Par conséquent, la collaboration avec la famille est très riche car les sensations de peur et les émotions pourront être exprimées par tous les membres du groupe familial. De plus, cette collaboration avec la famille atténuera les réponses inadaptées qui amplifient les TCA.

Sans l'engagement des parents, sans un travail concomitant avec eux, la prise en charge de la patiente anorexique risque d'aboutir à un échec : « dans tous les cas il est nécessaire d'obtenir une adhésion à ce projet de la part de l'environnement familial » (Hardy-Baylé *et al.*, 1993, p. 85). Le travail clinique avec les familles touchées par des TCA nous montre que « ces patientes ont souvent été des enfants modèles, parfaites, soumises, mais l'irruption de la puberté pose toujours de façon aiguë le problème de leur identification à une mère caractérielle chez laquelle la dimension anale est prégnante de même que les mécanismes de déni en particulier de déni du corps. La jeune fille ne peut s'opposer à sa mère sans risquer de voir celle-ci décompenser sa dépression, elle ne peut qu'externaliser le conflit dans l'agir comportemental »¹.

L'anorexie étant considérée comme une pathologie de l'attachement excessif des adolescents à leur famille, les intrications entre les différents membres de la famille méritent d'être analysées et recadrées dans le nouveau contexte qu'est la maladie anorexique, afin que ce qui se joue dans cette pathologie soit compris par tous, et que les interrelations familiales n'ancrent pas davantage les adolescents dans leur comportement. Cependant, Hardy-Baylé *et al.* (*op. cit.*, p. 85) précisent que « l'approche familiale est surtout indiquée lorsqu'on est en possession d'arguments qui permettent de penser que l'environnement familial a non seulement joué un rôle dans l'apparition des symptômes alimentaires, mais continue à jouer un rôle dans la maintenance des troubles ».

Pendant l'hospitalisation ou lors du suivi, le travail avec les parents peut parfois permettre la levée de secrets familiaux, et le repérage de lois familiales

1. Corcos M. (2000). *Le Corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. Paris, Dunod, p. 71.

particulières ou de certaines alliances. Le psychologue clinicien travaillera avec tous ces éléments et proposera des recadrages. Il aura un travail très important à faire pour mettre en place l'affiliation avec les familles d'anorexiques car sous un aspect mobilisable, elles paraissent particulièrement résistantes à tout changement. Le psychologue et l'équipe thérapeutique pourront rapidement se heurter à un système hautement rigide. La famille demande « que tout redevienne comme avant... ; sans que rien ne change dans la nature de nos relations » (Pommereau, 1997, p. 97). Le psychologue poursuivra plusieurs types d'objectifs comme notamment celui d'éliminer dans le système familial, la communication négative ou dysfonctionnelle, tant au sujet de la nourriture que d'un point de vue plus général, et celui de rendre plus structurés les rythmes et situations de vie et d'alimentation. Le psychologue amènera la famille à restaurer la communication entre les différents membres, car celle-ci est souvent rompue. Il aidera la famille à prendre conscience des dysfonctionnements et tentera de déculpabiliser les parents et la personne présentant des TCA. Il provoquera les changements en faisant comprendre aux parents qu'ils sont compétents dans leur famille. Enfin, il réalisera un travail important de restructuration et de différenciation des parents d'avec leur(s) enfant(s). Le psychologue travaillera sur un axe diachronique et synchronique, c'est-à-dire à la fois sur le présent et l'histoire familiale.

Selon Minuchin *et al.* (1978), certains milieux familiaux développeraient plus volontiers des pathologies anorexiques, boulimiques ou hyperphages, telle la famille « psychosomatique ». Il décrit les quatre modalités suivantes comme caractéristiques du style d'interaction rencontré dans les familles où un enfant présente des symptômes psychosomatiques ou anorexiques :

- intrication entre les membres de la famille et entre les générations ;
- hyperprotection ;
- rigidité et tendance au perfectionnisme ;
- besoin excessif d'harmonie et incapacité de gérer les conflits.

Vue de l'extérieur, cette famille apparaît comme un circuit fermé, conformiste, arc-boutée sur des apparences de normalité, cherchant à donner au monde une impression de bonheur, d'harmonie, d'union parfaite entre ses membres. Mais dans ce cercle fermé, aucune critique ne peut être exprimée et l'idée d'un conflit en les membres de la famille n'est pas pensable. Les parents incapables de surmonter leurs difficultés con-

jugales les transformeraient en difficultés parentales en y impliquant leurs enfants et en tentant d'en faire des alliées dans des coalitions plus ou moins stables (Minuchin *et al.*, 1978, in Apfeldörfer, 1995, p. 93).

Dans le système familial, l'anorexie permet de maintenir l'homéostasie du système et gomme les conflits conjugaux.

Du point de vue du groupe familial, l'anomalie d'un des membres focalise sur celui-ci la majorité des tensions intrafamiliales et la place en position de bouc émissaire, ce qui permet de renforcer la cohésion familiale menacée. Ce rôle de bouc émissaire favorise à son tour, par l'état de stress qu'il engendre, les troubles du comportement alimentaire (Minuchin *et al.*, 1978, *ibid.*).

VIGNETTE CLINIQUE N° 6

« Souffrance conjugale et anorexie » : Sabine R., 16 ans

Présentation des entretiens familiaux

Sur les conseils d'une amie, M. et Mme R. consultent en thérapie familiale avec leur fille Sabine, une jolie jeune fille âgée de 16 ans, scolarisée en première. Ils sont inquiets pour elle car elle souffre d'anorexie mentale de type restrictif avec une aménorrhée. Elle mesure 1 m 62 et son poids reste stationnaire autour de 41 kg. Elle prend la plupart de ses repas sans sa famille. Sabine explique que son année de troisième a été très difficile, elle n'avait pas d'amies au collège et se sentait rejetée par les autres. Elle se trouvait grosse (elle pesait à ce moment-là 52 kg) et a commencé à restreindre son alimentation. Aujourd'hui elle a des amies sur lesquelles elle peut compter. Elle voit un nutritionniste et sait que cela pourrait être dangereux si son poids diminue encore.

M. et Mme R. ont également un fils, Alexandre, étudiant en classe préparatoire de mathématiques supérieures. Celui-ci refuse de venir, considérant qu'il n'a pas de problème. Sabine se plaint beaucoup de son frère, disant qu'il la dévalorise souvent. Quand elle était plus ronde, il l'appelait « grosse vache ». Il considère qu'elle ne s'intéresse pas aux mêmes choses que lui et ne comprend pas grand-chose à l'histoire, à l'actualité et à tout ce qui le passionne, lui.

Sabine se plaint aussi du fait que ses parents critiquent tout ce qu'elle fait. Ils surveillent ses notes et commentent toutes ses activités. Ils aimeraient qu'elle les accompagne un peu plus au théâtre plutôt que de passer son temps avec ses copines à écouter de la musique.

 Sabine explique aussi que sa mère ne lui a pas parlé pendant deux jours parce qu'elle avait oublié de faire une course pour son père. Celui-ci s'était mis en colère et cela avait débouché sur une dispute du couple car Mme R. avait ressenti la colère de son mari comme une attaque vis-à-vis d'elle-même. Sabine constate que sa mère ne réagit pas de cette façon avec Alexandre qui au même moment avait « planté » l'ordinateur familial. Mme R. explique qu'elle n'a pas supporté le ton de légèreté avec lequel sa fille leur a dit qu'elle avait oublié. Elle précise qu'à ce moment-là elle n'a pas non plus parlé à son mari. Sabine a été profondément affectée par l'attitude de sa mère, M. R. dit qu'il était allé voir sa fille dans sa chambre « pour lui remonter le moral ». Mais tous les deux sont d'accord pour dire qu'ils n'avaient pas perçu à quel point Sabine avait été touchée par cet épisode. Mme R., toujours en colère, insiste en disant que pour elle cet oubli est inadmissible.

M. et Mme R. se sont rencontrés en Angleterre à l'époque où M. R. était étudiant à Lancaster. Mme R. se rappelle qu'elle a été très mal accueillie par ses beaux-parents qui se moquaient de sa chevelure rousse. Lorsqu'elle était enceinte, elle se souvient de leurs réflexions : « L'enfant risque d'être roux ! » Elle en veut à son mari car à la suite d'une dispute du couple, il y a huit ans, Bertrand est allé chez ses parents et leur a raconté ce qui s'était passé. Mme R. s'est sentie trahie du fait qu'il avait dévoilé leur intimité de couple et a été très choquée des réflexions de ses beaux-parents car ils ont conseillé à leur fils de quitter son épouse. Depuis, elle ne veut plus les voir. Le père de M. R. est décédé il y a un an et demi et M. R. aimerait que sa femme se réconcilie avec sa mère afin que celle-ci puisse finir sa vie entourée de sa famille. Il insiste sur le fait que ses parents ne viennent pas d'un milieu social très élevé et les excuse ainsi de leur maladresse envers sa femme : « Dans ce milieu-là, on ne fait pas attention à ce qu'on dit. » Les enfants vont chez leurs grands-parents avec leur père. Pendant que ses parents exposent le conflit qui les oppose, Sabine ne cesse de prendre part à la discussion. Elle souhaite les mettre d'accord et recherche l'approbation de chacun.

La sœur de M. R., Martine, a eu également des troubles du comportement alimentaire au moment de l'adolescence. Elle était dans un état extrêmement grave et a perdu ses dents. Mme R. considère que ses beaux-parents n'ont rien fait pour Martine, elle n'hésite pas à dire qu'ils ont failli laissé mourir leur fille. M. R. se rappelle qu'il avait des rela-

tions conflictuelles avec sa sœur, il se moquait beaucoup d'elle. Il a été beaucoup affecté par ce qui lui est arrivé. Il explique qu'il a tendance à être sur le dos de Sabine lorsqu'elle ne mange pas car il a très peur de voir sa fille devenir comme sa sœur.

Enfant, M. R. était un élève médiocre, très dévalorisé par son père. La classe de première a été un tournant pour lui car il s'est mis à obtenir de bons résultats à l'école. C'est l'époque où sa sœur commençait à présenter des troubles du comportement alimentaire. Il a fait des études de commerce puis est entré dans l'industrie automobile. Il dirige actuellement l'ensemble des succursales en France d'un grand groupe et a fait l'admiration de ses parents qui ont suivi de près sa carrière, très fiers de lui. Pour monter dans la hiérarchie de son entreprise, il a dû accepter de nombreuses mutations pendant les dix premières années de sa carrière. Mme R. se souvient qu'ils déménageaient tous les dix-huit mois. Elle a beaucoup souffert de cette situation qui l'obligeait à quitter amis et travail. Sabine dit en aparté au thérapeute que sa mère avait fait une tentative de suicide. Mme R. a ensuite refusé de suivre son mari et elle est restée 4 ans seule avec les enfants. Les parents de M. R. lui ont alors écrit une longue lettre pour lui signifier qu'elle était une épouse indigne. Celui-ci lui faisait des scènes chaque week-end lui reprochant de ne pas le soutenir dans sa carrière. Il aurait eu besoin de sa présence affective le soir après les difficiles journées de travail. M. R. supporte très mal l'évocation de cette période et se met en colère.

Hypothèses cliniques

Sabine apparaît en grande difficulté dans son processus d'autonomisation qui ne peut se faire qu'au prix de son symptôme. La famille présente un niveau de différenciation assez bas, les parents ne pouvant concevoir que leur fille n'aime pas ce qu'ils aiment. Sabine *va alors manifester son indépendance par sa maladie anorexique qui lui permet de s'opposer sans rompre l'équilibre familial*. L'anorexie mentale est l'expression de troubles psychoaffectifs qui se manifestent sous forme de troubles alimentaires et s'inscrivent dans le corps. Ceux-ci sont souvent l'expression de l'isolement social dans lequel la jeune fille s'est retirée à l'entrée de l'adolescence et de son incapacité à mettre en place les stratégies nécessaires pour en sortir. Sabine n'avait pas d'amis auparavant. Maintenant elle semble beaucoup plus entourée mais elle s'est installée dans sa problématique anorectique et ne parvient pas à en sortir malgré le soutien de ses amies.

☞ Ses relations avec sa mère ne sont pas très satisfaisantes. Nous voyons qu'un conflit avec son père qui aurait pu se régler rapidement, une fois la colère passée, est amplifié par la réaction de Mme R. Au contraire, Mme R. ne supporte pas l'énervement de son mari et le conflit se situe alors entre la mère et la fille. Sabine est très touchée par la réaction de sa mère, elle ne peut parler à ce moment-là de ses sentiments mais elle parvient à en parler avec l'aide des thérapeutes. Nous pouvons faire l'hypothèse que Sabine n'a pas pu intérioriser un environnement maternel contenant, ce qui lui aurait permis de développer un sentiment continu d'exister ainsi que la nécessaire capacité à être seule. Nous voyons que Mme R. coupe le lien lorsqu'elle est contrariée. Cette discontinuité dans la relation a pu empêcher la mise en place de l'espace intermédiaire ou transitionnel pour Sabine dès son plus jeune âge. Sabine apparaît tributaire de sa mère pour réguler plaisirs et tensions internes et vit dans la crainte permanente de perdre cet objet dont elle est trop dépendante.

Mme R. apparaît telle que Lucet et Kaganski (2004) décrivent les mères des patientes anorexiques : froide, rigide, voire tyrannique, elle investit sa fille comme un complément narcissique, valorisant surtout ses performances au détriment de ses besoins affectifs et de ses émotions. Ces caractéristiques masquent en général une tendance dépressive de la mère liée soit au couple ou à son histoire personnelle, soit aux deux.

D'un côté, la mère coupe le lien dès qu'elle est en colère, d'un autre côté, elle voudrait que sa fille vienne avec ses parents au théâtre. La relation à la mère est vécue par Sabine de façon conflictuelle et paradoxale car les sentiments de perte et d'abandon quand sa mère ne lui parle pas coexistent avec la sensation d'étouffement, le sentiment d'être soumise à la présence d'une mère à qui rien ne peut échapper. Du coup Sabine se défend de cette dépendance à sa mère en passant alternativement de la haine à la culpabilité : la mère est à la fois indispensable et inacceptable. Selvini *et al.* (2002) sont revenus sur ce portrait très tranché des mères des patientes anorexiques. Ils insistent davantage sur leur tendance à se sacrifier et à ravalier les humiliations. Cette colère enfouie n'a jamais pu être exprimée, « ce qui a contribué à forger un caractère rongé par une tension et une agressivité sous-jacentes, qui les empêchent de clarifier ou de résoudre les conflits avec leurs interlocuteurs présents (mari et

enfants) » (Selvini *et al.*, 2002, p. 164). « Quoiqu'affirmées, efficaces, ces femmes sont malheureuses, parce que, d'une part, elles se sentent obligées d'être toujours à la hauteur de leurs propres attentes, et, de l'autre, parce qu'elles se sentent incapables de ressentir des émotions véritables, vu que la composante du devoir les empêche de nouer des contacts interpersonnels. Par ailleurs, comme elles éprouvent de la difficulté à faire preuve d'introspection, à réfléchir sur elles, elles ont de la peine à percevoir les états d'âme de leur mari, de leur fils ou des autres en général, décevant ainsi les attentes profondes de leurs proches » (Selvini *et al.*, 2002, p. 163).

Ainsi Mme R. insiste en disant que pour elle, le fait que Sabine ait oublié de faire la course que lui demandait son père est inadmissible. Elle ne parvient toujours pas à entendre la souffrance de Sabine tandis que M. R. semble plus réceptif.

Nous retrouvons dans le portrait des pères que dressent Selvini *et al.* (2002) des traits de M. R. Il a souffert de carences affectives qui le poussent probablement à adopter des réactions défensives. Selvini *et al.* (2002) décrivent « des comportements sexistes, convaincus qu'ils sont que la femme est un être à soumettre, son irrationalité incontournable rendant vaine toute velléité de discussion rationnelle. Ces hommes sont donc, à leur manière, passés maîtres dans l'art d'éviter tout dialogue avec leur femme (court-circuitant, par conséquent, toute possibilité de règlement des conflits), en s'appuyant sur des tactiques diversifiées : silence ou cris, discours avec des arguments "rationnels", etc. » (Selvini *et al.*, 2002, p. 157). Ici le père se met en colère parce que Sabine a oublié de faire une course pour lui. Il se met également en colère lorsque sont évoquées en séance la souffrance de Mme R. lors des déménagements successifs, l'attitude de M. R. à ce moment-là et l'incompréhension des beaux-parents.

L'anorexie mentale de Sabine est survenue dans un contexte de conflit conjugal. Nous voyons en séance que ces conflits sont toujours aussi vivaces, Mme R. ne voulant pas pardonner aux parents de M. R., même après le décès du père.

Le travail thérapeutique avec la famille

Nous pouvons orienter le travail thérapeutique selon plusieurs axes :
 – soutenir Sabine qui est très seule et l'aider à se construire une image plus valorisante d'elle-même. Recadrer le symptôme comme celui d'une

 fille sensible qui prend sur elle une série de problèmes qui concernent la famille. Nous ferons émerger également l'intrication entre ce symptôme et le conflit conjugal des parents. Il s'agit de sortir Sabine de sa position sacrificielle ;

– restaurer la communication entre les différents membres de la famille et éliminer la communication négative ou dysfonctionnelle, tant au sujet de la nourriture que d'un point de vue plus général, afin de rendre plus structurés les rythmes et les moments de repas. Minuchin propose d'utiliser positivement ces modalités de la communication pour favoriser le processus thérapeutique. Il invite les parents à en maintenir l'intention mais à en modifier les moyens (technique de recadrage). En ce qui concerne la *tendance à l'intrication*, les thérapeutes invitent les parents à la transformer en empathie : l'angoisse flottante à l'intérieur de la famille efface les frontières intergénérationnelles et fait perdre de vue les réels problèmes affectifs de la jeune fille. En donnant des informations sur les aspects psychologiques de l'anorexie, les thérapeutes invitent la famille à définir les problèmes affectifs et relationnels de leur fille et à identifier les ressources nécessaires pour les surmonter, ce qui a un effet rassurant. En ce qui concerne la *tendance hyperprotectrice*, les thérapeutes invitent les parents à la transformer en attitude de « coaching » : dès la première consultation ils seront amenés à prendre conscience d'un fait essentiel : leur manière de réagir aux problèmes de leur fille a un effet considérable sur elle. La métaphore utilisée est celle d'une équipe sportive : c'est à l'athlète, donc à la jeune fille, de faire son parcours, les parents et l'équipe soignante seront les entraîneurs qui la soutiennent. Le but est donc d'aider la jeune fille malade à installer les ressources nécessaires pour être à même de lutter elle-même contre sa maladie et pour augmenter ses capacités sociales en s'appuyant sur ses co-équipiers. En ce qui concerne la *tendance à la rigidité*, les thérapeutes invitent les parents à la transformer en fermeté. Dans cette illustration clinique, M. et Mme R. apparaissent perfectionnistes. Dans cette famille, on n'a pas le droit à l'erreur. Il faudrait travailler plus particulièrement sur la rigidité de la mère qui en veut terriblement à sa fille dès que celle-ci oublie quelque chose. Les théories de Richter (1972) pourront nous aider dans ce travail : Sabine semble en fait être le substitut de l'idéal du moi pour sa mère. Si elle faillit à ce rôle, Mme R. en est profondément remuée et « boude » sa fille. Cette réaction mérite d'être élaborée de façon à amener Mme R. à prendre une place de mère plus



sécurisante pour Sabine. En ce qui concerne le *besoin excessif d'harmonie*, les thérapeutes invitent les parents à le transformer en objectif de bien-être sur le plan social pour leur fille. Il faut leur donner une nouvelle finalité en invoquant le développement harmonieux de la jeune fille et son avenir en tant que femme. Il s'agit d'introduire un axe temporel dans le plan de traitement en visant des compétences sociales plus élaborées. En élargissant de cette manière la finalité du traitement, les parents sont d'accord pour accepter une plus grande conflictualité au sein de leur famille ;

- travailler sur le processus de différenciation en élucidant le besoin excessif d'harmonie et la difficulté à supporter les désaccords et les conflits dans cette famille. Le thérapeute pourra par exemple montrer qu'une parole, un comportement, un événement, ou une situation peut être vécue tout à fait différemment par l'un ou l'autre membre de la famille. Ce partage pourra donc souvent lever un grand nombre de malentendus, et faire en sorte que chacun puisse mieux comprendre ce que l'autre vit ;

- aider les parents à retrouver une harmonie conjugale. En nous appuyant sur Boszormenyi-Nagy et Spark (1973), nous pourrions envisager un travail autour des dettes et des mérites. Il faudrait aussi aborder les différences entre les deux familles d'origine : l'une, anglaise, plus cultivée et plus ouverte, l'autre, française, plus frustrée et plus fermée, afin de mieux comprendre quelles en sont les loyautés ;

- travailler sur les projections. Est-ce que Sabine prend la place de la sœur de M. R. dans les projections de son père ? Il y avait entre eux un conflit qui n'a pas été résolu et que M. R. tente peut-être de résoudre à travers sa fille. Il faudrait aider M. R. à prendre de la distance avec l'histoire de son adolescence et celle de sa sœur, Martine, de façon à ce qu'il n'angoisse pas Sabine avec ses propres angoisses ;

- évaluer l'impact du transgénérationnel : la relation entre Sabine et son frère est du même type que celle qui existait entre M. R. et sa sœur. Le génogramme permettra de faire apparaître les répétitions d'une génération à l'autre.

Le travail thérapeutique doit permettre également de clarifier le rôle d'Alexandre. Qu'est-ce qu'il y a derrière son besoin de dévaloriser sa sœur, que nous observons aussi dans la configuration fraternelle de M. R. à la génération précédente ? Il serait souhaitable qu'il participe aux séances de thérapie pour qu'un travail sur les liens fraternels puisse avoir lieu.

► Études comparatives des modes de prise en charge pour les TCA

Il existe de nombreuses approches pour intervenir auprès des patientes souffrant de TCA. Des chercheurs ont comparé ces modes de prise en charge. Nous pouvons présenter brièvement quelques-unes de ces études¹.

Crisp *et al.* (1991) ont évalué quatre formes différentes d'intervention dans le cas de l'anorexie mentale. N = 90 – 4 groupes : traitement hospitalier, psychothérapie individuelle et familiale ambulatoire, psychothérapie de groupe ambulatoire et absence de traitement ultérieur. Résultats : Gain de poids pour l'ensemble des patients, mais les patients des groupes 2 et 3 reprennent plus de poids que les patients du groupe 4. Une amélioration significative du score de Morgan-Russell sur 1 an est observée pour tous les groupes.

Eisler *et al.* (1997) ont comparé les effets de la thérapie familiale et de la psychothérapie individuelle pour des patientes présentant une anorexie mentale. L'étude a porté sur un suivi de 5 ans. N = 80 – 4 groupes de patientes : anorexie à début précoce et durée courte (moins de 3 ans) ; anorexie à début précoce et longue durée (plus de 3 ans) ; anorexie à début tardif (plus de 18 ans) et durée longue ; boulimie avec un faible poids. Résultats : les malades ayant une anorexie mentale avec un début précoce en dessous de 18 ans et une histoire brève de la maladie (en dessous de 3 ans) avaient une meilleure amélioration en cas de thérapie familiale plutôt qu'une psychothérapie individuelle. Les malades avec un début tardif (supérieur à 18 ans) ont davantage bénéficié d'une psychothérapie individuelle. Les malades avec anorexie avec début précoce mais évolution durable de la maladie au-delà de 3 ans, et les malades avec une boulimie nerveuse sévère présentaient une amélioration médiocre quelle que soit la modalité de thérapie.

Eisler *et al.* (2000) ont réalisé une étude centrée sur la comparaison entre thérapie familiale conjointe et thérapie familiale séparée, c'est-à-dire où les parents et les patientes sont traités séparément de manière parallèle. N = 40 – 2 groupes : une amélioration considérable de l'état nutritionnel et psychologique est apparue dans les deux groupes en traitement. Le changement symptomatique était plus marqué dans la thérapie familiale séparée, tandis qu'il existait un changement psychologique nettement plus important dans le groupe de thérapie familiale conjointe.

Dare *et al.* (2001), pour des patientes anorexiques adultes de psychothérapies spécifiques, ont examiné des suivis selon des théories systémiques et

1. Pour avoir plus d'informations sur ces recherches, se référer à l'ouvrage de l'INSERM, *Psychothérapies, trois approches évaluées*. Paris, Éd. INSERM, 2004.

d'autres orientations. N = 84 – 4 groupes : 1 an de psychothérapie psychanalytique focale ; 7 mois de thérapie cognitivo-analytique ; 1 an de thérapie familiale ; 1 an de suivi de routine avec contacts limités (groupe contrôle). Résultats : Après un an de traitement, on note une amélioration symptomatique dans tous les groupes. La thérapie familiale a des effets significativement supérieurs au suivi de routine.

Conclusion sur les TCA

L'anorexie mentale est actuellement abordée sous de multiples angles : biologique, familial, social et culturel et nous avons souligné à plusieurs reprises l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire où le psychologue clinicien occupera une place importante au sein de l'équipe. Il sera chargé du suivi de la patiente et/ou de la famille, il pourra faire passer des tests et des échelles d'évaluation et pourra être chargé de l'orientation à la sortie et d'un éventuel suivi en ambulatoire. La prise en charge de la boulimie est moins complexe car la jeune fille est rarement hospitalisée sauf pour dépression majeure. Par conséquent, le suivi assuré par le psychologue se fera essentiellement en ville, en individuel ou en famille. Différentes approches seront alors proposées.

Les chercheurs et cliniciens se sont davantage intéressés à l'anorexie qu'à la boulimie. Bien que ces deux comportements soient opposés l'un à l'autre, il n'est pas rare de les voir alterner chez un même sujet, la frontière entre ces deux types de comportements n'étant pas toujours très bien définie, ce qui en donne toute la complexité et la difficulté dans la prise en charge.

L'évolution de l'anorexie mentale sous traitement est souvent longue et émaillée de rechutes. Des études soulignent qu'environ un tiers des anorexiques peut être considéré comme totalement guéri, qu'un autre tiers connaît une évolution intermédiaire, marquée par la persistance de difficultés sur les plans existentiel et alimentaire (boulimie et restriction). Pour le dernier tiers, l'évolution est franchement défavorable et se fait vers la chronicisation à l'âge adulte.

4. Le temps FIR

Lectures conseillées

Dans le tiers temps consacré à la formation, la recherche et l'information (FIR), le psychologue pourra trouver une documentation considérable avec le pôle Toxibase, créé en 1986. Il s'agit d'un réseau national d'information et de documentation soutenu par la MILDT, qui permet la mise en commun et la valorisation des ressources d'une douzaine de centres de documentation spécialisés en France. Toxibase développe de nombreux partenariats en France et à l'étranger. Le centre coordonnateur se trouve à Lyon. À Paris, le centre Marmottan dispose d'un service de documentations devenu, au fil des ans le lieu-ressource naturel pour les étudiants, les intervenants et les chercheurs qui trouvent sur place, non seulement les services d'une documentaliste spécialisée et un fonds documentaire adapté à leurs besoins, mais rencontrent dans le même lieu des professionnels et des chercheurs dont certains avec un niveau d'expertise internationale. La revue documentaire de Toxibase, entièrement refondue en 2001, propose chaque trimestre des rubriques très variées (dossier thématique, calendrier des congrès, présentation d'une étude ou d'une expérience de terrain, etc.).

- Toxibase, réseau national d'information et de documentation, 76, rue Pierre Delore, 69008 Lyon – Tél. : 04 78 72 47 45 – Fax : 04 72 72 93 44 – <http://www.toxibase.org>
- Plusieurs revues anglophones se sont spécialisées dans le domaine de la toxicomanie ou des addictions : en France, la revue *Psychologues*, et parmi les revues anglophones, l'*American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *Addiction*, *Addictive Behaviors*, *Drug and Alcohol Dependence*, le *Journal of Substance Abuse Treatment*, *Psychology of Addictive Behaviors*.
- En France, les revues spécialisées dans les troubles du comportement alimentaire sont les *Cahiers de l'OCHA*¹ et les *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. De nombreuses revues telles que *Enfances* et la *Revue de Psychanalyse Française* ont consacré des numéros spéciaux aux TCA. Le psychologue consultera également les revues anglophones comme l'*International Journal of Eating Disorders*, *Appetite* ou le *Journal of the American Dietetic Association*, (*JAMA*).

1. Cf. leur site www.lemangeur-ocha.com.

Afin de se construire un bagage théorique, le psychologue a accès à une littérature abondante concernant la toxicomanie et les troubles du comportement alimentaire. Parmi celle-ci, nous pouvons conseiller quelques livres qui ont retenu notre attention.

- ANGEL S., ANGEL P. (2003). *Les Toxicomanes et leurs familles*. Paris, Armand Colin. Bilan de 20 ans d'expérience dans la prise en charge des toxicomanes selon une approche systémique. Cet ouvrage est illustré par de nombreuses vignettes cliniques.
- BRUSSET B. (1977). *L'Assiette et le Miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse, Privat. Cet ouvrage apporte une étude d'ensemble sur ce qu'il faut bien désigner par un pluriel comme *les anorexies*. Elles sont envisagées dans toute la diversité de leurs origines et de leur apparition, depuis le nourrisson jusqu'à l'adolescent.
- BRUSSET B., COUVREUR C., FINE A. (1977). *La Boulimie*. Paris, PUF, coll. « Monographies de la *Revue française de psychanalyse* ». Recueil de textes rédigés par les plus grands spécialistes dans le champ des troubles des conduites alimentaires.
- BRUSSET B. (1998). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris, Dunod. Étude clinique et théorique de l'anorexie mentale en regard avec les autres addictions.
- CHABROL H. (1991). *L'anorexie et la Boulimie de l'adolescente*. Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? ». L'auteur analyse les raisons profondes qui amènent certaines adolescentes à perdre le contrôle de leur comportement alimentaire.
- COLLE F.-X. (1996) *Toxicomanies, familles et systèmes : où les drogues rencontrent les émotions*. Ramonville Saint-Agne, Érès. Des études de cas présentées par un thérapeute familial systémicien.
- FLAMENT M., JEAMMET P. (2000). *La Boulimie : réalités et perspectives*. Paris, Masson. Ouvrage de synthèse sur la boulimie. Ce livre compile les résultats d'une étude scientifique multicentrique effectuée par le réseau Inserm de recherche clinique sur la boulimie.
- HACHET P. (1996). *Les Toxicomanes et leurs secrets*. Paris, Les Belles Lettres-Archimbaud. Réflexion clinique à partir d'études de cas d'un psychologue travaillant dans un CSST. La toxicomanie est vue comme une tentative faite pour anesthésier le souvenir insupportable d'expériences douloureuses ou honteuses liées à des secrets de famille.

- LE POULICHET S. (dir.) (2000). *Les Addictions*. Paris, PUF, coll. « Monographies de la *Revue française de psychanalyse* ». Recueil de textes rédigés par les plus grands spécialistes selon une approche psychanalytique des addictions.
- MOREL A., HERVÉ F., FONTAINE B. (2003). *Soigner les toxicomanes*. Paris, Dunod. Ce livre expose les bases cliniques (connaissances actuelles sur les drogues, compréhension de l'adolescence) et offre une approche innovante de la dépendance. Il analyse la spécificité de l'expérience toxicomaniaque, présente les principaux modèles (biologiques, sociologiques, psychologiques et transdisciplinaires) qui soutiennent les différentes stratégies d'intervention. Enfin, il décrit l'ensemble des soins selon leurs finalités, leurs modalités médicales, psychologiques et sociales et la diversité de leurs cadres.
- PÉDINIELLI J.-L., ROUAN G., BERTAGNE P. (1997). *Psychopathologie des addictions*. Paris, PUF, Nodules. Excellente synthèse de la psychopathologie des addictions.
- PRIEUR B. (dir.) (1989). *L'Anorexique, le toxicomane et leur famille*. Paris, ESF. Les auteurs mettent en évidence les similitudes entre les deux pathologies et entre les deux types de familles. Cet ouvrage répond également aux questions que l'on peut se poser face à la toxicomanie ou à l'anorexie. Il y a non pas une comparaison entre ces deux conduites mais la recherche de liens de parenté.
- SELVINI-PALAZZOLI M., CIRILLO S., SELVINI M., SORENTINO A.M. (2002). *Anorexiques et boulimiques. Bilan d'une approche thérapeutique familiale*. Paris, Éd. Médecine et Hygiène. Synthèse de la prise en charge, des résultats et conclusions de dizaines d'années de travail avec des anorexiques, des boulimiques et leurs familles. En illustration, des exemples cliniques.
- VENISSE J.-L. (1990). *Les Nouvelles Addictions*. Paris, Masson. L'auteur regroupe les conduites de dépendance : alcoolisme, toxicomanie, dépendance médicamenteuse, troubles du comportement alimentaire, conduites d'achats pathologiques, dépendance sexuelle, jeu pathologique, tabagisme, tentatives de suicide à répétition. Il montre les parentés entre ces troubles aussi bien comportementaux que physiopathologiques : ils définissent tous un mode particulier de relation aux objets, aux personnes et au corps, témoignant de difficultés, au moment de l'adolescence, dans le processus de séparation-individuation. Cet ouvrage est aussi une réflexion sur l'homme dans ses dimensions psychologique, biologique et sociale qu'il faut prendre en compte pour saisir ces phénomènes dits de civilisation.

Formations universitaires

Le psychologue qui travaille avec les toxicomanes doit prendre en compte l'intrication du pénal et du médical et donc se former au-delà de son champ pour mieux connaître la politique en vigueur et les nouveaux produits qui apparaissent dans la consommation des jeunes. Les textes ministériels correspondants sont disponibles sur le site de la MILDT : <http://www.drogues.gouv.fr>.

Par ailleurs, les formations en addictologie tiennent compte de ces différents aspects. Plusieurs diplômes universitaires existent en France. Voici à titre d'exemple trois formations en addictologie et une formation concernant les troubles du comportement alimentaire.

- Université de Nantes : DIU Addiction et société, responsable pédagogique : M. le Pr. Jean-Luc Venisse. Accueil inscription formation continue : « Ateliers et chantiers de Nantes », 2 bis, bd Léon Bureau, BP 96228. 44262 Nantes CEDEX 2. Tél. : 02 51 25 07 25 – Fax : 02 51 25 07 20.
- Université d'Angers : DIU Addictions et société. Responsable pédagogique : Mme le Pr. Dominique Penneau-Fontbonne. Accueil inscription : département de formation médicale continue, 1, rue Haute-de-Reculée, 49045 Angers. Tél. : 02 41 73 58 05.
- Université Paris V, Faculté de médecine Cochin Port-Royal : DU Trouble du comportement alimentaire. Directeur : M. le Pr. Julien-Daniel Guelfi. Responsable pédagogique : Docteur Rouer-Saporta. Responsable de formation CFC : Christine Lapoujade. Accueil inscription : centre de formation continue. 45 rue des Saints-Pères. 75006 Paris. Auprès de Sylviane Frédéric. Tél. : 01 42 86 22 18. e-Mail : sylviane.frederic@cfc.univ-paris5.fr.

Sites Internet

Le réseau Internet est une source précieuse pour s'informer sur la tenue de colloques et de journées d'études concernant les addictions, ou plus précisément la toxicomanie ou l'anorexie. Nous proposons quelques adresses :

- MILDT : <http://www.drogues.gouv.fr> : le site le plus complet sur l'ensemble du problème de la toxicomanie est celui de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.
- NIDA : <http://www.drugabuse.gov> : site du National Institute on Drug Abuse dans lequel on trouve en langue anglaise une grande quantité d'articles sur les différents produits (héroïne, cannabis, marijuana, nico-

- tine, stéroïdes anabolisants, ecstasy, etc.) et des monographies de recherche depuis 1975 dans le domaine de l'usage de produits toxiques.
- FFA : <http://www.addictologie.org/> : site de la Fédération française d'addictologie qui insiste actuellement sur la nécessité d'une concertation pour élaborer une loi-cadre addictions qui couvre l'ensemble des consommations nocives de substances psychoactives.
 - ANIT : <http://www.anit.asso.fr/> : site de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie.
 - ARIT : <http://www.arit.org/> : site de l'Association pour la recherche et l'information sur les toxicomanies.
 - FIRST : <http://www.first.asso.fr/> : depuis plus de dix ans, l'association FIRST (loi 1901) représentée par ses membres, professionnels et spécialistes du domaine de la toxicomanie et du sida, est engagée dans la promotion, la mise en place et le soutien de politiques innovantes concourants à la réduction des risques en matière de toxicomanie au niveau national et international.
 - Prospective Jeunesse : <http://www.prospective-jeunesse.be> : site grand public avec une rubrique « Informations sur les drogues » proposée par le bureau d'information et de recherche sur les drogues (BIRD) de prospective jeunesse.
 - ISPA : <http://www.sfa-isp.ch> : site de l'Institut Suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.
 - Site de Sylvain Bartolami de l'université de Montpellier-II : <http://schwann.free.fr/toxico.html>. Psychopharmacologie de la toxicomanie : modes d'action des drogues dans le système nerveux central.
 - Site d'Éric Loonis : <http://www.egzagone.com> : Site sur les addictions qui présente des livres et propose des articles à télécharger.
 - Site belge de l'association Infor Anorexie & Boulimie : <http://www.anorexie-boulimie.com/>. On y trouve des informations, des témoignages, un forum, une bibliographie, etc. sur ces deux troubles du comportement alimentaire.
 - Site de l'Inserm : <http://disc.vjf.inserm.fr:2010/BASIS/elgis/fqmr/rapp/DDD/496.pdf>. Sous forme pdf, un texte qui insiste sur les facteurs des troubles du comportement alimentaire et leurs conséquences somatiques et psychiques.
 - Site de la faculté de médecine d'Angers : page sur les troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent <http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/cours-fichiers/Troubles des>

Conduites Alimentaires.pdf. Épidémiologie, diagnostic et principes de traitement pour l'anorexie mentale et les conduites boulimiques.

- Site de l'association autrement : <http://www.autrement.asso.fr>. Des informations destinées aux patients, aux familles et aux professionnels.
- Site du professeur Jean-Louis Senon de la faculté de médecine de l'université de Poitiers : [http://perso.wanadoo.fr/senon/Documentation/telechargement/2cycle/moduleD/Troubles du comportement alimentaire.pdf](http://perso.wanadoo.fr/senon/Documentation/telechargement/2cycle/moduleD/Troubles%20du%20comportement%20alimentaire.pdf) : signes cliniques, diagnostic et traitement pour l'anorexie mentale et la boulimie.
- Site du Ministère de la Santé et de la protection sociale : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/>. On y trouve le programme national Nutrition-Santé 2001-2005.
- Site du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids : www.gros.org, qui propose de nombreux liens, des définitions et une bibliographie utile.

5. Conclusion

À travers l'exemple de la toxicomanie et des troubles des conduites alimentaires, nous avons analysé comment le psychologue peut prendre en charge les conduites de dépendance à l'adolescence. Dans ces deux cas, le soignant est confronté d'une part au risque léthal de ces pathologies et d'autre part à l'importance des résistances des patients mais aussi de leur famille. Le travail avec les toxicomanes s'inscrit le plus souvent dans un réseau d'intervenants car à la toxicomanie s'ajoutent parfois des problèmes sociaux (chômage, délinquance, etc.) et des problèmes médicaux (VIH, hépatite, etc.). Nous parlerons plutôt d'équipes autour des patients qui souffrent de troubles du comportement alimentaire : nutritionniste, médecin, psychologue, etc. Le travail du psychologue clinicien est complexe, il s'appuiera sur la métapsychologie de l'adolescence et les développements théoriques partant du paradigme de l'addiction.

En développant la prévention et la prise en charge, le psychologue devra aussi prendre en compte les dimensions épidémiologique, clinique, psychopathologique, biologique, éthologique, sociologique et politique de ces conduites addictives. Les études spécialisées dans ces domaines ont sensibilisé les adolescents, leurs parents et le gouvernement aux dangers de ces addictions. Aujourd'hui, les approches épidémiologiques montrent une stabilisa-

tion concernant l'évolution des cas d'anorexie restrictive et des usagers d'héroïne mais une augmentation des problèmes de boulimie, d'obésité et d'usage de cannabis. Le gouvernement réagit avec le programme national Nutrition-Santé 2001-2005 et le durcissement de sa politique de lutte contre l'usage du cannabis (arrestations dans les écoles, garde à vue d'usagers et refus de la dépénalisation). Avec la connaissance de ces mesures gouvernementales mais en évitant les processus où dominant les bons conseils, les leçons de morale, les sanctions ou les étiquettes négatives, le psychologue doit alors trouver sa place auprès de ces patients souvent très défensifs. C'est en tissant un lien avec eux qui soit moins toxique que le lien à la drogue ou le lien à la nourriture que le psychologue clinicien spécialisé dans les addictions pourra les aider.

Références bibliographiques

- ANATRELLA T. (1997). *Interminables adolescences : les 12-30 ans, puberté, adolescence, postadolescence : « une société adolescentique »*. Paris, Éd. du Cerf.
- ANGEL S., ANGEL P. (2003). *Les Toxicomanes et leurs familles*. Paris, Armand Colin.
- ANTOINE C. (2002). « Anorexie et boulimie », in S. ANGEL (dir), *Mieux vivre, mode d'emploi*. Paris, Larousse, p. 248-249.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4^e éd., Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APFELDÖRFER G. (1995). *Anorexie, boulimie, obésité*. Paris, Flammarion.
- BERGERET J. (1981). « Aspects économiques du comportement d'addiction », in J. BERGERET, *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*. Paris, Dunod, p. 9-25.
- BERGERET J. (1982). *Toxicomanie et personnalité*. Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? ».
- BERGERET J. (1990). *Les Toxicomanes parmi les autres*. Paris, Odile Jacob.
- BOTBOL M., LIDA-PULIK H., ATGER I. (2002). « L'anorexie mentale, entre corps et institution », *Perspectives Psy*, 41, 1, p. 9-15.
- BRUCH H. (1973). *Eating Disorders*. Londres, Basic Books ; trad. fr. VERNE F., MARIN M. *Les Yeux et le Ventre. L'obèse, l'anorexique et moi dedans*. Paris, Payot.
- BRUCH H. (1990). *Conversation avec des anorexiques*. Paris, Payot, 1990.

- BRUSSET B. (1977). *L'Assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse, Privat.
- BRUSSET B. (dir.) (1991). « La boulimie », *Monographie de la Revue française de psychanalyse*. Paris, PUF.
- CABIE M.-C. (1992). « Adolescence et cycle familial existentiel », in C. Gammer, M.-C. CABIE, *L'Adolescence, crise familiale. Thérapie familiale par phase*. Ramonville St-Agne, Érès, p. 13-18.
- CAHN R. (1998). *L'Adolescent dans la psychanalyse. L'aventure de la subjectivation*. Paris, PUF.
- CARTON S. *et al.* (1990). « Le concept de recherche de sensations : traduction et validation de l'échelle de Zuckerman », *Psychiatr. Psychobiol.*, 5, p. 39-44.
- CHAPPAZ M., SARRA-GALET C. (2000). « Les mérites d'une contrainte ou la prise en charge des patientes anorexiques dans un service de pédopsychiatrie », in T. VINCENT (éd), *La Jeune Fille et la Mort. Soigner les anorexies graves*. Strasbourg, Arcanes.
- CHARLES-NICOLAS A. (1981). « Passion et ordalie », in J. BERGERET (éd.). *Le Psychanalyste à l'écoute du toxicomane*. Paris, Dunod, p. 63-74.
- COPPEL A. (1996). « Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France », in A. EHRENBURG (éd.), *Vivre avec les drogues. Régulations, politiques, marchés, usages*. Paris, Centre d'études transdisciplinaires, CETSAN/ Le Seuil, 166, p. 75-108.
- CORCOS M., BOCHEREAU D., JEAMMET P. (2000). « Anorexie mentale et boulimie de l'adolescente », *La Revue du praticien*, 50, p. 489-494.
- CORCOS M. (2000). *Le Corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. Paris, Dunod.
- CRISP A.H., NORTON K., GOWERS S. *et al.* (1991). « A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa », *British Journal of Psychiatry*, 159, p. 325-333.
- DARE C., EISLER I., RUSSELL G., TREASURE J., DODGE L. (2001). « Psychological therapies for adults with anorexia nervosa », *Br. J. Psychiatry*, 178, p. 216-221.
- EISLER I., DARE C., RUSSELL G.F.M. *et al.* (1997). « Family and individual therapy in anorexia nervosa », *Archives of General Psychiatry*, 54, p. 1025-1030.
- EISLER I., DARE C., HODES M. *et al.* (2000). « Family therapy for anorexia nervosa in adolescents : the results of a controlled comparison of two family interventions », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, p. 727-736.

- FÉNICHEL O. (1945). *La Théorie psychanalytique des névroses*. Paris, PUF, 1979.
- FERNANDEZ L., SZTULMAN H. (1998). « Les modèles psychologiques de l'addiction », *Psychotropes*, 4 (1), p. 47-67.
- FLAMENT M., JEAMMET P. (2000). *La Boulimie, réalités et perspectives*. Paris, Masson.
- FREUD S. (1895). « Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de "névrose d'angoisse" », in S. Freud, *Névrose, psychose et perversion*. Paris, PUF, 1973.
- FREUD S. (1897). « Lettre 79 à Fliess du 22-12-1897 », in S. FREUD, *La Naissance de la psychanalyse. Lettres à Wilhelm Fliess, notes et plans 1887-1902*. Paris, PUF, 2002, 8^e éd., p. 211-213.
- FREUD S. (1921). « Psychologie des masses et analyse du moi », in S. Freud, *Œuvres complètes*. Paris, PUF, XVI, 1991, p. 1-83.
- FREUD S. (1925). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, PUF, 1993.
- GAMMER C., CABIE M.-C. (1992). *L'Adolescence, crise familiale. Thérapie familiale par phase*. Ramonville St-Agne, Érès.
- GARFINKEL P.E., MOLDOFSKY D., GARNER D.M. (1980). « The heterogeneity of anorexia nervosa : bulimia as a distinct subgroup », *Archives of General Psychiatry*, 37, p. 1036-1040.
- GIRAL M. (2002). *Les Adolescents*. Paris, Pré aux Clercs.
- GLOVER E. (1932a). « A psychoanalytic approach to the classification of mental disorders », *Journal of Mental Science*, 78, p. 161-186.
- GLOVER E. (1932b). « On the aetiology of Drug Addiction », *International Journal of Psychoanalysis*, 13, p. 298-328.
- GOODMAN A. (1990). « Addiction : definition and implications », *British Journal of Addiction*, 85, p. 1403-1408.
- HACHET P. (1996). *Les Toxicomanes et leurs secrets*. Paris, Les Belles Lettres-Archimbaud.
- HACHET P. (2002). *Psychologue dans un service d'aide aux toxicomanes*. Érès, Ramonville.
- HACHET P. (2004). « La communication d'informations lors d'un travail en réseau autour de toxicomanes », in I. GOBATTO et R. BESSON, *Conceptions professionnelles et pratiques des acteurs de santé. Face à face*, Site du Laboratoire Sociétés, Santé, Développement (SSD) de l'Université Victor Segalen Bordeaux II : http://www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf/derniere_ed/hachet/hachet.htm.
- HALEY J. (1980). *Leaving Home. Quand le jeune adulte quitte sa famille*. Paris, ESF, 1991.

- HARDY-BAYLE M.-C. *et al.* (1993). *Stratégies et moyens thérapeutiques en psychiatrie*. Paris, Doin.
- IGOIN L. (1979). *La Boulimie et son infortune*. Paris, PUF.
- JAGER B., LIEDTKE R., KUNSEBECK H.W., SEIDE L., LEMPA W. (1991). « Everyday addictive behavior of bulimic women », *Psychother. Psychosom.*, 56, p. 64-69.
- JEAMMET P., BRÉCHON G., PAYAN C. *et al.*, (1991). « Le devenir de l'anorexie mentale ; une étude prospective de 129 patients évalués au moins quatre ans après leur première admission », *La Psychiatrie de l'enfant*. PUF, 34, 2, p. 381-442.
- JEAMMET P. (1994). « Dépendance et séparation à l'adolescence, point de vue psychodynamique », in BAILLY D. et VENISSE J.-L., *Dépendance et conduite de dépendance*. Paris, Masson, p. 134-143.
- KESTEMBERG E. (1962). « L'identité et l'identification chez les adolescents », *La Psychiatrie de l'enfant*, 5, 2, p. 441-522.
- KRAHN D.D. (1991). « The relationship of eating disorders and substance abuse », *J. Subst. Abuse*, 3 (2), p. 239-253.
- KRAHN D.D. (1993). « The relationship of eating disorders and substance abuse », in GOMBERG E.S.L., NIRENBERG T.D. (éd.). *Women and Substance Abuse*. Norwood, NJ, Ablex Publishing, p. 286-313.
- LASCH C. (1979). *La Culture du narcissisme*. Castelnau-le-Lez, Éditions Climats.
- LASÈGUE C. (1873). De l'anorexie hystérique, *Archives générales de médecine*, 21, p. 385-403.
- LE POULICHET S. (1987). *Toxicomanies et psychanalyse. Les narcoses du désir*. Paris, PUF.
- LE POULICHET S. (2000). *Les Addictions*. Paris, PUF.
- LESIEUR H.R., BLUME S.B. (1993). « Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings », *Journal of Gambling Studies*, 9 (3), p. 213-223.
- LOONIS E., PEELE S. (2000). « Une approche psychosociale des addictions toujours d'actualité », *Bulletin de psychologie*, 53 (2), n° 446, p. 215-224.
- LUCET R., KAGANSKI I. (2004). « Troubles des conduites alimentaires : aspects familiaux », in P. ANGEL et P. MAZET (dir), *Guérir les souffrances familiales*. Paris, PUF, p. 477-495.
- MCDOUGALL J. (1982). *Théâtres du Je*. Paris, Gallimard.
- MEMMI A. (1979). *La Dépendance*. Paris, Gallimard.

- MINUCHIN S., ROSMAN B.L., BAKER L. (1978). *Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge/Massachusetts, Harvard University Press.
- MINUCHIN S. (1998). *Familles en thérapie*. Ramonville Saint-Agne, Érès. Trad. fr. par M. du Ranquet et M. Wajeman de *Families and family therapy*, Cambridge, Harvard University Press, 1974.
- MORGAN H.G., RUSSELL G.F.M. (1975). « Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa », *Psychological Medicine*, 5, p. 355-371.
- OLIN N., PLASAIT B. (2002). *Rapport de la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites*, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 décembre 2002, disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r02-321-1/r02-321-11.pdf>
- OLSON D.H., PORTNER J., LAVEE Y. (1985). *FACES III. Family Inventories Project*. Dept. of Family Social Science, St Paul (MN), University of Minnesota.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1995). *CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision, vol. 1 et 2, Genève, OMS.
- PÉDINIELLI J.-L., ROUAN G., BERTAGNE P. (1997). *La Psychopathologie des addictions*. Paris, PUF.
- PEELE S., BRODSKY A. (1975). *Love and Addiction*. New York, Taplinger.
- PEELE S. (1982). *L'Expérience de l'assuétude*. Montréal, Université de Montréal, Faculté de l'éducation permanente.
- PELLETIER M. (1978). *Rapport de la mission d'études sur l'ensemble des problèmes de drogues*. Paris, La Documentation française.
- PRIEUR B. (1994). *L'anorexique, le toxicomane et leur famille*. Paris, ESF Éditeur.
- PRIEUR B., POMMEREAU X. (1997). *Quand l'adolescent va mal*. Paris, J.-C. Lattès.
- RADO S. (1933). « The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction) », *Psycho-analysis Quarterly*, 2, p. 1-23.
- REYNAUD M. (1993). « Du morphinisme aux conduits addictives : les liens entre l'évolution sémantique et l'évolution des concepts », *Dépendances*, 5, 1, p. 4-11.
- RICHTER H.-E. (1972). *Parents, enfant et névrose : psychanalyse du rôle de l'enfant*. Paris, Mercure de France.
- RUSSELL G.F. (1979). « Bulimia nervosa : an ominous variant of anorexia nervosa », *Psychol. Méd.*, 9, p. 429-448.

- SELVINI PALAZZOLI M. (1997). « Anoressia-bulimia : un'épidemia sociale. Lo schiacciante numero di ruoli nella donna contemporanea », *Terapia familiare*, 53, p. 47-51.
- SELVINI PALAZZOLI M., CIRILLO S., SELVINI M., SORENTINO A.M. (2002). *Anorexiques et boulimiques. Bilan d'une approche thérapeutique familiale*. Paris, Éd. Médecine et Hygiène.
- STEIGER H. (1995). « Traits de personnalité et troubles alimentaires », in M. Elkaïm, *Anorexie et boulimie. Modèles, recherches et traitements. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*. Bruxelles, De Boeck Université, 16, p. 165-184.
- VALLÉE D. (1995). « Les familles dépendantes. Introduction à la clinique de systèmes flous », *Génération*, 2, p. 12-18.
- VALLEUR M. (1981). *Conduites ordaliques et toxicomanies*. Mémoire pour le CES de psychiatrie, Université Paris Sud.
- VALLEUR M., SUEUR C. (1995). « Les nouvelles addictions et la question du risque », *Génération*, 2, p. 6-11.
- VALLEUR M., VÉLÉA D. (2002). « Les addictions sans drogue(s) », *Toxibase* n° 6, juin. http://www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/professionnels/ressources/Addictions_sansdrogues.pdf.
- VAN GENNEP A. (1909). *Les Rites de passage*. Paris, Librairie Critique, 1969.
- VANYUKOV A.M.M., TARTER R.E. (2000). « Genetic studies of substance abuse », *Drug and Alcohol Dependence*, 59, p. 101-123.
- VARNER L.M. (1995). « Dual diagnosis : Patients with eating and substance-related disorders », *Journal of the American Dietetic Association*, 95, p. 224-225.
- VENISSE J.-L., RAULT A., SANCHEZ M. (1989). « Conduites addictives. Objet de l'addiction », *Psychologie médicale*, 21,12, p. 1767-1770.
- WINNICOTT D.W. (1975). « La crainte de l'effondrement », *Nouvelle Revue de psychanalyse, Figures du vide*, 11, p. 35-44.
- WRAY I., DICKERSON M.G. (1981). « Cessation of high frequency gambling and "withdrawal" symptoms », *British Journal of Addiction*, 76, p. 401-405.
- ZUCKERMAN M. *et al.* (1964). « Development of a sensation-seeking scale », *J. Consult. Clin. Psychol.*, 28 (6), p. 477-482.
- ZUCKERMAN M., BONE R.N., NEARY R., MANGELSDORFF D., BRUTSMAN M. (1972). « What is the sensation seeker ? Personality trait and experience correlates of the sensation seeking scales », *J. Consult. Clin. Psychol.*, XXXVII (2), p. 308-321.
- ZUCKERMAN M. (1994). *Behavioural Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*. Cambridge, Cambridge University Press.



**CHAPITRE
10**



***Le psychologue clinicien
et la prévention du suicide¹***



1. Par Élisabeth Gontier et Nathalie Duriez.

Sommaire

▶ Introduction.....	Page 555
▶ 1. Les contextes historique et actuel de la prévention	Page 555
▶ 2. Quelle place pour le psychologue dans la politique nationale de prévention ?	Page 570
▶ 3. Le psychologue clinicien sur le terrain	Page 584
▶ 4. Conclusion.....	Page 609
▶ 5. Pour aller plus loin	Page 610
▶ Références bibliographiques.....	Page 612

Introduction

Le désir de mort d'un adolescent, d'un enfant, signe un échec particulièrement insupportable des adultes. Comment les psychologues peuvent-ils réagir avec professionnalisme, quel rôle ont-ils à tenir dans la stratégie nationale¹, tant dans l'intervention de crise et dans les prises en charges psychothérapeutiques que dans les domaines de la recherche et de la formation ? La recherche du consentement du sujet, principe fondamental de l'intervention du psychologue ne risque-t-elle pas d'entrer en contradiction avec l'obligation d'assister une personne en danger ? C'est pour tenter d'apporter quelques réponses à ces questions que ce chapitre abordera successivement : les contextes historique et actuel de la prévention, les fonctions que le psychologue peut occuper dans le contexte actuel, puis la déontologie de son intervention avec des exemples de son rôle sur le terrain. Sous la rubrique « Pour aller plus loin », sont regroupés des éléments de documentation et une liste de ressources utilisables par le grand public.

1. Les contextes historique et actuel de la prévention

Le contexte historique de la prévention

Pour le congrès 2005 de l'Union Nationale de Prévention du Suicide (UNPS), son président Michel Debout fit l'historique de la prévention du suicide, apparue en Angleterre en 1953 avec cette publication dans la presse : « Avant de vous suicider, appelez Man 2000 », le numéro de téléphone du pasteur Chad Varah. Celui-ci avait lancé cet appel après le suicide d'un jeune ami, pensant qu'il aurait pu le convaincre de ne pas se

1. Un des principaux acteurs dans l'élaboration et la mise en place de la stratégie nationale, le professeur Jean-Louis Terra, aborde cette question avec C. Rizet dans « Où en est la prévention du suicide en France ? », *Le Journal des psychologues*, n° 212, nov. 2003, p. 27-30.

tuer en lui parlant à temps¹. Chad Varah avait perçu que la prévention passe par la restauration, grâce à la parole, des liens dont le suicide est une attaque. Il fut ainsi à l'origine de la téléphonie sociale et de la création d'SOS-Amitié en France en 1961². Selon Michel Debout, les professionnels des urgences, confrontés à partir des années 1960 à une importante augmentation du nombre des tentatives de suicide, se sont ensuite positionnés dans la prévention en faisant appel aux psychiatres pour améliorer la prise en charge des suicidants et tenter d'empêcher les nombreuses récidives.

Précisons ici que l'action des professionnels en prévention s'est également exercée à travers le développement de travaux sur la dépression qui n'est plus conçue seulement comme un symptôme associé à la névrose ou à la psychose, mais aussi dans sa dimension « essentielle » ou « fondamentale » : notamment, Jean Bergeret a mis en évidence qu'il s'agissait d'un des principaux aspects de l'état-limite³, organisation psychique caractérisée par une relation d'objet anaclitique, un hyper-investissement de l'idéal du moi avec une faible fonctionnalité du pré-conscient, et un clivage de l'objet constituant surtout une défense contre le clivage du moi. Les sujets état-limites présentent en général une très faible estime de soi masquée par un ego apparemment surdimensionné ; ils ont tendance à ne pas pouvoir mobiliser leurs ressources intrapsychiques quand les difficultés de la vie les mettent à mal ou quand l'objet sur lequel ils s'appuient électivement les déçoit. Ils répondent donc souvent par un passage à l'acte auto-agressif visant à atteindre l'objet par le mal qu'ils se font et à détruire la mauvaise partie d'eux-mêmes, mettant ainsi en acte la rupture par rapport à leur idéal, aussi bien Idéal du Moi que part idéalisée de l'objet⁴. Pour Michel Hanus, dans le suicide comme dans la mélancolie, il est question

1. Cf. le texte de M. Debout sur les origines de la prévention du suicide dans sa préface à l'ouvrage de M. Hanus (2004). *Le Deuil après suicide*, Paris, Maloine, p. 9-12.

2. Sur le modèle des Samaritains anglais ; cf. ressources téléphoniques et Internet destinées au grand public, à la fin de ce chapitre.

3. Bergeret J. (1974, 1996). « Les astructurations », in *La Personnalité normale et pathologique* », Paris, Dunod, p. 135-169.

4. Citons Freud S. (1920) in « De la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine », *Œuvres complètes*, t. XV, Paris, PUF, 1996, p. 233-262 : « Personne ne trouve peut-être l'énergie psychique pour se tuer, si, premièrement, il ne tue pas ainsi du même coup un objet avec lequel il s'est identifié et si, deuxièmement, il ne retourne pas par là contre soi-même un souhait de mort qui était dirigé contre une autre personne. » Remerciements à Nathalie de Kernier, qui effectue un travail de recherche dans le séminaire de doctorat du Pr. François Marty à Paris-V de m'avoir communiqué les références exactes des textes où Freud évoque la dynamique intrapsychique du suicide comme attaque en soi de l'objet aimé et haï.

d'un objet perdu : « Il s'agit d'un objet idéal et même plus, il s'agit du fondement même de l'Idéal du moi¹. »

Revenons à l'historique de Michel Debout² : les associations de familles endeuillées par suicide ont enfin pris, depuis le début des années 1990, leur place dans la prévention en faisant avancer la connaissance sur la réalité du suicide.³ Elles apportent un soutien aux endeuillés qui constituent bien un groupe à risque, le fait d'avoir un antécédent familial de suicide multipliant par quatre le risque de décéder par suicide⁴.

Encadré n°1

L'UNPS (Union Nationale de Prévention du Suicide)

L'UNPS regroupe plus de trente organismes préparant chaque année depuis 1996 la journée nationale de prévention du suicide. Dotée d'un conseil d'administration, d'un comité d'éthique et d'un comité scientifique, elle est structurée en trois pôles : écoutants, professionnels et familles, rappelant les trois types d'acteurs historiques évoqués ci-dessus. Ses objectifs, énoncés dans une charte insistant sur la laïcité et le respect des convictions, constituent de véritables repères pour la pratique des psychologues :

- sensibiliser l'opinion publique à la possibilité d'une prévention du suicide ;
- conduire une réflexion sur l'acte suicidaire et l'accompagnement des sujets avec les acteurs, notamment professionnels de santé, pour approfondir le champ de leur expérience et en partager les enseignements ;
- coopérer avec les responsables de collectivités accueillant jeunes, adultes, et personnes âgées dans les champs éducatif et sanitaire à mieux repérer les causes qui conduisent au suicide ; trouver les moyens de les enrayer ;
- proposer son concours aux institutions souhaitant participer à l'effort de prévention du suicide^a.

a. Cf. Charte de l'UNPS.

1. *Op. cit.*, p. 123.

2. In Hanus M. *op. cit.*, 2004, p. 11.

3. Cf. par exemple, l'intervention de Catherine Bonifas aux 10^e Journées nationales pour la prévention du suicide organisées par l'UNPS en 2006 (actes à paraître).

4. Cf. Seguin M. et Terra J.-L., *Manuel du formateur*, 2003, section « Épidémiologie » et Hanus, *op. cit.*, p. 33-37.

La prévention à l'échelle d'un pays consiste d'abord à dire que le suicide n'est pas une fatalité et à lutter contre les idées reçues comme : « Il était décidé, il n'y avait rien à faire », répandues chez les professionnels sous la forme : « Il n'y avait pas de demande » ! Or quelle pourrait être la demande d'un suicidant, qu'on l'aide à « mourir dans la dignité » ? Michel Hanus rapporte ainsi des cas, qui font frémir, d'assistance au suicide de personnes simplement déprimées¹. Si le psychologue n'a pas bien sûr à répondre à une demande de mort, il n'a pas non plus à attendre tranquillement que la demande de thérapie émerge miraculeusement : pour participer à la prévention du suicide il devra chercher à susciter une demande de soins. Autre idée reçue dévastatrice : « Il nous manipule, il recherche des bénéfiques, je le reverrai quand il renoncera à l'acte pour les mots et qu'il acceptera de symboliser. » Si nous renvoyons dans le contre-transfert que nous en voulons au suicidant de nous manipuler, nous brisons le dernier lien qu'il conserve avec nous. Il n'a alors plus rien à perdre et peut vraiment se tuer, seul moyen qu'il lui reste de nous toucher en tuant avec lui l'objet décidément toujours défaillant. Le psychologue doit pouvoir accepter que la personne suicidaire le manipule ; si elle le fait, c'est qu'elle cherche encore à agir sur son environnement, qu'il y a pour elle un dernier recours avant la mort. Le travail consistera à l'aider progressivement à passer de cette manipulation de l'objet au maniement d'une relation créative avec le monde ; en termes winnicottiens, l'objet devra se laisser utiliser et survivre à la destruction².

La politique nationale actuelle de prévention

Le ministère de la Santé s'appuie notamment sur des recherches validées par la communauté scientifique³ pour définir des plans quinquennaux.

► Les orientations 2000-2005

La politique de la Direction générale de la santé (DGS)⁴ se décline selon quatre axes :

- prévention du passage à l'acte : elle passe par le soutien aux associations d'écouterants et de familles ainsi que par des formations de formateurs

1. Hanus, M., *op. cit.*, 2004, p. 138.

2. Winnicott, D.W. (1971, 1975). « L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications », in *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, p. 120-131.

3. *Crise suicidaire : mieux reconnaître et prendre en charge*, oct. 2000, Conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie.

4. Cf. le texte du Pr. William Dab, directeur général de la santé : « La prévention du suicide », *ADSP*, déc. 2003, n° 45.

nationaux intervenant en binômes (où les psychologues sont en nombre) lors de sessions régionales ; ils y transmettent le contenu de la conférence de consensus et les principes de l'intervention de crise en s'appuyant sur des cas concrets illustrant les apports théoriques. Début 2005, cent cinquante-six formateurs avaient à leur tour formé quatre cents personnes ressources (dont un certain nombre de psychologues), susceptibles d'intervenir en tant qu'acteurs de terrain mais également de diffuser des savoir-faire auprès de leurs collègues. Le manuel du formateur est édité par le ministère. Il existe des formations spécialisées pour les intervenants en milieu pénitentiaire organisées en collaboration avec le ministère de la Justice¹ ;

- diminution de l'accès aux moyens létaux : collaboration avec la RATP, promulgation de lois relatives à la sécurité intérieure autorisant la saisie préventive d'une arme à feu ;
- amélioration des prises en charge : audits cliniques sur la prise en charge de personnes hospitalisées pour tentative de suicide (*cf.* encadré 2), soutien aux structures ville-hôpital, notamment réseaux² ;
- amélioration des connaissances en épidémiologie : crédits pour la recherche attribués à l'INSERM (2005). Notons l'intérêt particulier des autopsies psychologiques³ réalisées auprès des proches de personnes décédées par un acte suicidaire unique ; ces rencontres cliniques permettent de dresser le profil psychologique de ceux qui ne se sont pas même laissés une chance et qui semblent différer profondément des sujets faisant d'abord des tentatives non abouties. Alors qu'il existe des prises en charge individuelles et familiales validées pour ces derniers, il y avait peu de chances, jusqu'à présent, de prévenir le décès des premiers. En permettant de reconnaître à l'avance le profil des sujets susceptibles de décéder dès la première tentative de suicide, ces autopsies offriraient l'opportunité d'intervenir en amont. D'une manière générale, l'épidé-

1. *Cf.* Terra J.-L. (2003). *Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*. Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, p. 29-44 et 124-146. Voir également : *La Prévention du suicide : indications pour le personnel pénitentiaire*, Genève, OMS, 2002 et circulaire DGS/SD6C n° 2002-258 du 6 avril 2002 relative à la prévention du suicide en milieu pénitentiaire. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

2. *Cf. infra* pour les différents aspects du rôle des psychologues dans les prises en charge, notamment en lien avec les réseaux.

3. *Cf.* l'article de M. Séguin : « Stratégie de recherche sur le suicide. Identification de causes multiples », in *Le Journal des psychologues*, n° 212, nov. 2003, p. 22-26.

miologie a un effet sur l'amélioration des prises en charge en permettant aux intervenants de se déprendre de leurs idées reçues, liées à la relation qu'ils entretiennent eux-mêmes avec l'idée de leur propre mort.

Encadré n°2

Audit clinique sur les déterminants de la prévention de la récurrence dans la prise en charge des adolescents hospitalisés

Marie Choquet et Virginie Granboulan (2003) constatent : « Le taux des ruptures thérapeutiques après la sortie de l'hôpital chez les jeunes suicidants se situe entre 30 à 70 %^a. » Indépendamment des variables liées à la pathologie et à la structuration du sujet, « le suivi post-hospitalier dépend grandement des pratiques hospitalières^b » ; voici, par ordre d'importance, celles qui en augmentent le plus les chances : « Le fait de prendre contact avec le "psy" qui doit assurer le suivi^c, de prendre un rendez-vous avant la sortie, d'hospitaliser pendant au moins trois jours, de désigner un référent qui s'occupe spécifiquement du jeune pendant son hospitalisation et d'avoir au moins deux entretiens psychologiques. » Une possible explication de l'efficacité de la prise de contact réside dans le fait que le suicide est une rupture des liens, souvent associé à des pathologies dans lesquelles l'anamnèse comporte ruptures, abandons et traumatismes. Pour Winnicott (1971), une « faillite de l'environnement » procure au bébé le sentiment de ne pas avoir été porté de façon sécurisante, à l'enfant le sentiment d'être menacé, d'avoir à se défendre par soi-même, de ne rien pouvoir attendre de l'autre sinon une agression. Cette notion de « faillite de l'environnement » pourrait aussi expliquer l'efficacité, par rapport à l'instauration d'un suivi après la sortie, de la désignation d'un référent pour s'occuper spécifiquement du jeune pendant son hospitalisation^d. Ce référent doit s'appuyer sur un réseau, mais non y disparaître ; il représente la personne vivante qui s'engage personnellement, avec son désir, dans la lutte pour la survie du suicidant.

a. *Le Carnet/PSY* n° 85, nov. 2003, publie les principaux résultats de leur enquête ; les citations et les résultats statistiques qui suivent sont extraits de la page 18. On pourra également se reporter à la conférence faite par les deux auteurs et publiée par La Fondation de France en 2000, intitulée : *Le Soins aux adolescents suicidants*.

b. « Le suivi psychologique après la sortie dépend de la pathologie du sujet. Plus le suicidant a une souffrance mentalisée, notamment anxio-dépressive, plus ses idées suicidaires sont fréquentes et plus son degré d'intention suicidaire est élevé, plus il a tendance à s'engager dans un suivi » (*ibid.*, p. 18).

c. Ce procédé multiplie par 5.12 les chances de suivi.

d. Ce procédé multiplie les chances de suivi par 2.56.

► Les axes de prévention 2005-2010

La politique menée en 2000-2005 est concomitante d'une légère baisse des décès par suicide. Les efforts doivent donc être poursuivis : la loi quinquennale du 9 août 2004 a ciblé l'objectif d'une diminution de 20 % des suicides et attribué aux régions une enveloppe de 6 millions d'euros à cet effet.

Voici les nouvelles orientations données par le gouvernement :

- évaluation de la politique publique menée jusque-là ;
- pérennisation des formations de formateurs « Repérage et prise en charge de la crise suicidaire » ;
- contractualisation du rôle des personnes ressources ;
- introduction de la prévention du suicide dans la formation initiale des psychologues et médecins ;
- amélioration de la prise en charge des personnes âgées en institution ainsi que de l'entourage des personnes à risque ou décédées par suicide ;
- augmentation de la capacité d'accueil en pédopsychiatrie ;
- accroissement du nombre de psychiatres aux urgences ;
- renforcement des liens entre intervenants de champs professionnels différents ;
- prise en compte de certains déterminants du suicide : élaboration d'un plan violence¹ et santé mentale, organisation de la lutte contre la dépression ;
- développement de la dimension interministérielle par l'instauration d'une coopération avec l'Éducation nationale ; dimension internationale reconnue par la signature d'un plan européen à Helsinki en janvier 2005.

► Les recommandations de l'ANAES (1998, 2000)

Dans le cadre du programme national de prévention du suicide chez les jeunes, l'ANAES a plus spécifiquement été saisie par le secrétariat d'État à la Santé pour élaborer des recommandations professionnelles concernant la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide.

Une tentative de suicide chez un adolescent n'est jamais une conduite anodine à mettre sur le compte d'une « crise d'adolescence ». Outre la pos-

1. Rappelons que la violence subie ou agie est un facteur de risque suicidaire, conceptualisé par la psychanalyse à travers la notion de « retournement sur soi de la pulsion », cf. Freud S. (1915). « Pulsions et destins des pulsions », in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 2000, p. 11-43.

sibilité de survenue de complications somatiques potentiellement mortelles à court terme, le risque principal est la prolongation d'une souffrance psychique qui s'exprime fréquemment par une récurrence suicidaire.

Les recommandations élaborées par l'ANAES répondent plus particulièrement à trois problèmes : l'accueil aux urgences hospitalières des adolescents et des jeunes suicidants, la réponse hospitalière et le projet de sortie. Elles s'appliquent aux adolescents et aux jeunes suicidants, âgés de 11 à 20 ans mais peuvent être étendues jusqu'à 25 ans, la limite d'âge supérieure de la dépendance au milieu familial et des comportements psychosociaux propres à l'adolescence étant difficile à définir avec précision. Ces recommandations s'adressent à tous les psychiatres, psychologues et urgentistes, en priorité aux acteurs hospitaliers et à tous les professionnels de santé susceptibles de prendre en charge des adolescents suicidants, en particulier dans le cadre du projet de sortie de l'hôpital.

L'accueil aux urgences hospitalières des adolescents et des jeunes suicidants

La qualité de l'accueil aux urgences et des premiers contacts, et en particulier le respect de la confidentialité paraissent essentiels à la continuité des soins et à l'adhésion de l'adolescent. Les soins prévus doivent être présentés au patient dès que son état somatique et sa vigilance le permettent. Tout en fixant un cadre strict à la prise en charge, il apparaît important de favoriser un climat d'empathie, de proximité relationnelle et de confidentialité. L'ANAES préconise, en cas de tentative de suicide, une triple évaluation, somatique, psychologique et sociale.

- **Évaluation somatique**

L'examen somatique initial permet d'évaluer la gravité immédiate et différée du geste suicidaire et vise à définir le traitement et la surveillance adaptés. Il doit être complété dans un second temps pour évaluer, entre autres, l'état général, l'état nutritionnel et staturo-pondéral, les comorbidités, l'hygiène de vie, le développement pubertaire et la vie sexuelle (en particulier recherche d'une éventuelle grossesse en cours). Il apporte des éléments utiles à l'évaluation psychologique. Il guide le choix des examens complémentaires, des consultations spécialisées et des traitements éventuellement nécessaires.

- Évaluation psychologique

L'évaluation psychologique requiert l'intervention d'un psychiatre, si possible formé à l'approche des adolescents (recommandation de grade C)¹. Elle doit commencer le plus précocement possible, en général dans les vingt-quatre heures qui suivent l'admission, dès que l'état somatique et la vigilance du sujet le permettent. Il faut s'assurer que cette évaluation se déroulera dans un climat de confidentialité et de compréhension permettant de poser les bases du projet thérapeutique. Cette étape d'évaluation est en soi thérapeutique si elle est réalisée dans de bonnes conditions. Les objectifs de l'entretien initial sont le recueil des premières plaintes psychiques, l'étude du contexte de la crise, et la recherche d'une éventuelle pathologie psychiatrique et de signes de gravité pouvant faire craindre une récurrence à court terme. Il est généralement impossible de recueillir dans le contexte des urgences tous les éléments nécessaires à l'évaluation psychologique, l'essentiel étant de préparer les entretiens qui suivront.

Les éléments à réunir concernent en particulier :

- le geste suicidaire : modalités, intentionnalité, but, facteurs déclenchants, idées suicidaires passées et actuelles, antécédents de TS personnels ou dans l'entourage ;

1. Les recommandations de l'ANAES sont hiérarchisées en trois catégories : A, B et C, en fonction du niveau de preuve apporté par la littérature.

Classification du niveau de preuve et grade des recommandations

Hiérarchisation des études selon le poids accordé

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques) et grade des recommandations

Niveau 1 : recommandations de grade A (preuve scientifique établie)

Essais comparatifs randomisés de forte puissance

Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés

Analyse de décision basée sur des études bien menées

Niveau 2 : recommandations de grade B (présomption scientifique)

Essais comparatifs randomisés de faible puissance

Études comparatives non randomisées bien menées

Études de cohorte

Niveau 3 : recommandations de grade C (faible niveau de preuve scientifique)

Études cas-témoins

Niveau 4 : recommandations de grade D (faible niveau de preuve scientifique)

Études comparatives comportant des biais importants

Études rétrospectives

Séries de cas

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel.

- la santé mentale : antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, modalités de prise en charge, adhésion aux traitements proposés, prise de médicaments psychotropes, prise de drogues, abus d'alcool, abus de tabac ;
- la biographie : maltraitance, abus sexuels, événements entraînant une rupture ou une menace de rupture (en particulier amoureuse), fugues, grossesses, interruptions volontaires de grossesse ;
- le mode de vie et l'insertion sociale : situation familiale, scolaire ou professionnelle, degré et désir d'autonomie, étayage par l'entourage, conduites avec prises de risques (activités ou sports dangereux, relations sexuelles non protégées, conduites violentes), projets scolaires, professionnels et relationnels.

Bien qu'aucun critère ne soit formellement prédictif, il faut rechercher les éléments faisant craindre une récurrence à court terme :

- intentionnalité suicidaire. On peut s'aider de l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck (Beck et coll., 1974)¹ pour structurer l'entretien ;
- antécédent de TS, en particulier dans le jeune âge, antécédent de TS dans l'entourage ;
- absence de facteur déclenchant explicite ;
- pathologie psychiatrique, en premier lieu les états dépressifs, particulièrement polymorphes chez l'adolescent ;
- abus sexuels, maltraitance ;
- conduites violentes et comportements à risque, prise de drogues, abus régulier d'alcool. Il est nécessaire de rencontrer les parents et/ou l'entourage proche, afin d'appréhender leur propre vécu, de recueillir leurs difficultés et leurs plaintes, et d'apprécier la qualité de l'étayage à l'extérieur de l'hôpital.

• Évaluation sociale

Réalisée par un(e) assistant(e) social(e) au sein de l'équipe, cette évaluation doit préciser le contexte social de l'entourage, la situation scolaire ou professionnelle de l'adolescent, son niveau d'adaptation et l'existence éventuelle d'un suivi social en cours. Ses résultats peuvent conduire à alerter les services sociaux et/ou les autorités judiciaires en cas de maltraitance ou d'abus sexuels.

1. Beck A.T., Schuyler D., Herman I. (1974). « Development of suicidal intent scales », in Beck A.T., Resnick H.L.R., Lettieri D.J. (éd.), *The Prediction of Suicide*, Philadelphia, Charles Press, p. 45-69.

Prise en charge après la période de soins aux urgences

L'évaluation psychologique, familiale et sociale doit être poursuivie, parallèlement à la mise en route des soins. Deux modes de prise en charge sont envisageables en fonction des possibilités locales et de chaque cas particulier : une prise en charge hospitalière ou par un réseau ambulatoire. À notre connaissance, il n'existe pas d'étude comparant ces deux modalités et permettant de définir si l'une est meilleure que l'autre. À défaut de cette donnée, un accord professionnel existe actuellement pour favoriser la prise en charge hospitalière des adolescents.

- **Prise en charge hospitalière**

L'hospitalisation doit être la règle, tout particulièrement :

- en cas de risques de récurrence immédiate de la tentative de suicide, surtout s'il existe une forte intentionnalité suicidaire, afin d'assurer la sécurité du patient ;
- lors d'une pathologie psychiatrique non stabilisée, patente ou suspectée, dans le but de préciser le diagnostic et d'instaurer un traitement adapté au trouble identifié ;
- en cas d'environnement extérieur jugé comme particulièrement défavorable, voire délétère (maltraitance, abus sexuels), dont il convient de protéger le patient ;
- si l'adolescent le désire ;
- s'il n'est pas possible de mettre en place rapidement un suivi suffisamment structuré par un réseau ambulatoire.

Idéalement, l'hospitalisation du patient se déroulera dans une unité adaptée à recevoir des adolescents et reconnue dans le schéma de santé local pour sa compétence dans ce domaine. Selon les contraintes locales, il peut s'agir de services de crise et d'urgences psychiatriques, de psychiatrie infanto-juvénile ou d'adultes, de pédiatrie, voire de médecine qui se chargent de cette mission.

Il n'y a pas de règle standardisée concernant la durée optimale de séjour hospitalier, même si l'expérience montre qu'une durée d'une semaine est souvent nécessaire pour compléter l'ensemble de l'évaluation et mettre en place le projet de sortie.

Une hospitalisation qui viserait seulement à mettre temporairement l'adolescent à l'écart de ses difficultés extérieures, sans autre forme de soins, ne peut suffire et ne paraît pas être supérieure en efficacité à un suivi ambulatoire. Il est essentiel que soient développés simultanément et dès le début

du séjour hospitalier des soins somatiques et psychiques (recommandation de grade C).

- **Prise en charge par un réseau ambulatoire**

En l'absence d'indication d'hospitalisation, le relais sous forme d'une prise en charge ambulatoire intensive par un réseau d'intervenants extra-hospitaliers peut être également envisagé. Ce réseau doit pouvoir assurer la poursuite de l'évaluation et les soins. Selon les cas, ce réseau peut faire intervenir les centres médico-psychologiques sectoriels ou intersectoriels, mais aussi des centres d'accueil et de crise, des praticiens libéraux, médecin généraliste ou psychiatre.

Le suivi ultérieur

- **Préparation de la sortie**

Qu'elle se fasse directement à partir du service d'urgences vers un réseau de soins ou de l'unité hospitalière qui a pris en charge l'adolescent après l'accueil aux urgences, la sortie du suicidant doit être soigneusement préparée. Elle doit être adaptée à chaque cas particulier. Les liens préalables doivent être établis entre l'équipe hospitalière et les intervenants extérieurs qui vont participer à la prise en charge (selon le cas, médecin généraliste, psychiatre, psychologue, travailleurs sociaux, médecin ou infirmière scolaires, éducateur) pour permettre une information réciproque, une coordination, une prise en charge et un suivi adéquats de l'adolescent. Cette préparation conditionne la qualité du suivi, l'adhésion de l'adolescent et l'impact à court et moyen terme de la prise en charge.

- **Modalités du suivi**

Des suivis structurés, planifiés, reposant éventuellement sur des programmes psychothérapeutiques préparés, permettent d'augmenter l'adhésion aux soins et de diminuer le nombre de récurrences suicidaires. Des rendez-vous de consultation planifiés au préalable par l'équipe hospitalière, avec des intervenants connus par l'adolescent et acceptés par lui, sont plus souvent honorés que si nous demandons au jeune d'appeler ultérieurement pour prendre rendez-vous. L'adhésion du patient à ce suivi paraît augmentée lorsqu'il lui est proposé de consulter initialement des membres de l'équipe qui l'a pris en charge lorsqu'il était hospitalisé, par exemple dans un dispensaire rattaché à l'hôpital. Des études démontrent l'utilité de

fournir au suicidant des coordonnées écrites lui permettant de joindre et de consulter rapidement un correspondant qu'il connaît ou une unité de consultations (recommandations de grade B).

Dans les cas où l'adolescent ne se présente pas aux rendez-vous de consultation, il est utile que les intervenants concernés effectuent des rappels de ces rendez-vous, au besoin par téléphone, pour aider à l'intégration dans le schéma de soins. Dans les cas où de nombreux indices de détresse persistent, il paraît utile d'agir sur le lieu de vie si cela est organisable, par exemple par des visites à domicile, des réunions de synthèse avec les travailleurs sociaux ou les éducateurs, un soutien psychologique auprès de la famille ou en hospitalisant à nouveau si nécessaire l'adolescent dans l'unité qui l'a auparavant accueilli.

Les disparités dans les moyens de prise en charge et de soins aux adolescents en France imposent une réflexion et l'élaboration de stratégies adaptées pour permettre à chaque adolescent en détresse de trouver des réponses reposant sur des principes fondamentaux de qualité et de spécificité des soins. Des actions de formation et des moyens supplémentaires au niveau des équipes d'accueil doivent être développés. Il paraît souhaitable aux psychologues d'inciter à la création de structures de prise en charge bien identifiées dans les établissements de soins et dans les réseaux ambulatoires, avec des « référents » identifiés par tous les acteurs de la prise en charge de la crise suicidaire dont nous définirons ci-après les différentes caractéristiques plus en détail.

► Descriptif de la crise suicidaire

La dynamique du comportement suicidaire est déterminée par le sentiment d'être confronté à un « problème insoluble ». Le sujet a déjà déployé un ensemble d'efforts et tenté différentes solutions qui se sont révélées infructueuses. Jean Phaneuf et Monique Séguin (1987) ont proposé un modèle du processus suicidaire en cinq étapes, au cours desquelles l'idée suicidaire occupe une place de plus en plus importante, jusqu'à la phase finale où elle apparaît comme la seule solution envisageable. Le sujet se sent alors dans une impasse ou un cul-de-sac (voir figure 10.1). La connaissance des différents stades de la crise peut permettre au clinicien de la désamorcer avant le passage à l'acte final.

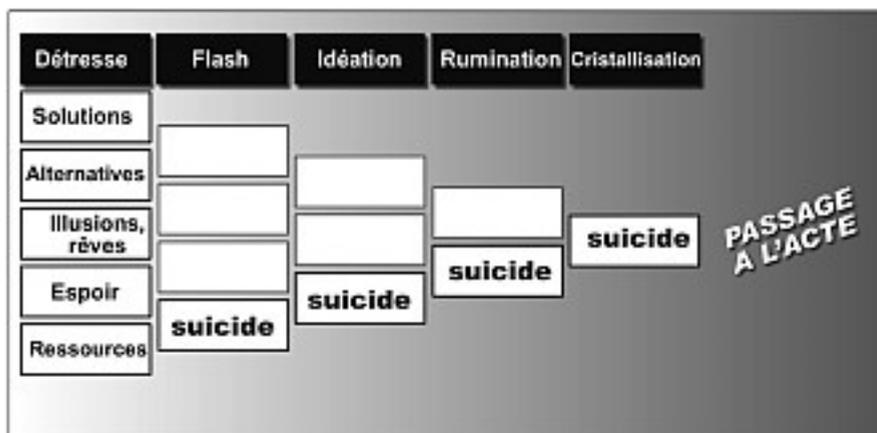


Figure 10.1

Schématisation du processus suicidaire (Phaneuf et Séguin, 1987)

Les cinq stades de ce processus sont les suivantes :

- la recherche de stratégies ou de moyens pour enrayer la crise : le sujet fait l'inventaire des différents moyens possibles pour se sentir mieux et s'en sortir. Chacune de ces alternatives est évaluée en fonction des chances qu'elle offre de produire un changement souhaité et d'atténuer la souffrance ;
- le flash suicidaire : au cours de la recherche et de l'élimination de solutions, il arrive que la personne considère le suicide comme « l'une » des solutions susceptibles d'éliminer la souffrance. Le suicide apparaît sous forme de flashes. Il s'agit d'une pensée instantanée. La personne peut penser que ça irait mieux si elle n'était plus là ;
- l'idéation : le suicide revient régulièrement comme une solution et le sujet s'y attarde chaque fois un peu plus longtemps, élaborant toujours un peu plus les scénarios possibles. Les solutions continuent à s'éliminer, soit parce qu'elles ne sont pas satisfaisantes, soit parce que le sujet les a tout simplement mises de côté. Si les idées suicidaires persistent, elles prennent de plus en plus d'importance puisqu'il y a maintenant moins de solutions possibles. À cette étape-ci, on parle d'idéations suicidaires. Le sujet a des idées suicidaires mais ces pensées ne sont pas encore trop fréquentes ;

- la rumination de l'idée suicidaire : le sujet voit de moins en moins de solutions et l'idée de se suicider revient de plus en plus souvent. Il s'agit alors de ruminations puisque la personne en vient à « ruminer » les pensées suicidaires. Ce retour constant et régulier des idées suicidaires génère une angoisse et un stress qui attisent la souffrance et la douleur ;
- la cristallisation et l'élaboration d'un scénario suicidaire : on appelle cristallisation le moment où le suicide est considéré par le sujet comme la solution ultime à son désarroi et à sa souffrance. À cette étape, la décision est prise et le scénario suicidaire (où, quand et comment) s'élabore, si ce n'est déjà fait. Il est clair que cette décision est toujours empreinte d'ambivalence et qu'elle reflète à quel point la douleur est devenue intolérable. Le sujet a alors la conviction que toutes les solutions possibles ont été tentées et qu'à présent seul le suicide réussirait à faire taire la souffrance.

À l'issue de ce processus, on trouve souvent un événement qui est « la goutte qui fait déborder le vase ». L'événement déclencheur est le dernier d'une longue série de pertes et d'échecs qu'a vécus le sujet. Il peut sembler banal pour un observateur extérieur. Toutefois, il ne faut pas juger cet événement en soi, mais tenir compte de l'ensemble du processus. Une fois que le sujet a déterminé le lieu, le moment et le moyen de son geste suicidaire, le passage à l'acte est imminent. Toutes ses pensées sont alors fixées sur le suicide.

Le facteur déclenchant a souvent une répercussion directe sur le registre narcissique. Le sujet décrit une montée progressive de son anxiété alliée à un sentiment d'isolement croissant, d'incompréhension de l'entourage : dans ce moment, il a souvent émis des messages de détresse sous une forme très particulière (plaintes somatiques par exemple, mais aussi agressivité envers les proches). Toutefois, ils ont été inaudibles pour l'entourage. Quand bien même les messages auraient été écoutés, ils ne pouvaient être entendus à leur juste valeur.

En conclusion, retenons que le processus suicidaire est dynamique – il varie selon les sujets et les circonstances. La présence constante de l'ambivalence rend toutefois l'intervention du clinicien possible. Ainsi, celui-ci peut aider le sujet en crise suicidaire à entrevoir des solutions alternatives. Le processus suicidaire n'est pas irréversible ; l'on peut sortir d'une crise en tout temps.

2. Quelle place pour le psychologue dans la politique nationale de prévention ?

Cette section aborde les trois aspects reconnus dans les textes du travail du psychologue, à savoir ses fonctions d'abord cliniques, puis institutionnelles et enfin de formation, information, recherche¹. Au-delà de cette présentation succincte, chaque professionnel pourra bien sûr construire son mode d'inscription dans la prévention à partir des données du contexte actuel.

Dans le domaine clinique

Les psychologues cliniciens figurent parmi les acteurs les plus concernés par la clinique de la prévention du suicide². Il est possible de schématiser leur participation à la mise en œuvre de la politique de santé publique en se référant aux trois pôles constitutifs de l'UNPS :

- comme écoutants (téléphone, lieux d'accueil) ou aux côtés des écoutants (animation des groupes de parole pour les écoutants) ;
- comme professionnels de la santé dans les CMPEA, aux urgences et autres structures hospitalières³, en libéral ou à travers la participation aux actions de formation en santé mentale et de postvention en milieu scolaire ;
- auprès des familles, par l'animation de groupes de parole tels ceux proposés par l'association *Vivre son deuil* aux endeuillés par suicide ou encore auprès de groupes de soutien pour l'entourage des suicidants sur le modèle de ceux de l'école des parents et des éducateurs⁴.

Enfin, il lui revient un rôle en tant qu'évaluateur auprès des enfants et adolescents suicidants en vue d'ajuster au mieux les projets thérapeutiques mis en place.

1. Circulaire DH/8D/85 du 24 mai 1985.

2. Cf. le n° 167 du *Bulletin du Syndicat national des psychologues* consacré à la « Prévention du suicide », *Psychologues et psychologie*, 2002, Paris.

3. Aussi bien des services de pédopsychiatrie que l'hôpital général : le fait d'être hospitalisé en psychiatrie ou d'avoir une maladie physique grave constituant des facteurs de risque spécifiques et supplémentaires, sans oublier les interventions auprès des jeunes délinquants et en détention, où les facteurs de risques sont également multiples.

4. Cf. aussi les travaux canadiens de B. Mishara et M. Lopez sur *Le Service aux proches de personnes suicidaires* consultables sur le site du Centre de recherche et d'information sur le suicide et l'euthanasie : www.crise.ca

Les outils évaluatifs du psychologue en prévention du suicide¹

L'évaluation en prévention du suicide chez l'enfant et l'adolescent pose certains problèmes méthodologiques dont il faudra tenir compte. En effet, si les taux de mort par suicide² ou les tentatives de suicide (TS) sont statistiquement bas chez les enfants alors qu'ils constituent la deuxième cause de décès (après les accidents) chez les 15-25 ans, l'accès à l'épidémiologie réelle du suicide et des conduites suicidaires de l'enfant demeure difficile. Ainsi, la détection des risques suicidaires et la définition du suicide et de la TS chez l'enfant prépubère se heurtent à diverses difficultés. D'une part, ces difficultés peuvent être inhérentes à l'enfant lui-même : il n'est pas possible d'assimiler la notion de mort chez l'enfant aux représentations qu'en ont les adultes. Dans ces conditions, il sera donc difficile d'évaluer l'intention de mourir chez un enfant et cela pose également la question de savoir s'il est nécessaire d'avoir une idée précise de la mort pour désirer se suicider... D'autre part, la résistance de la part des adultes (famille mais aussi professionnels de l'enfance) face à la problématique du suicide chez l'enfant, rend le repérage et la catégorisation (dans les études épidémiologiques) difficile. Ainsi, beaucoup d'accidents domestiques ou de comportements de mise en danger de la part de l'enfant (enfants se blessant ou se fracturant fréquemment, ceux s'adonnant au « jeu de la cravate », etc.) pourraient comporter une dimension suicidaire et constituer des signes d'alerte spécifiques. Cette dimension est souvent méconnue et non catégorisée dans les études. Enfin, l'évaluation du suicide et des conduites suicidaires chez l'enfant prépubère pâtit du manque de dispositifs pour le recueil des données et du manque d'outils fiables adaptés à cette population. En effet, la plupart des outils utilisés pour poser le diagnostic de suicide ou de TS ont été construits sur les bases de la clinique et de la psychopathologie de l'adolescent (14 ans étant l'âge correspondant le plus souvent à la puberté). Cela équivaut à dire qu'actuellement « l'on se sert de critères diagnostiques et psychopathologiques de l'adolescent pour évaluer la problématique du suicide chez l'enfant³ ».

Dans ces conditions l'identification d'une problématique suicidaire chez un enfant prépubère est souvent méconnue et donc sous-estimée. Or les conduites suicidaires de l'enfant sont des signes d'appel qu'il faut pouvoir entendre précocement afin d'améliorer la prise en charge et le pronostic.

L'évaluation devra donc tenir compte de certains éléments fondant la spécificité de la psychopathologie du suicide et des équivalents suicidaires chez l'enfant. Sachant que cette psychopathologie n'implique que très rarement le désir de mort en tant qu'état irréversible pour l'enfant. Un des éléments

1. Cette section de chapitre a été rédigée par Silvia Sbedico Miquel.

2. *Suicide* : acte par lequel le sujet se donne volontairement la mort ; le suicide est le « meurtre de soi-même ».

Tentative de suicide (TS) : comportement visant à se donner la mort, sans y parvenir. *Idées suicidaires* : pensées que l'on pourrait se donner la mort, constructions imaginaires de scénarios, sans passage à l'acte. *Conduites suicidaires* : conduites conscientes visant à tenter de se donner la mort. Ces conduites sont à différencier des conduites de/à risque : comportements où le sujet prend des risques (de mourir) mais sans idée consciente ni sans volonté de mort.

3. Cf. Malka et Duverger, 2003, p. 4.

que le clinicien observera spécifiquement chez l'enfant est l'acquisition de la notion de mort : rappelons qu'il s'agit là d'un processus progressif qui est difficile à situer chronologiquement puisqu'il dépend en grande partie des expériences biographiques de l'enfant (plus rapide chez les enfants ayant déjà été confrontés à la mort dans leur entourage ou qui sont eux-mêmes menacés dans leur intégrité physique par une maladie grave ou chronique). Cette acquisition mobilisera deux sphères chez l'enfant : la sphère intellectuelle et la sphère affective. Au niveau intellectuel, pour pouvoir conceptualiser la mort, l'enfant intègre vers 4 ou 5 ans la notion d'irréversibilité (notons que cette notion d'irréversibilité de la mort est difficile à acquérir pour l'enfant car elle s'oppose à l'acquisition par l'enfant de la notion de permanence de l'objet), puis vers 5 ou 6 ans la notion d'universalité (la mort concerne tout le monde et donc l'enfant lui-même), et enfin, beaucoup plus tard, la notion d'inconnu après la mort (qui confère à la mort sa charge anxiogène et mystérieuse). Au niveau affectif la mort confronte l'enfant à un problème dramatique mais fondateur. Chez l'enfant il faudra également distinguer les fantaisies suicidaires, exprimées par de nombreux enfants et évoluant avec l'âge, des idées suicidaires. Contrairement aux premières qui n'ont aucune valeur d'indicateur de tendance suicidaire et que l'on retrouve souvent mises en scène dans de nombreux jeux (comme le « pendu »), les idées suicidaires peuvent se fixer et envahir le champ de la conscience. Elles peuvent apparaître lors de la survenue d'événements internes (propres à l'enfant lui-même) ou externes (événement de vie) particulièrement difficiles. Quelle qu'en soit l'origine (interne ou externe), cet événement a valeur de perte pour l'enfant dans la plupart des cas et les idées suicidaires qui peuvent s'imposer contiendront une intense souffrance (et ce quel que soit le degré d'ambiguïté des intentions). La plupart de ces enfants fragiles attribuent au suicide une fonction réparatrice (fonctionnement psychique proche de la pensée magique). La perte ou le sentiment de perte revêt plusieurs caractéristiques que le clinicien devra explorer : elle peut être réelle ou fantasmée (conviction de ne plus être aimé, de ne pas être compris, etc.), elle implique généralement un ou des êtres très investis par l'enfant et cet investissement est de nature très « narcissique » (l'enfant a construit une partie de son identité en s'étayant sur cet être aimé). Par ailleurs, les conséquences affectives de cette perte varieront en fonction de l'importance de l'objet perdu dans la construction narcissique de l'enfant ainsi que de la solidité de ses assises narcissiques. Ce dernier aspect dépendra aussi bien de la qualité de son environnement (familial, scolaire, etc.) et des interactions de celui-ci avec l'enfant, que du mode de structuration de sa personnalité.

Enfin, concernant l'évaluation des facteurs de risque, il sera nécessaire d'explorer d'une part les facteurs de risque inhérents à la dynamique familiale : perturbations des interactions entre l'enfant et ses parents, perturbations du fonctionnement familial comme la discorde parentale, les séparations conflictuelles où l'enfant est instrumentalisé, etc., et toutes les formes de violence, de traumatisme, de carences, etc. D'autre part, les facteurs de risque inhérents aux antécédents psychologiques familiaux : antécédents de suicide dans la famille, psychopathologie parentale, et enfin les facteurs de risques inhérents à l'enfant lui-même : absence de représenta-

tion de la mort chez le jeune enfant et toute fragilité narcissique ou identitaire impliquant la conscience et l'estime de soi comme la dépression ou un trouble de la personnalité de nature psychotique.

L'écoute attentive de l'énonciation de l'intentionnalité (ou de l'absence d'énonciation), sa prise en compte et l'évaluation du risque suicidaire avec des échelles spécifiques devra s'accompagner de la recherche d'autres critères afin d'évaluer le niveau d'alerte¹.

Chez l'adolescent, l'existence de tentatives de suicide antérieures sera un critère à rechercher et à explorer (degré de préméditation et de préparation du geste, persistance du motif du passage à l'acte : grossesse, IVG, abus sexuel, état dépressif, mauvais résultats scolaires associés à une pression familiale ou sociale, pathologie somatique, etc.) tout comme la présence de comportements auto-agressifs (mutilations), une faible estime de soi et certaines caractéristiques de la personnalité (impulsivité/agressivité...). Outre un examen somatique et une évaluation globale de l'état psychopathologique, il sera également nécessaire de rechercher et d'évaluer les comportements addictifs, les antécédents de maltraitance (en particulier sexuelle) et/ou d'un syndrome de stress post-traumatique.

Chez les enfants et adolescents, il sera particulièrement important que ces évaluations tiennent compte du contexte historique, socio-éducatif et familial (relations familiales, antécédents psychopathologiques et/ou addictions, etc.) du jeune. Ainsi, s'agissant de l'abus sexuel, les nombreuses études qui ont permis de retenir l'abus sexuel comme facteur de risque de tentative de suicide et de suicide, font état du fait que le désespoir et le sentiment d'impuissance sont aggravés lorsque l'enfant ne rencontre pas de soutien familial, et/ou s'il est élevé dans un climat d'hostilité et de dévalorisation.

Les inventaires psycho-comportementaux alliant observation par le clinicien et recueil d'informations de personnes adultes entourant l'enfant s'avèreront plus adaptés pour les évaluations auprès des plus jeunes enfants (avant 8-9 ans). Auprès des enfants plus grands et des adolescents pourront être aussi administrés des questionnaires en hétéro-évaluation en conjonction avec des auto-questionnaires. Dans tous les cas l'administration prendra en compte le niveau de langage du jeune ainsi que ses compétences ou difficultés par rapport à l'écrit et à la lecture. Enfin, le psychologue disposera des tests projectifs et de leurs versions adaptées aux enfants². Ces outils lui permettront notamment d'explorer l'organisation de la personnalité de l'enfant lui offrant de multiples éléments (conflits psychiques, mécanismes de défense, problématiques identitaires, etc.) très utiles pour l'évaluation du risque suicidaire.

1. Cf. ANAES, *Recommandations, la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, Paris, 2000 in <http://www.has-sante.fr/anaes/Publications.nsf/>

2. Ces outils sont présentés dans la section outils évaluatifs au chapitre 4 du présent ouvrage.

■ Mesures de psychopathologie générale chez l'enfant et l'adolescent

CBCL (Children Behaviour Check List, Liste de comportements pour les enfants) ; Achenbach et Edelbrock (1978, 1983), Achenbach (1991). Traduction française : Fombonne E. (1992)

Le but de la CBCL est d'établir une liste standardisée des troubles comportementaux et émotionnels et des compétences sociales, chez des enfants de 4 à 16 ans. Il existe une autre forme adaptée pour l'évaluation des comportements chez le grand adolescent de 16 à 19 ans.

Cette échelle contribue à identifier les symptômes dépressifs et troubles comorbides (plaintes somatiques, retrait social, troubles du comportement) de confirmer un éventuel diagnostic de dépression et d'évaluer l'intensité du risque suicidaire. Cet outil est présenté au chapitre 7 du présent ouvrage.

Mini-Kid 2 ; Sheedan D.V. (USA), Lecrubier (France) et al. (1998)

Le Mini-Kid 2 explore de façon standardisée, au cours d'un entretien, les principaux troubles psychiatriques de l'axe du DSM-IV chez des enfants et adolescents de 8 à 16 ans. C'est un bon instrument diagnostique facilement utilisable. L'entretien structuré se compose de seize modules : épisode dépressif majeur, dysthymie, risque suicidaire, épisode hypomaniaque, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, alcool et drogues (dépendance et abus), nicotine (dépendance), état de stress post-traumatique, anorexie mentale ; anxiété généralisée, troubles des conduites, tics et Gilles de Tourette.

Cet outil n'explore que les pathologies ayant des retentissements à l'instant présent. Il est donc utile au dépistage mais ne peut évaluer la pathologie à long terme.

SCL-90-R de Dérogatis (Hopkins Symptom Check-List à 90 items révisée) ; Derogatis (1977). Traduction française : Pariente et Guelfi (1990)

Cet inventaire de psychopathologie générale, adapté pour des sujets de 13 à 70 ans, a le mérite d'être très rapide (quinze minutes, un peu plus pour les sujets dépressifs ou âgés). Le sujet remplit le questionnaire en se référant à la semaine précédente et au jour même de la passation. Il est possible de lire les items au sujet en cas de difficultés à remplir le questionnaire.

Il existe trois versions du test : les versions à cinquante-huit et trente-cinq items évaluent seulement des versants névrotiques, seule l'échelle révisée à quatre-vingt-dix items est adaptée aux sujets psychotiques. Le SCL-90-R donne trois niveaux différents d'interprétation : le niveau global, le niveau de chaque dimension, le niveau symptomatique.

La version révisée propose trois indices globaux de gravité : GSI (gravité globale), PST (diversité des symptômes), PSDI (degré de malaise). Cette échelle explore différentes dimensions psychopathologiques : somatisation ; compulsion-obsession ; sensibilité ; dépression ; anxiété ; hostilité ; phobie ; paranoïa ; psychose.

Le score brut par dimension et les trois scores des indices globaux (GSI, PSDI, PST) sont reportés sur un *graphique* qui donne un profil. Le report des scores obtenus sur une feuille de dépouillement permettra de comparer les profils établis avec les échantillons de référence (adolescents, adultes normaux hommes et femme, adultes relevant de la psychiatrie).

Les dimensions anxiété et sensibilité se sont avérées instables, il faudra donc approfondir l'exploration avec des échelles spécifiques ; *a contrario*, les dimensions obsessionnelles et somatisation figurent dans diverses analyses. La structure factorielle de l'échelle recoupe de façon satisfaisante les facteurs constitutifs d'autres inventaires de psychopathologie générale (BPRS, AMDP). Le questionnaire s'utilisant en auto-évaluation, la confrontation avec des dimensions explorées par un autre inventaire en hétéro-évaluation (BPRS, AMDP) mettra en évidence la congruence entre l'observé et le ressenti.

■ Évaluation de la dépression et du désespoir chez l'enfant et l'adolescent

La dépression chez l'enfant ou l'adolescent nécessite la plus grande attention : non seulement en raison du handicap que peut entraîner la symptomatologie dépressive dans sa vie actuelle mais également parce que ces symptômes constituent, outre la souffrance qu'ils provoquent, autant de signaux d'alarmes d'un risque dépressif et suicidaire ultérieur (à l'adolescence pour les enfants dépressifs ou à l'âge adulte pour les adolescents)¹. Aussi, divers instruments standardisés permettront de préciser le type de dépression dont souffrent l'enfant ou l'adolescent, la fréquence et l'intensité des troubles ainsi que la présence éventuelle et l'importance de l'idéation suicidaire. Les instruments passant en revue l'ensemble de la symptomatologie seront particulièrement utiles pour dépister une dépression sous-jacente chez ceux amenés pour d'autres motifs de consultation. Il est fortement conseillé, pour améliorer la validité de l'évaluation, d'alterner des échelles en auto-évaluation (qui permettent notamment d'apporter des éléments subjectifs palliant à la fréquente minimisation par l'entourage de la dépression chez l'enfant) avec des échelles en hétéro-évaluation (objectivation des données et multiplication des sources d'information).

Instruments standardisés permettant l'évaluation de la dépression

CDRS-R (Children Depression Rating Scale Revised, Échelle d'évaluation de la dépression de l'enfant révisée) ; Poznansky E. et coll. (1979, 1985). Traduction française : Moor L. et Mack C. (1982), Dugas et Bouvard (1996)

Cette échelle permet une appréciation rapide de la dépression chez l'enfant de 6 à 12 ans. Dans sa forme révisée elle comporte dix-sept items et s'administre en hétéro-évaluation ce qui présente de nombreux avantages chez l'enfant : l'évaluateur pourra retenir les données cliniques les plus pertinentes, adapter son langage à l'âge et au niveau de développement de l'enfant, éviter toute référence au niveau de lecture, etc. Pour quatorze items, l'évaluateur pourra également tenir compte des informations recueillies auprès de diverses sources autres que l'enfant (parents, enseignants, personnes connaissant bien l'enfant).

La version révisée a été validée auprès d'enfants hospitalisés ou consultants en pédiatrie et psychiatrie. Les études de validation ont mis en évidence une forte corrélation entre les scores au CDRS-R et le diagnostic clinique de

1. Cf. Petot D. (2005). *L'Évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*, Paris, Dunod, p. 242. Et diverses études dont Kovacs *et al.* (1993), Harrington *et al.* (1994), Rao *et al.* (1993).

dépression. Cependant l'échelle ne constitue pas un critère diagnostique puisque les scores ne constituent que des indicateurs plus pertinents que l'impression clinique globale. La plupart des items permettent de faire préciser ce qui provoque les manifestations pathologiques, de déterminer leur fréquence, leur durée et leur intensité. Les questions offrent une évaluation pointue de la gravité de l'inadaptation engendrée par la dépression. À partir de leur expérience clinique, les auteurs dégagent également quatre sous-ensembles, non validés statistiquement, qui permettent une analyse sémiologique de la symptomatologie dépressive : trouble de l'humeur ; troubles somatiques ; troubles subjectifs ; troubles du comportement.

Cette échelle est l'équivalent, pour l'enfant, de l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton.

ISC (Interview Schedule for Children) ; Kovacs et al. (1985). Traduction et validation française : Moor et Mack (1982)

Cet entretien clinique semi-structuré permet un interrogatoire très approfondi concernant la symptomatologie dépressive incluant la recherche de présence d'idéations et menaces suicidaires, voire de tentatives de suicide.

Children Depression Inventory (CDI) ; Kovacs et Beck (1977). Traduction et validation anglaise et française : Moor et Mack (1982)

La CDI est une échelle administrée en auto-évaluation qui explore spécifiquement la symptomatologie dépressive pendant les 15 jours précédant la passation (sentiment de tristesse, capacité à prendre du plaisir, efficacité scolaire, relations avec les pairs). C'est une adaptation du Beck Depression Inventory (BDI)¹ pour les enfants et adolescents de 7 à 17 ans : les items concernant la libido ont été supprimés et les auteurs ont ajouté des items concernant les fonctionnements scolaire et interpersonnel. Elle est constituée de vingt-sept items et se présente comme un questionnaire que l'enfant remplit en présence du clinicien qui s'assure si l'enfant a bien compris la consigne et est capable de répondre aux diverses questions. La passation prend de 15 à 20 minutes. Le score total (de 0 à 54) est calculé par la somme des items. Il n'existe pas de note seuil précise, ni de seuil en fonction de l'âge ou du sexe mais il est admis que des scores supérieurs à 15 incluent des épisodes dépressifs d'intensité sévère. L'analyse factorielle dégage cinq sous-échelles : humeur dépressive, problèmes interpersonnels, incompétence, anhédonie, estime de soi négative. Enfin, la CDI permet de dépister l'idéation ou l'intention suicidaire.

Cette échelle est l'outil d'auto-évaluation le plus utilisé pour évaluer l'intensité de la dépression néanmoins il ne tient pas compte des différences liées au développement que l'on peut observer entre 7 et 17 ans. Il sera nécessaire, afin de mieux rendre compte de l'état clinique, de compléter la mesure de l'intensité de la dépression par l'administration d'un instrument en

1. Cf. présentation ci-dessous. Le BDI-II pourra être administré à partir de 16 ans. Les outils évaluatifs de la dépression chez l'adulte pourront être utiles auprès du grand adolescent ainsi que ceux spécifiques de la crise suicidaire. Cf. Sbedico Miquel S., « Outils évaluatifs du psychologue en prévention du suicide », in : Schauder S. (dir., 2007). *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées*, Paris, Dunod, chap. 2.

hétéro-évaluation. La CDI possède des qualités psychométriques correctes mais n'est pas un outil diagnostique (faible validité discriminante).

BDI (Beck Depression Inventory, Inventaire pour la dépression de Beck) ; Beck et coll. (1961). Traduction française et validation : Pichot et al. (1963)/ Beck (1979). Traduction française et validation : Bourque, Baudette (1982) ; BDI-13 (Version à 13 items) ; Beck, Beamesberfer (1974). Traduction française : Collet et Cottraux (1986) BDI-II (Beck Depression Inventory II, Inventaire pour la dépression de Beck (2^e éd.)) ; Beck, Steer, Brown (1994). Traduction française : Éd. du Centre de psychologie appliquée (1996)

C'est l'auto-questionnaire le plus utilisé dans la population adulte pour donner une évaluation quantitative (au niveau des cognitions) de l'intensité de la dépression. De nombreuses versions se sont succédées en plus de quarante ans, ainsi qu'une bibliographie très nourrie. Cette échelle en auto-évaluation permettra de mesurer l'intensité de la dépression mais son intérêt réside surtout dans l'exploration qu'elle permet des aspects subjectifs de la dépression.

Dans sa forme abrégée (BDI-13), les auteurs n'ont retenu que les items fortement corrélés avec la note globale de l'échelle à vingt et un items : tristesse ; culpabilité ; dégoût de soi ; pessimisme ; échec personnel ; insatisfaction ; tendances suicidaires ; anorexie ; fatigabilité ; indécision ; modifications négatives de l'image de soi ; difficultés au travail ; retrait social.

Cet instrument est facile à administrer, court et bien accepté par les patients. Il est surtout utilisé en médecine générale, épidémiologie et pharmacologie pour dépister la dépression. Dans les recherches sur les psychothérapies cognitives sera utilisée la forme à vingt et un items.

Cette échelle, dans ses différentes formes, n'est pas adaptée aux sujets neurologiques.

Le BDI-II (1994) est une importante révision du BDI : des items ont été modifiés, d'autres remplacés ou supprimés afin d'évaluer la sévérité de la dépression et de mieux répondre aux critères diagnostiques du DSM-IV. Il peut être administré à partir de 16 ans. La version française (96 sujets contrôles, 341 sujets psychiatriques) différencie bien les sujets déprimés des sujets contrôles et des sujets anxieux.

Pour une évaluation approfondie de la dépression il sera nécessaire de compléter le bilan avec des échelles en hétéro-évaluation comme la MADRS ou la *Hamilton Rating Scale*, plus à même de discriminer l'intensité et la sévérité de la dépression. Alors que le BDI reste l'outil de choix pour obtenir une mesure subjective de la dépression, les notes obtenues ne constituent en aucun cas un diagnostic clinique, elles sont seulement des indices de la sévérité de la dépression.

MDI-C (Multiscore Depression Inventory-Children, Échelle composite de dépression pour enfants) ; Berndt D. (1986). Adaptation française : ECPA (1999)

Cette échelle en auto-évaluation peut être administrée à des enfants entre 8 et 17 ans. Elle a été étalonnée auprès d'une population française.

Tests projectifs et dépression chez l'enfant et l'adolescent

La dépression s'exprimera dans les tests projectifs de multiples façons. Ainsi, il n'est pas rare que des manifestations d'inhibition massive et de lenteur de l'idéation provoquent une pauvreté des protocoles qui en rendra l'interprétation difficile. Les seuls outils permettant alors d'évaluer la dépression seront les entretiens et les questionnaires. Cependant de nombreuses études ont porté sur le test de Rorschach et les indicateurs d'idéation suicidaire ou de suicide¹.

Test de Rorschach² ; Rorschach H. (1921). Traduction française : PUF (1967)

Plusieurs systèmes d'interprétation de ce test ont établi des listes ou des constellations d'indices de risque suicidaire. La constellation la plus utilisée actuellement est la « constellation suicidaire de John Exner » (1977, 2001) mais ce système ne s'applique pas du tout à des sujets de moins de 14 ans car il a été élaboré à partir de protocoles d'adultes s'étant effectivement suicidés quelques semaines après la passation du Rorschach. En 1992, J. Lee Silberg et J. Armstrong dégagent une constellation particulière de six variables (dont trois appartiennent à la constellation d'Exner) permettant de distinguer les adolescents dépressifs avec idées suicidaires des autres populations. Petot *et al.* (2002) ont constaté que cette constellation appliquée à divers groupes d'enfants distingue bien ceux qui souffrent de dépression avec idées suicidaires.

■ Mesure de l'état de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent

L'évaluation pourra utilement s'accompagner de la mesure de l'état de stress post-traumatique (ESPT). Les outils permettant de dépister l'ESPT et d'en évaluer la gravité chez l'enfant et l'adolescent sont présentés au chapitre 8. Cependant nous exposons ici le TSCC qui est un instrument particulièrement utile lorsque les symptômes traumatiques sont associés à l'abus sexuel dont on connaît la forte incidence avec les tendances suicidaires³.

Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) ; Briere J. (1996). Validation de la traduction française : Jouvin É. et al. (2002)

Cet instrument très utilisé permet un bon dépistage des troubles et notamment les symptômes traumatiques liés à l'abus sexuel. Il est constitué de cinquante-quatre items dont dix concernent les manifestations sexuelles (ces dix items peuvent être inclus ou exclus de l'administration selon l'objectif de l'évaluation). La passation ne nécessite qu'une vingtaine de minutes. Les items sont bien rédigés et clairs. À titre d'exemple d'items de l'échelle ; un item « mauvais rêves ou cauchemars » permet de coter la fréquence du symptôme puisque la réponse sera choisie parmi : « jamais », « quelques fois », « souvent », « presque tout le temps ». D'autres items permettent également l'exploration et l'expression de symptômes liés aux ressentis de l'enfant : « je me sens seul », « pleurs », « envie de faire mal à d'autres personnes », « j'ai le sentiment d'avoir fait quelque chose de mal ».

1. Cf. Petot D. (2005). *L'Évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*, Paris, Dunod, p. 247-248.

2. Rorschach H. (1967, 1987). *Psychodiagnostic*, Paris, PUF.

3. Cf. la partie évaluative du chapitre 3 du présent ouvrage.

La TSCC offre six sous-échelles cliniques mesurant les dimensions : anxiété, dépression, colère, PTSD, troubles dissociatifs et préoccupations sexuelles. Deux autres échelles mesurent les « sous »-réponses (évaluation de la tendance au déni) et les « sur »-réponses (exagération pathologique des symptômes du traumatisme ou réel débordement par la symptomatologie traumatique). Cet outil a fait l'objet de plusieurs études de validation qui ont démontré ses bonnes qualités métrologiques et notamment une grande sensibilité aux prises en charge thérapeutiques ou sociales. Cependant, l'outil n'évalue pas tous les critères du DSM et il omet d'explorer quelques aspects importants de la symptomatologie traumatique chez l'enfant comme les plaintes somatiques ou la vision négative du futur.

■ **Autres dimensions dont l'évaluation avec des outils spécifiques sera nécessaire :**

- Outils permettant l'évaluation de l'anxiété chez l'enfant et l'adolescent (cf. chap. 7).
- Outils évaluant les comportements addictifs (cf. chap. 9).
- Instruments constituant un bilan psychométrique de l'enfant (cf. chap. 4).
- Outils explorant les différentes dimensions des liens familiaux (cf. chap. 3 et 9).
- Outils évaluant la psychopathologie parentale (cf. chap. 1 et 3 du présent ouvrage et l'ouvrage *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées* (Schauder, dir., 2007)).

Dans le domaine institutionnel : l'exemple d'un réseau de prévention du suicide

Plusieurs régions ou départements ont créé un réseau de prévention du suicide. En Indre-et-Loire, il a pris la dénomination de VIES 37¹. Les psychologues contribuent à son fonctionnement administratif en participant au comité de coordination² et à l'assemblée plénière. Ils y interviennent en tant que professionnels des institutions qui le composent : structures médico-sociales, lieux d'accueil pour adolescents, pour familles de détenus, maisons de retraite, mais aussi en libéral ou comme formateur. Le réseau leur permet d'améliorer leurs prises en charge grâce à la coordination des acteurs et au développement en commun de la réflexion clinique au sein des commissions cliniques thématiques. Citons également leur participation à une réflexion sur les modalités d'établissement d'un programme d'accompagnement au long cours des membres d'une institution pour adolescents où a eu lieu un décès par suicide³.

1. Cf. « Réseau VIES 37 », 2005, Reportage in *Filières et réseaux 2 santé*, Paris, p. 12-21.

2. Cf. vignette n° 4, le poster présentant le réseau VIES 37.

3. Il s'agit d'adapter au plan local le travail canadien dirigé par M. Séguin en 2004 : *Programme de postvention en milieu scolaire. Stratégies d'intervention à la suite d'un suicide*, Montréal, Éditions AQPS.

Encadré n°3

VIES 37, un réseau de prévention du suicide
Organigramme du réseau en 2005

Poster réalisé pour le congrès 2004 du Groupement d'étude pour la prévention du suicide.

Vivre et intervenir ensemble contre le suicide (VIES 37)

Docteur Marc Fillatre, médecin coordinateur VIES 37^a.

Mme Marie-Claude Sallustro, assistante sociale, Éducation nationale^b.

Créé en 1998, VIES 37 est un réseau départemental de prévention du suicide, né du regroupement spontané de quarante associations et institutions d'Indre-et-Loire.

Dans le respect des compétences et des spécificités d'intervention des uns et des autres, VIES 37 développe ses activités dans trois directions principales :

L'information et formation

1. Déclinaison locale de la Journée nationale de prévention du suicide.
2. Formation initiale : intégration d'enseignements spécifiques notamment en médecine et en soins infirmiers.
3. Journée départementale de formation continue pour tous les professionnels concernés.
4. Annuaire des ressources départementales et site Web^c.

La coordination des acteurs

1. Réunions bimensuelles d'analyse de difficultés et de proposition, déclinées autour de trois thématiques spécifiques (personnes âgées, jeunes, situations d'urgence).
2. Création et diffusion d'outils d'aide à la détection et à la prise en charge.

L'amélioration et développement des systèmes de prise en charge

1. Création d'un groupe de parole pour parents de jeunes suicidants.
2. Participation à des enquêtes nationales (Jeunes Suicidants à l'hôpital ; INSERM, audit sur les Urgences-ANAES).
3. Participation à l'élaboration du programme régional de santé (PRS suicide) de la région Centre.


 VIES 37 est organisé sous la forme juridique du réseau de prévention et de soins (ordonnances Juppé de 1996). Aucun acteur du réseau n'a de rôle prépondérant. Le CHRU de Tours n'assure que la gestion financière de l'ensemble.

VIES 37 est administré par :

- une assemblée plénière qui fixe les orientations et contrôle les activités du réseau ;
- un comité de coordination qui met en œuvre les décisions de la plénière ;
- un coordinateur qui représente les deux instances précédentes.

Mots clés : suicide ; prévention ; réseau

a. Clinique psychiatrique universitaire, CHRU de Tours, rue du Coq, 37540 Saint-Cyr-sur-Loire.
 b. Lycée Paul-Louis-Courier, 2 place Grégoire-de-Tours, 37000 Tours.
 c. L'on peut y accéder en cliquant sur le lien « Réseaux » dans le site du CHU de Tours, adresse : <http://www.chu-tours.fr/vies37>

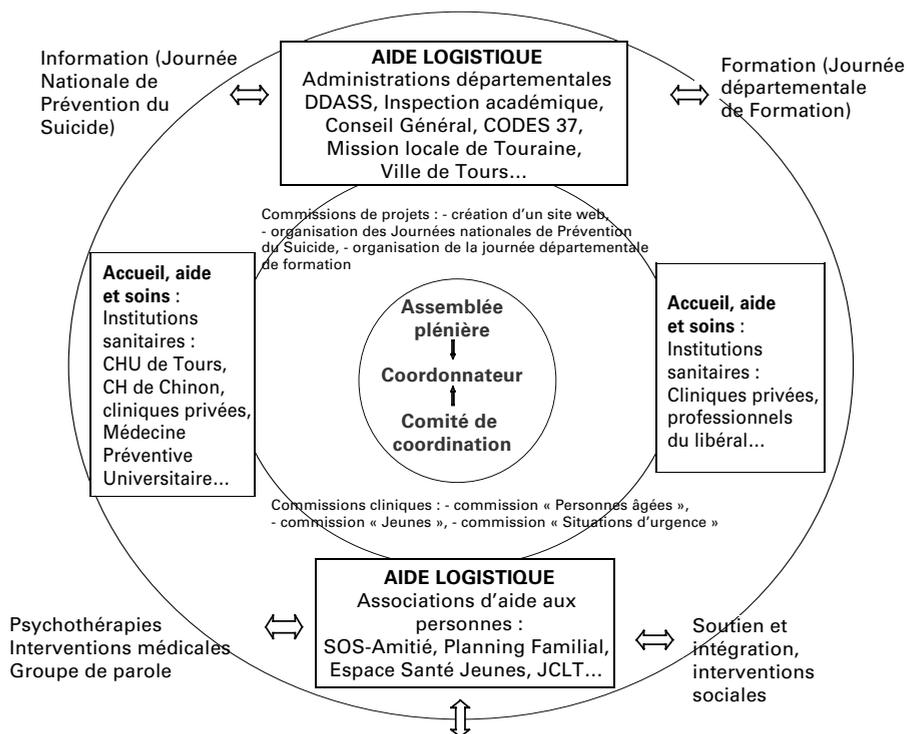


Figure 10.2

Organigramme du réseau VIES 37 en 2005

Le renforcement des liens entre intervenants de champs professionnels différents est une priorité actuelle en politique de santé publique, elle se concrétise notamment à travers le développement des réseaux ville-hôpital, qui sont en constante évolution (*cf.* figure 10.2). Une restructuration du réseau VIES 37 se dessine en 2006 : il y est question notamment de la création de commissions travaillant à développer des projets tels que l'accueil physique ou téléphonique et l'orientation. Une réorganisation de la structure administrative sera nécessaire, avec adjonction au comité de coordination, en vue d'améliorer sa capacité à traiter les dossiers, d'une équipe de coordination (président, coordonnateur, secrétaire), ainsi que d'un comité de pilotage (structure administrative de validation). Il apparaît bien en tout cas que les missions des psychologues dans les réseaux de prévention du suicide ne sont en rien figées ni même vraiment préétablies ; il s'agit plutôt d'un domaine en plein essor où ils ont à construire leur rôle.

Dans les domaines de la formation et de la recherche

Une affiche de l'UNICEF représente un visage d'enfant avec cette question : « Que veux-tu être quand tu seras grand ? » suivie de cette réponse : « Vivant ! » De même, ne peut-on dire que le premier devoir du psychologue qui se spécialise dans la prévention du suicide est de rester bien « vivant » ? Tâche d'autant plus difficile que cette spécialisation inclut la prise en charge des suicidants, mais aussi des endeuillés par suicide. En conséquence, son temps DIRES ou FIR devrait être consacré à fréquenter les lieux où la pensée vit, c'est-à-dire où l'on accepte, loin de tout académisme, de s'engager sur le plan intellectuel plutôt que de passer son temps à ratiociner sur des commentaires de commentaires ; à s'inscrire dans divers groupes de travail pourvu qu'il y trouve un soutien chaleureux à son élaboration, et non une sommation à l'alignement sur tel ou tel dogme ; à se rendre chez un superviseur pourvu que celui-ci soit également à la recherche du bonheur de penser et de faire des liens, et non en quête de pouvoir. Le psychologue engagé dans la prévention du suicide devrait se tenir éloigné des professionnels de la remise en cause, des maîtres spécialisés dans la glose sur le discours du maître et autres frustrateurs patentés ; pour ce qui est de la frustration, il a bien assez à en connaître, dans le côtoiement quotidien de la mort qui est son lot. Plus concrètement, voici quelques exemples de formations, d'informations ou de recherches auxquelles il pourrait dédier son temps DIRES ou FIR.

► Formation

Nous avons évoqué la place centrale des formations au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire plus haut¹. Un psychologue peut y participer comme personne formée en se renseignant auprès de la DRASS de sa région, ou du référent en prévention du suicide de sa DDASS. Il peut également faire partie des binômes d'animateurs de ces formations après avoir reçu celle que dispense Jean-Louis Terra² souvent accompagné de Monique Séguin. Par ailleurs, les réseaux de prévention du suicide organisent des journées thématiques de formation ; l'association *Vivre son deuil* en réserve certaines aux psychologues animant des groupes d'endeuillés.

► Information

Les principaux colloques régulièrement consacrés à la prévention du suicide sont :

- les Journées nationales pour la prévention du suicide de l'UNPS, qui ont lieu la première semaine de février et dont les actes sont publiés.
- le congrès du Groupement pour l'Étude et la Prévention du Suicide (GREPS), qui a lieu au cours du dernier quadrimestre de l'année et dont les actes sont également publiés.
- le congrès international de francophonie en Prévention du suicide.
- le congrès de la fédération européenne *Vivre son deuil*.

Il existe une revue spécialisée, celle du comité d'éthique et scientifique de l'UNPS : *Les Cahiers de la prévention du suicide*.

► Recherche

Les universités Lyon-I et II disposent d'une équipe d'accueil commune en psychologie de la santé, dans laquelle une unité de recherche est dédiée spécifiquement au suicide et à sa prévention. Bien entendu, un psychologue intéressé par ce sujet aura toujours la possibilité d'effectuer une thèse dans une autre université ; à titre de simple exemple, en psychanalyse, plusieurs thèses sont en cours d'élaboration actuellement dans le laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie de l'université Paris-V René-Descartes sous la direction des professeurs François Marty, président du

1. Cf. p. 558-559.

2. Professeur de psychiatrie à l'université Lyon-I. Laboratoire de la santé et du développement, EA 3729, université Lyon-II.

Collège International de l'Adolescence (équipe d'accueil « Violence, traumatisme et sexualité ») ou Catherine Chabert (équipe d'accueil « Dépression, dépendance et processus de pensée »).

Jean-Louis Terra¹ souligne d'autre part l'intérêt qu'il y aurait à ce que les psychologues soient associés à la recherche sur les autopsies psychologiques².

Les psychologues peuvent donc à de nombreux niveaux participer à la réduction du nombre de décès par suicide, un important objectif de santé publique dans lequel se sont engagés plusieurs ministères ainsi qu'un grand nombre d'acteurs de terrain et d'associations, souvent regroupés en réseaux et/ou au sein de l'UNPS. Il s'agit maintenant d'apporter un éclairage concret sur les interventions du psychologue à travers des exemples.

3. *Le psychologue clinicien sur le terrain*

Le psychologue amené à rencontrer de jeunes patients présentant des jeux ou idéations suicidaires, faisant des tentatives de suicide, ou en crise suicidaire aura à s'interroger, dans le respect de sa déontologie, sur les relais institutionnels qu'il a à solliciter ainsi que sur la nature de la prise en charge à proposer : intervention de crise et/ou psychothérapie ; sa réflexion le conduira à se demander jusqu'où il est possible ou nécessaire d'associer la famille.

VIGNETTE CLINIQUE N° 1

« Sauvez-moi, je veux mourir » : Nadia R., 17 ans

La psychologue d'un Centre Départemental d'Éducation à la Santé fait une intervention de prévention sur le thème « Mieux être » dans un lycée. Nadia R., 17 ans, qui a participé avec sa classe, revient en larmes après le départ de ses camarades et dit : « Sauvez-moi, je veux mourir. » Elle explique qu'elle ne vaut rien, qu'elle n'aura jamais son bac, elle en est sûre depuis qu'elle a eu ce 6 à son dernier devoir de philo. « En ce



1. Cf. J.-L. Terra interviewé par C. Rizet, « Où en est la prévention du suicide en France ? », *Journal des psychologues*, n° 212, nov. 2003, p. 28.

2. Cf. p. 558 et l'article de M. Séguin : « Stratégie de recherche sur le suicide. Identification de causes multiples », in *Le Journal des psychologues*, n° 212, nov. 2003, p. 22-26.

 moment, c'est l'horreur, à 4 heures du matin, j'arrive plus à dormir, je me dis que je devrais me lever pour étudier, mais j'y arrive pas, je suis trop fatiguée, je ferais mieux de prendre les comprimés de ma mère ! Les copains me disent de pas me prendre la tête pour une sale note, surtout en philo ; ils comprennent pas, je leur parle même plus : c'est pas juste une sale note, il y en a d'autres et puis c'est pas les notes, c'est mon père quand il reçoit mon bulletin ; il est trop déçu ! »

Nadia verbalise son envie de mourir et formule en même temps une demande d'aide ; ce serait une grave erreur de penser qu'elle veut simplement se rendre intéressante. Elle présente des signes extérieurs de dépression : insomnie du matin, envie d'essayer les médicaments de sa mère, isolement par rapport à ses copains, perte d'estime de soi à travers la perte de l'estime de son père. La polysémie de son expression : « C'est pas juste une sale note » invite à s'interroger sur son sentiment de préjudice, qui pourrait l'amener à s'attaquer elle-même pour éviter la passivation de l'injustice subie. La polysémie est présente également dans : « Je ferais mieux de prendre les comprimés de ma mère » car l'expression exacte aurait été : « Des comprimés comme ma mère » ; il ne s'agit sans doute pas d'une simple intention de remédier à son insomnie. La psychologue lui répond donc : « Je te crois quand tu me dis qu'en ce moment, tu veux mourir, peut-être même as-tu déjà commencé à préparer quelque chose pour cela ? » et Nadia reconnaît : « J'ai caché des comprimés à ma mère ; mais n'en parlez à personne, ça lui ferait trop de peine. » Cette réponse illustre bien le fait qu'une décision de suicide est toujours potentiellement réversible, en particulier sous l'influence des liens affectifs. La psychologue entame alors une négociation difficile en vue d'engager Nadia dans des soins immédiats ; celle-ci veut bien entendre qu'elle ne peut pas continuer comme ça, qu'elle a besoin de prendre un peu de recul pour envisager son avenir autrement, mais elle a demandé le secret sur son mal-être ; elle refuse toutes les propositions de prise en charge : « Ça inquiéterait ma mère et mon père serait encore plus déçu ; c'est pas la peine de chercher une solution, y en a pas, et puis d'abord, ma vie m'appartient, je n'ai pas demandé à naître », conclut-elle.

Les questions du consentement du patient et du secret professionnel font apparaître deux contradictions majeures dans le *Code de déontologie des psychologues* (1996).



La liberté de la personne y est fondamentale : « Le psychologue n'intervient qu'avec le consentement libre et éclairé des personnes concernées^a », même « lorsque la consultation pour des mineurs ou des majeurs protégés par la loi est demandée par un tiers^b ». Mais l'obligation légale d'assistance à personne en danger est aussi mentionnée^c : « Le délaissement, en un lieu quelconque, d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende^d. » Ainsi, à l'absence radicale de choix que suppose le fait d'être mort, il faut parfois commencer par se positionner « simplement » comme un être vivant. Le psychologue représente la personne vivante qui s'engage personnellement, avec son désir, dans la lutte pour la survie du suicidant.

La deuxième contradiction concerne la notion de secret partagé qui n'existe pas dans le code de déontologie des psychologues : « Le psychologue préserve la vie privée des personnes en garantissant le respect du secret professionnel, y compris entre collègues^e » ; cependant, « dans le cas particulier où ce sont des informations à caractère confidentiel qui lui indiquent des situations susceptibles de porter atteinte à l'intégrité psychique ou physique de la personne qui le consulte ou à celle d'un tiers, le psychologue évalue en conscience la conduite à tenir, en tenant compte des prescriptions légales en matière de secret professionnel et d'assistance à personne en danger^f ».

Pour la psychologue, la marge de manœuvre est étroite ; elle ne peut ni éviter d'avoir à rechercher le consentement de Nadia sous prétexte qu'elle est mineure, ni lui dire simplement : « Oui, ta vie t'appartient, alors au revoir ! » Il est nécessaire qu'elle se positionne activement en signifiant à l'adolescente que son projet de mort ne lui est pas indifférent et que ses parents doivent en être avertis. Comment une information de cette importance pourrait-elle être détenue par une seule personne s'érigant à une place de sauveteur héroïque qu'elle n'aurait pas, en réalité, les moyens de tenir ? Ce serait au détriment de l'intérêt de l'adolescente dont la vie serait mal protégée et qui, ayant à construire son autonomie psychique (« ma vie m'appartient » a-t-elle dit), ne doit pas se sentir placée dans une position de dépendance à un autre détenant seul tous les pouvoirs. Il est donc indispensable que la psychologue se donne le temps d'impliquer Nadia dans la recherche d'une solution qui associera les interventions de plusieurs professionnels.





L'idéal serait que l'adolescente accepte qu'elle l'adresse au CMPEA^s ; l'équipe pourrait alors évaluer l'opportunité de proposer une psychothérapie d'orientation analytique en individuel et/ou une psychothérapie familiale systémique.

- a. *Ibid.*, art. 1.
- b. *Ibid.*, Titre II, art. 10.
- c. *Ibid.*, Titre II, art. 14.
- d. Cf. art. 223-3 du *Nouveau Code pénal*.
- e. *Code de déontologie des psychologues* (1996), *op. cit.*, Titre I, art. 1.
- f. *Ibid.*, Titre II, art. 13.
- g. Cf. le chapitre 4 consacré au travail du psychologue clinicien en CMP.

L'apport d'un réseau dans les prises en charge en libéral

La vignette n° 1 a déjà laissé voir que le psychologue n'a pas à s'instaurer comme seul référent de la prise en charge d'un adolescent, qui peut ressentir la relation duelle comme un rapproché trop dangereux pour son autonomisation. La prévention du suicide est l'affaire de tous – elle exige une réponse collective au jeune suicidant, avec la mise en place d'un maillage qui lui permette de se sentir soutenu par un large environnement, ce qui accroît la fiabilité et la crédibilité de la prise en charge.

VIGNETTE CLINIQUE N° 2

Un réseau pour réintroduire un tiers dans la prise en charge de Samy R., un adolescent de 15 ans

Une psychologue exerçant en libéral, membre du réseau VIES 37, reçoit Samy R., 15 ans, qui vit seul avec sa mère ; il avait 3 mois quand son père, incarcéré pour des actes de pédophilie, s'est suicidé. À la première consultation, Mme R. formule ainsi sa demande pour son fils : « Mettez-lui du plomb dans la tête ! » Selon elle, il ne fait que des bêtises : récemment, Samy a traversé une grande rue en courant et sans rien regarder alors qu'elle venait de se ruiner à lui acheter des vêtements corrects ; puis il a erré avant de rentrer à la maison où elle l'attendait, folle d'inquiétude et il a hurlé : « J'en ai marre, tu m'achètes que des trucs de nul. » Mais pour Mme R., il y a plus grave : Samy s'était mis à absorber en deux fois (samedi midi après le collège et dimanche matin) sa Ritaline de toute la semaine. Elle a alors jeté dans l'égoût le reste de



 médicament ainsi que l'ordonnance de renouvellement en criant : « Tu finiras par me rendre folle si je ne me suicide pas avant, je voudrais pouvoir te jeter toi aussi avec ta merde... c'est bien comme ça que les toxicos appellent leur produit, non ? » Puis elle était partie faire des courses, tandis que Samy, resté seul, mettait le feu à des pétards dans la cuisine, causant un début d'incendie qu'il avait aussitôt maîtrisé. À son retour, sa mère l'avait traité de « psychopathe méritant la prison comme son père », et avait décidé de prendre un rendez-vous avec une psychologue. « J'espère que Madame saura te mettre la tête au carré ! », avait-elle déclaré en laissant son fils avec la clinicienne.

Traverser la rue sans rien regarder est une première conduite de dégagement par rapport à la mère qui achète sans son accord des vêtements pour son fils de 15 ans ; cette fuite est aussi une course folle dans laquelle l'adolescent flirte avec la mort, ce qui constitue un rappel du destin du père. La question de l'identification à celui-ci est d'ailleurs clairement formulée par Mme R., qui assimile Samy à une ordure bonne pour l'égout, à un psychopathe à emprisonner. Dans le même temps, elle s'inquiète de sa fuite en ville, est prête à lui payer des séances chez la psychologue sur son maigre salaire. Samy pense qu'il doit choisir entre rester le petit garçon de sa maman ou devenir un homme comme son père ; ces deux éventualités étant totalement inacceptables pour lui, il s'avance aux limites de la mort pour explorer une éventuelle troisième issue : s'anéantir pour se séparer sans devenir un « psychopathe ». La psychologue doit d'abord l'assurer qu'elle n'a ni le pouvoir de lui modifier la tête en la lui « mettant au carré », ni l'intention d'anéantir sa personnalité en lui « plombant la cervelle ». Elle devra l'aider à donner un sens à ses conduites à risque, à en devenir l'auteur, puis à trouver d'autres moyens d'autonomisation et à comprendre qu'il n'est pas obligé de mourir ou d'aller en prison comme son père pour devenir un homme. Elle doit également prendre en compte la souffrance de Mme R. qui cherche éperdument à bien faire mais que le devenir homme de son fils affole littéralement.

Conduite de la thérapie et rôle du réseau

Samy semble investir les entretiens mais exprime son désespoir par une fugue, au cours de laquelle il est retrouvé errant sur la voie ferrée. Il déclare à la psychologue qu'il devrait se tuer avant que sa mère ne se suicide à cause de lui, parole à prendre très au sérieux car il s'agit, via une menace de sa mère, d'une nouvelle résurgence de l'identification au père décédé par suicide suite à une faute considérée inexpiable.

Les fugues sont par ailleurs un facteur de risque de décès par suicide – il vaut mieux proposer à Samy une autre solution pour « partir ». La psychologue contacte le coordonnateur du réseau, également médecin responsable d'une unité d'hospitalisation pour adolescents, reçoit son soutien technique sur la situation, et prépare avec lui l'hospitalisation de Samy à qui elle a déjà proposé de partir de chez lui pour vivre un temps avec d'autres jeunes comme lui, qui ont trop de soucis dans leur famille. Mais quand elle le revoit, l'adolescent lui dit que sa mère s'est réconciliée avec lui et qu'il ne veut pas aller à l'hôpital parce qu'il ne verrait plus ses copains. Le travail psychothérapeutique se poursuit pendant plusieurs mois au cours desquels les velléités de fugue ou de suicide reparaissent à chaque nouvelle dispute avec sa mère, c'est-à-dire lorsque l'adolescent formule une demande d'émancipation, toujours jugée irrecevable. Puis, une autre crise très violente a lieu parce que la mère de Samy, qui lui avait donné l'autorisation de chercher un petit travail d'été s'il améliorerait sa moyenne de trois points, revient sur sa décision alors que son fils a, de son côté, rempli son contrat. Il déclare alors à la psychologue qu'il veut partir de chez lui mais pas sur la voie ferrée, qu'il a tout bien préparé, et qu'il vient pour lui dire au revoir. Il n'est bien sûr plus question de lui proposer une hospitalisation, ce qui reviendrait à stigmatiser un mouvement naturel d'autonomisation en l'assimilant implicitement à une réaction pathologique. La psychologue lui signifie alors qu'elle a compris qu'il voulait partir de chez lui, et qu'elle va se renseigner sur les possibilités existantes en dehors de l'hospitalisation ; elle obtient de lui la promesse qu'il reviendra la voir la semaine suivante pour qu'elle lui donne le résultat de ses démarches, avec lesquelles il est d'accord. Elle expose alors la situation de Samy devant les professionnels de la Commission Jeunes^a, qui l'aident à lister les solutions, de l'internat scolaire à l'appartement thérapeutique d'un département voisin en passant par le foyer et la famille d'accueil. La semaine suivante, Samy vient à son rendez-vous, écoute les propositions, et déclare qu'il va réfléchir. Huit jours passent encore, et, la psychologue le questionnant sur le lieu où il voudrait vivre, Samy lui déclare : « Je n'ai jamais dit que je voulais vivre ailleurs que chez moi, j'ai dit que je voulais me renseigner sur les possibilités existantes. » Il reprend ainsi les paroles de la psychologue en mentionnant les « possibilités existantes » et se réfère à la « Commission Jeunes » qui fait figure de tiers ; dès lors, le modèle du père décédé par suicide devient

 moins prégnant, la fuite ou la mort ne constituent plus les moyens d'autonomisation. Samy va pouvoir traverser les mois suivants sans entrer en conflit avec sa mère et sans tenir compte de l'avis de cette dernière pour son orientation ; au lieu de se disputer avec elle à ce sujet, il a préféré ne rien lui répondre et se documenter avec l'aide de son professeur principal avant d'effectuer seul les démarches nécessaires à son entrée en lycée professionnel.

a. Cf. *supra* encadré 3.

L'apport des recherches sur l'endeuilement par suicide dans la prise en charge des patients

Même les tout jeunes patients ne sont pas à l'abri de la confrontation au suicide soit en raison de troubles du narcissisme soit par transmission transgénérationnelle, les deux problématiques n'étant pas exclusives l'une de l'autre. Les réponses psychothérapeutiques traditionnelles gardent leur validité mais les connaissances sur l'endeuilement par suicide constituent aussi un soutien non négligeable dans ces prises en charge difficiles.

VIGNETTE CLINIQUE N° 3

Tentative de suicide chez le jeune enfant : Théo W., 6 ans

Théo W., 6 ans, vient chez une psychologue du libéral avec son père qui en a la garde une semaine sur deux en alternance avec sa mère. C'est un psychologue scolaire qui l'adresse : Théo est en cours préparatoire, d'intelligence normale mais très lent dans l'exécution des tâches scolaires ; il se bat sans cesse et n'admet absolument pas de perdre. Le psychologue a conseillé aux parents de le conduire chez sa collègue car il a repéré qu'il évoquait la mort de façon récurrente ; il lui a fait passer une échelle de dépression, la MDI^a, et l'enfant a obtenu le score maximum. La mère n'est pas d'accord pour accompagner son fils elle-même, mais accepte que M.W. le fasse.

Lors du premier entretien, Théo attend sagement qu'on l'invite à s'asseoir à la petite table prévue pour les enfants. Il n'explore pas la boîte à jouets installée à sa portée et ne touche pas aux feuilles ni aux feutres placés devant lui. Il fait « non » avec la tête quand la psychologue lui

demande s'il sait pourquoi son père a pris rendez-vous, écoute sans bouger ses explications puis ajoute : « Je suis venu te voir parce que je sais pas faire les additions à trois chiffres. » La psychologue ayant répondu : « Ah bon, montre-moi un exemple d'addition que tu ne sais pas faire », il réfléchit, écrit : $23 + 34 + 45$ et annonce peu après le résultat exact. « En fait, précise M.W., il sait faire tout ce qu'on lui demande, mais il n'a jamais le temps de finir quand il est en classe. » Comme la psychologue lui propose de dessiner pendant qu'elle recueille les données anamnestiques, il se met à reproduire avec tous les détails le Play-Mobil qui est au-dessus des autres jouets et qu'il peut voir sans bouger la tête.

Quand elle commence à travailler avec Théo seul, la psychologue lui dit qu'ils pourraient faire ensemble un jeu avec les Play-Mobil, ou que lui pourrait faire un dessin. Il déclare : « Je vais faire un dessin », saisit une feuille, sur laquelle il écrit : $234 + 456$, annonce le résultat exact, puis tourne la tête pour dire « non » quand la psychologue, après avoir relevé son succès dans cet autre type d'addition à trois chiffres, lui demande s'il ne veut pas faire un vrai dessin. Il se saisit ensuite des Legos sans se lever de son fauteuil, mais les abandonne aussitôt et déclare d'un ton déçu : « Tu n'as pas les explications pour faire des constructions. » La psychologue lui répond qu'elle n'a pas d'explications toute prêtes mais qu'elle peut lui montrer comment on fait des constructions avec des gribouillis. Elle lui explique le principe du *squiggle*^b et tente d'amener cet enfant trop sage enfin à jouer. Les premiers échanges demeurent très limités, Théo ne faisant que des chiffres à partir des gribouillis de la professionnelle. Cependant, celle-ci s'évertue à faire apparaître de petits animaux dans les gribouillis de Théo qui finit par sourire à un écureuil plutôt réussi et termine tout de même cette séance sur autre chose qu'un chiffre : un point d'interrogation.

Lors du deuxième entretien, M.W. demande à rester seul quelques instants avec la psychologue pour évoquer ses relations difficiles avec la mère de Théo : quand il va le chercher, il a encore envie de la prendre dans ses bras et se dit toujours qu'elle va peut-être lui proposer de partager un repas ; mais comme elle se montre très froide, il ne peut s'empêcher de lui faire des reproches alors qu'il sait que cela va mal tourner : elle laisse partir Théo à l'école avec du linge sale et ne le

☞ défend pas contre sa sœur Marie, 11 ans, qui le tyrannise. Marie a décidé d'habiter chez sa mère, elle va chez son père pour des visites qu'elle s'applique à gâcher par ses colères. Dès que M.W. a commencé ses reproches à son ex-compagne, les choses s'enveniment, elle lui dit tout son mépris et il se sent pris du désir de la violer. Il ne dit plus un mot, prend la main de Théo et part alors vers la voiture. Il veut aussi parler à la psychologue de ce qu'il estime le plus grave : Théo serait né « par accident », et sa mère le lui ferait sentir. Il perçoit sa tristesse, en éprouve beaucoup de culpabilité : se sentant repoussé depuis la naissance de Marie, il avait décidé de quitter sa femme lorsqu'elle s'est trouvée enceinte de Théo. Elle voulait avorter, mais il l'en a dissuadée en lui promettant de rester et de faire des heures supplémentaires pour leur offrir plus de petites gâteries ; il a « tenu » 5 ans, puis est tout de même parti, se sentant trop mal : « Dès le matin, j'avais une boule à l'estomac ; j'ai commencé à déprimer, je pleurais dans la voiture en rentrant du travail, je savais que plus rien ne serait plus possible avec cette femme ; elle n'a pas besoin d'un homme, je lui avais promis de ne pas partir mais ça lui était bien égal que je sois là ou pas, du moment que je lui donnais de l'argent. Je me suis senti délié de ma promesse par rapport à elle, puis par rapport à Marie qui a choisi de rester avec elle, mais pas par rapport à Théo ; mon ex n'avait pas voulu garder cet enfant alors j'ai demandé sa garde complète ; naturellement, le juge était une femme et je n'ai obtenu qu'une semaine sur deux ! C'est comme si elle m'avait amputé de la moitié de moi-même. »

Quand la psychologue reprend le squiggle avec Théo, il transforme ses gribouillis en cordes, puis en serpents ; la professionnelle se décidant à abandonner ses petits animaux, fait alors apparaître une mère et son bébé ; Théo dit : « Elle a l'air méchant ! » puis transforme le squiggle suivant en un autre serpent et déclare : « Il est fatigué, la femme veut le tuer. Il a vu une petite bête et il l'a pas tuée. » Ensuite, il fait avec les autres squiggles des séries de fantômes, seuls, en famille, et même un bateau fantôme.

À la troisième séance, la psychologue veut approfondir prudemment le thème de la mort avec Théo et son père. Ce dernier dit sur un ton faussement détaché qu'à 5 ans, peu avant la séparation, Théo a « joué » à se serrer le cou avec les deux mains jusqu'à devenir tout rouge ; « Non mais il est fou, ton fils ! » hurlait Mme W. en donnant la fessée à l'enfant. Puis, avec beaucoup de difficulté, M.W. raconte un événe-

ment qui remonte à deux mois : une fois la séparation effective, à la fin de la première semaine chez son père, Théo est monté sur une chaise, a attaché une corde à une branche du cerisier ; la chaise sans doute mal posée sur le sol instable a basculé pendant qu'il était en train de nouer l'autre bout autour de son cou et le nœud s'est défait sous l'effet de son poids. Son père a entendu du bruit et a accouru ; en le prenant dans ses bras, il a vu que Théo avait la marque de la corde autour du cou. La psychologue demande à Théo s'il se rappelle ce qu'il a pensé quand il a pris la corde mais l'enfant fait « non » de la tête.

– Et après, qu'est-ce que tu t'es dit dans les bras de ton papa ?

– Après j'ai plus rien pensé. C'est pas comme ça !

– C'est comment, alors ?

– C'est à l'école chez les petits, j'ai pensé je reverrai plus jamais mon papa ; j'ai pleuré et après le soir mon papa n'est pas rentré ».

M. W. confirme que le jour où il a quitté le domicile familial, il n'a rien dit à son fils. Or l'institutrice avait téléphoné à Mme W., parce que l'enfant pleurait sans arrêt.

Resté seul avec la psychologue, Théo évoque ses souvenirs de cette journée d'extrême solitude où il avait deviné le départ de son père et l'avait imaginé disparu à jamais.

M. W. a demandé à venir seul à la quatrième séance pour donner plus d'explications : il pensait depuis un certain temps à quitter sa femme et s'était décidé brusquement un matin à son réveil. La veille, une scène de reproches particulièrement violents avait opposé les époux au sujet de Marie qui dormait dans le lit de sa mère. Puis M.W. avait fait dans la nuit un cauchemar très angoissant : il avait revu son jeune frère Martin pendu dans la salle de bains de ses parents chez qui il vivait toujours à 20 ans ; le jeune homme lui tendait la main en disant : « Viens, viens ! » M.W. avait pensé devenir fou entre le moment où il s'était réveillé suffoquant d'angoisse et celui où il avait réussi à retrouver l'interrupteur électrique du séjour où il dormait sur la banquette. « Je me suis dit si je ne pars pas, je finirai comme lui. » Son frère Martin, le préféré de sa mère, avait des idées suicidaires depuis qu'il avait compris qu'il était homosexuel. M.W. n'avait jamais parlé de lui devant Théo considérant qu'il devait le tenir à l'écart des problèmes des adultes : « C'est pour ça que je ne lui ai pas dit que je quittais la maison, je ne voulais pas lui montrer à quel point j'étais mal ce matin où j'ai fait mes



bagages ; je me suis dit que je lui téléphonerais le soir pour lui annoncer que j'étais en voyage et que je reviendrais bientôt le chercher. Ce n'est pas de ma faute si je n'ai pas eu sa garde complète. »

Orientations pour la prise en charge

La psychologue continuera à travailler avec sa référence habituelle à l'approche psychanalytique, à utiliser le squiggle et le jeu avec Théo. Mais l'imgo maternelle destructrice apparue dans les squiggles et reliée à l'idée que Théo serait arrivé « par accident », n'est pas sa seule piste de travail : peut-être M.W. a-t-il tant tenu à garder Théo comme la moitié de lui-même, parce qu'il n'a pas pu sauver son frère Martin du suicide ? Par la corde nouée autour de son cou, l'enfant essayait-il de demander à son père s'il saurait le garder en vie après la séparation d'avec la mère, voire même s'il saurait se garder lui-même en vie ? À chaque séance, la psychologue réserve un quart d'heure pour que M.W. lise à son fils un livre de la bibliothèque municipale dont elle choisit l'histoire en fonction des thématiques qu'elle veut aussi mettre en travail entre père et fils : dépression, séparation, deuil, disputes conjugales, relation père-fils. Ses interprétations concernent les affects liés à la perte, au deuil et à la culpabilité, dans une dimension transgénérationnelle.

a. Cf. la section du présent chapitre consacrée à l'évaluation et rédigée par Silvia Sbedico Miquel.

b. Cf. Winnicott D.W. (1971). *La Consultation thérapeutique et l'enfant*, Paris, Gallimard.

Les formations sur la crise suicidaire comportent la diffusion des connaissances acquises sur les personnes endeuillées par suicide, qui présentent un risque accru de décéder par suicide, notamment parce que ce « moyen » d'échapper à la souffrance, une fois « choisi » par un membre de la famille, devient un « modèle » de résolution de problème pour ceux qui restent. L'endeuillé a une perception du monde modifiée, le proche qui s'est suicidé lui a transmis son désespoir ; pour n'avoir pu le sauver, il se sent dévalorisé et éprouve des sentiments de culpabilité et d'auto-accusation qui infiltrent toutes les circonstances de sa vie. Quant aux enfants, le fait de ne pas leur parler d'un suicide arrivé dans la famille alors qu'ils en ont l'intuition provoque des contradictions destructurantes dans leur perception du monde et les met dans l'impossibilité de parler aux adultes de ce qu'ils devinent. Une association telle que la Fédération européenne *Vivre son deuil*¹ propose

1. Cf. *infra* § 4 et 5.

aux psychologues des formations à l'accompagnement de groupes d'endeuillés par suicide dont les objectifs sont par exemple que l'adulte puisse apprendre à vivre avec le sentiment d'échec et que l'enfant ne reste pas seul avec l'idée que quelqu'un s'est suicidé, qu'il se rende compte qu'aucune vérité n'est si douloureuse qu'elle ne puisse être dite. Le parent qui transmet à son enfant qu'il est possible de vivre avec un sentiment d'échec lui transmet une protection contre le suicide.

La prise en charge des patients : l'intervention de crise

Une psychologue membre du réseau Vies 37 a été intégrée à une des formations de formateurs¹ élaborées par M. Seguin et J.-L. Terra. Elle intervient en binôme pour l'animation de formations dans la région ce qui lui a donné l'occasion d'apprécier l'intérêt des jeux de rôles. Elle en construit un pour l'atelier « Jeunes » d'une journée de formation départementale du réseau *VIES 37*.

VIGNETTE CLINIQUE N° 4

« J'ai fait ça dans le feu de l'action ! » : David R., 14 ans

David R., 14 ans, arrive dans un service d'hospitalisation pour adolescents. Il a voulu aller voir ses copains et pour cela, prendre le scooter offert par sa mère à son frère Mathias. Ce dernier, âgé de 18 ans, a essayé de l'en empêcher parce que c'était son scooter. David a aussitôt engagé la bagarre sans discuter : en effet Mathias, qui a son CAP de mécanique, ne lui a jamais réparé le scooter qu'il possède personnellement, offert par son père et en panne depuis plusieurs mois. Il s'est battu très violemment, saisissant même une grosse pierre avec laquelle il a frappé son frère d'un coup en haut du dos ; il s'est ainsi dégagé de son étreinte et s'est enfui en hurlant qu'il allait se suicider. Un voisin a tout entendu et l'a rattrapé. Quatre mois auparavant, une autre altercation aussi violente avait eu lieu entre les deux frères, à la suite de laquelle David avait effectivement fait une tentative de pendaison dans le garage de sa maison : Mathias avait d'abord voulu lui interdire d'escalader le mur de la maison en se tenant à la gouttière. David lui avait répondu qu'il n'était pas son père et n'avait pas obéi. Il avait alors



1. Cf. p. 558.

été plaqué au sol par Mathias, avait entendu sa tête taper par terre et avait été saisi d'une rage terrible qui lui avait permis de se relever tandis que son frère aîné s'enfuyait. Il avait alors pensé faire comme un copain qui avait essayé de se pendre et à propos duquel il avait déclaré : « Nous, on l'avait empêché ! »

Il était passé aussitôt à l'acte avec une corde trouvée dans le garage mais avait pu être détaché de justesse par une jeune voisine qui passait par hasard. Il dit de cette tentative : « J'ai fait ça dans le feu de l'action, je ne voulais pas vraiment mourir », ce qui est cohérent avec la référence à son copain, que le groupe avait empêché de se pendre. Sans aucun doute, il attendait que ce frère tant aimé et haï l'empêche aussi de se pendre, ce qui aurait pu constituer la contrepartie, voire le coup d'arrêt de leurs bagarres de plus en plus violentes. À l'époque, David avait été adressé à un psychiatre de CMP qui l'avait reçu avec ses parents, puis avait proposé des consultations individuelles mensuelles, faute de disposer de place pour le recevoir à un rythme plus soutenu – il n'existe pas de thérapies familiales dans ce centre de consultations. L'adolescent était venu deux fois et n'avait pratiquement pas parlé, baissant la tête et laissant pendre ses longs cheveux comme un rideau devant ses yeux. Le deuxième raptus suicidaire était intervenu avant que le psychiatre n'ait réussi à nouer une véritable relation avec lui.

Scolarisé en troisième, David suit avec difficulté, ne travaillant pas depuis la sixième. Avant, c'était un élève brillant, au contraire de Mathias que la mère passait énormément de temps chaque soir à aider, alors qu'elle ne s'occupait pas du tout du cadet dont elle vantait les capacités extraordinaires ; elle n'a pas changé d'attitude à son sujet malgré la chute de ses résultats, et proclame que le jour où il voudra, il sera à nouveau le premier de la classe. Les antécédents, nombreux, sont autant de facteurs de risque :

– fugue à l'âge de 12 ans, David séjournait chez ses grands-parents sans son frère et déclara être parti de chez eux parce qu'il n'aimait pas être seul ;

– conduites toxicomaniaques : il fume régulièrement du haschich lors de sorties en « boîte » sous la responsabilité de son frère affirmant que « quand on a fumé, on parle mieux ». Il s'alcoolise parfois à la bière ; ayant vu un voisin mourir de son alcoolisme, il déclare : « Ça m'arrête, je ne veux pas devenir comme ça. » David fume aussi du tabac, au point d'être en manque quand il arrête ;

– conduites à risque multiples : conduite dangereuse à vélo avec nombreuses fractures dans l'enfance, puis à scooter, plongeurs en été du haut d'un pont dans un étroit trou d'eau de la rivière voisine. David en dit : « Ce n'est pas comme se suicider, j'aime le risque, je veux profiter de ma jeunesse ; ce sont des choses qu'on ne peut plus faire quand on est adulte. » En cela, il semble essayer d'expérimenter ce fait que seuls les vivants peuvent mourir : éprouver la possibilité immédiate de la mort, c'est émerger de l'indifférence ou de l'indifférenciation, c'est exister en s'éprouvant bien vivant.

Le frère de David, titulaire d'un CAP de mécanique, est au chômage : il refuse en effet de chercher du travail en ville pour pouvoir continuer à habiter chez ses parents. Il sait pourtant qu'il n'a pas les mêmes chances en zone rurale. Lui-même consomme de l'alcool et fume des joints. David signale à la psychologue que son frère aurait besoin d'aide et ce qu'il dit montre la profonde ambivalence de leur relation : « Mathias veut être le centre du monde, il se prend pour mon père. Quand on se bat, c'est pour le respect entre nous deux : on dirait qu'il me teste ! Il n'en a rien à faire que je me tue. Je le déteste, on ne peut pas se supporter, on a des caractères trop différents. » Mais aussi : « On partage des goûts en commun, il y a des moments où ça se passe bien entre nous. On joue à la Play-Station, il m'emmène en boîte... Je veux être mécanicien comme lui. » Il y a peu, David dormait encore avec son frère qui a bataillé pour le chasser de son lit ; les parents laissaient faire. Invité à chercher si ce qu'il vit avec Mathias ressemble à ce que d'autres ont vécu dans sa famille, David raconte que son père ne s'entend pas du tout avec Mathias. Le père appartient à une fratrie de douze enfants, élevés par une mère qui les a eus de plusieurs pères et qui est restée seule en fin de compte ; il se battait avec ses frères, « mais juste un peu ». Il est magasinier et sa femme, caissière à la grande surface du bourg voisin. Il leur reste très peu de temps à consacrer à leurs enfants et de plus, ils n'assument pas vraiment leur rôle éducatif quand la famille est réunie. Pour eux, David est un jeune « un peu speed, mais adorable », il a beaucoup de copains et veut entrer dans l'armée après son CAP. Ils ne se sont jamais inquiétés de la manière dont leur fils occupe ses loisirs ni de ses difficultés d'endormissement, vers 2 heures du matin, parce qu'il n'a pas l'air d'en souffrir. Pourtant David ne fait pas de sport, ne va pas au cinéma, traîne avec ses copains et sort en boîte avec son frère

✎ aîné. Ils banalisent la consommation de toxiques et ne lui interdisent la cigarette que pendant son hospitalisation : « À la maison, ça ne servirait à rien, il fumerait quand même. » Cette attitude marque à quel point les parents sont démunis pour faire entendre leur parole à leur fils, et le confrontent à des attitudes éducatives incohérentes, imprévisibles et insécurisantes.

Analyse clinique

David est orienté en CMP après une première tentative de suicide très sérieuse, puisqu'il ne doit la vie qu'à l'arrivée imprévue d'une jeune voisine. Il ne s'agit pas d'un simple avatar de ses conduites à risque, type d'agir plutôt pensé comme appel à la vie^a, tentative pour naître et se différencier du néant. Les adolescents qui mettent en œuvre de telles conduites seraient des enfants mort-nés au désir, en quête d'une renaissance par la sensation.

Éléments significatifs

Sur le plan des conduites à risque, David peut chercher, à travers l'ordalie^b, s'il mérite de vivre malgré le peu d'attention que lui portent ses parents et malgré la culpabilité inconsciente qu'il éprouve sans doute en raison de la trop grande proximité avec son frère : on peut aller jusqu'à parler de la tonalité homosexuelle de leur relation très ambivalente (se bagarrer, dormir dans le même lit). Dans l'addiction, il chercherait une compensation à sa solitude, à défaut de présence de l'autre. On note d'ailleurs que son frère préfère être au chômage que de quitter le domicile familial ; quant à David, il fait une fugue parce qu'il n'aime pas être seul, c'est-à-dire en vacances sans son frère chez ses grands parents. David paraît triste et déprimé ; il donne ses conduites à risque pour une recherche du « sel de la vie ». Mais c'est comme si ces conduites échouaient à le produire : sa quête semble en fait concerner la recherche d'une figure paternelle transmettant la loi et ses interdits protecteurs. Il ne supporte pas que son frère assume vis-à-vis de lui un rôle paternel, qui ne paraît pas tenu par ailleurs, et l'empêche d'escalader la maison en s'agrippant à la gouttière. Il apprécie au contraire que ce dernier lui permette de passer ses soirées en « boîte ».

Sur le plan du suicide, il paraît nécessaire d'approfondir la problématique familiale : on note une répétition transgénérationnelle de l'absence du père ainsi que des bagarres entre frères. Les parents ont une difficulté à adopter une attitude éducative cohérente et suivie. Les

conduites à risque voire aussi les conduites suicidaires, dans cette perspective, pourraient être entendues comme un appel à une attitude éducative plus contenante, une question indirectement posée par David à ses parents : « Pouvez-vous me protéger de la mort ? » ou « Vous m'avez mis au monde, est-ce que c'est un lâchage ? » ou encore : « Y a-t-il quelqu'un qui veut vraiment que je vive ? » David explique d'ailleurs qu'il a essayé de se pendre comme un copain, à propos duquel il précise : « Nous, on l'avait empêché. » On note que cette histoire se déroule presque exclusivement entre jeunes en l'absence des parents. On note aussi les reproches adressés par David à Mathias parce qu'il se prendrait pour son père, le fait que les bagarres sont « pour le respect » entre les deux adolescents, la blessure narcissique qui déclenche la rage de David lorsqu'il entend sa tête taper par terre ; peut-être est-il saisi alors de l'idée que son frère voudrait le tuer, d'où cette affirmation : « Il n'en a rien à faire que je me tue », en apparence vérifiée par le fait que Mathias s'enfuit après avoir entendu la tête de David taper par terre. Cette idée a certainement une dimension projective, David déclarant détester Mathias, et mettant la vie de celui-ci en danger lorsqu'il le frappe, lors de la deuxième bagarre, pas très loin de la nuque et avec une grosse pierre. La pendaison serait alors un acte tendant à vérifier si vraiment Mathias n'en a rien à faire qu'il se tue, et de « tuer » aussi Mathias indirectement. La mort de David aurait pu être une manière de dire à son frère : « Voilà ce que tu m'as fait », et de l'atteindre de manière irréversible, de le détruire lui aussi.

Conduite à tenir

L'hospitalisation de David est l'occasion pour la psychologue de lui proposer des entretiens visant à la création d'une relation thérapeutique au cours de laquelle l'on vise au développement de l'élaboration et de la mentalisation. Dans le cadre de ces entretiens, David fera des efforts pour s'exprimer de manière audible lors de l'établissement d'un génogramme qui met au jour une répétition transgénérationnelle de l'absence du père et des bagarres entre les frères. Il demandera de l'aide pour Mathias, à qui il aurait pu faire très mal lorsqu'il l'a frappé avec une grosse pierre. Les entretiens à visée psychothérapeutique devraient pouvoir être poursuivis après la fin de son hospitalisation ; il paraît également opportun de proposer des entretiens familiaux, sans préjuger de l'engagement de Mathias et des parents dans cette démarche.



Enfin, il faudra solliciter l'adhésion de ces derniers à l'intervention d'un éducateur spécialisé sous la forme d'une mesure d'AEMO.

- a. Cf. notamment Lebreton D. (2002). *Conduites à risque*, PUF, Paris.
 b. Cf. par exemple Sztulman H. (1999). « L'Ordalie », in *Évaluation du fonctionnement psychique des états-limites*, cours de master 1, IED-Université Paris-VIII, CNED, p. 100-102.
 c. Cf. Freud S. (1915). « Deuil et Mélancolie », in *Métopsychoanalyse*, Paris, Gallimard, 2000, p. 145-171.

Le travail avec la famille du jeune suicidant selon l'approche systémique

Rencontrer les parents, les frères et sœurs dès l'arrivée du jeune suicidant au service des urgences permet d'éviter la banalisation souvent présente dans le discours des parents. L'entourage tente de raisonner le jeune avec des paroles du type : « Ne t'écoute pas », « C'est une affaire de volonté », « Fais ceci ou cela... », « Pense à autre chose », « Remue-toi », etc. Ainsi est gommée toute la dimension transactionnelle du passage à l'acte suicidaire, gommage qui vient signifier l'impossible redéfinition de la relation (Duriez et Polytarides, 2004). Le travail avec la famille, sans négliger la vulnérabilité individuelle, vise à recadrer la tentative de suicide dans le contexte familial. Un protocole de thérapie brève des familles de suicidants a été mis en place en 1987 à partir du service des urgences de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges (Val-de-Marne). Il s'agit de proposer systématiquement à toutes ces familles, qui passent par les urgences, une convocation pour trois entretiens : le premier le plus tôt possible après la tentative de suicide, le second une semaine plus tard et le troisième un mois après. L'évaluation de ce protocole montre une chute du taux de récurrence de 20 % à 4,5 % sans aucun décès.

Un des pionniers de la thérapie familiale avec les familles de suicidants est sans conteste Joseph Richman (1986). Il dresse un portrait des familles de suicidants qui présente les caractéristiques suivantes :

- l'incapacité à accepter les changements associés aux séparations éventuelles ;
- la présence de conflits interpersonnels avec des échecs dans le règlement des problèmes familiaux ;
- des dysfonctionnements dans la structure familiale ;
- la présence d'un bouc émissaire dans la famille et de relations ambivalentes ;

- la présence de problèmes affectifs, particulièrement l'agression ou la dépression ;
- des problèmes de communication, soit des difficultés de communiquer, trop de secrets dans la famille ou trop de communication des dangers imminents ;
- l'intolérance vis-à-vis des situations de crise, particulièrement concernant les séparations.

Joseph Richman souhaite tout d'abord comprendre le fonctionnement de la famille. Dans ce but, il s'entretient avec chacun des membres et lui demande de présenter le sujet suicidant. Ces descriptions contiennent souvent des indicateurs potentiels de labilité affective ou de tendances auto-destructives (Richman, 1986, p. 86). Il entreprend ensuite une thérapie avec toute la famille. Dans le premier entretien, il établit un ensemble de règles de base de communication (par exemple, faire des déclarations en disant « je », plutôt que « tu »), et ensuite demande aux membres de la famille de se faire face et de discuter de la tentative de suicide. En fait, il veut éviter une intervention prématurée dans ce processus familial. Pour lui, le thérapeute devrait tolérer et même accueillir des échanges intenses, rageurs entre les membres de la famille afin de réduire la tension et de trouver des alternatives plus constructives. Ainsi il propose par exemple de sonder directement les souhaits de mort juste après un échange familial agressif, remplaçant ainsi une communication ambivalente par une communication plus claire. Par exemple, le thérapeute peut demander aux membres de la famille : « Est-ce que parfois vous en avez ras-le-bol de votre fille ? » Il travaille ainsi sur l'ambivalence de la communication. Ainsi les questions qu'il amène en séance sont du type : Qui le suicidant voulait-il tuer à travers son acte ? Qui aurait pu souhaiter sa mort ? Qu'est-ce qui se joue au niveau de l'angoisse de séparation derrière les souhaits de mort ? Quelle est la solution la plus constructive ? (Richman, 1986, p. 79).

Il ne culpabilise ni la personne suicidaire, ni aucun autre membre de la famille et tente d'aider la famille tout entière dans ses difficultés. Pour cela, il encourage l'expression des sentiments et particulièrement l'expression des sentiments de perte et de deuil. Le but de la thérapie est d'améliorer la communication, la disponibilité, la cohésion, le respect mutuel et l'autonomie individuelle. Il tente aussi de réduire l'isolement de la famille. Il va recadrer les interactions négatives en termes positifs (par exemple les expressions de frustration, la peur de la séparation), mettant l'accent sur l'amour plutôt que sur l'agression. Renommer ces agressions sert aussi à réduire les angoisses de séparation et de perte (Richman, 1986).

D'autres auteurs présentent un modèle de prise en charge de la famille avec un adolescent qui a fait une tentative de suicide : Walker et Mehr (1983), Gutstein et Rudd (1990), Rotheram-Borus et ses collègues (1994), Zimmerman et LaSorsa (1995), Kerfoot (1995), Brent (1996)¹.

En France, Michel Monroy (1994) mène une réflexion autour de l'acte suicidaire comme un élément économique dans un jeu de transactions. Il distingue trois aspects de l'implication transactionnelle du suicide :

- le suicide comme une nécessité au terme d'une séance transactionnelle ;
- le suicide comme élément de transaction et comme valeur négociable ;
- le suicide comme point de départ d'une séquence transactionnelle répétitive et figée.

Avec Jean-Claude Oualid, il met en place dans plusieurs hôpitaux et institutions psychiatriques de la région parisienne, un réseau de prise en charge et de prévention des suicidants et de leurs familles, nommé « Impasse & Devenir ». Un modèle systémique de prise en charge des familles à transactions suicidaires est progressivement élaboré dès 1988 par un des membres de l'équipe, Denis Vallée, puis en 1991 pour les familles à transactions mortifères. En 1998, ces deux transactions sont considérées par lui comme des modalités particulières de l'autonomie :

La tentative de suicide est la métaphore de l'autonomie vécue comme une menace de séparation de la famille d'origine. La tentative de suicide est une sorte de répétition générale qui préfigure le départ de l'adolescent ou bien de l'adulte jeune hors du cercle de famille. C'est comme s'il fallait tester les capacités du système familial à supporter un tel départ à ce moment de son cycle vital (Vallée, 1998, p. 3).

L'aller-retour entre l'hôpital et la famille préfigure ce que sera l'autonomie. Nous sommes dans le cas où l'autonomie représente une menace pour la famille.

Selon cet auteur, il y a trois phases dans cette transaction suicidaire :

- la première phase se caractérise par les difficultés d'individuation d'un des membres, soit que ses tentatives pour se différencier des autres membres de la famille font l'objet de réprobation de la part des autres, soit que lui-même ne parvient pas à se différencier, c'est l'avant-tentative de suicide ;

1. Pour une présentation plus exhaustive de ces modèles, lire Vallée D. et Duriez N. (2004). « La prise en charge des familles de suicidants et de suicidés », in P. Angel et P. Mazet, *Guérir les souffrances familiales*, Paris, PUF, p. 515-526.

- durant la deuxième phase, la situation est devenue tellement insupportable que le sujet joue sa carte la plus forte, la carte suicide ;
- la troisième phase correspond à l'après-tentative de suicide. Les rétroactions, les réaménagements relationnels peuvent permettre de modifier le jeu et de diversifier les issues. La carte suicide ne sera plus utile. Si le message n'est pas entendu, si le système ne change pas, le sujet peut être alors amené à ressortir à nouveau la carte suicide. Le risque principal est de voir la surenchère monter jusqu'au suicide abouti.

Comme toute séquence transactionnelle dans la communication, la transaction suicidaire peut être répétée. Ainsi nous arrivons parfois à la situation extrême où la menace suicidaire paraît constituer le ciment de la relation. C'est pour empêcher cette répétition que la présence d'un psychothérapeute auprès du suicidant et de sa famille est importante. La fonction du psychothérapeute avec le suicidant introduit un nouveau mode de communication, un nouveau mode de transaction. Il ne s'agit plus ni de supplier l'autre, ni de le protéger à tout prix mais d'être là pour contenir et élaborer la crise, évaluer les composantes et permettre au patient de retrouver sa place de sujet par rapport à ses difficultés et à son entourage. La présence de la famille, en raison des difficultés relationnelles qu'elle rencontre, est donc très précieuse pour faire ce travail. Pour Denis Vallée, le travail avec les familles de suicidant se situe dans cette interrogation : comment parler ensemble, dans la salle de thérapie, d'une chose dont les membres de la famille n'ont pas pu parler à la maison ? :

« Le thérapeute, en interrogeant la famille (comment parler des choses dont on ne peut pas parler ensemble ?) exprime une question qu'à sa manière le suicidant a posée analogiquement au travers de son passage à l'acte » (Vallée, 1998, p. 2).

La thérapie va amener des questions sur les libertés individuelles, l'indépendance des uns et des autres et tout ce qui concerne l'autonomie. Le thérapeute va nommer cette difficulté dans les processus d'individuation et de différenciation, il incarne alors toutes ces menaces et la famille va tout mettre en œuvre pour vite s'en débarrasser (Duriez, 2005). Il va davantage amplifier la menace de mort du suicidant plutôt que d'accepter la banalisation et la dénégation qu'on retrouve souvent chez les familles concernées mais aussi chez le personnel soignant du service des urgences de l'hôpital.

Afin de compléter cette approche systémique de Monroy, Oualid et Vallée, il convient d'insister sur la pluralité des facteurs qui peuvent amener

une personne à vouloir mourir. L'approche contextuelle (Boszormenyi-Nagy et Krasner, 1986) tient compte de quatre dimensions :

- la dimension des faits ;
- la dimension de la psychologie individuelle ;
- la dimension des transactions ;
- la dimension éthique.

Ce sont ces quatre dimensions de l'approche contextuelle et leur interaction que nous schématisons dans la figure 10.3, leur intersection pouvant favoriser l'émergence d'une tentative de suicide. Cette dernière peut être alors considérée comme un auto-sacrifice en vue de maintenir la structure du système.

Avec ce modèle, les psychologues cliniciens travaillent sur le contexte dans lequel l'autonomie est devenue impossible pour les membres d'une famille. Les thérapeutes remontent dans les générations précédentes afin d'y repérer des événements, des secrets, etc., qui ont pu générer des fantasmes, par exemple un fantasme de mort, des règles éthiques très lourdes et un type de transactions particulier.

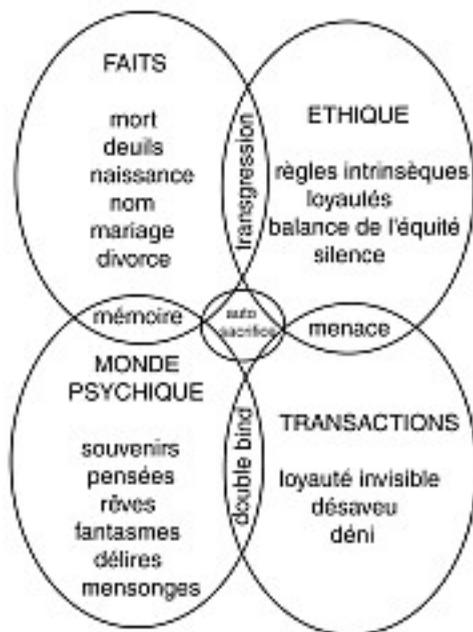


Figure 10.3

Intersection des 4 dimensions de l'approche contextuelle

VIGNETTE CLINIQUE N° 5

« Comment parler des choses dont on ne peut pas parler ensemble ? » :
Jordan F., 17 ans

Jordan F. est un adolescent de 17 ans d'origine guadeloupéenne. Il est hospitalisé aux urgences pour un accident de la circulation. Il voulait mourir et en sortant du lycée, il s'est précipité sur la chaussée alors qu'une voiture arrivait. Il s'en tire avec quelques ecchymoses. Toutefois, le médecin hospitalier comprend qu'il ne s'agit pas d'un accident mais d'une tentative de suicide. Il fait appel à la psychologue clinicienne qui convoque la famille selon le protocole de thérapie brève. Cinq personnes vivent avec Jordan : sa mère, Mme G., son beau-père, M. G., deux demi-frères et une demi-sœur, Nicolas, 3 ans, Aurélie, 2 ans et Lionel, 9 mois. Mme G. vient seule. Elle est reçue avec Jordan par les deux thérapeutes familiaux.

La mère se plaint d'emblée de son fils qui se fait remarquer à l'école par son manque de travail et ses bavardages. Il a d'ailleurs été expulsé de son précédent établissement scolaire à cause de son comportement. Jordan explique qu'il est le bouc émissaire des professeurs et ne se sent pas respecté par eux. L'entretien permet d'apprendre que la veille de la tentative de suicide, il s'est énervé face à un enseignant. Celui-ci, avec l'appui de ses collègues, a demandé l'organisation d'un conseil de discipline pour sanctionner les insolences répétées de Jordan. C'est à la suite de cette annonce où il lui a été clairement dit qu'il risquait d'être exclu de l'établissement que le jeune homme a fait une tentative de suicide.

Les thérapeutes demandent à ce que tous les membres de la famille soient présents pour la prochaine séance. Mme G. est terrifiée, elle dit que cela va être un bazar insupportable dans la pièce si elle amène les plus jeunes. Lors du rendez-vous suivant, la famille arrive avec trente minutes de retard. Mme G. explique que son mari n'était pas prêt à l'heure. Les enfants s'installent confortablement : Nicolas se blottit dans les bras de Jordan. Aurélie est sur les genoux de M. G. et lui fait des câlins et Mme G. garde le bébé dans ses bras. Ils sont très sages et les thérapeutes font part de leur étonnement devant ce tableau serein. Ils soulignent les compétences que montre Jordan vis-à-vis de ses frères et sœur. Mme G. se plaint alors de son mari qui joue au casino et

entraîne la famille dans une situation financière délicate. Dans ce contexte, nous sentons que Jordan, en mobilisant sa mère avec ses problèmes scolaires, la détourne de son conflit conjugal. Ces séances montrent bien les transactions familiales que nous résumons dans la figure 10.4.

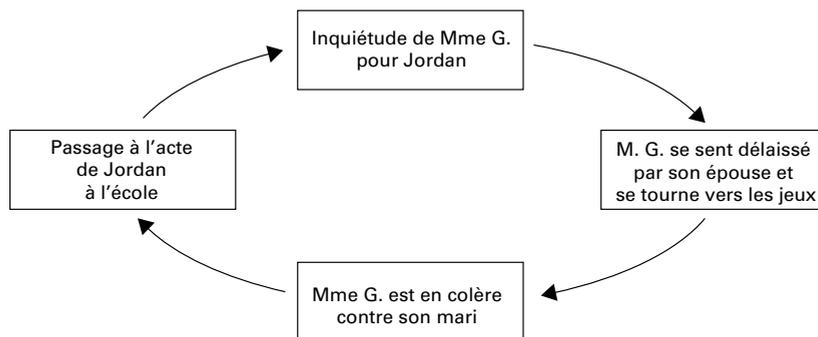


Figure 10.4
Les interactions dans la famille G.

Nous voyons comment circulent l'inquiétude, le sentiment d'abandon, la colère et les passages à l'acte dans le système familial. Ces patterns transactionnels se répètent avec une intensité de plus en plus grande et prennent à un moment donné la forme de la tentative de suicide pour Jordan. Pour repérer la fonction de la tentative de suicide dans le système familial, les thérapeutes vont chercher :

- ce qu'elle provoque comme remaniements ;
- ce qu'elle provoque dans le groupe, quant à l'importance des rôles et de la présence de chacun des membres ;
- en quoi elle modifie ou remanie les alliances et les conflits ;
- dans quel processus actuel ou repéré comme tel, elle s'inscrit.

Les thérapeutes mettent en évidence la place des passages à l'acte de Jordan dans les interactions familiales. Relevons qu'il s'agit ici d'un premier niveau de lecture circulaire au niveau interactionnel et comportemental. Pour aller plus loin, les thérapeutes pourront explorer l'histoire de la famille afin d'atteindre le deuxième niveau, le niveau phénoménologique qui intègre les dimensions de l'approche contextuelle.

 L'engluement de Jordan F. dans l'histoire conjugale de sa mère révèle ses difficultés d'individuation. C'est la question de la séparation et de l'autonomie qu'il met en scène avec son départ pour l'hôpital. Jordan a vécu seul avec sa mère durant 11 ans, avant qu'elle ne rencontre M. G. La relation mère-fils est très enchevêtrée et les difficultés scolaires de Jordan renforcent cet enchevêtrement, obligeant la mère à être aussi disponible pour son aîné que pour les trois petits. L'hypothèse des cliniciens est que les passages à l'acte avec les professeurs et la tentative de suicide viennent s'inscrire dans un contexte d'autonomie impossible. À la manière de Denis Vallée (1998), les thérapeutes interrogent la famille de façon à les provoquer : « Comment parler de choses dont on ne peut pas parler ensemble ? »

À cette question, Jordan réagit soudainement en disant qu'il voulait rejoindre sa sœur. Mme G. se met alors à pleurer et explique qu'elle a eu une fille avant Jordan, Priscilla, qui est décédée à 3 mois, suite à une malformation. Jordan a été conçu après le décès de Priscilla. Nous comprenons mieux comment cette période d'adolescence de Jordan active la peur d'une nouvelle perte chez Mme G. Cette peur, toujours présente depuis le décès de Priscilla, est une source d'anxiété pour la mère et le fils. Cette anxiété a pu induire des troubles de l'attachement chez Jordan, très sensible aux réactions de sa mère, à un âge où les adolescents ont en général des préoccupations extra-familiales et se détachent de leurs parents.

La relation mère-fils est d'autant plus fusionnelle qu'aucune figure masculine ne peut exister pour le jeune homme. À force d'entendre sa mère discréditer son père, M.F., Jordan a renoncé à le voir, répondant ainsi aux attentes implicites de sa mère. M. G., deuxième modèle potentiel d'identification, est également disqualifié par Mme G. qui le présente comme une personne immature et dépendante de sa mère. Aucune figure masculine valorisée ne gravite autour de Jordan pour s'interposer dans le couple mère-fils. Les thérapeutes vont aider Mme G. et Jordan à mettre des mots sur le lien qui les unit, en travaillant les différentes étapes de leur histoire : l'arrivée au monde de Jordan après sa sœur décédée, la séparation de ses parents, les onze années de vie à deux, l'arrivée de M. G. au sein de cette dyade, la naissance des frères et sœur et enfin les tentatives d'autonomisation de Jordan. C'est « l'impossible redéfinition de la relation » entre Jordan et sa mère qui amène l'impasse dans laquelle il se trouve puis la crise sui-



cidaire. La tentative de suicide, du fait que Jordan est hospitalisé, représente un moment de séparation avec sa mère et une sortie de quelques jours hors du milieu familial. Si rien ne change dans la famille, Jordan risque de répéter ses passages à l'acte et de faire des allers et retours entre la maison et l'hôpital autant de fois qu'il est nécessaire pour permettre l'adéquation entre ses revendications identitaires et la maturation globale du système familial.

C'est pourquoi il est essentiel de travailler avec cette famille selon plusieurs axes :

1. Soutenir Jordan et l'aider à se construire une image plus valorisante de lui-même. Recadrer le symptôme comme celui d'un fils sensible prenant sur lui des problèmes qui concernent l'ensemble de la famille. Les cliniciens feront émerger l'intrication entre la tentative de suicide et le conflit conjugal de M. et Mme G. Il s'agit de sortir Jordan de cette position sacrificielle.

2. Restaurer la communication entre les différents membres de la famille et éliminer la communication négative ou dysfonctionnelle. Aborder les non-dits et en particulier le fait que Mme G. ne puisse pas évoquer Priscilla, son premier enfant décédée à 3 mois. La tentative de suicide est aussi une façon pour Jordan de questionner sa mère au sujet de sa sœur : « Je voulais rejoindre ma sœur. » Comment Mme G. a-t-elle vécu la grossesse de Jordan alors qu'elle venait de perdre un nourrisson ? Que signifient ses maternités successives par rapport à la perte de Priscilla, perte dont on ne peut pas parler dans la famille ?

3. Aider M. et Mme G. à retrouver une harmonie conjugale. En recadrant le penchant pour les jeux d'argent de M. G., les thérapeutes peuvent permettre à Mme G. d'entendre les besoins de son mari. Entre l'aîné et les petits enfants, il n'a guère de place. Les thérapeutes pourront explorer la rencontre du couple, les attentes de l'un vis-à-vis de l'autre, la fonction pour M.G. d'épouser une femme insatisfaite. Explorer ces questions devrait permettre d'atténuer la tension au sein du couple.

4. Travailler sur la colère de Mme G. qui lui permet probablement de sortir de la dépression. Notre hypothèse est que le comportement de M. G. et de Jordan la maintient dans une certaine vitalité et la détourne du deuil de Priscilla. Mme G. s'est effondrée en racontant le décès de sa petite fille. Les thérapeutes doivent se connecter avec sa souffrance de façon à la soutenir et lui apporter l'énergie nécessaire pour se séparer psychologiquement de Jordan.

La thérapie familiale semble une bonne indication de prise en charge pour les adolescents suicidants. Cependant toutes les familles n'adhèrent pas à cette proposition. Spirito (1997) décrit les facteurs associés à une faible compliance à la thérapie familiale : dépression maternelle, paranoïa maternelle et relations distantes entre le père et l'adolescent. Certaines familles demandent plus de souplesse de la part des thérapeutes. Ainsi il est parfois nécessaire de commencer par une thérapie individuelle avant de convier la famille tout entière aux entretiens thérapeutiques ou d'alterner les séances individuelles et les séances de thérapie familiale pour d'autres familles (Brent *et al.*, 1996).

4. Conclusion

Nous venons de voir que la tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent constitue souvent l'ultime tentative de solution, échouée s'entend, à un problème tant individuel que familial. Les causes qui déterminent la souffrance du jeune suicidant sont complexes et surdéterminés : maltraitance, inceste ou abus sexuel, rupture sentimentale, deuil ; échec scolaire ; troubles de l'attachement ; sentiment de honte ; angoisse de séparation ; indifférenciation ; inhibition émotionnelle ; défaut de symbolisation ; interactions familiales dysfonctionnelles – autant de facteurs qui fragilisent l'enfant et l'adolescent dans son élaboration identitaire et comportent un risque suicidaire. La prévention d'un tel passage à l'acte est complexe et demande au clinicien à la fois une vigilance particulière, un positionnement éthique clair, une démarche proactive et, plus que jamais, une bonne insertion dans le réseau en vue d'assurer la continuité des soins auprès du jeune suicidant.

5. Pour aller plus loin

Adresses utiles

- Union nationale pour la prévention du suicide : 4, place de Valois, 75004 Paris, Tél. : 01 40 20 43 04 ; e-mail : unps@wanadoo.fr Organisation des Journées nationales de prévention du suicide, publication des actes et d'une revue spécialisée, liste de ressources locales, organisation de journées locales de prévention du suicide.
- Fédération européenne *Vivre son deuil* : 7, rue Taylor, 75010 Paris, Tél. : 01 42 08 11 16 ; e-mail : fevsd@vivresondeuil.asso.fr : formations sur l'animation des groupes d'endeuillés et sur le travail de deuil.
- Société de thanatologie : 17 rue Feutrier, 75018 Paris, Tél. : 01 42 62 15 05, www.thanathologie@mort-thanatologie-France.com : « Le but de cette association est d'étudier la mort sous tous ses aspects afin de lui faire retrouver sa place dans la vie sociale actuelle. Elle réalise des congrès, colloques, conférences et publie une revue : *Études sur la mort. Thanatologie.* »
- Centre Départemental d'Éducation pour la Santé d'Indre-et-Loire : 3, rue du Pont-de-l'Arche, 37550 Saint-Avertin, Tél. : 02 47 74 44 80 : ce centre dispose d'une importante bibliographie sur le suicide et sa prévention.

Sites Internet

- http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/suicide/index_suicide.htm : il s'agit d'une sélection de sites francophones et anglophones gouvernementaux ou privés abordant la problématique du suicide ainsi qu'une présentation du plan national de prévention du suicide.
- <http://www.anaes.fr> : site de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. En ligne : textes de recommandations, rapports, conférences de consensus.
- <http://www.infosuicide.org> : créé par des organismes officiels, ce site propose des informations utiles (liste des associations de prévention du suicide en France, statistiques) et des textes sur les aspects éthiques, juridiques et médicaux du suicide, notamment des adolescents. Il héberge celui de l'UNPS.
- www.mort-thanatologie-France.com : c'est le site de la Société de thanatologie (*cf.* le descriptif *supra*).

- <http://www.john-libbey-eurotext.fr> : adresse utile pour se procurer des textes sur Internet

Liste des ressources utilisables par le grand public

► Sites Internet dédiés à la prévention

- <http://www.sepia.asso.fr/> : site de l'association Suicide Écoute Prévention Intervention auprès des Adolescents.
- <http://www.sos-suicide-phenix.org/> : site de la Fédération SOS Suicide Phoenix.
- <http://www.stopsuicide.ch> : site suisse de l'association Stop Suicide qui a trois lignes d'action : aide de terrain, sensibilisation et prévention, action.
- <http://www.phare.org> : site de l'association Phare enfants-parents.
- <http://www.unafam.org/> : site de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques.

► Droits des usagers

- Mission Droit des usagers
- Maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne : lieu d'accueil et d'information pour les patients et leurs proches situé dans le bâtiment de la cafétéria et du Relais H, CH Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75014 Paris, métro Glacière (ligne 6) ou bus 62. Tél. : 01 45 65 74 79 ; maison-des-usagers@ch-sainte-anne.fr
- Maison des usagers de l'hôpital européen Georges-Pompidou, 75015 Paris

► Associations

- Association Phare enfants-parents, dédiée à la prévention du mal-être des jeunes : 5, rue Guillaumot, 75012 Paris ; e-mail : vivre@phare.org
- SEPIA (Suicide écoute prévention intervention auprès des adolescents) est une association créée en 1992 par des organismes officiels ; elle regroupe de nombreux partenaires œuvrant dans le domaine de la prise en charge des adolescents en situation de souffrance : 7, rue Kléber, 68000 Colmar, Tél. : 03 89 20 30 90 et 8, avenue R. Schuman 68100 Mulhouse, Tél. : 03 89 35 46 66 ; sepia@sepia.asso.fr
- Union nationale des amis et familles de malades psychiques : 12, villa Compont, 75017 Paris, Tél. : 01 53 06 30 43

► Lignes d'appels téléphoniques

- Suicide Écoute 24h/24h : 01 45 39 40 00
- Fil Santé Jeunes : n° vert : 0800 23 52 36
- Croix Rouge Écoute : n° vert : 0800 858 858
- SOS Amitié : 0820 06 60 66
- SEPIA (Suicide Écoute Prévention Intervention auprès des Adolescents) : n° vert, appel anonyme et gratuit 24h/24 : 0800 88 14 34
- Urgences psychiatriques (Paris) : ligne d'écoute : 01 40 47 04 47
- SOS Suicide Phénix : 01 40 44 46 45
- Phare Enfants-parents : n° azur : 0810 810 987 et 01 42 66 55 55
- Vivre son deuil : ligne d'écoute pour les personnes endeuillées : 01 42 38 08 08

Références bibliographiques

- ANAES (AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ), FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE (2000). *La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, Ph. MAZET et J. DARCOURT (dir.), conférence de consensus 19 et 20 octobre 2000, Paris, Salpêtrière.
- ANAES (1998). *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*, Ph. MAZET (dir.), novembre.
- BATT-MOILLO A., JOURDAIN A., (2005). *Le Suicide et sa prévention, émergence d'un concept, actualité des programmes*, Rennes, Éditions de l'École nationale de la santé publique.
- BERGERET J. (1974, 1996). « Les astructurations », in *La Personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod, p. 135-169.
- BONIFAS C. (2006). *Intervention pour l'association « Jonathan pierres vivantes »* aux 10^e Journées nationales pour la prévention du suicide organisées par l'UNPS en 2006 (actes à paraître).
- BOSZORMENYI-NAGY I., KRASNER B.T. (1986). *Between Give and Take : A Clinical Guide to Contextual Therapy*, Londres, Brunner-Routledge.
- BRENT D.A. *et al.* (1996). « Psychosocial interventions for treating adolescent suicidal depression. A comparison of three psychosocial interventions », in E.D. HIBBS, P.S. JENSEN (éd.). *Psychosocial Treatments for Children and Adolescent Disorders. Empirically Based Strategies for Clinical Practice*, Washington DC, American Psychological Association, p. 187-206.
- CHAVAGNAT J.-J. (2006). *Prévention du suicide*, John Libbey Eurotext.

- DAB W. (2003). *La Prévention du suicide*, ADSP, déc., n° 45.
- DEBOUT M. (2004). « Préface », in M. HANUS, *Le Deuil après suicide*, Paris, Maloine, p. 9-12.
- DURIEZ N., POLYTARIDES V. (2004). « Le suicide de l'adolescent », in P. ANGEL, P. MAZET (dir), *Guérir les souffrances familiales*, Paris, PUF, p. 507-514.
- DURIEZ N. (2005). « Mourir pour renaître à l'adolescence », *Réalités familiales*, n° 73, p. 92-105.
- FACY F., DEBOUT M. (2006). *Acteurs et chercheurs en suicidologie*, Paris, EDK.
- FREUD S. (1915). « Pulsions et destins des pulsions », in *Métopsychoanalyse*, Paris, Gallimard, 2000, p. 11-43.
- FREUD S. (1915). « Deuil et Mélancolie », in *Métopsychoanalyse*, Paris, Gallimard, 2000, p. 145-171
- FREUD S. (1920). « De la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine », *Œuvres complètes*, t. XV, Paris, PUF, 1996, p. 233-262
- HANUS M. (2004). *Le Deuil après suicide*, Paris, Maloine.
- KERFOOT M. (1995). « Le modèle familial, interventions brèves auprès d'adolescents suicidants et de leur famille », in F. LADAME, J. OTTINO, C. PAWLAK (dir.), *Adolescence et suicide*, Paris, Masson.
- MONROY M. (1994). « Le suicide au cœur d'un réseau transactionnel », in F. TERRÉ (dir.). *Le Suicide*, Paris, PUF, p. 207-214.
- OMS (2002). *La Prévention du suicide : indications pour le personnel pénitentiaire*, Genève.
- PHANEUF, SEGUIN M. (1987). *Suicide : prévention et intervention, guide à l'usage d'intervenants*, Montréal, Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse.
- RICHMAN J. (1986). *Family Therapy for Suicidal People*, New York, Springer Publishing Company.
- ROTHERAM-BORUS M.J., PIACENTINI J., MILLER S., GRAAW F., CASTRO-BLANCO D. (1994). « Brief Cognitive-behavioral Treatment for Adolescent Suicide Attempters and Their Families », *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1994, n° 33, p. 508-517.
- SÉGUIN M. (2003). « Stratégie de recherche sur le suicide. Identification de causes multiples », *Le Journal des psychologues* n° 212, nov., p. 22-26.
- SÉGUIN M. (2004). *Programme de postvention en milieu scolaire. Stratégies d'intervention à la suite d'un suicide*, Montréal, Éditions AQPS.
- SÉGUIN M., TERRA J.-L. (2003). *Manuel du formateur*, Paris, Direction générale de la santé.

- SPIRITO A. (1997). « Family Therapy Techniques with adolescent suicide attempters », *Crisis*, vol. 18, n° 3, p. 106-109.
- TERRA J.-L. (2003). *Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*, rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, décembre 2003, p. 29-44 et 124-146.
- TERRA J.-L., RIZET C. (2003). « Où en est la prévention du suicide en France ? », *Le Journal des psychologues*, n° 212, nov., p. 27-30.
- VALLÉE D., OUALID J.-C. (1988). « Transaction suicidaire et cycles vitaux familiaux », *Psychologie Médicale*, 20, 3, p. 415-416.
- VALLÉE D. (1988). « Pour une suicidologie systémique », *Thérapie Familiale*, 9, 2, p. 159-165.
- VALLÉE D. (1991). « Morts en sursis : l'individuation dans les familles mortifères », *Synapse*, 75, avril, p. 21-23.
- VALLÉE D. (1998). « Transactions suicidaires et transactions mortifères : deux modalités de l'autonomie », *Génération*, 13, mars, p. 41-43.
- VALLÉE D., DURIEZ, N. (2004). « La prise en charge des familles de suicidants et de suicidés », in P. ANGEL, P. MAZET (dir.), *Guérir les souffrances familiales*, Paris, PUF, p. 515-526.
- WALKER B.A., MEHR M. (1983). « Adolescent Suicide : A Family Crisis. A Model for Effective Intervention by Family Therapists », *Adolescence*, 1983, n° 18, p. 285-292.
- WINNICOTT D.W. (1971, 1975). « L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications », in *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, p. 120-131.

Revue et autres supports

- Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*, mars 2005, expertise collective publiée par l'INSERM.
- Circulaire DGS/SD6C n° 2002-258 du 6 avril 2002 relative à la prévention du suicide en milieu pénitentiaire. Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
- Code de déontologie des psychologues* (1996). Cf. sa reproduction intégrale en annexe du présent ouvrage.
- Conférence de consensus : La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, 19-20 oct. 2000, Fédération française de psychiatrie, Paris.
- Droit, éthique et suicide : interdire, assister, prévenir* (2004). Actes des Journées nationales pour la prévention du suicide, Paris, UNPS.

- Le Suicide* (1993), Avis et rapports du Conseil économique et social, *Journal officiel* du 30 juillet 1993, n° 15.
- Prévention du suicide* (2002). Psychologues et psychologie, n° 167, *Bulletin du syndicat national des psychologues*, Paris.
- Le Deuil après suicide*¹ (2005). *Études sur la mort*, n° 127 de la *Revue de la société de thanatologie*, Paris, L'Esprit du temps.
- « Réseau VIES 37 » (2005). Reportage in *Filières et réseaux 2 Santé*, Paris, p. 12-21.

1. Signalons qu'une conférence de consensus est prévue en 2007 sur le thème *Le Deuil après suicide*.



Annexes

Tableau récapitulatif et sources des outils évaluatifs présentés¹

Épreuve	Genre	Chapitre	Source Prés.
Évaluation bébé/Petit enfant			
Brunet-Lezine R	« Baby test »/ Développement bébé	II	(1) (2)
Casati-Lezine	« Baby test »/ Développement bébé	II	(1) (2)
IPDS-R	« Baby test »/ Développement cognitif	II	(2)
ECSP	« Baby test »/ Communication sociale	II	(2)
Éch. Brazelton	Évaluation interactions précoces	I, II	(2) (3)
GLOS	Évaluation interactions précoces	I, II	(2)
Q.S.C.L.	Questionnaire observation indirecte	II	(2)
Ent. R Stern	Questionnaire observation indirecte	II	(2)
Kia Profil	Observation comportementale	II	(2)
ADBB	Évaluation Détresse Bébé	III	(3) (4)
CHAT	Dépistage autisme	VI	(2) (3) (5)
DAN	Évaluation douleur aiguë	I	(6) (7)
EDIN	Évaluation douleur chron.	I	(6) (7)
Score AMIEL-T	Évaluation douleur Post-op	I	(6)
Éch. CRIES	Évaluation douleur	I	(6)
PIPP	Évaluation prématuré/douleur	I	(6)

1. Par Silvia Sbedico Miquel.

Épreuve	Genre	Chapitre	Source Prés.
Évaluation Enfant/Adolescent			
CGAS	Évaluation psychopathologie générale	VII	(3) (8)
CBCL	Inventaire psychopathologie générale/Cpt	VII	(3) (8)
MINI-KID 2	Inventaire psychopathologie générale	X	(9)
NEPSY	Bilan neuropsychologique	VII	(3)
Dessins	Évaluation/Instrum./Cogn./Aff.	IV	(1)
Dessin libre	Évaluation/Instrum./Cogn./Aff.	IV	(1)
K-ABC	Évaluation Enfant/Cognitif	IV	(3) (10)
T. Dynamiques	Évaluation Enfant/Remédiation Cognit.	IV	(3) (10)
Patte Noire	Évaluation Enfant/Projectif	IV	(1) (3)
CAT	Évaluation Enfant/Projectif	IV	(1) (3)
SEI	Évaluation/Estime de soi	VII	(3)
IES	Évaluation Enfant, Ado./ PTSD	VIII	(9) (11)
CPTS-RI	Évaluation Enfant, Ado./ PTSD	VIII	(9)
TSCC	Évaluation Enfant/PTSD	X	(9)
CDRS-R	Évaluation Enfant/Cpt/Dépression	X	(12) (13)
ISC	Évaluation Enfant, Ado/Dépression	X	(9) (12)
CDI	Évaluation Enfant, Ado/Dépression	X	(9) (12)
BDI	Évaluation Enfant, Ado./ Dépression	X	(12) (13) (14)
MDI-C	Évaluation Enfant/Dépression	X	(3)
STAI-C	Évaluation Enfant, Ado./ Anxiété	VII	(9)
RCMA-S	Évaluation Enfant/Anxiété	VII	(3) (9)
Éc. De Conners	Évaluation Enfant/Cpt/Hyperactivité	VII	(3) (12) (14)
CARS	Évaluation Enfant/Cpt/Diag. Autisme	VI	(3) (5) (13)
ERCA	Évaluation Enfant/Cpt/Diag. Autisme	VI	(5) (13)
ADI-R	Évaluation Enfant/Cpt/Diag. Autisme	VI	(3) (5) (15)
PEP-R	Évaluation Enfant/Dvpt cogn. Autisme	X, T2	(16)
AAPEP	Évaluation Ado./Dvpt cogn. Autisme	X, T2	(16)
Éc. Vineland	Évaluation Généralisation Autisme, TED	X, T2	(16)
TMS Villartay	Évaluation Enfant/Maturité scolaire	VII	(2)
BP Inizan	Batterie prédictive apprentissage lecture	VII	(2)

Épreuve	Genre	Chapitre	Source Prés.
Score CHEOPS	Évaluation Enfant/Douleur post-opératoire	IV	(3) (6)
DEGR	Évaluation Enfant/Douleur Chronique	IV	(6) (7)
Échelle San Salvador	Évaluation Enfant/Douleur/Polyhandicap	IV, VI	(3) (6)
Échelle Hendaye	Évaluation Ado., Adul./ Doul./ Polyhandicap	VI	(3)
Évaluation Grand Adolescent/Adulte			
Système AMDP	Inventaire de psychopathologie générale	I	(12)
BPRS	Inventaire de psychopathologie générale	III	(12)
SCL — 90	Inventaire de psychopathologie générale	X	(12)
BDI	Évaluation de la dépression	X	(12) (13) (14)
EPDS	Évaluation de la dépression postnatale	I	(3)
STAI	Évaluation de l'anxiété	X	(13)
PANSS	Évaluation de la psychose	III	(12)
MRSS	Évaluation de la psychose	III	(13)
TAT	Évaluation de la personnalité/projectif	III	(17)
RORSCHACH	Évaluation de la dépression/projectif	X	(8) (18) (19)
SEI	Évaluation de l'estime de soi	IX	(3)
EDI-2	Évaluation des TCA	IX	(3) (13) (14)
BIT Edinbourg	Évaluation des TCA	IX	(13) (14)
RAT	Évaluation des TCA	IX	(13)
Critères de M.,R.	Évaluation des TCA	IX	(3)
DAST	Évaluation des Cpts addictifs (Subst.)	IX	(3)
AUDIT	Évaluation des Cpts addictifs (Alcool)	IX	(3)
QHPBA	Évaluation des Cpts addictifs (Alcool)	IX	(13)
T. Fagerström	Évaluation des Cpts addictifs (Tabac)	IX	(3)
Q Q-Mat	Évaluation des Cpts addictifs (Tabac)	IX	(3)
SSS Zuckerman	Évaluation des Cpts à risque	IX	(3)
Impact Evenement Weiss	Évaluation PTSD	I	(3) (13)
LECI	Évaluation Coping Adolescents	VI, IX	(3) (20)
CHI for Parents	Évaluation Coping Parents	VI	(20)
CISS	Évaluation Coping Équipe/Patients	VII	(3) (20)
WCC-R	Évaluation Coping Équipe	VII	(3) (20)
COPE/A-COPE	Évaluation Coping Adultes et Adol.	VII	(3) (20)

Épreuve	Genre	Chapitre	Source Prés.
MBI-HSS	Évaluation Coping Équipe	VII	(3) (20)
FACES III	Évaluation de la famille	IX	(3)
Génosociogram.	Évaluation de la famille	X	(21)
CVC	Évaluation du couple	I	(13)
Locke WMAS	Évaluation du couple	III	(13)
QES	Évaluation Sexualité	I	(13)
QAPS Masc.	Évaluation Sexualité	I	(13)
QAPS Fem.	Évaluation Sexualité	I	(13)
Échelle Uni. Doul.	Évaluation de la douleur	I	(6) (13)
QDSA	Évaluation de la douleur	I	(6) (13)
Échelle Cpt. Douloureux	Évaluation de la douleur	I	(13)
MPI/BPI	Évaluation de la douleur	I	(6)

- (1) Cf. Bourgès S., *Approche génétique et psychanalytique de l'enfant*, t. I, Neuchâtel (Suisse) Paris, Delachaux et Niestlé, 1984.
- (2) Cf. Tourrette C. (2001). *L'Évaluation psychologique des très jeunes enfants au développement normal et atypique (0-6 ans)*, Paris, Dunod.
- (3) Sources Internet validées. Recherche Google ou documentation personnelle (congrès, formations, etc.).
- (4) Cf. Guedeney A., Vermillard M. (2004). « L'échelle ADBB : intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant », *Médecine & Enfance*, juin p. 367-371.
- (5) Cf. Roge B. (2003). *Autisme, comprendre et agir*, Paris, Dunod.
- (6) Site Internet de la faculté de médecine-ULP-Strasbourg-France et site CISMef.
- (7) Source : extrait d'une communication de Turk DC. Cité in CISMef/www. Chu-Rouen. fr
- (8) Cf. Petot D. (2005). *L'Évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*, Paris, Dunod.
- (9) Cf. Fernandez L., Aulagnier M., Bonnet A., Guinard A., Pedinielli J.-L., Preau M. (2005). « Démarches épidémiologiques après une catastrophe » in <http://www.invs.sante.fr/publications/>
- (10) Cf. Bernaud J.-L., *Tests et théories de l'intelligence*, Paris, Dunod, 2000.
- (11) Cf. Jehel L., Dayan J. (nov. 2003). <http://psydocfr.broca-inserm.fr>
- (12) Cf. Montreuil M. (2001). *Techniques d'évaluation*, cours de DESS, IED université de Paris-VIII, Saint-Denis.
- (13) Cf. Bouvard M., Cottraux J. (1996). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*, Paris, Masson, 2002.
- (14) Cf. Guelfi J.-D., Gaillac V., Dardennes R. (1995). *Psychopathologie quantitative*, Paris, Masson.
- (15) Cf. Mottron L. (2004). *L'Autisme : une autre intelligence. Diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle*, Sprimont (Belgique), Mardaga.
- (16) Cf. Sbedico Miquel S. et Arru S. (1998). « Autisme et prise en charge éducative : vers un nouveau profil de psychologue ? », mémoire de maîtrise, sous la dir. Mendoza J., Sièye A., université de Nice – Sophia Antipolis.
- (17) Cf. Shentoub V. et al. (1990), *Manuel d'utilisation du TAT*, Paris, Dunod.
- (18) Cf. Rorschach H. (1921, 1987). *Psychodiagnostic*, Paris, PUF.
- (19) Cf. Bernaud J.-L. (1998). *Les Méthodes d'évaluation de la personnalité*, Paris, Dunod.
- (20) Cf. Bruchon-Schweitzer M. (2002, 2005). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*, Paris, Dunod.
- (21) Cf. Ancelin-Schützenberger A. (1993). *Aïe, mes aïeux !*, Paris, EPI/La Méridienne.

Table des vignettes cliniques

CHAPITRE 1 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN À LA MATERNITÉ	29
Vignette clinique n° 1 « La peur au ventre » : l'accompagnement d'une patiente très angoissée lors de sa grossesse	60
Vignette clinique n° 2 « Dire au revoir à la petite » : l'accompagnement d'une famille lors d'une interruption médicale de grossesse	64
Vignette clinique n° 3 « Simon sans machine » : l'accompagnement d'une jeune mère lors d'un accouchement prématuré	67
Vignette clinique n° 4 « Un bébé à n'être » : l'accompagnement d'un couple et de l'équipe face à un enfant dont le handicap a été découvert à la naissance	70
Vignette clinique n° 5 « C'est moi qui le porte ! » : l'accompagnement d'une adolescente refusant l'IVG	72
Vignette clinique n° 6 « Faut pas m'en vouloir si je suis là » : l'accompagnement d'une patiente demandant sa huitième IVG	75
 CHAPITRE 2 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN ET LA PETITE ENFANCE	 83
Vignette clinique n° 1 Emma B., 4 mois : trouver la juste distance	101
Vignette clinique n° 2 Antoine H., 5 mois : les retrouvailles, s'ajuster à son bébé	107
Vignette clinique n° 3 Sarah M., 16 mois : le nez coule, et le lait ?	115
Vignette clinique n° 4 Pierre K., 2 ans : à la crèche comme à la maison ?	117
Vignette clinique n° 5 Bastien J., 18 mois : des mots pour contenir l'émotion	120
Vignette clinique n° 6 Alice, 2 ans : le regard des adultes	128
Vignette clinique n° 7 Zoé, 20 mois : de l'autre côté de la ligne	132
Vignette clinique n° 8 Yacine, 3 ans : grandir, oui mais pas trop vite	138

CHAPITRE 3 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN EN PMI ET À L'ASE	153
Vignette clinique n° 1 « Tiens, je te rends ton linge sale ! » : consultation postnatale auprès du psychologue en PMI	164
Vignette clinique n° 2 « Où c'est qu'on va me mettre ? » : gestion d'un placement en urgence par un responsable adjoint UDAS	170
Vignette clinique n° 3 « Qui fait quoi ? » : conflits entre la famille d'accueil et l'équipe ASE	175
Vignette clinique n° 4 « Je veux pas y aller pour toujours chez maman ! » : conflit de loyauté pour une enfant placée en famille d'accueil	177
Vignette clinique n° 5 « Où qu'il est mon père ? » : difficultés relationnelles entre une mère et son fils	189
Vignette clinique n° 6 « Une patate de plus à éplucher ! » : entretien avec un couple dans le cadre d'une procédure d'agrément	192
Vignette clinique n° 7 « Vers des amours possibles » : visites médiatisées entre une mère malade mentale et son fils	196
 CHAPITRE 4 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN AU CMP	 211
Vignette clinique n° 1 « J'ai peur qu'elle va tout rater sans moi ! » : rencontre du psychologue avec une mère et sa fille au CMP	222
Vignette clinique n° 2 « On vient parce que le docteur l'a dit ! » : quelques circuits de la demande au CMP	229
Vignette clinique n° 3 « Je suis toute vide là-dedans » : consultation d'une mère et son fils au CMP	233
Vignette clinique n° 4 « Je devais écrire ma punition » : intervention du psychologue en CMP auprès d'un adolescent inhibé	238
Vignette clinique n° 5 « On ne sait plus qui croire... » : complexité du suivi d'un enfant psychotique	248
 CHAPITRE 5 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN ET L'OBLIGATION DE SIGNALEMENT	 257
Vignette clinique n° 1 Le signalement de Françoise L., 5 ans et 9 mois	280
Vignette clinique n° 2 Le signalement de Cédric Y., 4 ans et demi	281
Vignette clinique n° 3 Le signalement de Martine L., 4 ans 2 mois	284
 CHAPITRE 6 LE TRAVAIL DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN AUPRÈS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS	 293
Vignette clinique n° 1 Quelle intégration scolaire pour Danièle S., jeune fille malvoyante ?	307

Vignette clinique n° 2	Quelle sexualité pour Pierre N. suite à son accident vasculaire cérébral ?	323
Vignette clinique n° 3	Accueillir autrement la souffrance de Mme P., mère d'une enfant polyhandicapée	343
CHAPITRE 7 LE PSYCHOLOGUE SCOLAIRE		377
Vignette clinique n° 1	Une réunion avec les parents à l'école maternelle	395
Vignette clinique n° 2	Une rencontre inattendue en école primaire	396
Vignette clinique n° 3	« Je ne peux plus faire classe » : la demande d'Hélène T., maîtresse de petite section	398
Vignette clinique n° 4	Une intervention d'urgence suite à un incendie	401
CHAPITRE 8 LE TRAVAIL DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN AUPRÈS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS ISSUS DE LA MIGRATION		413
Vignette clinique n° 1	Accoucher auprès du père : Awa B, 20 ans.	422
Vignette clinique n° 2	« Je n'ai jamais été chez moi » : Youssef L., 12 ans	430
Vignette clinique n° 3	« Mon bonhomme n'a pas de bouche » : Ahmed K., 8 ans	434
Vignette clinique n° 4	« Je l'entends pas de cette oreille » : Maryam M., 8 ans	457
CHAPITRE 9 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN ET LES ADDICTIONS		475
Vignette clinique n° 1	« Comment sortir de l'indifférenciation ? » : Clémence P. et sa mère	485
Vignette clinique n° 2	« Une dépendance en cache une autre » : Thierry J., 31 ans	490
Vignette clinique n° 3	« Ni avec toi, ni sans toi » : Michèle F., 30 ans	491
Vignette clinique n° 4	« La trajectoire d'une toxicomane » : Sabrina T., 34 ans	496
Vignette clinique n° 5	« L'enfance volée » : Anastasia B., 13 ans	515
Vignette clinique n° 6	« Souffrance conjugale et anorexie » : Sabine R., 16 ans	532
CHAPITRE 10 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN ET LA PRÉVENTION DU SUICIDE		553
Vignette clinique n° 1	« Sauvez-moi, je veux mourir » : Nadia R., 17 ans	584
Vignette clinique n° 2	Un réseau pour réintroduire un tiers dans la prise en charge de Samy R., un adolescent de 15 ans	587

Vignette clinique n° 3	Tentative de suicide chez le jeune enfant : Théo W., 6 ans	590
Vignette clinique n° 4	« J'ai fait ça dans le feu de l'action ! » : David R., 14 ans	595
Vignette clinique n° 5	« Comment parler des choses dont on ne peut pas parler ensemble ? » : Jordan F., 17 ans	605

Classement des sigles¹ par catégories²

Personnes, commissions, organisations

- AIS : adaptation et intégration scolaire.
- ASE : aide sociale à l'enfance (structure dépendant du conseil général).
- CAPSAIS : certificat d'aptitude aux actions pédagogiques spécialisées d'adaptation et d'intégration scolaire (formation Éducation nationale).
- CCPE³ : commission de circonscription préscolaire et élémentaire (dépendant de la CDES).
- CCSD : commission de circonscription pour le second degré (dépendant de la CDES).
- CDES : commission départementale d'Éducation spéciale, créée par la loi d'aide aux handicapés de 1975. Cette commission est chargée de définir le taux d'incapacité des enfants de 0 à 16 ans, d'orienter les élèves handicapés et de décider l'allocation d'éducation spéciale (AES).
- CDSM : conseil départemental de santé mentale.
- COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (structure du ministère du Travail, oriente les adultes handicapés vers des structures adaptées, attribue le statut de travailleur handicapé, décide l'AAH, l'allocation d'adulte handicapé).
- CSM : conseil de santé mentale.

1. Le site www.glossairedusocial.free.fr propose près de neuf cents sigles commentés.

2. Cette section a été préparée par Michel Moral et Silke Schauder.

3. Depuis la nouvelle loi sur le handicap du 11 février 2005, les compétences de la CCPE, de la CDES et de la COTOREP sont fusionnées par la MDPH.

- DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales (dépend du préfet de département).
- DERAD : dispositif expert régional pour adolescents en difficulté (exemple de structure régionale, en Île-de-France, résultant d'une convention entre ministères).
- DRASS : direction régionale de l'Action sanitaire et sociale.
- DSD : direction de la solidarité départementale (nom local du service départemental de l'aide sanitaire et sociale en Ardèche, Aveyron, Charente Maritime, Gers, Haute-Garonne, Hérault, Landes, Lot, Lozère, Marne, Haute-Marne, Puy-de-Dôme, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Atlantiques, Yonne. À noter que dans l'Aude et la Seine-Maritime ce service est le DDS, direction départementale de la solidarité. DS, direction de la solidarité, est utilisé en Charente, Creuse, Meuse, Moselle, Nièvre, Haute-Savoie, Tarn. D'autres dénominations existent).
- IEN : inspecteur de l'Éducation nationale.
- MDPH : Maison départementale des personnes handicapées.
- MID : médecin inspecteur départemental.
- PMI : protection maternelle et infantile.
- SESI : service des statistiques et systèmes d'information.

Structures d'accueil (avec commission compétente pour la déclaration d'admission)

- AP : atelier protégé (admission via la COTOREP). L'atelier protégé et les centres de distribution de travail à domicile permettent d'exercer une activité professionnelle salariée et de faciliter l'accès à un emploi en milieu ordinaire de travail. Le bénéficiaire a le statut de salarié et bénéficie donc des mêmes avantages que les salariés de l'entreprise (protection sociale, allocations de chômage, formation). Il est représenté par des délégués du personnel. Les ateliers protégés ainsi que les centres de distribution de travail à domicile doivent mettre en place un comité d'entreprise s'ils emploient plus de cinquante salariés. La rémunération est versée par l'employeur et est au moins égale à 90 % du SMIC.
- AT : atelier thérapeutique (admission via la CDES).

- CAT : centre d'aide par le travail (admission via la COTOREP). Le bénéficiaire n'a pas le statut de travailleur soumis au code du travail, ni de contrat de travail et ne peut pas être licencié. Il y a une garantie de ressources : 50 % du SMIC est pris en charge par l'État. Un complément d'un minimum de 5 % du SMIC est versé par le CAT. Un système de bonification permet de tenir compte du travail réalisé. Une période d'essai de 6 mois peut être réduite ou renouvelée une fois sur avis de la COTOREP.
- CLIS : classe d'intégration scolaire (structure Éducation nationale, admission via la CCPE).
- EMPro : externat médico-professionnel.
- EREA : établissements régionaux d'enseignement adapté (structure Éducation nationale, admission via la CCSD).
- IME : institut médico-éducatif.
- IMP : institut médico-pédagogique (jusqu'à 12/14 ans).
- IMPro : institut médico-professionnel (après 14 ans).
- IRP : institut de rééducation (admission via la CDES).
- RASED : réseau d'aide spécialisée pour l'enfance en difficulté (structure Éducation nationale).
- SEGPA : sections d'enseignement général et professionnel adapté (structure Éducation nationale, évolution de la SES, admission via CCSD).
- SES : sections d'éducation spéciale (structure Éducation nationale, admission via la CCSD).

Services de soins (domaine médical hors compétence des commissions)

- CAMPEA : consultations d'aide médico-psychologiques pour enfants et adolescents (exemple de structure locale : La Rochelle).
- CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce (enfants de moins de 6 ans, dépistage, diagnostic des déficiences sensorielles, motrices ou mentales).
- CATTP : centre d'aide thérapeutique à temps partiel.
- CC : centres de crise (aussi centres d'accueil permanent).
- CMP : centre médico-psychologique (structure clef du secteur).
- CMPE : centre médico-psychologique pour enfants.

- CMPP : centre médico psycho-pédagogique.
HP : hôpitaux psychiatriques.
SESSAD : services d'éducation spéciale et de soins à domicile (enfants de plus de 6 ans, admission via la CDES).
UPEA : unités psychothérapeutiques pour enfants et adolescents (structure locale : La Rochelle).
UMD : unité pour malades difficiles (structure du ministère de la Justice. Accueil et soins pour personnes considérées comme dangereuses).

Procédures

- AAH : allocation d'adulte handicapé (voir COTOREP).
AEAD : action éducative administrative (mesure en faveur d'un mineur sur demande de la famille en vue de prévenir les actes délictueux).
AEMO : action éducative en milieu ouvert (mesure en faveur d'un mineur sur décision judiciaire).
AEP : action éducative préventive.
AES : allocation d'éducation spéciale.
HDT : hospitalisation sur demande d'un tiers (nécessite la signature de deux psychiatres indépendants).
HL : hospitalisation libre.
HO : hospitalisation d'office.
OPP : ordonnance de placement provisoire à l'hôpital.
SDO : schéma départemental d'organisation.
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire.

Association des enseignants de psychologie des Universités
Association nationale des organisations de psychologues
Société française de psychologie

Code de déontologie des psychologues

Signé le 22 juin 1996

Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues.

Préambule

Le respect de la personne humaine dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues.

Le présent Code de déontologie est destiné à servir de règle professionnelle aux hommes et aux femmes qui ont le titre de psychologue, quels que soient leur mode d'exercice et leur cadre professionnel, y compris leurs activités d'enseignement et recherche.

Sa finalité est avant tout de protéger le public et les psychologues contre les mésusages de la psychologie et contre l'usage de méthodes et techniques se réclamant abusivement de la psychologie.

Les organisations professionnelles signataires du présent Code s'emploient à le faire connaître et respecter. Elles apportent dans cette perspective, soutien et assistance à leurs membres. L'adhésion des psychologues à ces organisations implique leur engagement à respecter les dispositions du Code.

Titre I - Principes généraux

La complexité des situations psychologiques s'oppose à la simple application systématique des règles pratiques. Le respect des règles du présent Code de

déontologie repose sur une réflexion éthique et une capacité de discernement, dans l'observance des grands principes suivants :

► **1. Respect des droits de la personne**

Le psychologue réfère son exercice aux principes édictés par les législations nationale, européenne et internationale sur le respect des droits fondamentaux des personnes, et spécialement de leur dignité, de leur liberté et de leur protection. Il n'intervient qu'avec le consentement libre et éclairé des personnes concernées. Réciproquement, toute personne doit pouvoir s'adresser directement et librement à un psychologue. Le psychologue préserve la vie privée des personnes en garantissant le respect du secret professionnel, y compris entre collègues. Il respecte le principe fondamental que nul n'est tenu de révéler quoi que ce soit sur lui-même.

► **2. Compétence**

Le psychologue tient ses compétences de connaissances théoriques régulièrement mises à jour, d'une formation continue et d'une formation à discerner son implication personnelle dans la compréhension d'autrui. Chaque psychologue est garant de ses qualifications particulières et définit ses limites propres, compte tenu de sa formation et de son expérience. Il refuse toute intervention lorsqu'il sait ne pas avoir les compétences requises.

► **3. Responsabilité**

Outre les responsabilités définies par la loi commune, le psychologue a une responsabilité professionnelle. Il s'attache à ce que ses interventions se conforment aux règles du présent Code. Dans le cadre de ses compétences professionnelles, le psychologue décide du choix et de l'application des méthodes et techniques psychologiques qu'il conçoit et met en œuvre. Il répond donc personnellement de ses choix et des conséquences directes de ses actions et avis professionnels.

► **4. Probité**

Le psychologue a un devoir de probité dans toutes ses relations professionnelles. Ce devoir fonde l'observance des règles déontologiques et son effort continu pour affiner ses interventions, préciser ses méthodes et définir ses buts.

► 5. Qualité scientifique

Les modes d'intervention choisis par le psychologue doivent pouvoir faire l'objet d'une explication raisonnée de leurs fondements théoriques et de leur construction. Toute évaluation ou tout résultat doit pouvoir faire l'objet d'un débat contradictoire des professionnels entre eux.

► 6. Respect du but assigné

Les dispositifs méthodologiques mis en place par le psychologue répondent aux motifs de ses interventions, et à eux seulement. Tout en construisant son intervention dans le respect du but assigné, le psychologue doit donc prendre en considération les utilisations possibles qui peuvent éventuellement en être faites par des tiers.

► 7. Indépendance professionnelle.

Le psychologue ne peut aliéner l'indépendance nécessaire à l'exercice de sa profession sous quelque forme que ce soit.

► Clause de conscience

Dans toutes les circonstances où le psychologue estime ne pas pouvoir respecter ces principes, il est en droit de faire jouer la clause de conscience.

Titre II - L'exercice professionnel

► Chapitre 1 – Le titre de psychologue et la définition de la profession

Article 1 – L'usage du titre de psychologue est défini par la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 publiée au *JO* du 26 juillet 1985. Sont psychologues les personnes qui remplissent les conditions de qualification requises dans cette loi. Toute forme d'usurpation du titre est passible de poursuites.

Article 2 – L'exercice professionnel de la psychologie requiert le titre et le statut de psychologue.

Article 3 – La mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur la composante psychique des individus, considérés isolément ou collectivement.

Article 4 – Le psychologue peut exercer différentes fonctions à titre libéral, salarié ou d'agent public. Il peut remplir différentes missions, qu'il distingue et fait distinguer, comme le conseil, l'enseignement de la psychologie, l'évaluation, l'expertise, la formation, la psychothérapie, la recherche, etc. Ces missions peuvent s'exercer dans divers secteurs professionnels.

► **Chapitre 2 – Les conditions de l'exercice de la profession**

Article 5 – Le psychologue exerce dans les domaines liés à sa qualification, laquelle s'apprécie notamment par sa formation universitaire fondamentale et appliquée de haut niveau en psychologie, par des formations spécifiques, par son expérience pratique et ses travaux de recherche. Il détermine l'indication et procède à la réalisation d'actes qui relèvent de sa compétence.

Article 6 – Le psychologue fait respecter la spécificité de son exercice et son autonomie technique. Il respecte celles des autres professionnels.

Article 7 – Le psychologue accepte les missions, qu'il estime, compatibles avec ses compétences, sa technique, ses fonctions, et qui ne contreviennent ni aux dispositions du présent Code, ni aux dispositions légales en vigueur.

Article 8 – Le fait pour un psychologue d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à toute entreprise privée ou tout organisme public, ne modifie pas ses devoirs professionnels, et en particulier ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance du choix de ses méthodes et de ses décisions. Il fait état du Code de Déontologie dans l'établissement de ses contrats et s'y réfère dans ses liens professionnels.

Article 9 – Avant toute intervention, le psychologue s'assure du consentement de ceux qui le consultent ou participent à une évaluation, une recherche ou une expertise. Il les informe des modalités, des objectifs et des limites de son intervention. Les avis du psychologue peuvent concerner des dossiers ou des situations qui lui sont rapportées, mais son évaluation ne peut porter que sur des personnes ou des situations qu'il a pu examiner lui-même. Dans toutes les situations de recherche, il les informe de leur droit à s'en retirer à tout moment. Dans les situations d'expertise judiciaire, le psychologue traite de façon équitable avec chacune des parties et sait que sa mission a pour but d'éclairer la justice sur la question qui lui est posée et non d'apporter des preuves.

Article 10 – Le psychologue peut recevoir, à leur demande, des mineurs et des majeurs protégés par la loi. Son intervention auprès d’eux tient compte de leur statut, de leur situation et des dispositions légales en vigueur. Lorsque la consultation pour des mineurs ou des majeurs protégés par la loi est demandée par un tiers, le psychologue requiert leur consentement éclairé, ainsi que celui des détenteurs de l’autorité parentale ou de la tutelle.

Article 11 – Le psychologue n’use pas de sa position à des fins personnelles, de prosélytisme ou d’aliénation d’autrui. Il ne répond pas à la demande d’un tiers qui recherche un avantage illicite ou immoral, ou qui fait acte d’autorité abusive dans le recours à ses services. Le psychologue n’engage pas d’évaluation ou de traitement impliquant des personnes auxquelles il serait déjà personnellement lié.

Article 12 – Le psychologue est seul responsable de ses conclusions. Il fait état des méthodes et outils sur lesquels il les fonde, et il les présente de façon adaptée à ses différents interlocuteurs, de manière à préserver le secret professionnel. Les intéressés ont le droit d’obtenir un compte rendu compréhensible des évaluations les concernant, quels qu’en soient les destinataires. Lorsque ces conclusions sont présentées à des tiers, elles ne répondent qu’à la question posée et ne comportent les éléments d’ordre psychologique qui les fondent que si nécessaire.

Article 13 – Le psychologue ne peut se prévaloir de sa fonction pour cautionner un acte illégal, et son titre ne le dispense pas des obligations de la loi commune. Conformément aux dispositions de la loi pénale en matière de non assistance à personne en danger, il lui est donc faite obligation de signaler aux autorités judiciaires chargées de l’application de la Loi toute situation qu’il sait mettre en danger l’intégrité des personnes. Dans le cas particulier où ce sont des informations à caractère confidentiel qui lui indiquent des situations susceptibles de porter atteinte à l’intégrité psychique ou physique de la personne qui le consulte ou à celle d’un tiers, le psychologue évalue en conscience la conduite à tenir, en tenant compte des prescriptions légales en matière de secret professionnel et d’assistance à personne en danger. Le psychologue peut éclairer sa décision en prenant conseil auprès de collègues expérimentés.

Article 14 – Les documents émanant d’un psychologue (attestation, bilan, certificat, courrier, rapport, etc.) portent son nom, l’identification de sa fonction ainsi que ses coordonnées professionnelles, sa signature et la mention précise du destinataire. Le psychologue n’accepte pas que d’autres

que lui-même modifient, signent ou annulent les documents relevant de son activité professionnelle. Il n'accepte pas que ses comptes rendus soient transmis sans son accord explicite, et il fait respecter la confidentialité de son courrier.

Article 15 – Le psychologue dispose sur le lieu de son exercice professionnel d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel, et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature de ses actes professionnels et des personnes qui le consultent.

Article 16 – Dans le cas où le psychologue est empêché de poursuivre son intervention, il prend les mesures appropriées pour que la continuité de son action professionnelle soit assurée par un collègue, avec l'accord des personnes concernées, et sous réserve que cette nouvelle intervention soit fondée et déontologiquement possible.

► Chapitre 3 – Les modalités techniques de l'exercice professionnel

Article 17 – La pratique du psychologue ne se réduit pas aux méthodes et aux techniques qu'il met en œuvre. Elle est indissociable d'une appréciation clinique et d'une mise en perspective théorique de ces techniques.

Article 18 – Les techniques utilisées par le psychologue pour l'évaluation, à des fins directes de diagnostic d'orientation ou de sélection, doivent avoir été scientifiquement validées.

Article 19 – Le psychologue est averti du caractère relatif de ses évolutions et interprétations. Il ne tire pas de conclusions réductrices ou définitives sur les aptitudes ou la personnalité des individus, notamment lorsque ces conclusions peuvent avoir une influence directe sur leur existence.

Article 20 – Le psychologue connaît les dispositions légales et réglementaires issues de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. En conséquence, il recueille, traite, classe, archive et conserve les informations et données afférentes à son activité selon les dispositions en vigueur. Lorsque ces données sont utilisées à des fins d'enseignement, de recherche, de publication, ou de communication, elles sont impérativement traitées dans le respect absolu de l'anonymat, par la suppression de tout élément permettant l'identification directe ou indirecte des personnes concernées, ceci toujours en conformité avec les dispositions légales concernant les informations nominatives.

► **Chapitre 4 – Les devoirs du psychologue envers ses collègues**

Article 21 – Le psychologue soutient ses collègues dans l'exercice de leur profession et dans l'application de la défense du présent Code. Il répond favorablement à leurs demandes de conseil et les aide dans les situations difficiles, notamment en contribuant à la résolution des problèmes déontologiques.

Article 22 – Le psychologue respecte les conceptions et les pratiques de ses collègues pour autant qu'elles ne contreviennent pas aux principes généraux du présent Code ; ceci n'exclut pas la critique fondée.

Article 23 – Le psychologue ne concurrence pas abusivement ses collègues et fait appel à eux s'il estime qu'ils sont plus à même que lui de répondre à une demande.

Article 24 – Lorsque le psychologue remplit une mission d'audit ou d'expertise vis-à-vis de collègues ou d'institutions, il le fait dans le respect des exigences de sa déontologie.

► **Chapitre 5 – Le psychologue et la diffusion de la psychologie**

Article 25 – Le psychologue a une responsabilité dans la diffusion de la psychologie, auprès du public et des médias. Il fait de la psychologie et de ses applications une présentation en accord avec les règles déontologiques de la profession. Il use de son droit de rectification pour contribuer au sérieux des informations communiquées au public.

Article 26 – Le psychologue n'entre pas dans le détail des méthodes et techniques psychologiques qu'il présente au public, et il l'informe des dangers potentiels d'une utilisation incontrôlée de ces techniques.

Titre III - La formation du psychologue

► **Chapitre 1 – Les principes de la formation**

Article 27 – L'enseignement de la psychologie à destination des futurs psychologues respecte les règles déontologiques du présent Code. En conséquence, les institutions de formation :

- diffusent le Code de déontologie des psychologues aux étudiants dès le début des études ;

- s'assurent de l'existence de conditions permettant que se développe la réflexion sur les questions d'éthique liées aux différentes pratiques : enseignement et formation, pratique professionnelle, recherche.

Article 28 – L'enseignement présente les différents champs d'étude de la psychologie, ainsi que la pluralité des cadres théoriques, des méthodes et des pratiques, dans le souci de mise en perspective et de confrontation critique. Il bannit nécessairement l'endoctrinement et le sectarisme.

Article 29 – L'enseignement de la psychologie fait une place aux disciplines qui contribuent à la connaissance de l'homme et au respect de ses droits, afin de préparer les étudiants à aborder les questions liées à leur futur exercice dans le respect des connaissances disponibles et des valeurs éthiques.

► Chapitre 2 – Conception de la formation

Article 30 – Le psychologue enseignant la psychologie ne participe pas à des formations n'offrant pas de garanties sur le sérieux des finalités et des moyens. Les enseignements de psychologie destinés à la formation continue des psychologues ne peuvent concerner que des personnes ayant le titre de psychologue. Les enseignements de psychologie destinés à la formation de professionnels non psychologues observent les mêmes règles déontologiques que celles énoncées aux articles 27, 28 et 32 du présent Code.

Article 31 – Le psychologue enseignant la psychologie veille à ce que ses pratiques, de même que les exigences universitaires (mémoires de recherche, stages professionnels, recrutement de sujets, etc.) soient compatibles avec la déontologie professionnelle. Il traite les informations concernant les étudiants acquises à l'occasion des activités d'enseignement, de formation ou de stage, dans le respect des articles du Code concernant les personnes.

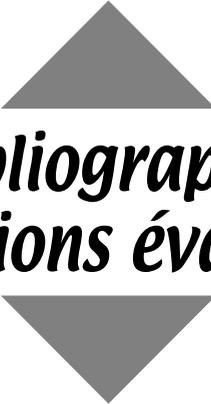
Article 32 – Il est enseigné aux étudiants que les procédures psychologiques concernant l'évaluation des individus et des groupes requièrent la plus grande rigueur scientifique et éthique dans leur maniement (prudence, vérification) et leur utilisation (secret professionnel et devoir de réserve), et que les présentations de cas se font dans le respect de la liberté de consentir ou de refuser, de la dignité et du bien-être des personnes présentées.

Article 33 – Les psychologues qui encadrent les stages, à l'Université et sur le terrain, veillent à ce que les stagiaires appliquent les dispositions du Code, notamment celles qui portent sur la confidentialité, le secret professionnel, le consentement éclairé. Ils s'opposent à ce que les stagiaires soient employés comme des professionnels non rémunérés. Ils ont pour mission de former professionnellement les étudiants, et non d'intervenir sur leur personnalité.

Annexe 1

Article 34 – Conformément aux dispositions légales, le psychologue enseignant la psychologie n'accepte aucune rémunération de la part d'une personne qui a droit à ses services au titre de sa fonction universitaire. Il n'exige pas des étudiants qu'ils suivent des formations extra universitaires payantes ou non, pour l'obtention de leur diplôme. Il ne tient pas les étudiants pour des patients ou des clients. Il n'exige pas leur participation gratuite ou non, à ses autres activités, lorsqu'elles ne font pas explicitement partie du programme de formation dans lequel sont engagés les étudiants.

Article 35 – La validation des connaissances acquises au cours de la formation initiale se fait selon des modalités officielles. Elle porte sur des disciplines enseignées à l'Université, sur les capacités critiques et d'auto-évaluation des candidats, et elle requiert la référence aux exigences éthiques et aux règles déontologiques des psychologues.



Bibliographie ¹ des sections évaluatives

Références bibliographiques de la section des outils évaluatifs du psychologue travaillant en maternité (Chap. 1)

- Site de la société canadienne de pédiatrie : www.cps.ca : liens vers comité d'étude du fœtus et du nouveau-né de la Société canadienne de pédiatrie et du comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, du comité de la pharmacologie, de la section de l'anesthésiologie et de la section de la chirurgie.
- AMERICAN ACADEMY OF PAEDIATRICS (2000). « La prévention et la prise en charge de la douleur et du stress chez le nouveau-né » : un énoncé conjoint du comité d'étude du fœtus et du nouveau-né de la Société canadienne de pédiatrie et du comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, du comité de la pharmacologie, de la section de l'anesthésiologie et de la section de la chirurgie, *Paediatrics & Child Health*, 5 (1), p. 39-47.
- BRAZELTON T.B. (1973). « Neonatal behavioral assessment scale », *Clinics in Development Medicine*, London, Heinemann, n° 50.
- BRAZELTON T.B., CRAMER B.G. (1991). *Les Premiers Liens : l'attachement parents/bébé vu par un pédiatre et par un psychiatre*, Paris, Stock/Calmann-Lévy.
- GUEDENEY A., FERMANIAN J., GUELFY J.-D. *et al.* (1995). « Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh Post-Natal Depression Scale sur une population parisienne », *Devenir*, 7, n° 2, p. 69-90.
- GREENSPAN S.I., LIEBERMAN A. (1980). « Infants, Mothers and their Interactions. A quantitative clinical approach to developmental assessment », in GREENSPAN S.I., POLOCK G.H. (éd.) *The Course of Life*, Washington, Government Printing Office, vol. 1, p. 271-310.
- LEBOVICI S. (dir.) (1983). *Les Interactions précoces*, Paris, Le Centurion.
- LECUYER R. et coll. (2004). *Le Développement du nourrisson*, Paris, Dunod.

1. Par Silvia Sbedico Miquel

- MORO M.-R. (1999). « Les méthodes cliniques », in GHIGLIONE R., RICHARD J.-F. (dir.), *Cours de psychologie*, t. II : Bases, méthodes et épistémologie, Paris, Dunod, p. 457-507.
- STERN D. (1985). *Le Monde interpersonnel du nourrisson*, trad. fr. Paris, PUF, 1989.
- STERN D., BRUSCHWEILER-STERN N. (1997, 1998). *La Naissance d'une mère*, Paris, Éditions Calmann-Lévy, 1997 ; Éditions Odile Jacob, 1998.

Références bibliographiques de la section des outils évaluatifs de la douleur (Chap. 1)

- ANAES, ANDEM (2002). *Évaluation de la douleur chronique chez l'adulte en suivi médical ambulatoire*.
- Site Internet de la faculté de médecine, ULP, Strasbourg, France : www-ulpmed.u-strasbg.fr
- Site Medline : www.chu-rouen.fr/documed/medline.html
- BOUREAU F. *et al.* (1984). « Évaluation de la sévérité d'une douleur », in *Pratique du traitement de la douleur*, Doin, Paris, 1988
- BOUREAU F., LUU M., DOUBRERE J.-F., GAY C. (1984). « Élaboration d'un auto-questionnaire d'évaluation de la douleur par liste de qualitatifs », *Thérapie*, p. 119-129.
- BOUVARD M., COTTRAUX J. (1996). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, 3^e éd., Paris, Masson.
- CARBAJAL R., PAUPE A., HOENN E., LENCLEN R., OLIVIER MARTIN M. (1997). « DAN : une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né », *Archives pédiatrie* 4 (7), p. 623-628.
- DEBILLON T. *et al.* (1994). « Sémiologie de la douleur chez le prématuré », *Archives pédiatriques*, 1, 1994, 1, p. 1085-1092.
- Enfance* (2006). *La Douleur de l'enfant*, n° thématique coordonné par M. Zabalia n° 1.
- MC GRATH P.J. *et coll.* (1985). « The CHEOPS : a behavioural scale to measure postoperative pain in children », in *Fields et al., Advances in Pain Research and Therapy*, N.Y., Raven Press, p. 395-402.
- TAJFEL P., DRUAIS P. (2003). « Autour de la douleur de l'enfant », centre hospitalier de Versailles, unité d'évaluation et de traitement de la douleur, in *UMVF*, université virtuelle Paris V.

Références bibliographiques de la section des outils évaluatifs du psychologue travaillant en crèche (Chap. 2)

- HAS (2005). *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires*, rapport de synthèse, argumentaire, sept. <http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *DSM-IV-R*, Paris, Masson.
- BRAZELTON T.B., CRAMER B.G. (1991). *Les Premiers Liens : l'attachement parents/bébé vu par un pédiatre et par un psychiatre*, Paris, Stock/Calmann-Lévy.
- CLASSIFICATION DIAGNOSTIQUE 0-3 (1998). *Devenir*, 10, 2, Paris, Genève, Médecine et Hygiène et Eshel.
- CORDEIRO M.-J., CALDEIRA P. (1998). « La classification diagnostique des troubles de la santé mentale du nourrisson. Une expérience clinique », *Devenir*, 10, 1, p. 51-64.
- Devenir* (1998), « Autour de la classification diagnostique 0-3. Réflexions et applications », n° spécial, 10,1, M.-J. CORDEIRO (éd.), Paris-Genève, Médecine et Hygiène et Eshel.
- NATIONAL CENTER FOR INFANT CLINICAL PROGRAMS (1994). *Diagnostic classification zero to three. (NCCIP)*, VA, Arlington.
- Dialogue* (1995). *Penser le bébé. Le temps de l'observation*, n° 128.
- FENICHEL E. (1999). « Diagnostic Classification 0:3. Development and history », *International workshop on « Zero to three »*, Pise, 29-30 janvier 1999.
- GUEDENEY A. (1999). « La classification diagnostique 0-3 », www.carnet.psy.com/archives/dossiers/items/0to3
- JOSSE D. (1997). *Le Brunet-Lézine révisé*, Issy-les-Moulineaux, CPA.
- HAAG M. (dir.) (2003). *Esther Bick, témoignages vivants de l'observation du couple mère-nourrisson. À propos et à partir de l'œuvre et de la personne d'Esther Bick (1)*, vol. I., ouvrage auto-édité, Commandes auprès du Dr Haag, 18, rue Émile Duclaux, 75015 Paris.
- TOURRETTE C. (2001). *L'Évaluation psychologique des très jeunes enfants au développement normal et atypique (0-6 ans)*, Paris, Dunod.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1988). *International classification of Diseases (ICD-10)*, 10^e éd., Genève.

Références bibliographiques de la section des outils évaluatifs du psychologue travaillant à la PMI et à l'ASE (Chap. 3)

- HAS (2005). *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires*, rapport de synthèse, argumentaire, sept., <http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf>
- HAS (2005). *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires*, rapport de synthèse, argumentaire, sept., <http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf>
- ALFÖLDI F. (2002). *Évaluer en protection de l'enfance. Théorie et méthode*, Paris, Dunod.
- BERNAUD J.-L. (1998). *Les Méthodes d'évaluation de la personnalité*, Paris, Dunod.
- BOURGES S. (1984). *Approche génétique et psychanalytique de l'enfant*, t. I, Neuchâtel Paris, Delachaux et Niestlé.
- BOUVARD M., COTTRAUX J. (1996). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, 3^e éd., Paris, Masson.
- CHABERT C. ET BRELET-FOULARD F. (2003). *Nouveau Manuel du TAT*, Paris, Dunod.
- JEHEL L., DAYAN J. (2003). « Quels sont les outils de repérage permettant d'évaluer la gravité du traumatisme lié à une maltraitance sexuelle ? », in *Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir*, conférence de consensus, Paris, Fédération française de psychiatrie et ANAES, novembre, in <http://psydocfr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confvictime/experthtml/dayjeh.html>
- EMMANUELLI M. (2004). *L'Examen psychologique en clinique. Situations, méthodes et étude de cas*, Paris, Dunod.
- GUEDENEY A., VERMILLARD M. (juin 2004). « L'échelle ADBB : intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant », *Médecine & enfance*, vol. 24, n° 6, p. 367-371.
- GUEDENEY A., DOLEANS C., HUOT-MARCHAND M.-C. (2003). « Le dépistage du retrait relationnel précoce en PMI », *Archives françaises pédiatriques*, 10, p. 131-133.
- GUEDENEY A., FERMANIAN J. (2001). « A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy : the alarm distress baby scale », *Inf. Ment. Health J.*, 5, p. 559-575.

- GABEL M. et coll. (1992, 1998). *Les Enfants victimes d'abus sexuels*, Paris, PUF, 3^e éd.
- GUELFY J.-D. (1996). *L'Évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, t. I, *Psychopathologie générale : dépression, anxiété et anxio-dépression*, Boulogne, Éditions médicales P. Fabre.
- GUILLEVIC CH., VAUTIER S. (1998). *Diagnostic et tests psychologiques*, Paris, Nathan.
- HARDY-BAYLE M.-C. (1998). *Le Diagnostic en psychiatrie*, Paris, Nathan.
- MONTREUIL M. (2001). « Techniques d'évaluation », *Cours de DESS*, IED-Université de Paris-VIII, Saint-Denis.
- PARIENTE P., GUELFY J.-D. (1990). « Inventaires d'auto-évaluation de la psychopathologie chez l'adulte. 1^{re} partie : inventaires multidirectionnels », *Psychiat. Psychobiol.*, 5, p. 49-63.
- PICHOT P. (1971). *Les Tests mentaux*, Paris, PUF.
- SHENTOUB V. et al. (1990). *Manuel d'utilisation du TAT*, Paris, Dunod.

Références bibliographiques de la section des outils évaluatifs du psychologue travaillant au CMP (Chap. 5)

- HAS (2005). *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires*, rapport de synthèse, argumentaire, sept., <http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf>
- HAS (2005). *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires*, rapport de synthèse, argumentaire, sept., <http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2004). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé*, Paris, Masson, p. 38-41.
- ARBISIO C. (2003). *Le Bilan psychologique avec l'enfant. Approche clinique du WISC-III*, Paris, Dunod.
- BARTHÉLEMY C., LELORD G. (1991). *Les Échelles d'évaluation clinique en psychiatrie de l'enfant*, Paris, Expansion scientifique française.
- BERNAUD J.-L. (2000). *Tests et théories de l'intelligence*, Paris, Dunod.
- BOURGES S. (1984). *Approche génétique et psychanalytique de l'enfant*, t. I, Neuchâtel, Paris, Delachaux et Niestlé.

- BOUVARD M., COTTRAUX J. (1996, 2002). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*, Paris, Masson.
- CHABERT C., BRELET-FOULARD F. (2003). *Nouveau Manuel du TAT*, Paris, Dunod.
- DEBRAY R. (2000). *L'Examen psychologique de l'enfant à la période de latence (6-12 ans)*, Paris, Dunod.
- EMMANUELLI M., AZOULAY A. (2001). *Les Épreuves projectives à l'adolescence*, Paris, Dunod.
- EMMANUELLI M. (2004). *L'Examen psychologique en clinique. Situations, méthodes et étude de cas*, Paris, Dunod
- GARDEY A.-M., BOUCHERAT-HUE V., JUMEL B. (2003). *Pratiques cliniques de l'évaluation intellectuelle. Études de cas*, Paris, Dunod.
- GUEIFI J.-D., GAILLAC V., DARDENNES R. (1995). *Psychopathologie quantitative*, Paris, Masson.
- HEYMAN I., FOMBONNE E., SIMMONS H., FORD T., MELTZER H., GOODMAN R. (2001). « Prevalence of obsessive compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health », *Br. J. Psychiatry*, 179, p. 324-329.
- KLINE R.B. *et al.* (1996). « Lessons from the Kaufman assesment battery for children (K-ABC) : toward a new cognitive assesment model », *Psychological Assesment*, vol. 8, n° 11, p. 7-17.
- La Nouvelle revue de l'AIS, Adaptation et intégration scolaires, L'école pour tous, Évaluation, modes d'emploi*, dossier, n° 32, janvier 2006, Suresnes, Éditions du CNEFEI.
- PETOT D. (2005). *L'Évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*, Paris, Dunod, p. 247-248.
- PICHOT P. (1971). *Les Tests mentaux*, Paris, PUF.
- SWANSON H.L. (1992). « Generality and modifiability of working memory among skilled and less skilled readers », *Journal of Educational Psychology*, 84, p. 473-488.
- SWANSON H.L. (1994). « The role of working memory and dynamic assessment in the classification of children with learning disabilities », *Learning Disabilities Research & Practice*, 9 (4), p. 190-202.
- SWANSON H.L. (1995a). « Using the cognitive processing test to assess ability : Development of a dynamic assessment measure », *School Psychology Review*, 24, p. 672-693.
- SWANSON H.L. (1995b). « Effects of dynamic testing on the classification of learning disabilities : The predictive and discriminant validity of the Swanson-Cognitive Processing Test », *Journal of Psychoeducational Assessment*, 13 (3), p. 204-229.

- SWANSON H.L. (1995c). *Swanson-Cognitive Processing Test (S-CPT)*, Austin, TX, Pro-Ed.
- SWANSON H.L. (1995d). « Using the Cognitive Processing Test to assess ability : Development of a dynamic measure », *School Psychology Review*, 24, p. 672-693.
- SWANSON H.L. (2000). « Swanson-Cognitive Processing Test : Review and applications », in LIDZ C.S., ELLIOTT J.G. (éd.). *Dynamic Assessment : Prevailing Models and Applications*, Amsterdam, JAI/Elsevier, p. 71-107.
- SWANSON H.L., HOWARD C.B. (2005). « Children with reading disabilities : Does dynamic assessment help in the classification ? », *Learning Disability Quarterly*, 28 (1), p. 17-34.
- SWANSON H.L., LUSSIER C.M. (2001). « A selective synthesis of the experimental literature on dynamic assessment », *Review of Educational Research*, 71 (2), p. 321-363.
- FEUERSTEIN R., RAND Y., HAYWOOD C., HOFFMAN M.B., JENSEN M.R. *et al.* (1985). *LPAD – Learning Potential Assessment Device Manual*, Jerusalem, HWCRI.
- FEUERSTEIN R., RAND Y., HOFFMAN M.B. (1979). *The Dynamic Assessment of Retarded Performers : Learning Potential Assessment Device, Theory, Instruments and Techniques*, Baltimore, University Part Press (nouvelle éd. révisée : FEUERSTEIN R. *et al.* (2003). *The Dynamic Assessment of Cognitive Modifiability*, Jerusalem, ICELP Press).

Références bibliographiques de la section des outils évaluatifs du psychologue travaillant auprès des enfants et adolescents handicapés (Chap. 6)

- HAS (2005). *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires*, rapport de synthèse, argumentaire, sept., <http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf>
- HAS (2005). *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires*, rapport de synthèse, argumentaire, sept., <http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf>
- Sites offrant une revue des divers handicaps :
- <http://www.alliance-maladies-rares.org/>
- <http://www.orpha.net/>
- <http://www.genethon.fr/php/index.php>

http://www.nature.ca/genome/03/d/10/03d_10_f.cfm

http://www.handroit.com/maison_handicap.htm

Site de recommandations canadien, adolescents handicapés et sexualité :
<http://www.cps.ca/francais/enonces/AM/ah06-01.htm>

KLINE R.B. *et al.* (1996). « Lessons from the Kaufman assesment battery for children (K-ABC) : toward a new cognitive assesment model », *Psychological Assesment*, vol. 8, n° 11, p. 7-17.

PAOUR J.-L. (1990). « Retard mental et aides cognitives », in Caverni J.-P., Bastien C., Mendelson P., Tiberghien G. (éd.). *Psychologie cognitive, modèles et méthodes*, Grenoble, PUG, p. 191-216.

SBEDICO MIQUEL S. « Sexualité féminine et handicap », communication au séminaire Féminité et Handicap, le 8 mars 2005, université de Namur, département de psychologie.

TOURRETTE C. (2001). *L'Évaluation psychologique des très jeunes enfants au développement normal et atypique (0-6 ans)*, Paris, Dunod.

Sexualité, adolescents et handicap : ressources pour les jeunes et leurs parents (Chap. 6)

KAUFMAN M. (1995). *Easy for You to Say*, Toronto, Key Porter Books.

Sites : Société canadienne de pédiatrie : www.cps.ca, www.soinsdenosenfants.cps.ca

Le réseau canadien de la santé : www.reseau-canadien-sante.ca

En ligne directe : www.enlignedirecte.org

The McCreary Centre Society ; Youth Health Resources : www.mcs.bc.ca/

Health Care Transitions : <http://hctransitions.ichp.edu/>

National Dissemination Center for Children with Disabilities :
www.nichcy.org

La Société de médecine pour les adolescents : www.adolescenthealth.org/

The Disability Resources Monthly Guide to Disability Resources on the Internet : www.disabilityresources.org/index.html

National Center for women with disabilities : www.4women.gov/wwd

Adolescent Health Transition Project : <http://depts.washington.edu/healthtr/>

Healthy & Ready to Work National Center : www.hrtw.org

Institute for Child Health Policy : www.ichp.edu/

masexualite.ca, un site administré par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

SIECCAN – Conseil du Canada d'information et d'éducation sexuelles :
www.sieccan.org/

Références bibliographiques des outils évaluatifs de l'autisme (Chap. 6)

- ANAES/HAS (2005). *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic d'autisme*, promoteur : Pr. Ch. AUSSILLOUX, juin ; Site ANAES : <http://www.has-sante.fr/anaes/anaesparametage.nsf/HomePage?Read-Form>, rubrique publications, thème « Psychiatrie-Psychologie ».
- ARAPI (2003). *Autisme, cerveau et développement : de la recherche à la pratique*, colloque scientifique, Paris, Collège de France, 23-24 juin, <http://perso.orange.fr/arapi/0index.htm>
- INSERM (2001). « Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent », *Expertise collective de l'Inserm*, site Inserm : <http://www.inserm/>
- ADRIEN J.-L., LENOIR P., MARTINEAU J., PEROT A., HAMEURY L., LARMANDE C., SAUVAGE D. (1993). « Blind ratings of early symptoms of autism based upon family home movies », *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 33, p. 617-625.
- AMEISEN J.-C. POUR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE L'INSERM (2006). « Projet de réponse du Comité d'éthique de l'Inserm à une saisine de la Direction de la recherche clinique et thérapeutique de l'Inserm et de l'ARAPI (Association pour la recherche sur l'autisme et la prévention des inadaptations) : Avis concernant l'annonce de la commercialisation prochaine d'un test génétique de diagnostic précoce de l'autisme », in *INSERM Actualités*, n° 199, Éthique, <http://www.inserm-actualites.com/index.php>
- Autisme Europe (1992). *Charte pour les personnes autistes*, IV^e Congrès d'Autisme Europe.
- BAIRD G., CHARMAN T., BARON-COHEN S., COX A., SWETTENHAM J., WHEELWRIGHT S., DREW A. (2000). « A screening instrument for autism at 18 month of age : A six-year follow-up study », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, p. 694-702.
- BARON-COHEN S., ALLEN J., GILLBERG Ch. (1997). « L'autisme peut-il être détecté à l'âge de 18 mois ? », *L'Aiguille, la Meule de foin et le Chat, ANAE*, 11, 8, p. 33-37.

- BARTHÉLEMY C., LELORD G. (1991). *Les Échelles d'évaluation clinique en psychiatrie de l'enfant*, Paris, Expansion scientifique française.
- BOURGUIGNON O. (2001-2002). « Ethique et déontologie en psychologie clinique » ; Cours de DESS, IED, St Denis, Paris-VIII.
- CHAKRABARTI S., FOMBONNE E. (2001). « Pervasive developmental disorders in preschool children ». *Journal of the American Medical Association*, 285, p. 3093-3099.
- CHOSSY J.-F., MATTEI J.-F., BOISSEAU M.-T. (2003). *La Situation des personnes autistes en France, besoins et perspectives*, rapport remis au Premier ministre, septembre.
- CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE DGS/DHOS/3C/2005/124 du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED).
- CONSEIL DE L'EUROPE (2004). *Résolution Res. Chs*, adoptée par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe le 10 mars 2004, en réponse à la réclamation collective n° 13/2002 par Autisme-Europe contre la France.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1994, 4^e éd.) American Psychiatric Association, Washington DC.
- DSM-IV-TR* (2005). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, texte révisé, Paris, Masson.
- FERRARI P. (1999). *L'Autisme infantile*, Paris, PUF.
- INSERM Actualités (2006). *Dossier sur l'autisme*, n° 199, mai <http://www.inserm-actualites.com/index.php>
- JORDAN B. (2005). « Demandez le test de l'autisme ! », *Médecine et sciences*, n° 10, vol. 21, *Chroniques génomiques*, p. 886-887, oct., http://www.inserm-actualites.com/fileadmin/user_upload/199/fichiers/Jordan.autisme.pdf
- LOI n° 96-1076 du 11 décembre 1996, parue au JO n° 289 du 12 décembre 1996.
- LORD C. (1995). « Follow-up of two-year-olds referred for possible autism », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, p. 1365-1382.
- LOVAAS O.I. (1987). « Behavioural treatment and normal education and intellectual functioning in young autistic children », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 155, p. 3-9.
- MONTREUIL N., MAGEROTTE G. (1997). *Pratique de l'intervention individualisée*, Bruxelles, De Boeck Université.
- MOTTRON L. (2004). *L'Autisme : une autre intelligence. Diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle*, Sprimont (Belgique), Mardaga.

- NATIONAL RESEARCH COUNCIL (2001). *Educating Young Children with Autism*, Washington DC, National Academy Press.
- PRO-AID AUTISME (2006). *Autisme : 2006. Quels horizons ? Modèles étrangers, réalités françaises*, colloque international, Paris, Sénat, 31 mars-1^{er} avril.
- ROGE B. (2003). *Autisme, comprendre et agir*, Paris, Dunod.
- SBEDICO MIQUEL S., ARRU S. (1998). *Autisme et prise en charge éducative : un nouveau profil de psychologue*, mémoire de maîtrise de psychologie, J.-L. MENDOZA, A. SIÉYE (dir.), université de Nice Sophia-Antipolis.
- SPARROW S., BALLA D., CICHETTI D. (1984). *Vineland Adaptive Behaviour Scales* (éd. complétée), Circle Pines, MN, American Guidance Service.
- SCHOPLER E. (1997). « Naissance du programme TEACCH. Principes, mise en pratique et évaluation », in MISÉS R., GRAND P. (éd.), *Parents et professionnels devant l'autisme*, Paris, CTNERHI, p. 197-207.
- SCHOPLER E., LANSIG M., WATERS I. (1997). *Activités d'enseignement pour enfants autistes*, trad. fr., Paris, Masson, 2001.
- SCHOPLER E., REISCHLER R.J. (1979). *Individualised Assessment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children*, vol. I : *Psychoeducational Profile* (2^e éd.), Austin, TX, Pro-Ed. Trad. fr. (1994). *Profil psycho-éducatif (PEP-R)*, Bruxelles, De Boek Universités.
- SCHOPLER E., REISCHLER R.J., ROCHEN-RENNER B. (1988). *The Childhood Autism Rating Scale (CARS)*, Western Psychological Services. Adaptation française : *Échelle d'évaluation de l'autisme infantile*, Issy-les-Moulineaux, EAP, 1989.
- TOURRETTE C. (2001). *L'Évaluation psychologique des très jeunes enfants*, Paris, Dunod.
- VENTE A., LORD C., SCHOPLER E. (1992). « A follow-up study of high-functioning autistic children », *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 33, p. 489-507.

Les sites Internet consacrés à l'autisme

- AUTISME FRANCE (Association nationale : situation de l'autisme en France, évolution de la législation, structures existantes, liens utiles) :
<http://autisme.france.free.fr/>
- ARAPI (association pour la recherche sur l'autisme et la prévention des inadaptations)
<http://www.arapi-autisme.org/>
- EDI FORMATION :
<http://autismeformation.free.fr/>
- AUTISME DIFFUSION (documentation, publications, livres, liens actuels...) :
<http://www.autismediffusion.com/>

- ASPERWEB (site syndrome d'Asperger, liens vers des sites personnels de personnes Asperger) :
<http://perso.wanadoo.fr/asperweb/>
- AUTISME Europe :
<http://www.autismeurope.org/>

Références bibliographiques de la section des outils évaluatifs du psychologue scolaire (Chap. 7)

- Site : www.ecpa.fr
- ABADIE CHARUEL S. (2003). *Pour une psychologie scolaire appliquée aux enfants tsiganes : études des modes de raisonnement de l'enfant tsigane, étude des pratiques éducatives des mères tsiganes*, mémoire de DESS, Mesmin C. et Honikman J. (dir.), Saint-Denis, IED-Université Paris-VIII.
- ACHENBACH T.M. (1991). *Manual for the Child Behaviour Checklist and 1991 Child Behaviour Profile*, Burlington V.T., University of Vermont, Dept. of Psychiatry.
- COOPERSMITH S. (1967). *The Antecedents of Self-Esteem*, San Francisco, Freeman.
- COOPERSMITH S. (1975). *Coopersmith Self-Esteem Inventory Technical Manual*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.
- COOPERSMITH S. (1981). *SEI (Self-Esteem Inventories)*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.
- COOPERSMITH S. (1984). *Inventaire d'estime de soi de S. Coopersmith (SEI). Manuel*, Paris, Éditions du Centre de psychologie appliquée.
- DE PURY S. (1998). *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*, Paris, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond ».
- ECPA (2003). *Manuel d'utilisation de la NEPSY*, adaptation française, Paris, ECPA.
- FOMBONNE E. (1992). « Parents reports on behaviour and competencies among 6-11 year old French children », *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1, p. 233-243.
- FOMBONNE E. (1994). « The Chartres study : Prevalence of psychiatric disorders among French school aged children », *Br. J. Psychiatry*, 164, p. 69-79.
- KLINE R.B. et al. (1996). « Lessons from the Kaufman assesment battery for children (K-ABC) : toward a new cognitive assesment model », *Psychological Assesment*, vol. 8, n° 11, p. 7-17.

- PAOUR J.-L. (1990). « Retard mental et aides cognitives », in Caverni J.-P., Bastien C., Mendelson P., Tiberghien G. (éd.), *Psychologie cognitive, modèles et méthodes*, Grenoble, PUG, p. 191-216.
- REYNOLDS C.R., RICHMOND B.O. (1979). « What I Think and Feel : a revised measure of Children's Manifest Anxiety », *J. Abnorm. Child. Psychol.*, fév., 25 (1), p. 15-20.
- SBEDICO MIQUEL S. (2003). *La Psychologie humanitaire confrontée à l'accueil des migrants : une rencontre chimérique ? (Médecins du Monde, Nice)*, mémoire de DESS, T. Nathan et V. Rolle-Romana (dir.), Ethnopsychiatrie, IED-université Paris-VIII, non publié.
- SPIELBERGER C.D. (1973). *Manual for the State Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C)*, Palo Alto (CA), Consulting Psychologists Press.
- TURGEON L., CHARTRAND E. (2003). « Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian sample », *Psychological Assessment*, 15 (3), p. 378-383.
- PICHOT P. (1971). *Les Tests mentaux*, Paris, PUF.

Références bibliographiques de la section des outils évaluatifs du psychologue travaillant auprès des enfants de migrants (Chap. 8)

Sites internet

- Comision Nacional por el Derecho a la Identidad (CONADI, Commission nationale pour le droit à l'identité, Argentine) : <http://www.conadi.jus.gov.ar>
- <http://www.ethnopsychiatrie.net>
- <http://www.medecinsdumonde.org>
- http://www.minkowska.com/article.php3?id_article=50

Ouvrages

- ABADIE CHARUEL S. (2003). *Pour une psychologie scolaire appliquée aux enfants tsiganes : études des modes de raisonnement de l'enfant tzigane, étude des pratiques éducatives des mères tsiganes*, mémoire de DESS, MESMIN C. et HONIKMAN J. (dir.), IED-université Paris-VIII.
- AEPU, ANOP, SFP (1996). *Code de déontologie des psychologues*, France, 22 mars.

- AMNESTY INTERNATIONAL, COMMISSION MÉDICALE, MARANGE V. (1989). *Médecins tortionnaires, médecins résistants. Les professionnels de la santé face aux violations des droits de l'homme*, Paris, La Découverte/Documents.
- COLLECTIF (1977). *Culture Immigrée. Intégration ou résistance : des immigrés parlent de leurs tentatives d'expression culturelle, Autrement*, n° 11, Paris.
- BARRETT R. (1998). *La Traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*, Paris, Synthélabo.
- BARROIS C. (1988). *Les Névroses traumatiques*, Paris, Dunod.
- BEAUCHESNE H., ESPOSITO J. (1981). *Enfants de migrants*, Paris, PUF.
- BENASAYAG M. (1982). *Malgré tout. Contes à voix basse des prisons argentines*, Paris, Maspéro.
- BENASAYAG M. (1983). *Transferts. Argentine, écrits de prison et d'exil*, Paris, La Découverte.
- BENASAYAG M. (1986). *Utopie et Liberté, les droits de l'homme : une idéologie ?*, Paris, La Découverte.
- BOURGUIGNON O. (2001-2002). *Éthique et déontologie en psychologie clinique*, cours de DESS, Saint-Denis, IED-Université-VIII.
- CARRASCO A. (1993). *Le Blue-jean des exilés*, Paris, L'École des loisirs.
- CAUSSE R. (1994). *Les Enfants d'Izieu*, Paris, Le Seuil.
- CHABERT C., BRELET-FOULARD F. (2003). *Nouveau Manuel du TAT*, Paris, Dunod.
- CYRULNIK B. (1997). *L'Ensorcellement du monde*, Paris, Odile Jacob.
- CYRULNIK B. (2001). *Les Vilains Petits Canards*, Paris, Odile Jacob.
- CYRULNIK B. (2003). *Le Murmure des fantômes*, Paris, Odile Jacob.
- DE AJURIAGUERRA J., MARCELLI D. (1982). *Psychopathologie de l'enfant*, Paris, Masson, 2^e éd. 1984.
- DE MIJOLLA A. (1981). *Les Visiteurs du moi. Fantômes d'identification*, Paris, Les Belles Lettres.
- DE PURY S. (1998). *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*, Paris, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond ».
- DEVEREUX G. (1970). *Essai d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard.
- FERENCZI S. (1982). « Confusion de la langue entre l'adulte et l'enfant » (1933), in *Œuvres complètes*. t. IV, Paris, Payot, p. 131-132.
- GOMEZ-MANGO E. (1987). « La parole menacée », *Revue française de psychanalyse*, n° 3, mai-juin, p. 855-914.
- GOMEZ-MANGO E. (1991). « Le migrant et ses temps », *Cahiers Minkowska*, n° 1, *Le Migrant en devenir*, déc.

- GOMEZ-MANGO E. (1982). *Le Migrant et ses signes*, Paris, ESF, coll. « Culture et psychothérapie ».
- GOMEZ-MANGO E. (1988). « La terreur et l'identification », *Pathologie*, n° 11, Paris, Éd. de L'Éclat, oct.
- GRINBERG L., GRINBERG R. (1986). *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*, trad. espagnole par M. NDAYE BA, Lyon, Césura Lyon Édition (CLE).
- HEMMENDINGER J. (1984). « Préface » d'É. Wiesel, in *Les Enfants de Buchenwald*, Lausanne, Éd. Favre.
- HONIKMAN J. (2001). *Ethnopsychiatrie sous ordonnance judiciaire*, mémoire de DEA de Psychologie clinique et pathologique, Nathan T. (dir.), université de Paris-VIII.
- KROGH Y., MONTGOMERY E. (1993). « Conceptualising anxiety in torture survivors. An investigation of children of torture survivors », in *Torture. Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, supplément n° 1, p. 22 à 24.
- LACAN J. (1938). « La famille : chapitre I. Le complexe, facteur concret de la psychologie familiale », *Encyclopédie française*, VIII, 840-3, 842-8, Paris.
- LEVI P. (1958, 1976). *Se questo é un uomo*. Turin, trad. fr. *Si c'est un homme*, Paris, Julliard, 1987.
- MARCELLI D., BRACONNIER A. (1983, 1987, 1992). *Psychopathologie de l'adolescent*, Paris, Masson, 3^e éd.
- NATHAN T. (2002). *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Paris, Synthélabo, coll. « Les empêcheurs de tourner en rond ».
- NATHAN T. (2001-2002). *Ethnopsychiatrie et pathologie de la migration*, cours de DESS, Saint-Denis IED-Paris-VIII.
- NATHAN T. (1993)... *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était*, Grenoble, La Pensée sauvage.
- ONDONGH-ESSALT E. (2002). *L'Enfant et la demande d'asile*, Paris, COMEDE.
- GUELFU J.D. et al. (2004). *Traductions et commentaires des échelles d'évaluation des mécanismes de défense de J. Perry*, Paris, Masson, coll. « Pratiques en psychothérapie ».
- SBEDICO MIQUEL S. (2003). *La Psychologie humanitaire confrontée à l'accueil des migrants : une rencontre chimérique ? (Médecins du Monde, Nice)*, mémoire de DESS, NATHAN T., ROLLE-ROMANA V. (dir.), Ethnopsychiatrie, IED-Université Paris-VIII.
- SEMPRUN J. (1994). *L'Écriture ou la vie*, Paris, Gallimard.
- SHENTOUB V. et al. (1990). *Manuel d'utilisation du TAT*, Paris, Dunod.
- SIRONI F. (1999). *Bourreaux et Victimes. Psychologie de la torture*, Paris, Odile Jacob.

- SIRONI F. (2000). « La réhabilitation des anciens combattants des sales guerres et/ou des guerres perdues », exposé dans le cadre d'un séminaire sur le thème « Comment composer un monde commun ou les nécessités de la vengeance comme opérateur de paix ? », au centre G. Devereux ; 10 mai, cf. site du centre.
- SIRONI F. (2001). « Les enfants victimes de torture et leurs bourreaux », site du centre, conférence Dinan.
- SIRONI F. (2001). « Comment devient-on un bourreau ? Les mécanismes de destruction de l'autre », conférence prononcée au Collège de France le 31 janvier 2001, <http://www.csst-queca.com/bourreau.html>
- SIRONI F. (2001). « Collusion entre médecins et tortures : un fantasme ? », in *Formation des bourreaux, Le généraliste*, www.csst-queca.com/bourreau.html, mai.
- SPITZ R. (1965). *De la naissance à la parole*, trad. fr. (1968), PUF, 7^e éd. (1984).
- VASQUEZ A., APFELBAUM E. (juil.-sept. 1983). « Les réalités changeantes de l'identité », in *L'Identité déchirée, Revue Peuples méditerranéens*, n° 24, Paris.
- VASQUEZ A., VASQUEZ C. (1985). *Sebasto's Angels*, Paris, La Découverte.
- VIÑAR M. (1989). *Exil et Torture*, Paris, Denoël.
- WINNICOTT D.W. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. fr., Paris, Payot, 1971.
- WINNICOTT D.W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975.
- WINNICOTT D.W. (1974). « Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self », in *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, p. 115-132.
- ZAJDE N. (1998). « Le traumatisme », in NATHAN T., BLANCHET A., IONESCU S., ZAJDE N., *Psychothérapies*, Paris, Odile Jacob, p. 225-279.

Films

- BECHIS M. (1999). *Garage Olimpo*, Classic S.R.L./Paradis Films/Nisarga, Italie/Argentine/France.
- BENASAYAG M. (1999). *Éducation entre menace et désir*, Production ANTHEA, coll. « Parole donnée », Draguignan.
- LUGONES R., BROSSET D. (2003). *Pérou, stérilisations forcées*, documentaire, ARTE/GEEI, France.
- PANH R. (2003). *S21, la machine de mort khmère rouge*, documentaire, ARTE, France/Cambodge.

Références bibliographiques des outils évaluatifs de l'ESPT Enfants (Chap. 8)

<http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/ptsd/tscc.html>

<http://www.childtrauma.com/mezpost.html#cptsdi>

BRIÈRE J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) Professional Manual*, Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.

BRIÈRE J., JOHNSON K., BISSADA A., DAMON L., CROUCH J., GIL E., HANSON R., ERNST V. (2001). « The trauma symptom checklist for young Children (TSCYC) : Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study ». *Child Abuse & Neglect*, 25, p. 1001-1014.

DAVISS W.B., MOONEY D., RACUSIN R., FORD J.D., FLEISCHER A., MCHUGO G. (2000). « Predicting post-traumatic stress after hospitalization for pediatric injury », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, p. 576-583.

FERNANDEZ L., AULAGNIER M., BONNET A., GUINARD A., PEDINIELLI J.-L., PRÉAU M. (2005). « Démarches épidémiologiques après une catastrophe », in http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epidemiologie_catastrophes/module6.pdf

FOA E.B., JOHNSON K.M., FEENY N.C., TREADWELL K.R. (2001). « The Child PTSD Symptom Scale : A preliminary examination of its psychometric properties », *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, p. 376-384.

FORD J.D., RACUSIN R., ELLIS C., DAVISS W.B., REISER J., FLEISCHER A., THOMAS J. (2000). « Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with Oppositional Defiant and Attention Deficit Hyperactivity disorders », *Child Maltreatment*, 5, p. 205-217.

GREENWALD R., RUBIN A., JURKOVIC G.J., WIEDEMANN J., RUSSELL A.M., O'CONNOR M.B., SARAC T., MORRELL T.R., WEISHAAR D. (2002). *Psychometrics of the CROPS & PROPS in Multiple Cultures/Translations*, poster session présenté à la rencontre annuelle de l'International Society for Traumatic Stress Studies, Baltimore, nov.

HOROWITZ M., WILNER N., ALVAREZ W. (1979). « Impact of Events Scale : A measure of subjective stress », *Psychological Medicine*, 41, p. 209-218.

JOUVIN E., CYR M., THÉRIAULT C., WRIGHT J. (2002). « Validation de la traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children », 70^e congrès de l'ACFAS (CA). <http://www.acfas.ca/congres/congres70/S777.htm>

- KENDALL-TACKETT K.A., WILLIAMS L.M., FINKELHOR D. (1993). « Impact of sexual abuse on children : A review and synthesis of recent empirical studies », *Psychological Bulletin*, 113, p. 164-180.
- NADER K. (1996). « Assessing trauma in children », in WILSON J., KEANE T.M., *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, New York, Guilford.
- NADER K., PYNOOS R., FAIRBANKS L., FREDERICK C. (1990). « Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school », *Am. J. Psychiat.*, 147 (11), p. 1526-1530.
- NADER K., PYNOOS R., FAIRBANKS L. *et al.* (1993). « A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis », *Br. J. Clin. Psychol.*, 32, p. 407-416.
- NEWMAN E. (1992). « Assessment of PTSD and trauma exposure in adolescents », *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 6, p. 59-77.
- PYNOOS R., FREDERICK C., NADER K., *et al.* (1987). « Life threat and post-traumatic stress in school-age children », *Arch. Gen. Psychiat.*, 44, p. 1057-1063.
- SAIGH P.A. (2004). *Children's PTSD Inventory [Manual]*, San Antonio, TX, PsychCorp.
- SMITH P., PERRIN S., DYREGROV A., YULE W. (2003). « Principal components analysis of the impact of event scale with children at war », *Personality and Individual Differences*, 34, p. 315-322.
- SPIELBERGER C.D. (1996). *State-Trait Anger Expression Inventory : Professional Manual*, Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.

Références bibliographiques de la section des outils évaluatifs du psychologue travaillant en addictologie (Chap. 9)

- Site ANAES/HAS : www.anaes.fr
- ANAES/HAS (1998). « Arrêt de la consommation de tabac » *Conférence de consensus, recommandations professionnelles*, site Internet HAS, octobre.
- ANAES (2001). « Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo-dépendant après un sevrage », *Texte des recommandations*, Paris, mars.
- BOHN M.J., BABOR T.F., KRANZLER H.R. (1995). « AUDIT : validation of a screening instrument for use in medical settings », *Journal of Studies on Alcohol*, 56, p. 423-432.

- BABOR T. *et al.* (2000). « AUDIT, a screening procedure to identify persons whose alcohol consumption has become hazardous or harmful to their health », *World Health Organization, Management of Substance Dependence*, Dr Maristela Monteiro, CH-1211, Geneva 27, Suisse.
- CHABERT C., BRELET-FOULARD F. (2003). *Nouveau Manuel du TAT*, Paris, Dunod.
- COOPERSMITH S. (1967). *The Antecedents of Self-Esteem*, San Francisco, Freeman.
- COOPERSMITH S. (1975). *Coopersmith Self-Esteem Inventory Technical Manual*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.
- COOPERSMITH S. (1981). *SEI (Self-Esteem Inventories)*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.
- COOPERSMITH S. (1984). *Inventaire d'estime de soi de S. Coopersmith (SEI) Manuel*, Paris, Éditions du Centre de psychologie appliquée.
- DISE-LEWIS J.E. (1988). « The Life Events and Coping Inventory : An Assessment on Stress in Children », *Psychosomatic Medicine*, 50, p. 484-489.
- GAVIN D., ROSS H., SKINNER H. (1989). « Diagnostic validity of the drug abuse screening test in the assessment of DSM-III drug disorders », *Brit. Journal Addiction*, 84, p. 301-307.
- SHENTOUB V. *et al.* (1990). *Manuel d'utilisation du TAT*, Paris, Dunod.
- SKINNER H. (1982). « The Drug Abuse Screening Test », *Addict. Behav.*, 7, 4, p. 363-371.

Références bibliographiques de la section des outils évaluatifs du psychologue travaillant en prévention du suicide (Chap. 10)

- ANAES (1998). *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*, service recommandations professionnelles, nov.
http://www.has-sante.fr/anaes/Publications.nsf/wEdition/RA_ASSI-57JEH7
- ANAES et FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE (2000). *La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, 4^e conférence de consensus, 19 et 20 octobre, amphithéâtre Charcot, hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris.
<http://www.has-sante.fr/anaes/Publications.nsf/>
- HAS (2005). *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires*, rapport de synthèse, argumantaire, sept., <http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf>

- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2005). *La Souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. <http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/ouvrage?clef=55&menu=090471>
- ALVIN P., MARCELLI D. (2000). *Les Tentatives de suicide. Médecine de l'adolescent*, Paris, Masson, coll. « Pour le praticien », 17, p. 113-122.
- ACHENBACH T.M. (1991). *Manual for the Child Behaviour Checklist and 1991 Child Behaviour Profile*, Burlington VT, University of Vermont, Dept. of Psychiatry.
- BECK A.T., STEER R.A., GARBIN M.G. (1988). « Psychometric properties of the Beck Depression Inventory : 25 years of evaluation », *Clin. Psychol. Rev.*, 8, 1, p. 77-100.
- BOURQUE P., BAUDETTE D. (1982). « Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones », *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14, 3, p. 211-218.
- BOUVARD M., COTTRAUX J. (1996, 1998, 2002). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Paris, Masson, 3^e éd.
- BOUVARD M. *et al.* (1992). « Étude de l'échelle de désespoir de Beck (HS), validation et analyse factorielle », *L'Encéphale*, 18, p. 237-240.
- DREES (2006). *Suicides et tentatives de suicide en France*, n° 488, mai.
- ECPA (1996). « Inventaire de dépression de Beck (2^e éd.) », in *Manuel du BDI-II*, Paris.
- FOMBONNE E. (1992). « Parents reports on behaviour and competencies among 6-11 year old French children », *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1, p. 233-243.
- FOMBONNE E. (1994). « The Chartres study : Prevalence of psychiatric disorders among French school aged children », *Br. J. Psychiatry*, 164, p. 69-79.
- JEHEL L., DAYAN J. (2003). « Quels sont les outils de repérage permettant d'évaluer la gravité du traumatisme lié à une maltraitance sexuelle ? », in *Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir*, conférence de consensus Paris, nov., Fédération française de psychiatrie et ANAES in <http://psydocfr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confvictime/experthtml/dayjeh.html>
- KAPLAN M.J., KLINETOB N.A. (2000). « Childhood emotional trauma and chronic posttraumatic stress disorder in adult outpatients with treatment-resistant depression », *J. Nerv. Ment. Dis.*, 188 (9), p. 596-601.
- KOVACS M. (1985). « The children depression inventory », *Psycho. Pharmacol. Bull.*, 21, p. 995-998.
- LADAME F. *et coll.* (1999). « Tentatives de suicide à l'adolescence », *Encycl. méd. chir. psychiatrie*, 37-216-H-10.

- LEBLANC J.-C., ALMUDEVAR A., BROOKS S.J., KUTCHER S. (2002). « Screening for adolescent depression : comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck depression inventory », *J. Child. Adol. Psychop.*, 12 (2), p. 113-126.
- LECRUBIER Y., SHEEHAN D., WEILLER E. *et al.* (1997). « The mini-international neuropsychiatric interview (MINI). A short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI », *Eur. psychiat.*, 12 (5), p. 224-231.
- MALKA J., DUVERGER P. (2003). « Risque et conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent. Identification et prise en charge », *Cours, service de pédopsychiatrie du CHU d'Angers*.
- MOOR L., MACK C. (1982). « Version française d'échelles d'évaluation de la dépression », in *Échelles de Birleson et de Ponanski, Neuropsychiatrie enfance-adolescence*, 30, p. 623-626.
- PETOT D. (2005). *L'Évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*, Paris, Dunod.
- RAYNAUD J.-P. et coll. (2001). « Suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent », *Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Ferrari P. (dir.), Médecine-Sciences, Paris, Flammarion, 31, p. 310-313.
- RORSCHACH H. (1921, 1987). *Psychodiagnostic*, Paris, PUF.
- SHEEHAN D., LECRUBIER Y., SHENAN K.H. *et al.* (1989). « The mini-international neuropsychiatric interview (MINI) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 », *J. Clin. Psychiat.*, 59 (20), p. 22-33.
- TURGEON L., CHARTRAND E. (2003). « Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian sample », *Psychological Assessment*, 15 (3), p. 378-83.



Index des notions

A

- AAH (Allocation d'Adulte handicapé) 196
- abus sexuels 275
- accordage affectif 88
- accouchement sous X 45
- accueil 85, 124, 217
- ACEPP (Association des collectifs enfants-parents-professionnels) 91
- acquisition de la notion de mort 572
- acting out 76
- actions 387
- actions de formation 391
- activités intra- et extra-hospitalières 217
- adaptation scolaire 384
- addiction 458
- addictologie 488
- adolescents 461
- AEAD (action éducative administrative) 156, 161
- AEMO (action éducative en milieu ouvert) 156, 275, 600
- AEP (action éducative préventive) 156, 161
- AEPU (Association des enseignants en psychologie des universités) 13
- affiliation 418, 420
- AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) 322
- aide sociale à l'enfance (ASE) 390
- AIRHM 358
- allocation d'adulte handicapé (AAH) 321
- altérité 462
- amendement Creton 299
- AMI (Association pour la médiation interculturelle) 449
- AMP (assistance médicale à la procréation) 40
- ANAES 49, 561
- analyse de la pratique 10
- anamnèse 239
- ANAPsy 187
- ancestralité 417
- ANECAMSP 358
- angoisse 105
- angoisse de séparation 402
- annonce du handicap 330
- anomalies du comportement sexuel 179
- anonymat 125
- ANOP (Association nationale des organisations des psychologues) 12
- ANPASE 187
- antécédents 12
- anthropologie clinique 465
- APEI (Association de parents d'enfants inadaptés) 312
- apprentissage de la lecture 404
- apprentissages 384
- approche contextuelle 604
- approche hypnotique 529
- arrêté du 16 janvier 1991 383
- article L. 4151-1 du Code de la santé publique 34
- assistance médicale à la procréation (AMP) 31

Association française des psychologues cliniciens 253
 atelier protégé (AP) 321
 atonie psychomotrice 247
 attachement 526
 atteintes sexuelles 267
 attention conjointe 111
 auto-évaluation des problèmes sexuels féminins 46
 auto-évaluation des problèmes sexuels masculins 46
 autonomisation 589
 auxiliaire de puériculture 95
 auxiliaire référente 89
 auxiliaires de vie scolaire (AVS) 400

B

bilan psychologique « classique » 179
 bilan psychométrique 239
 burn-out 408

C

cadre 124, 397
 cadre de travail 8
 caisses d'allocation familiales (CAF) 92
 CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) 302
 CAPP (centres d'adaptation psychopédagogique) 306
 carences affectives 334
 carences dans l'environnement 109
 catégorie A de la fonction publique 221
 CDA (Commission des droits et de l'autonomie) 304
 CDES (commission départementale éducation spécialisée) 304
 cécité 334
 centre 399
 centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) 399
 centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) 218
 centre d'aide par le travail (CAT) 321

centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) 494
 centre de ressources autisme régionaux (CRA) 334
 centre de soins et de prévention en addictologie (CSPA) 494
 centre de thérapie familiale Monceau 501
 centre Didro 500
 centre médical Marmottan 494
 centre médico-psychologique (CMP) 390
 centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) 494
 certificat d'aptitude aux pratiques d'adaptation et d'intégration scolaire 387
 CIR (Commission inter-organisationnelle représentative) 13
 circulaire DGS/SD6C n° 2002-258 du 6 avril 2002 559
 circulaire DH/8D/85 du 24 mai 1985 37
 circulaire DH/8D/85 du 24 mai 1985 570
 circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2002/239 du 18 avril 2002 69
 circulaire du 10 avril 1990 386
 circulaire du 14 mars 1990 217
 circulaire du 15 juin 1999 502
 circulaire du 15 mars 1960 215
 circulaire du 28 avril 1995 489
 circulaire du 29 novembre 1985 297
 circulaire du 3 avril 1996 503
 circulaire du 3 mai 2002 34
 circulaire du 9 mai 1974 216
 circulaire du 9 mai 2002 386
 circulaire interministérielle n° 89-19 du 30 octobre 1989 297
 circulaire n° 96-31 du 19 janvier 1996 34
 circulaire n° 443 du 16 mars 1972 215
 circulaire n° 2002/239 du 18 avril 2002 297
 classification multiaxiale 113
 CLIS (classes d'intégration scolaire) 305
 clivage 341
 CMPP (centre médico-psychopédagogique) 218, 305, 390
 CNCDP (Commission nationale consultative de déontologie des psychologues) 13
 Code de déontologie des psychologues 12, 111

- Code de l'action sociale et des familles (CASF) 264
- Code de la santé publique 217
- collaboration avec les familles 335
- Commission 13
- Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) 321
- commissions d'orientation 385
- communication constructive des résultats 239
- comorbidité 332
- comportement 384
- conduites à risque 597
- conduites addictives 47
- conduites toxicomaniaques 596
- Conférence de consensus 558
- conseil minimal 525
- Conseil national handicap 299
- conseiller d'orientation psychologue (COP) 383
- consolabilité 49
- constellation maternelle 88
- construction du sens 425
- construction identitaire 442
- consultations interculturelles 445
- continuité des soins 214
- coordination des actions 217
- coordinatrice petite enfance 96
- corps 419
- cotation 47
- CPPA (centre de puériculture et pédagogie appliquée) 148
- crèches collectives 90
- crèches familiales 90
- crèches parentales 90
- CTNERHI (Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et inadaptations) 298, 358
- culture 427, 436, 438, 445
- cycle de vie de la personne handicapée 352
- décision d'hospitalisation 405
- Déclaration des droits des personnes handicapées 296
- Déclaration des droits du déficient mental 296
- décret du 14 mars 1986 214
- décret du 1er août 2000 89
- décret du 9 octobre 1998 33, 35
- décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 221
- décret n° 92-853 du 28 août 1992 155, 163
- décret n° 93-345 du 15 mars 1993 34
- décret n° 96-350 du 24 avril 1996 489
- décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 32
- décret n° 99-808 du 15 septembre 1999 489
- déficience 387
- délégation interministérielle à la famille 91
- demande 226, 227
- demande d'évaluation 11
- demande de la famille 170
- demande des équipes ASE ou PMI 170
- demande du juge 170
- déni 341
- déni de la douleur 337
- déni de la sexualité des personnes handicapées 339
- dépistage 155
- dépistage précoce 108, 332
- dépression 556
- dépression du post-partum 31
- dépression post-natale 48
- dépansions infantiles précoces 334
- dépansions maternelles 40
- désaffiliation 444
- désirs 88
- deuil périnatal 62
- dévalorisation 388
- développement psycho-affectif 88
- développement psychomoteur 109
- développement somato-psycho-affectif 86
- diagnostic 217
- anténatal (DAN) 31
- diagnostic syndromique 48
- difficultés d'apprentissage 403
- difficultés scolaires 402
- diplôme d'État de psychologie scolaire (DEPS) 382

D

- DAN (diagnostic anténatal) 40
- DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) 220, 270, 312, 490

diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture (DPAP) 95
 direction départementale du travail et de l'emploi (DDTE) 321
 Direction générale de la santé (DGS) 558
 direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) 220
 DIRES 8
 discussion diagnostique 12
 dispositif socio-sanitaire spécialisé 495
 dispositifs 440
 diversification des demandes 1
 dossiers scolaires 380
 DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) 298
 Drogues Info Service 502
 droit hospitalier commun 215
 DSM 438
 DSM-IV-TR 437
 dyade mère-enfant 155
 dysfonctionnements institutionnels 156

E

écoles de plein air 393
 écoute 85
 éducation sexuelle des adolescents 339
 éducatrices de jeunes enfants 95
 élèves 383
 élèves « à risques » 389
 deuillement par suicide 557, 590
 enfant polyhandicapé 332
 enfants en difficulté 384, 387
 enfants tziganes 440
 enfants-soldats 459, 460
 enquête INSERM-IFRH Handicap, incapacités, dépendance (HID) 297
 enseignant spécialisé 385
 enseignants 383
 entre-deux 429
 entretien à but thérapeutique 10
 entretien à visée diagnostique 10
 entretien clinique 10
 entretien d'exploration 10
 entretien de soutien 10
 entretiens 388

épilepsie 334
 épreuve de réalité 122
 équipe pluridisciplinaire 214
 EREA (établissements régionaux d'enseignement adapté) 306
 espace transitionnel 122
 espaces de parole 125
 estime de soi 402
 étalonnage 440
 état de stress post-traumatique (ESPT) 48
 étayage de la dyade mère-bébé 41
 éthique 2
 ethnopsychiatrie 441
 étrangeté 462
 études de validation 47
 évaluation 47, 390
 évaluation de l'activation sexuelle de la femme 46
 évaluation dynamique 243
 évaluation quantitative 109
 évaluations psychopédagogiques 406
 examens cliniques 392
 exclus 465
 exil 415, 417, 422, 423, 427, 429, 432

F

facteurs affectifs 240
 facteurs grapho-perceptifs 180
 facteurs instrumentaux 240
 facteurs instrumentaux et intellectuels 180
 facteurs intellectuels 239
 FAM (foyers d'accueil médicalisé) 322
 famille d'accueil 197
 fantaisies suicidaires 572
 fantasmes 88
 faux self 442
 fétiche 418
 fiabilité 10
 filiation 418, 420, 421
 FIR (formation, information et recherche) 8
 FIV (fécondation in vitro) 41
 FO (foyers occupationnels) 322
 fonction parentale 49
 fonds d'investissement exceptionnel pour la petite enfance (FIPE) 92

Formation interventions recherche sida toxicomanies (FIRST) 500
 fratrie 332
 frénésie alimentaire 521
 fugues 589

G

générations 423
 génogramme 599
 GFPH (Groupement français des personnes handicapées) 298
 Guide d'accompagnement du décret du 1er août 2000 98

H

handicap et sexualité 347
 handling 168
 Haute Autorité de la santé (HAS) 334
 hétéro-évaluation 47
 histoire 436
 historique des troubles 12
 holding 528
 honte 434
 hospitalisation 560
 hyperactivité 241, 402

I

idées suicidaires 572
 identité 427
 identité du psychologue 2
 identité professionnelle 5, 384, 385
 idylle 173
 IFRH 358
 image corporelle 180
 imaginaire 421
 IME (institut médico-éducatif) 311
 IMP (institut médico-pédagogique) 311
 impact de la douleur sur la qualité de vie 51
 implication personnelle 399
 IMPro (institut médico-professionnel) 311
 infans 117
 information signalante 260

injonction thérapeutique 489
 inscription institutionnelle 3
 INSEE 297, 298
 INSERM 559
 inspecteur départemental de l'Éducation nationale (IDEN) 389, 400
 Institut fédératif de recherche sur le handicap (IFRH) 298
 institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) 383
 institutionnel 451
 institutionnels 451
 intégration 391
 intégration scolaire 387
 intelligence sensori-motrice 110
 interaction précoce 88, 168
 interactions 127
 interactions affectives et fantasmatiques 49
 interactions imaginaires 88
 interactions précoces mère-bébé 45
 interculturel 416
 interruption médicale de grossesse (IMG) 31, 40
 interruption volontaire de grossesse (IVG) 31
 intersubjectivité 88
 intervention 440

J

jardins d'enfants 91
 Journal officiel (JO) 220
 juge des affaires familiales (JAF) 162
 juge des enfants 271

L

langage non verbal 107
 langue 444
 LES
 laboratoire d'économie sociale 298
 lien imaginaire 422
 lieux d'accueil parents-enfants 91
 loi d'orientation en faveur des personnes handicapées 297
 loi de 1838 214

loi de 1970 492
 loi de décentralisation du 22 juillet 1982 494
 loi du 11 février 2005 298, 387
 loi du 2 janvier 2002 494
 loi du 22 juillet 1983 155
 loi du 3 janvier 1968 215
 loi du 31 décembre 1970 489
 loi du 31 décembre 1985 217
 loi du 31 juillet 1968 215
 loi du 4 mars 2002 228
 loi du 6 janvier 1986 155
 loi hospitalière du 31 décembre 1970 215
 loi Kouchner 221
 loi n° 75-534 du 30 juin 1975 297
 loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 5, 217, 221, 328
 loi n° 89487 du 10 juillet 1989 261
 loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 333
 loi quinquennale du 9 août 2004 561
 loi symbolique 421
 lois de décentralisation de 1982 92

M

Maison verte 85, 124
 maisons d'accueil spécialisées (MAS) 322
 maladie de Bourneville 334
 maladie mentale 438
 maltraitance sexuelle 179
 maltraitements 260
 MAP (menace d'accouchement prématuré) 44
 master professionnel 384
 maternité de type 1 32
 maternité de type 2 32
 maternité de type 3 33
 mauvais traitements 266
 MDPH 304
 Médecins du Monde 505
 médiateur ethnopsychiatrique 441
 médiateur interculturel 454
 méthadone 508
 méthodes professionnelles 8
 métissage 428
 migration 416, 423, 424, 439
 MIRE (Mission interministérielle recherche et expérimentation) 298

Mission de lutte antidrogue (MILAD) 493
 Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) 489, 502
 missions 383
 modèle neuropsychologique 243
 modèle psycholinguistique 244
 mort fœtale in utero 32, 40
 motifs de la consultation 12
 multiplicité des référentiels théoriques 1
 mutisme 433, 436
 mythe individuel 421

N

narcissisme professionnel 119
 NCPC (Nouveau Code de procédure civile) 268
 néantisation 341
 néonatalogie 35
 niveau comportemental 241
 niveau d'adaptation 405
 niveau d'alerte 573
 niveau étiologique 241
 niveau syndromique 241
 normativité 402
 normes européennes 379
 notion d'irréversibilité 572
 notion d'universalité 572

O

object presenting 168
 objet transitionnel 88, 123
 observation 49, 85, 99
 observation des très jeunes enfants 111
 observation semi-structurée 336
 Observatoire décentralisé de l'action sociale 261
 Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) 500
 ODAS 260
 ONED (Observatoire national de l'enfance en danger) 259
 ONG 456
 ordonnance de placement provisoire (OPP) 273
 organisation de la santé mentale 8

OMS (Organisation mondiale de la santé) 216, 295
 orientation 217
 orientation spécialisée 388

P

parents 388
 parole 460
 pathologies génétiques rares 334
 pédiatre 96
 perspective dynamique de l'intelligence 244
 PIIS (projet individuel d'intégration scolaire) 230
 PJJ 226
 plan personnalisé de compensation 387
 PMI (protection maternelle et infantile) 36, 302, 390
 points-écoute 501
 polyhandicap 295
 post-partum blues 40
 pouponnière de Loczy 89
 précarité 508
 prédictibilité 239
 prêt-entre-bibliothèques (PEB) 19
 prévention 155, 217, 386, 392, 555
 prévention de l'épuisement professionnel 407
 prévention primaire 124
 processus d'apprentissage 386
 processus séquentiels 243
 processus simultanés 243
 procureur de la République 162
 professeurs des écoles 382
 projections 117, 121
 projet d'accueil spécifique 227
 projet d'aide spécialisée (PAS) 389
 projet d'école 391
 projet éducatif individualisé (PEI) 389, 403
 projet pédagogique 387
 projet personnalisé de scolarisation 387
 projets pédagogiques 389
 protection de l'enfance 262
 psychiatrie culturaliste 438
 psychiatrie de liaison 36
 psychiatrie transculturelle 441
 psychodrame 232

psychologie culturelle 416, 426
 psychologie de la santé 338
 psychologue « accueillant » 238
 psychologue effectuant des bilans psychologiques 238
 psychologue maître de stage 238
 psychologue psychothérapeute 231
 psychologue référent d'un suivi 230
 psychométrie 10
 psychopathologie 437
 psychopathologie institutionnelle 37
 psychose puerpérale 31, 40
 PTSD (Psychotraumatic Stress Disorder) 276
 puéricultrice 95

Q

qualité de vie 333
 qualités psychométriques 47

R

rapport Piel-Roelandt 221
 RASED (réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté) 305, 320, 387, 389
 RCIU (retard de croissance in utero) 44
 réadaptation 347
 recadrage 121
 récidives 556
 rédaction du compte rendu 239
 réel 420, 421, 460
 référentiel théorique 10
 réfugiés politiques 415, 416, 441
 regroupement syndromique 12
 réintégration 391
 relais identificatoires 166
 relation d'objet 556
 relevé sémiologique 12
 remédiation 403
 remédiation cognitive 243
 rémunération 385
 répétition transgénérationnelle 599
 réponses psychothérapeutiques 590
 représentations 100
 représentations sociales du handicap 330

réseau 225, 560
 réseaux « ville-hôpital » 489
 réseaux ville-hôpital-toxicomanie (RTVH) 503
 résilience 442
 retard mental 334
 réunions institutionnelles 392
 réussite 387
 révélation par l'enfant 179
 risques infectieux 507
 Rorschach 181

S

sacrifice expiatoire 342
 SAMU Social International 456
 SAMU Social Mali 455, 458
 schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 157
 SDO (schéma départemental d'organisation) 217
 secret professionnel 265, 267, 268, 386
 secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire 217
 secteur de psychiatrie générale 217
 secteur de psychiatrie infanto-juvénile 217
 secteur psychiatrique 214
 SEGPA (sections d'enseignement général et professionnel adapté) 306
 séparation 105
 Service national d'accueil téléphonique de l'enfance maltraitée 261
 services d'aide téléphonique (SAT) 502
 SES (sections d'éducation spéciale) 306
 SESSAD (services d'éducation spéciale et de soins à domicile) 299, 305
 sévices sexuels 274
 sevrage tabagique 524
 SFP (Société française de psychologie) 12, 13
 sida 489
 signalement 161, 259
 sleep-in 508
 SNATEM 260
 SNP (Syndicat National des Psychologues) 6, 7, 20
 socialisation 125

soins ambulatoires 217
 SOS-Amitié 556
 soutien à la parentalité 127
 squiggle 591
 statut 386
 stéréotypies 333
 stigmatisation 384
 stratégies de coping 108
 stress chronique intense 338
 stress familial 338
 stress professionnel 407
 structuration spatiale 180
 substitution 508
 suicidants 556
 suivi psychologique 387
 suivis familiaux 232
 supervision 10
 surdité précoce 334
 surhandicap 333
 surprotection 342
 symbiose 342
 symbolique 421
 Syndicat des psychologues scolaires 381
 syndrome de stress post-traumatique (ESPT) 180

T

TAT 181
 techniques projectives 244
 temps FIR (formation, information, recherche) 13, 213
 tentatives de suicide 556
 tests projectifs 45
 théorie de l'esprit 333
 théorie du trauma 440
 théorie piagétienne 110
 thérapie familiale 529, 600
 traduction 440
 transaction suicidaire 602
 transparence psychique 165
 traumatismes de guerre et d'attentats 425
 traumatisés 459
 traumatisme 460
 travail d'équipe 386

trisomie 334
troubles
– de l'interaction 155
– du langage 436
– émotionnels 384
– envahissants du développement 333
– psychofonctionnels 112

U

UDAS (unité départementale d'action sociale)
157
UNAPEI (Union nationale des associations de
parents d'enfants inadaptés) 302, 358
UNESCO 299
Union Nationale de Prévention du Suicide
(UNPS) 555
Union nationale des associations familiales de
lutte contre la toxicomanie (UNAFALT) 501

Unité de Formation et de Recherche en psycho-
logie (UFR) 383
unité de la psychologie 1
UNPS (Union Nationale de Prévention du Sui-
cide) 557, 570
UPI (unités pédagogiques d'intégration) 306

V

valeur prédictive 110
VIH 507
visites à domicile (VAD) 237
Vivre son deuil 570

X

X fragile 334



Index des sites internet

H

- <http://www.upsy.net> 23
<http://articlesciences.inist.fr/> 16
<http://connectsciences.inist.fr> 21
<http://disc.vjf.inserm.fr> 545
<http://eric.ed.gov/> 17
<http://glossairedusocial.free.fr/> 208
<http://intescol.free.fr/integ15.htm> 304
<http://perso.orange.fr/anpea/> 369
<http://perso.wanadoo.fr> 546
http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/professi/Rapports/Piel_Roelandt/default.html 221
<http://rfr-handicap.inserm.fr/voirhid.html> 297
<http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr> 304
<http://www.addictologie.org/> 545
<http://www.alliance-maladies-rares.org/> 332
<http://www.anaes.fr> 610
<http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf> 332
<http://www.anit.asso.fr/> 545
<http://www.anorexie-boulimie.com/> 545
<http://www.arit.org/> 545
<http://www.autrement.asso.fr> 546
<http://www.ccf.fr/bnf.fr/> 16
<http://www.cg94.fr/solidaire/enfance/pmip.htm> 208
http://www.cg94.fr/solidaire/enfance/aide_socialep.htm 208
<http://www.chez.com/psico/psico/lesdiplomesuniversitaires.htm> 252
<http://www.chu-tours.fr/vies37> 581
<http://www.clas.ufl.edu/users/gthursby/psi> 22
<http://www.drogues.gouv.fr> 489, 544
http://www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/professionnels/ressources/Addictions_sansdrogues.pdf 552
<http://www.drugabuse.gov> 544
<http://www.education.gouv.fr> 410
<http://www.education.gouv.fr/publication/prevention> 266
<http://www.egzagone.com> 545
<http://www.ethnopsychiatrie.net> 440
<http://www.first.asso.fr/> 545
<http://www.genethon.fr/php/index.php> 332
http://www.handroid.com/maison_handicap.htm 332
<http://www.has-sante.fr/anaes/Publications.nsf> 573
<http://www.info-suicide.org> 610
<http://www.john-libbey-eurotext.fr> 611
<http://www.journal-officiel.gouv.fr/> 221
<http://www.med.univ-angers.fr> 545
<http://www.minkowska.com> 440
http://www.nature.ca/genome/03/d/10/03d_10_f.cfm 332
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov> 17
<http://www.orpha.net/> 332
<http://www.perfectionnement.info> 22
<http://www.phare.org> 611
<http://www.prospective-jeunesse.be> 545
<http://www.psychologie.org/default.htm> 22
<http://www.psychologues.org/> 23
<http://www.psychologues-cliniciens.org/index.php> 21

<http://www.psycho-ressources.com> 22
<http://www.psychotherapie.asso.fr> 21
<http://www.sante.gouv.fr> 546
<http://www.senat.fr> 493
<http://www.sepia.asso.fr/> 611
<http://www.sfa-isp.ch> 545
<http://www.sfpsy.org> 22
<http://www.silverplatter.com/catalog/soci.htm>
 18
<http://www.snppsy.org> 23
<http://www.sos-suicide-phenix.org> 611
<http://www.ssd.u-bordeaux2.fr> 549
<http://www.stopsuicide.ch> 611
<http://www.sudoc.abes.fr/> 16, 19
<http://www.toxibase.org> 541
<http://www.unafam.org> 611
<http://crhes.univ-lyon2.fr> 365
<http://dr.education.fr/8080/annuaire/index.jsp>
 187

W

www.abris-de-cœur.com 208
www.acop.asso.fr/ 409
www.adoptionefa.com 209
www.afirem.fr 288
www.afm-france.org 368
www.afps.info/index.htm 409
www.aisnet.lautre.net 364
www.allo119.org 289
www.anaes.fr 334
www.anapsype.free.fr 149
www.ancic.asso.fr 78
www.anecamsp.org 368
www.apa.org 17
www.apajh.org 368
www.aqps.qc.ca 410
www.arpeije.org 369
www.ash.tm.fr 78
www.assemblee-nationale.fr 298
www.assistante-maternelle.org 187
www.awiph.be 364
www.carnetpsy.com 14, 253, 364
www.Chu-Rouen.fr 51, 209
www.cnam.fr/handicap 372
www.cnasm.prd.fr 24, 365

www.cnfpt.fr 209
www.crir.ca 365
www.crise.ca 570
www.ctnerhi.com.fr 365, 370
www.drogues.gouv.fr 500
www.edition-eres.com 144
www.espace-adoption.ch 79, 209
www.etatsgenerauxhandicap.net 299
www.fait21.org 369
www.famidac.net 208
www.famille.gouv.fr 79, 149, 365
www.ffpp.net 21
www.fndv.net 369
www.fondation-enfance.org 254, 289
www.françoise-dolto.com 149
www.gerart.com/AFTetAFS. 208
www.glossairedusocial.free.fr 625
www.handicap-international.org 365
www.inclusion-international.org 366
www.ingenta.com 17
www.inist.fr 17, 21
www.isinet.com 17
www.ispaweb.org 410
www.justice.gouv.fr 289
www.lamaisonverte.asso.fr 149
www.lecopes.com 149
www.legifrance.gouv.fr 8, 161, 187
www.lepsyduweb.com 254
www.lesocial.fr 208
www.letudiant.fr 252
www.magicmaman.com-crèche.htm 149
www.membres.lycos.fr/pierreg/associa3.html
 369
www.mort-thanatologie-France.com 610
www.odas.net 260, 288
www.oedipe.org/fr/actualites/CMPP2 305
www.oned.gouv.fr 262, 289
www.ophq.gouv.qc.ca 366
www.parthages.be 366
www.pikler.fr 144, 149
www.proinfirmitis.ch 360
www.psychafamille.com 144
www.psychologie.org 253
www.psychologue.fr 254
www.psychologues.org 9, 220
www.psychometrics.com 408

- www.psycline.org 18
www.psy-desir.com 254
www.psynem.necker.fr 232
www.reedoc.irr.u-nancy.fr 371
www.sanitaire-social.com 366
www.santé.gouv.fr 365, 610
www.sante.gouv.fr/drees/handicap/handicap.pdf 300
- www.scolaritepartenariat.chez-alice.fr 366
www.senat.fr 367
www.sfpsy.org 13, 14, 253
www.sospsy.com 254
www.studyrama.com 220
www.territorial.fr 209
www.unafam.org 369
www.unapei.org 369



Table des matières

PRÉFACE (PIERRE ANGEL)	1
INTRODUCTION (SILKE SCHAUDER)	5
CHAPITRE 1 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN À LA MATERNITÉ (FABIENNE GALLEY-RAULIN, SILKE SCHAUDER et SILVIA SBEDICO MIQUEL)	29
<i>Introduction</i>	31
<i>1. Contexte institutionnel</i>	32
Le réseau hospitalier public et privé	32
La composition de l'équipe en maternité	33
<i>2. Fonctions et missions du psychologue clinicien en maternité</i>	37
La fonction clinique	38
► <i>Les outils évaluatifs du psychologue en maternité</i>	45
La fonction intra- et inter-institutionnelle	53
Le temps FIR	54
<i>3. Exemples d'intervention sur le terrain</i>	59
Intervention du psychologue lors des complications psychogènes de la grossesse	60
Intervention du psychologue en situation de deuil périnatal	62
Intervention du psychologue lors d'un accouchement prématuré	66
Intervention du psychologue à la naissance d'un enfant porteur de handicap	69
Intervention du psychologue lors d'une demande d'IVG	72
<i>4. Conclusion</i>	76

5. Pour aller plus loin	77
Lectures conseillées	77
Revue spécialisée	78
Sites Internet	78
Formations	79
Références bibliographiques	79

CHAPITRE 2 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN ET LA PETITE ENFANCE

(FATTANEH MALEKI, VÉRONIQUE COHIER-RAHBAN,
DONATIENNE BETHEMONT et SILVIA SBEDICO MIQUEL)

83

Introduction	85
1. Le psychologue clinicien à la crèche	86
Petit historique des crèches	86
Le contexte institutionnel	90
Fonctions et missions du psychologue en crèche	97
► Les outils évaluatifs du psychologue à la crèche	108
2. Le psychologue clinicien en structure d'accueil type « Maison verte »	124
L'héritage de Dolto et le référentiel psychanalytique	124
Le cadre de l'accueil	130
Les accueillants : fonction, place et position	134
La dimension clinique du travail d'accueil	137
La dimension institutionnelle de cette pratique	140
Le temps FIR	142
3. Conclusion	144
4. Pour aller plus loin	145
Les ouvrages	145
Les articles et revues	147
Les cassettes vidéos	148
Les sites Internet	149
Les associations	149
Références bibliographiques	150
Documentations diverses	151

CHAPITRE 3 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN EN PMI ET À L'ASE (FABIENNE GALLEY-RAULIN, SILKE SCHAUDER et SILVIA SBEDICO MIQUEL) . . .	153
<i>Introduction</i>	155
1. Contexte institutionnel	157
Présentation de l'UDAS (unité départementale d'action sociale)	157
2. Fonctions et missions du psychologue	163
La fonction clinique	163
► <i>Les outils évaluatifs du psychologue en PMI et à l'ASE</i>	179
La fonction intra- et inter-institutionnelle	184
Le temps FIR	186
3. Exemples d'intervention sur le terrain	187
Intervention du psychologue en PMI auprès d'une dyade mère-enfant	187
Intervention du psychologue en PMI dans le cadre d'une demande d'agrément	190
Intervention du psychologue à l'ASE dans le cadre de visites médiatisées	196
4. Conclusion	206
5. Pour aller plus loin	207
Lectures conseillées	207
Sites Internet	208
Références bibliographiques	209
CHAPITRE 4 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN AU CMP (RAPHAËL BOUSSION, SILKE SCHAUDER et SILVIA SBEDICO MIQUEL)	211
<i>Introduction</i>	213
1. Le contexte institutionnel	214
Bref historique du secteur psychiatrique	214
Modalités de mise en place du secteur	215
Définition du CMP	218
2. Le psychologue de la fonction publique hospitalière	220
Quelques données chiffrées	220
Mode de recrutement	220
Statut	221

3. Le champ d'activité du psychologue au CMP	225
L'environnement professionnel.	225
Les motifs de la demande de soins.	226
La formulation de la demande et son traitement	227
Les différentes fonctions du psychologue au CMP	229
► Les outils évaluatifs du psychologue en clinique infanto-juvénile	239
4. Conclusion	253
5. Pour aller plus loin.	254
Références bibliographiques	254

CHAPITRE 5 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN ET L'OBLIGATION DE SIGNALEMENT (JEAN-LUC VIAUX)

Introduction.	259
1. Le cadre légal d'intervention	262
La protection administrative de l'enfance : le signalement aux autorités administratives	264
Peut-on ne pas signaler ? Du secret professionnel et de ses limites	265
2. Qu'est-ce que signaler ?	270
Les circuits de signalement	271
La procédure de signalement.	272
Recueillir des éléments de signalement.	275
► Les outils évaluatifs du psychologue clinicien	276
3. La rédaction du signalement par un psychologue.	281
Exemple du signalement à ne pas faire	281
Signaler le mieux possible	285
4. Conclusion	287
5. Pour aller plus loin.	288
Les colloques et congrès	288
Les sites Internet	288
Les revues.	289
Références bibliographiques	290

CHAPITRE 6 LE TRAVAIL DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN AUPRÈS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS

(SILKE SCHAUDER, MICHEL MERCIER et SILVIA SBEDICO MIQUEL) 293

Introduction 295

1. Bref repérage des textes et initiatives de référence 296

Quelques repères chiffrés 299

2. Présentation des structures spécialisées 301

Les structures accueillant des enfants et adolescents handicapés 301

Les structures accueillant des adultes handicapés 321

3. La pratique du psychologue clinicien 328

La fonction clinique 329

► *Les outils évaluatifs du psychologue auprès des enfants et des adolescents handicapés* . . 332

La fonction institutionnelle 353

Le temps FIR 357

4. Conclusion 360

5. Pour aller plus loin 361

Les lectures conseillées 361

Les sites Internet 364

Les revues spécialisées 367

Les associations 367

Les centres de documentation spécialisés 370

Références bibliographiques 373

CHAPITRE 7 LE PSYCHOLOGUE SCOLAIRE

(ÉVELYNE BOUTEYRE et SILVIA SBEDICO MIQUEL) 377

Introduction 379

1. Bref historique de la psychologie scolaire 379

2. La formation du psychologue scolaire 382

3. Les missions du psychologue scolaire 383

Spécificité des missions du psychologue scolaire 386

Le temps de travail du psychologue scolaire 392

Organigramme 393

La clinique quotidienne du psychologue scolaire	394
► <i>Les outils évaluatifs du psychologue scolaire</i>	402
4. Conclusion	408
5. Pour aller plus loin	409
L'histoire de la psychologie scolaire	409
Les revues spécialisées	409
Les sites	409
Les textes de référence	410
Références bibliographiques	411

**CHAPITRE 8 LE TRAVAIL DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN
AUPRÈS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS ISSUS
DE LA MIGRATION (OLIVIER DOUVILLE et SILVIA SBEDICO MIQUEL) . . . 413**

Introduction	415
1. Repérages théoriques autour de l'exil et de l'interculturalité	416
2. Position particulière de l'enfant dans le lignage	417
3. Pour une clinique des filiations	419
4. Exil et migration	422
5. L'exil des réfugiés	425
6. La démarche interculturelle	426
7. Exil et langue	428
Critique des présupposés culturalistes	439
► <i>Les outils évaluatifs du psychologue auprès des enfants de migrants</i>	440
Des consultations interculturelles : problèmes généraux	444
De quelques consultations interculturelles	445
Sur les consultations dites « ethnopsychiatriques » :	
de Georges Devereux et de ses successeurs	446
D'autres consultations fondées sur d'autres théories	449
Discussion générale	454
8. Enfant et rupture culturelle : quelques exemples africains du travail du psychologue clinicien en position d'« étranger »	455
9. Le temps FIR	462

10. Conclusion	464
11. Pour aller plus loin	465
Anthropologie et clinique	465
Exil et langue	466
Clinique de l'exil, ethnopsychiatrie	466
L'institution	468
Références bibliographiques	470

CHAPITRE 9 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN ET LES ADDICTIONS

(CORINNE ANTOINE, NATHALIE DURIEZ et SILVIA SBEDICO MIQUEL)

Introduction	477
1. Le contexte théorique des addictions	477
Définition	478
Les précurseurs dans le champ de la psychanalyse	479
Le modèle psychosocial	480
Le modèle neurobiologique	481
Perspectives actuelles	482
2. Prise en charge des sujets toxicomanes	488
Le dispositif socio-sanitaire spécialisé	494
Le dispositif hospitalier de droit commun	502
Le travail de l'association Médecins du Monde	505
3. Prise en charge des patientes présentant des troubles du comportement alimentaire (TCA)	508
Le contexte théorique des TCA	509
Le contexte d'intervention du psychologue clinicien dans le champ des TCA	514
Les missions du psychologue clinicien auprès des patientes présentant des TCA	519
► <i>Les outils évaluatifs du psychologue en addictologie</i>	520
Conclusion sur les TCA	540
4. Le temps FIR	541
Lectures conseillées	541
Formations universitaires	544
Sites Internet	544
5. Conclusion	546
Références bibliographiques	547

CHAPITRE 10 LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN ET LA PRÉVENTION DU SUICIDE (ÉLISABETH GONTIER, NATHALIE DURIEZ

et SILVIA SBEDICO MIQUEL) 553

Introduction 555

1. Les contextes historique et actuel de la prévention 555

Le contexte historique de la prévention 555

La politique nationale actuelle de prévention 558

2. Quelle place pour le psychologue dans la politique nationale de prévention ? 570

Dans le domaine clinique 570

► *Les outils évaluatifs du psychologue en prévention du suicide* 571

Dans le domaine institutionnel : l'exemple d'un réseau de prévention du suicide . . . 579

Dans les domaines de la formation et de la recherche 582

3. Le psychologue clinicien sur le terrain 584

L'apport d'un réseau dans les prises en charge en libéral 587

L'apport des recherches sur l'endeuillement par suicide dans la prise en charge des patients 590

La prise en charge des patients : l'intervention de crise 595

Le travail avec la famille du jeune suicidant selon une approche systémique 600

4. Conclusion 609

5. Pour aller plus loin 610

Adresses utiles 610

Sites Internet 610

Liste des ressources utilisables par le grand public 611

Références bibliographiques 612

Revue et autres supports 614

ANNEXES 617

Tableau récapitulatif et sources des outils évaluatifs présentés . . . 617

Table des vignettes cliniques 621

Classement des sigles par catégories 625

Code de déontologie des psychologues 629

BIBLIOGRAPHIE DES SECTIONS ÉVALUATIVES	639
INDEX DES NOTIONS	661
INDEX DES SITES INTERNET	671

LES OUTILS DU PSYCHOLOGUE

Sous la direction de Silke Schauder

Préface de
Pierre Angel

PRATIQUER LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE auprès des enfants et des adolescents

Quelles sont les fonctions qu'occupe le psychologue clinicien au sein de l'institution ? Comment intervient-il auprès des patients et de leurs familles ? Dans quelle direction sa pratique professionnelle évolue-t-elle aujourd'hui ?

Ce livre, rédigé par un collectif d'enseignants universitaires et de psychologues praticiens, tente d'apporter des éléments de réponse à ces questions, à travers dix chapitres traitant de **l'exercice du psychologue clinicien auprès des enfants et des adolescents** à la maternité, en crèche et dans des structures d'accueil type Maison Verte, en PMI et à l'ASE, en CMP, dans les contextes du signalement, du handicap et de la psychologie scolaire, dans l'interculturel, en addictologie et en prévention du suicide.

- De nombreuses **vignettes cliniques** illustrent les différentes interventions du psychologue clinicien.
- Une présentation systématique des **outils évaluatifs** et des **organigrammes** permet de visualiser l'offre de soins par secteur.
- Un **dossier pratique** recense par spécialisation les organismes, colloques, associations, revues et sites internet.

Destiné aux étudiants de psychologie et aux futurs praticiens cherchant des éléments concrets pour construire leur projet professionnel, ce livre intéressera également les psychologues en activité désireux d'enrichir leur réflexion sur leur pratique quotidienne.

SILKE SCHAUDER

Maître de conférences à l'IED-Université Paris 8, directrice adjointe du Master 2 « Psychologie clinique, Psychopathologie, Psychothérapies », elle est psychologue clinicienne, psychothérapeute, membre de la SFP, de la SFPE et de l'AIRHM.

Avec la collaboration de :

PIERRE ANGEL
CORINNE ANTOINE
DONATIENNE BETHEMONT
ÉVELYNE BOUTEYRE
RAPHAËL BOUSSION
VÉRONIQUE COHIER-
RAHBAN
OLIVIER DOUVILLE
NATHALIE DURIEZ
FABIENNE GALLEY-RAULIN
ÉLISABETH GONTIER
FATTANEH MALEKI
MICHEL MERCIER
SILVIA SBEDICO MIQUEL
JEAN-LUC VIAUX
ANNEFIEKE WILLAIME



Également disponible :
*Pratiquer la psychologie clinique
auprès des adultes et des personnes âgées*



6641948

ISBN 978-2-10-050329-2

www.dunod.com

