

Intitulé :

LA FONCTION PSYCHIQUE DU SOIGNANT
lors du soin du lien parents-enfant

Equipe de l'Unité d'Accueil Familial Thérapeutique « La Terrasse »
Secteur de pédopsychiatrie 91-I-05 de l'Essonne
(Médecin chef de service : Dr MARZO-CHARBONNEAU)
EPS Barthélémy Durand Etampes

Auteurs :

Marie-Hélène BORG (infirmière), **Magali BROCHENIN** (pédopsychiatre),
Sylvie DENIZET (infirmière), **Mireille GUIADER** (Cadre de santé),
Michel LUCIANO (infirmier), **Mandy McWHIRTER** (infirmière),
Martin PAVELKA (pédopsychiatre, auteur contact: martin.pavelka@eps-etampes.fr),
Grégory PENET (psychologue), **Christel BLIN** (infirmière).

Dactylographié et stylistiquement repris par Mme Odile DESBLÉ, secrétaire de l'unité.

Jun 2014



Résumé :

Ce texte rend compte d'une conceptualisation théorico-pratique de l'axe « soin du lien pathologique parent-enfant » lors des « rencontres médiatisées » au sein d'un dispositif sectoriel. Il s'agit de l'un des trois axes principaux du soin de l'enfant en Accueil Familial Thérapeutique (UAFT) que notre équipe développe depuis plus de 15 ans.

Dans ce texte, la présentation succincte de la problématique clinique et la description de notre dispositif et de son fonctionnement seront articulés aux exposés cliniques et à la conceptualisation théorique de la fonction thérapeutique du soignant, basés sur les prises en charges en cours et les apports théoriques récents.

Synopsis :

| | |
|---|----|
| Résumé & Synopsis & Note | 2 |
| 1 - Aperçu des situations cliniques | 3 |
| a/ « Les chaussures », | 3 |
| b/ « Le dessin dans la main » | 4 |
| 2 - Le lien parent-enfant | 4 |
| 3 - Le trouble du lien et dysparentalité | 5 |
| 4 - UAFT-Enfants : un dispositif de soins spécifique | 7 |
| 5 - Le cadre et le contexte du soin par médiation | 9 |
| 6 - <i>Vignette clinique N°1 : « Les chaussures »</i> | 12 |
| 7 - La fonction psychique du soignant | 18 |
| 8 - <i>Vignette clinique N°2 : « Le dessin dans la main »</i> | 23 |
| 9 - Etude des dynamiques interactives | 25 |
| 10 - Conclusion | 30 |
| Bibliographie | 32 |
| <i>Annexes Prix Sapir</i> | |

Note :

Ce texte n'a pas fait l'objet de publication mais l'essentiel de son contenu a été exposé oralement à Aix-en-Provence, d'abord en septembre 2013 au cours de la *Journée de travail « Rencontres médiatisées »*, de l'Ecole des parents et des Educateurs et du Conseil Général 13, puis en juin 2014 à l'occasion du *Congrès du Groupe de Recherche Européen en Placement Familial (GREPFA-France)*.

*« Le cadre matériel, la structure institutionnelle et les compétences des soignants et des accueillants de l'UAFT constituent un plateau technique au sein duquel c'est le **psychisme des professionnels** – notre vie psychique, notre subjectivité – qui est le principal levier thérapeutique mis à disposition de l'enfant et de ses parents. »*

Rapport annuel 2013 de l'UAFT « La Terrasse »

1 - Aperçu des situations cliniques

Avec Lisa et son père nous sommes dans la situation de soin, dans le domaine sanitaire, dans la pédopsychiatrie, mais il s'agit également d'une situation existentielle de *séparation protectrice* parents/enfant, décidée par le Juge des enfants, rendue thérapeutique suite à l'admission de Lisa à l'UAFT qui survient à l'âge de 2 ans, sur demande de l'Inspectrice ASE et du CMP de notre secteur. Aujourd'hui elle a 8 ans. Tout au long de la prise en charge ce seront les deux mêmes soignantes référentes qui accompagneront Lisa dans sa vie en famille d'accueil, pendant ses rencontres avec ses parents, lors de ses audiences avec le Juge, etc.... Elles partageront avec Lisa les repères de cette réalité complexe.

Dans notre conception, au sein d'un dispositif institutionnel, le vecteur thérapeutique majeur est la fonction psychique des professionnels. Comment opère-t-elle ? Nous souhaitons l'illustrer sur la pratique des *rencontres médiatisées*, conçue dans notre unité comme un soin du lien [Pavelka, Denizet, Roitel, Arigno 2007 ; Pavelka 2009] et réalisées dans nos locaux, spécifiquement aménagés.

a/ « Les chaussures »

(...) Le père demande à Lisa ce que sont devenues les chaussures qu'il lui avait offertes il y a déjà quelques mois lors d'une rencontre. Absorbée dans son jeu, Lisa met un petit temps avant de lui répondre, sans le regarder : « j'en sais rien ».

Je sors de mon attention flottante. Elle aurait dû le regarder. Cette pensée surgit en moi. Je regarde l'horloge de la salle et me dis que bientôt j'annoncerai la fin proche de la rencontre, afin de donner du temps à Lisa et son père pour qu'ils se préparent à se quitter. (...)

b/ « Le dessin dans la main »

(...) Un jour Lisa arrive pour rencontrer son père. Elle est accompagnée de sa famille d'accueil, et nous montre avec beaucoup de fierté un dessin dans la paume de sa main.

Lisa aime ce dessin, souvenir de ses bonnes vacances au Maroc avec sa famille d'accueil. A ce moment là, naïvement, je trouve cela simplement joli et n'anticipe pas du tout l'effet que cela pourrait provoquer chez son père.

La rencontre commence, et à peine après avoir dit bonjour à Lisa, Monsieur remarque le dessin et dit son mécontentement : « Mais pourquoi ? La famille d'accueil n'a pas le droit. Ce n'est pas notre religion. » (...)

2 - Le lien parent-enfant

Comme d'autres équipes [David 2004, Rottman & Richard 2009], nous avons appris que ces enfants - placés en accueil familial - ne pouvaient pas bénéficier uniquement d'une nouvelle relation pondérée, éducative et aimante au sein de la famille d'une assistante familiale. Si leur lien avec leurs parents est laissé intact, la fragilité psychique de l'enfant s'enkyste et ses difficultés relationnelles se reproduisent dans la famille d'accueil, engendrant des accueils souffrants ou des ruptures d'accueil répétitives. Une étude sur les ruptures d'accueil familial [Derivois & Marchal 2013] confirme la répétition traumatique dans les familles d'accueil d'expériences encore non symbolisées de l'enfant avec ses parents.

Pour y remédier, cela fait 16 ans que nous avons remplacé dans notre dispositif de soins les rencontres « accompagnées », mettant en présence l'enfant et ses

parents, par la pratique de « médiation » de ces rencontres. Pratique destinée à accompagner et soigner ce lien parent-enfant, qui même dans les séparations au long cours 1/ continue de jouer un rôle existentiel inaliénable pour l'enfant (généalogie, identité), 2/ favorise ou entrave son développement psychique et 3/ favorise ou entrave son accueil familial.

L'accompagnement du lien suppléant avec les accueillants (famille d'accueil) d'un côté, et le soin du lien avec les parents souffrants de l'autre, sont deux des trois axes inséparables dans la thérapie de l'enfant. Le troisième axe étant le programme individuel du soin de l'enfant qui est réalisé en dehors de notre unité (p.ex. psychothérapie individuelle ou de groupe, orthophonie, psychomotricité, pédagogie spécialisée, etc.) et orchestré par le CMP de service en collaboration avec notre équipe et les partenaires du secteur (éducation nationale, protection de l'enfance, justice des mineurs, etc.).

3 - Trouble du lien et dysparentalité

Dans les situations cliniques que nous rencontrons nous ne sommes pas en présence d'un lien parent-enfant avec sa qualité asymétrique, grâce à la distance psychique induite habituellement par la différence des générations.

Cette asymétrie est pourtant vitale pour l'enfant, car elle induit la dynamique qui « l'amène » à grandir, à franchir les étapes de la structuration interne, à mûrir psychiquement et socialement, à découvrir le monde... Au tout début de la vie la présence d'une figure maternante autonome va tellement de soi que sa présence - répondant à ses besoins - est perçue par le bébé comme faisant partie de son « unité ». Puis, grandissant, l'enfant qui « trouve » la mère nourrira l'illusion de l'avoir « créée », ce qui se traduira ensuite dans la richesse de sa vie psychique et culturelle [Winnicott 1990].

Quand tout va suffisamment bien, il va donc garder cette illusion de « trouvé-crée », malgré les décalages vite perçus entre ses propres besoins et leur satisfaction qui dépend d'une mère réelle, qui va à son rythme à elle et non à

celui du bébé. Mais il est amené à s'y ajuster ce qui est vital pour lui. La mère l'y aide en s'ajustant aussi quelque peu. Et cela permet à l'enfant de développer un sentiment de sécurité psychique, nécessaire pour son développement présent et ultérieur.

Dans les situations cliniques que nous rencontrons, il arrive que ce qui est « trouvé » chez le parent, et ce à quoi le bébé s'ajuste, n'apporte pas de satisfaction de ses besoins, ni la sécurité psychique favorisant son développement.

Les besoins de l'enfant sont alors mal entendus, mal vus, mal satisfaits... (voire non-entendus, non-vus, non-satisfaits) par un parent qui souffre de dysparentalité. Celle-ci peut prendre des formes de déni de l'existence, de carence affective, d'excitation sexuelle, d'agressivité avec ou sans agirs maltraitants (soit en rapport avec une insécurité narcissique grave chez le parent, soit être liée à sa peur d'une intrusion par le bébé, réveillant les phantasmes meurtriers)... Pour survivre physiquement l'enfant est amené à s'ajuster à ces dynamiques dysfonctionnelles. De son côté le parent n'arrive pas à s'adapter pour pouvoir mieux répondre aux besoins de son enfant [Roussillon 2005].

En réponse à la dysparentalité l'enfant développe des attitudes, des dynamiques interactives (relationnelles) et un mode d'attachement qui peuvent même lui procurer des plaisirs partagés ... quand ils répondent aux « besoins du parent » ... mais, ils sont accompagnées de souffrances dues à la non satisfaction de ses propres besoins pour grandir, se structurer... Le lien, la relation, sont devenus pathologiques.

Par ce type d'adaptation, l'enfant est amené à jouer un rôle réactif dans cette mise en place du lien pathologique. Par exemple :

- il assimile en partie les dynamiques dysfonctionnelles (p.ex. l'agressivité subie par le bébé peut s'intérioriser puis s'exprimer contre lui-même ou les autres)

ou alors

- va s'opérer le retrait de la relation (sommeil ; évitement du contact), et plus loin encore pourrait se développer le processus de « désinvestissement » défensif de la relation au parent, voire aux autres. (Cela complique un possible investissement futur de ses liens suppléants dans la famille d'accueil, ses capacités à s'ajuster à ce nouvel environnement).

4 - UAFT-Enfants : un dispositif de soins spécifique

En 1972, en créant notre service de pédopsychiatrie, fondé sur la philosophie de *secteur*, à partir d'un pavillon existant de 25 lits, les équipes dirigées par Tony Lainé ont d'emblée initié la pratique sanitaire d'accueil familial¹ à côté des autres dispositifs de soins ambulatoires et avant même l'ouverture de l'hôpital de jour « Le Pradon » à Sainte Geneviève-des-Bois².

Au début, c'est dans le but de mettre fin à de longues hospitalisations sans issue au pavillon « Peupliers » que de nombreux enfants ont pu les premiers bénéficier de ce dispositif avec familles d'accueil. C'est une solution *alternative* à l'hospitalisation traditionnelle. Le pavillon d'hospitalisation ayant fermé grâce à cela 5 ans plus tard tandis que l'UAFT atteignait 30 places. Il est à noter que la majorité des enfants des Peupliers était, à l'origine, hospitalisée à la demande de l'ASE, face au rejet de l'enfant par sa famille ou par une institution. On ne parlait pas encore officiellement des « troubles de la parentalité », c'était trop scandaleux. Mais le livre de David Bisson de 1992, « L'enfant derrière la porte », préfacé par Tony Lainé, a crument levé le voile sur un cas de trouble

¹ Pavelka M. « Au fil du temps – 30 ans de l'AFT du secteur 91-I-05 », mémoire, EPS Étampes, 2002.

² Pavelka M. « Repères historiques des secteurs pédopsychiatriques de l'Essonne-Nord », mémoire (2^e éd.), EPS Etampes, 2013.

grave de la parentalité qui a fait « l'actualité » dans les années 70. Récemment, le documentaire de Marie Dumora [2008] réussit à illustrer une forme de dysparentalité fréquente.

Par la suite, dans les années 80-90, suivant la pratique de l'équipe de Myriam David, les enfants ont commencé à pouvoir bénéficier directement de familles d'accueil dotées d'une équipe sanitaire de l'UAFT, sans passer par l'hôpital psychiatrique : c'étaient des enfants jeunes, nés de parents présentant une pathologie psychique ou psychiatrique et qui se trouvaient non seulement en danger chez eux, mais qui manifestaient des troubles psychiques et du comportement en rapport direct avec «le lien pathologique» qu'ils développaient avec leurs parents souffrants. La séparation protectrice s'imposait. Depuis, le Juge confie l'enfant à l'ASE, et il est admis à l'UAFT-Enfants. Dans un article synthétique, nous avons passé en revue les principales spécificités de notre pratique [Pavelka & Luciano 2009].

Dans les années 70-90 de nombreux UAFT-Enfants ont été mis en place dans les secteurs pédopsychiatriques en France. En 2012 ces dispositifs offraient quelques 772 places [Chebat 2014]¹. Notre unité prend actuellement en charge une vingtaine d'enfants répartis dans une douzaine de familles d'accueil accompagnées d'une équipe pluridisciplinaire, possédant ses propres locaux. C'est là où s'effectuent, parmi d'autres types de soins, les rencontres médiatisées parents-enfants.

Nos écrits antérieurs exposent la pratique de notre unité qui s'appuie sur les approches théoriques et les principaux auteurs suivants : la psychanalyse et la théorie psychanalytique d'attachement (S. Freud, S. Ferenczi, D.W. Winnicott, C. Trevarthen, Ch. Bollas, J. Bowlby, Y. Gauthier & G. Fortin & G. Jéliu, S. Maiello, en France M. Soulé, T. Lainé, R. Roussillon, B. Golse, M. Berger & E. Bonneville, D. Houzel, M. Lamour, A. Guedeney et toujours M. David & H. Rottman), la

¹ Le nombre de places en AFT-Enfants est malheureusement en constante diminution : 2004 – 930 ; 2008 – 854 ; 2012 – 772. Les associations **RIAFET** et **GREPFA** soutiennent les équipes sur le plan théorico-clinique et de la formation.

psychothérapie institutionnelle (F. Tosquelles, L. Bonnafé, P. Delion), mais aussi sur les neurosciences (F. Ansermet & P. Magistretti, D. Glaser, M.R. Gunnar & B. Donzella).

Dans ce texte nous présentons la conceptualisation théorico-pratique d'un axe de notre pratique basée sur les concepts psychodynamiques de Wilfried R. Bion (processus de liaison symbolique) et Antonino Ferro (champ analytique).

5 - Le cadre et le contexte du soin par médiatisation

Avant d'aborder le sujet principal, nous souhaitons familiariser le lecteur avec la pratique des rencontres médiatisées. Cette description se base sur un chapitre que nous avons rédigé dans un ouvrage paru précédemment [Pavelka 2009].

La conception concrète du soin par médiation est basée sur l'idée que le lien entre ce type de parents et leur bébé comporte schématiquement deux aspects intriqués dont il faut tenir compte dans l'organisation et l'élaboration de cet axe du travail clinique.

Le premier de ces aspects est celui, par essence « favorable » (« inaliénable » insiste Hana Rottman), qui touche à la conception et à la transmission de la vie, qui institue la filiation. C'est celui de la reconnaissance de l'enfant par le parent qui le nomme comme le sien, élément de base de la construction identitaire du sujet. Cet aspect symbolique du lien renvoie à la question des origines, qui dépasse celle de la vie individuelle et familiale du bébé, comme celle de ses parents malades. Il assure, comme le rappelle Didier Houzel [1999], la fonction structurante de l'exercice de la parentalité.

L'aspect « favorable » du lien est ici fortement infiltré, voire masqué, par le second : l'aspect « nocif » du lien, induit par les dysfonctionnements psychiques parentaux contrariant durablement leur parentification. Cet aspect centripète du lien a un effet pathogène sur le développement du bébé. Les

réactions défensives décrites plus haut se mettent alors en place chez ce dernier, ou se renforcent à chaque exposition à cette dysparentalité et compromettent son développement global.

Myriam David a résumé les objectifs du soin en AFT en trois points : 1) Amoindrir la souffrance associée à la nécessaire séparation 2) Réduire les risques et conséquences de la pathogénie précoce, et enfin 3) Viser à mettre un terme à la transmission transgénérationnelle de la dysparentalité [David 2004]. De notre point de vue, les rencontres médiatisées, quand elles sont indiquées et réalisées de façon adéquate, contribuent à ces trois objectifs.

Une rencontre médiatisée c'est tout à la fois un moment de rencontre dans la réalité et un temps de soin, élément du dispositif thérapeutique. Pour les parents et les bébés c'est une visite, dans un contexte aménagé. Pour le bébé ce doit être, en plus, un moyen de soin préventif et curatif.

Le double objectif de la médiation d'une rencontre est de soutenir les moments significatifs « favorables » tout en prévenant ou minimisant l'impact traumatique des diverses ambiances relationnelles « nocives » que la dysparentalité et l'état psychique immédiat des parents imposent à l'enfant.

Pour atteindre nos objectifs, l'attitude des soignants lors de la rencontre vise d'abord à "tempérer", "amortir" ou "désamorcer" l'aspect nocif des interactions dysfonctionnelles mentionnées plus haut :

- Par elle-même, la présence répétée des mêmes référents lors des rencontres assure une fonction de déflexion pare-excitante vis-à-vis des éléments nocifs provenant des parents qui constitue un premier effet de protection psychique de l'enfant. Il s'agit d'être avec l'enfant, d'entendre et de supporter ce qui se passe, même si, dans un premier temps, le référent en est lui-même, dans une certaine mesure, submergé.

- Ensuite, les interventions verbales ou non verbales des accompagnateurs

peuvent faire des liens, proposer un sens - de façon accessible - aux expériences de l'enfant pendant la rencontre. Toutefois, il faut éviter d'être à la fois trop actif ou intrusif ou, à l'inverse, trop distant et passif. Parfois, il faut savoir tolérer que la rencontre se passe comme elle se passe, comptant sur les expériences déjà médiatisées précédemment et sur le temps d'échange avec l'enfant après la rencontre.

- La présence de deux soignants permet de soutenir les deux psychismes en présence, grâce à l'adaptation de chacun des référents à la différence formelle du fonctionnement du bébé et de son parent. Cela évite également la rivalité entre le parent et l'enfant face à un tiers.

- L'articulation de l'espace-temps, telle que décrite plus haut, minimise le recours aux fonctionnements défensifs de l'enfant face aux situations générant angoisse de séparation et/ou chaos psychique. Ces rencontres réelles entraînent inévitablement le passage de l'enfant entre deux mondes relationnels et représentationnels bien distincts : celui de sa famille d'accueil et celui de ses parents. Sa capacité d'adaptation et d'ajustement psycho-affectif sont fortement sollicités et nécessitent parfois un temps supplémentaire et des conditions particulières.

- Parfois, les enchaînements interactifs de la rencontre (ou encore des raisons "extérieures" mal repérables) provoquent chez les parents une explosion de violence physique. L'enfant en sera protégé par l'interruption de la rencontre ; mais le plus souvent, l'évocation verbale en temps utile de cette éventualité permet de contenir la situation et de prévenir l'insupportable.

Mais ce dispositif humain et matériel n'est pas toujours suffisant pour filtrer la psychopathologie des parents qui envahit les interactions parents-enfant. L'enfant est perturbé longtemps après la rencontre et manifeste des troubles psycho-affectifs, du comportement, du sommeil ou de l'alimentation... Les rencontres deviennent alors contre-indiquées pour un temps. Pour autant, le

soin du lien pourra se poursuivre, mais d'une autre façon : autour du lien psychique avec « l'objet absent » et de l'accompagnement de sa représentation. Le même type de travail est proposé à l'enfant quand ses parents lui imposent des périodes d'absence.

Stabilité, continuité, rythmicité, progressivité et élaboration sont les caractéristiques structurelles et dynamiques de la pratique de la médiation des rencontres susceptibles de fournir une contenance psychique à l'enfant, des conditions étayantes aux parents et des repères constants aux soignants référents. Or la stabilité, la continuité et la progressivité sont indissociables de l'unique, de l'inattendu et de l'approximatif, qui inscrivent également du côté de la vie cet espace-temps de rencontre habité, d'une famille à l'autre, de façon différente, spécifique et évolutive.

Ainsi, les rencontres représentent un concentré du sens de la pratique thérapeutique de l'accueil familial et nos efforts, pour en clarifier les objectifs et modalités, permettent de proposer des conditions plus protectrices et plus facilitantes pour l'interaction comme pour la pensée.

Il est temps d'exposer les récents développements de notre conceptualisation de cette pratique de soins, concernant précisément la fonction psychique du soignant dans sa relation soignant-soigné. Nous invitons le lecteur, habitué à se centrer plutôt sur les phénomènes et dynamiques psychopathologiques des cas exposés, à se focaliser cette fois sur la figure du soignant, sur sa pratique et son vécu.

6 - *Vignette clinique N°1* : « Les chaussures »

Je suis plutôt tranquille ce jour-là. Lisa doit rencontrer son père dans nos locaux. Elle n'est pas encore arrivée. Son père, très en avance, se trouve au fond du jardin, un peu caché et il fume une cigarette. J'ignore à ce moment sa présence.

Il s'annonce par un « *bonjour Madame Borg* » qui me surprend. Il a remarqué l'effet de surprise sur moi, me le signifie, en manifestant un certain plaisir.

Je lui dis : « *vous m'avez bien eue* », en lui souriant, et je rejoins Sylvie, l'autre référente de Lisa.

Je suis donc tranquille ce jour là. En effet, cela fait maintenant six ans que nous médiatisons les rencontres entre Lisa et ses parents.

Et puis, Monsieur est respectueux du cadre thérapeutique. C'est d'ailleurs pour cela qu'il se trouve au fond du jardin avant l'arrivée de sa fille. Lisa, l'assistante familiale et Monsieur ne se rencontrent pas en dehors de la présence des référents.

L'assistante familiale est repartie, Lisa et ses deux référentes s'installent dans la salle de médiation, et c'est lorsqu'elle nous semble prête que nous ouvrons la porte à son père.

Mais avant de poursuivre le récit de cette rencontre, je vous propose de faire connaissance avec Monsieur.

En 2008, lorsque nous le rencontrons, c'est un homme en rupture sociale, sans travail. Il bénéficie du R.S.A. et n'a plus de domicile. Il est plutôt méfiant à notre égard. Le contexte de l'arrivée de Lisa dans notre service est lourd. Sans doute, nous associe-t-il à la mesure de protection, et à l'institution judiciaire dont l'action mènera à un procès à l'encontre des parents de Lisa.

Il n'a pas rencontré sa fille durant son séjour à la pouponnière. Le climat de ces premières visites est donc très chargé émotionnellement. Par exemple, lors de leurs premières rencontres, il est fréquent qu'il exprime sa rancœur envers les institutions. Il affirme de manière sthénique et d'un ton presque menaçant, en présence de sa fille, que lorsque Lisa sera plus grande il lui montrera une photo de l'homme qu'il tient pour responsable du syndrome du bébé secoué et qu'elle le reconnaîtra car elle a tout vu. Précautionneusement, nous rappelons à

Monsieur que Lisa était alors âgée de 6 mois. Cela ne semble pas avoir d'effet sur lui. Il tiendra ce discours à plusieurs reprises.

A l'époque les retards de Monsieur sont fréquents. Il les justifie par des problèmes de train, des amendes lors de contrôles.

Il y a de la retenue, de la prudence chez tous les protagonistes de la rencontre. Des regards tour à tour furtifs, ou diffus sont échangés entre Monsieur et nous, entre Lisa et son père.

A chaque fois, lorsque Monsieur pénètre dans la salle de rencontre où nous sommes installées, c'est son univers qui vient à nous. Il est vêtu d'un pantalon noir, d'un gros pull de même couleur et de cet épais blouson, noir aussi, dont il ne se départira pas lors des rencontres, malgré la chaleur qui règne dans la salle.

Je suis frappée par le décalage qui existe entre le physique et son âge. Il a 38 ans. Il en paraît plus. Son visage est abîmé, usé. On perçoit un manque d'hygiène et de soin. Une frange de cheveux fins masque des yeux bleus délavés et injectés. La peau de son visage est irrégulière et rouge. Il tremble. Très vite après son arrivée, la chaleur devient désagréable car j'inhale à chacune de mes inspirations l'odeur de l'alcool et de Monsieur, qui a envahi la pièce. D'un regard diffus vers l'autre référente, je sais, qu'elle aussi l'a sentie. Lisa, elle, ne semble pas troublée, bien qu'elle se soit assise maintenant sur les genoux de Sylvie. De « *mon Sylvie* », comme la nommait Lisa au début de son accueil.

Cette odeur qui m'effracte, je lutte contre. Ma respiration devient minimaliste. J'ai un coup de blues tout à coup. Je me sens triste.

Des images défilent dans mon esprit : des images de quais de R.E.R. ; de Monsieur poussant des portes de troquets au gré de ses déplacements ; une boîte de raviolis.

Parallèlement, je suis dans la rencontre, concentrée. Je décèle les regards profonds de Lisa pour tenter d'en extraire le besoin essentiel de cet instant. Parfois, je reformule ce que je crois avoir saisi auprès de son père, et le lui restitue de façon recevable pour lui.

Je suis attentive aux îlots préservés de sa parentalité, si ténus soient-ils, pour lui permettre de les exprimer pendant la rencontre.

Tout cela, pendant que ces images défilent dans mon esprit.

En 2011, les rencontres sont suspendues pendant plusieurs mois car il a été opéré en urgence d'une tumeur cérébrale bénigne. Nous le recevons en entretien, afin de préparer les futures rencontres avec sa fille après cette longue interruption.

Nous constatons une transformation dans sa présentation. Il semble restauré. Il nous dit qu'il a réglé son problème avec l'alcool. Depuis, nous constatons effectivement qu'il n'est plus alcoolisé durant les rencontres.

Au fil des ans, une atmosphère plus détendue et prévisible par tous s'est installée au sein des rencontres. Des rituels attendus ponctuent les rencontres et témoignent, non seulement de l'alliance thérapeutique entre Monsieur et les référentes, mais aussi d'une certaine continuité.

Mais revenons à notre rencontre :

Donc, je suis plutôt tranquille ce jour-là. Monsieur acceptera le café que nous lui proposerons et je lui demanderai : « *toujours avec 2 sucres ?* »

Il sortira ensuite de son sac à dos une cannette de soda et une viennoiserie pour sa fille.

Comme chaque fois, il dira à Lisa, « *je t'ai acheté un pain au chocolat, car je sais que tu les aimes* », et je me dirai que cette phrase a valeur peut-être, de tous les instants où Monsieur pense à sa fille en dehors de la rencontre mensuelle.

Et c'est comme cela que démarre la rencontre.

Les retrouvailles entre le père et sa fille sont plutôt joyeuses. Elle le nomme « *papa* » et se jette dans ses bras. Il l'accueille chaleureusement. Il s'enquiert de son actualité, l'interroge de façon bienveillante sur sa scolarité.

Depuis peu, Lisa s'autorise à exprimer des bribes d'éléments de sa vie quotidienne dans la famille d'accueil et peut même faire référence à l'assistante familiale en la nommant devant son père « *tata* ». Monsieur écoute Lisa et ne se montre ni blessé, ni intrusif. Je savoure la qualité de ces échanges, n'intervient que ponctuellement, soit pour apporter une précision, soit pour verbaliser un ressenti ou même pour soutenir une position de Monsieur. Je suis détendue, confiante et je pense au chemin parcouru dans les rencontres, à ce lien père/fille de bonne qualité dans les médiations. C'est la matérialisation de notre travail tout au long de ces années. Je suis heureuse. L'autre référente sourit aussi.

Maintenant Lisa est occupée à assembler des rails en bois. Elle est assise par terre, près de son père. Lorsqu'elle est en difficulté, son père lui propose de l'aider, elle se retourne alors vers lui, dit oui en hochant la tête et en lui adressant un grand sourire. Elle régresse un peu et nous la laissons faire. Elle fait rouler le train sur les rails. Les adultes discutent entre eux. Monsieur fait un peu d'humour. Je me tasse un peu plus sur moi-même, je suis détendue. Tout est parfait, « *Tout roule* », me dis-je.

Monsieur demande à Lisa ce que sont devenues les chaussures qu'il lui avait offertes il y a déjà quelques mois lors d'une rencontre. Absorbée dans son jeu, Lisa met un petit temps avant de lui répondre, sans le regarder : « *j'en sais rien* ».

Je sors de mon attention flottante. Elle aurait dû le regarder. Cette pensée surgit en moi. Je regarde l'horloge de la salle et me dis que bientôt j'annoncerai

la fin proche de la rencontre afin de donner du temps à Lisa et son père pour qu'ils se préparent à se quitter.

Monsieur réitère sa demande, d'un ton plus ferme.

Je regarde ma collègue car je sens en moi les prémices d'une tension. J'ai besoin de vérifier dans le regard de celle-ci si, elle aussi, a perçu un changement dans l'humeur de Monsieur. Elle ne sourit plus, sentant probablement elle aussi que Monsieur est alors préoccupé par ce qu'il est advenu des chaussures. De son cadeau.

Les questions deviennent insistantes, le ton de Monsieur a changé. Nous lui précisons que Lisa a grandi, qu'elle a porté les chaussures, mais nos précisions ne l'arrêtent pas.

« *Lisa, où sont les chaussures ?* », demande t-il.

Lisa a cessé de jouer, elle lui dit qu'elle ne sait pas où tata les a mises. Elle est maintenant debout face à lui, immobile. Mon pouls s'accélère, je suis toujours assise mais le buste en avant. J'essaie d'accrocher le regard de Monsieur mais il ne me voit pas. Je ne parviens pas à me faire une place dans l'échange entre Lisa et son père et cela m'inquiète. Ma collègue dit à Monsieur que nous poserons la question à l'assistante familiale car nous comprenons qu'il veuille savoir. Il n'entend plus. Et il continue de harceler Lisa avec des questions chargées de ressentiment envers l'assistante familiale. Il est en colère. Je crois comprendre que ce trop bon moment passé a réveillé chez lui la douleur de leur séparation, ou peut-être qu'il est en colère contre lui-même, en réalisant qu'il n'a plus la maîtrise du devenir de sa fille, à travers ces chaussures.

Il parle fort, son regard fixe Lisa. Tout à coup je m'aperçois que j'ai peur. Lisa est figée, elle lui sourit. Un sourire plaqué. Si plaqué. Elle souffre. Je réfléchis à comment arrêter cette colère. Je suis sidérée par la vision de Lisa pétrifiée. Je panique en tentant de ne rien laisser paraître car je n'ai pas une seule idée qui

me vient. Je n'arrive plus à penser. J'essaie pourtant. Je me sens impuissante comme une petite fille apeurée. Ratatinée. Et comme pour contrer ce ratatinement, je me lève tranquillement, me place devant Monsieur, aux côtés de Lisa.

D'une voix enfantine je m'adresse à lui. D'une voix enfantine pour ne pas l'humilier, pour lui redonner une maîtrise, après ce qu'il a vécu comme un affront à travers le peu d'intérêt, pense-t-il peut-être, porté aux chaussures qu'il avait offertes. Et les mots sortent de ma bouche. Enfin ! :

« J'ai 5 ans Monsieur. Et vous me faites très peur. J'ai mis longtemps les chaussures. Elles ne me vont plus. Mais là j'ai peur. Je ne sais pas où « tata » les a mises ».

Il ne m'interrompt pas. Il s'est tu. Enfin !

J'entends Lisa qui pleure. Je me sens mieux déjà, car son sourire plaqué a disparu. Monsieur s'adresse à sa fille. Sa voix est redevenue douce et tranquille. Il lui dit qu'il ne voulait pas lui faire peur, qu'il est désolé. Il ne s'en rendait pas compte. Lisa sanglote, elle s'approche de lui, il lui ouvre ses bras et elle s'y réfugie. Je ne vois que son dos secoué par les sanglots. Elle enfouit son visage pour qu'on ne la voit pas pleurer. Je me suis rassise. Je regarde l'autre référente. Nous reprenons le cours de la rencontre. C'est l'heure d'annoncer à Lisa et son père qu'il faut se quitter. Notre poignée de main, entre Monsieur et moi, est chaleureuse. Je le raccompagne vers la porte de sortie. Il s'en va, adresse un bisou de la main à Lisa qui le regarde. Il la regarde, lui sourit, se retourne. Il est parti. Et à nouveau l'image d'un quai de R.E.R. s'impose à moi.

7 - La fonction psychique du soignant

Après cet exposé clinique, penchons-nous sur le rôle et le fonctionnement de celui qui pratique la médiation, nous les soignants, dans le lien avec l'enfant et son parent... du cœur de cette pratique. Quelle est la fonction du soignant,

celui qu'on appelle « l'intermédiaire humain », lors d'une rencontre médiatisée entre un enfant en besoin de lien et son parent en difficulté à y répondre ?

Bien sûr, l'espace matériel de la rencontre (décrit plus haut) est un outil important mis à disposition du soignant et il offre les leviers dont on a parlés. Mais le principal outil de travail c'est notre psychisme, notre vie psychique, notre subjectivité, que nous mettons en présence de celles de l'enfant et de son parent. Dans un espace matériel peut s'installer un **espace psychique partagé**. Les premières rencontres permettent la mise en place et l'ajustement de cet espace psychique partagé et spécifique dans chaque situation.¹

Après ces premiers ajustements, et quand les rencontres prennent leur rythme, cet espace psychique partagé devient alors un « **champ** » **émotionnel** partagé par tous les présents. Nous utilisons le terme « champ » en nous appuyant sur les travaux de l'auteur italien, Antonino Ferro² [2010]. Les échanges sociaux pendant la rencontre - toutes les paroles et les mimiques échangées entre les personnes présentes dans la pièce - ont lieu dans ce champ, sollicitant la dimension émotionnelle de notre psychisme. La complexité du monde psychique de chacune des personnes présentes « ici et maintenant » dans la rencontre, comprend aussi une dimension multi-générationnelle qui se manifeste dans la rencontre sans crier gare. Certaines personnes se font présentes dans la tête des parents ou des enfants (des proches, des ancêtres,...) et des soignants (leurs collègues, la famille d'accueil, leurs figures de référence,...).

Alors comment peut fonctionner ce « champ » ? Il devient cet espace-temps où se déclenchent les **turbulences émotionnelles** que la rencontre active, turbulences ici imprégnées du fonctionnement troublé du parent. Ces turbulences sont complexes, fortes et prennent souvent la forme d'émotions

¹ Mettons de côté le fait que ces premières rencontres sont rarement faciles, et que c'est là où le professionnel s'interroge le plus sur sa façon d' « être-là », voire sur l'utilité de sa présence.

² Antonino Ferro est un psychiatre, psychanalyste, président de la Société Psychanalytique Italienne.

brutes ou de **sensations brutes** : comme par exemple le frisson, le malaise. Wilfried Bion¹ [1979] appelle ces émotions-sensations brutes : les « éléments béta ». Leur caractéristique est qu'elles nous submergent sans qu'on les comprenne. On sent qu'elles sont là, mais on ne sait pas quoi en penser. Concrètement, quand elles sont puissantes, ces émotions-sensations sont celles qui nous donnent envie par exemple de quitter subitement la pièce, ou encore nous pressent à parler, juste pour les fuir.

Maintenant, revenons à notre psychisme, notre outil de travail. Selon Ferro, nous sommes - à l'état de veille psychique - tous dotés d'une capacité de rêverie qui sans cesse - en arrière plan - accompagne nos pensées conscientes. Il appelle ce phénomène « **l'état onirique de veille** ». Quand tout va bien, notre capacité de rêverie à l'état de veille² nous aide sans cesse à transformer les émotions-sensations brutes en les rendant pensables, dicibles – en leur donnant un sens. Autrement dit en les transformant en « éléments alpha » comme dirait Bion, ou en les « alphabétisant », comme dirait Ferro. Par exemple, lors d'une rencontre on devient capable de penser : « *je ne sais pas pourquoi, mais je me sens mal à l'aise* », ou « *je ressens un frisson* ». On prête alors attention à son propre état, pour comprendre ensuite le trouble qui le provoque : p.ex. un échange entre un enfant et son père qui prendrait une dimension transgressive de certains interdits, ou un échange entre le soignant et le parent imprégné d'une familiarité déplacée, ou encore une mère qui s'adresserait à son fils dans une confusion des langues, entre tendresse maternelle et excitation érotique.

Souvent, cette alphabétisation de ce qui se passe en nous lors de la rencontre ne se produit pas tout de suite. De nombreuses émotions-sensations restent accumulées après la rencontre et vont nous revenir sous forme de flashes ou de

¹ Wilfred Ruprecht Bion (1897–1979) est un psychanalyste britannique qui s'est intéressé à la psychose. Il a également été un pionnier de la psychothérapie de groupe et de la psychanalyse groupale.

² André Breton [1955] parlerait-il des « vases communicants » de l'activité mentale, entre ce qui est conscient et ce qui ne l'est pas ?

rêves nocturnes. Ces éléments bruts font ainsi pression pour être alphabétisés. C'est là où l'on voit la nécessité d'un temps réservé pour le travail d'analyse de sa pratique. Paradoxalement, reparler d'une rencontre, repenser à une rencontre, est d'autant plus difficile, qu'elle a été riche en éléments sensoriels-émotionnels troublants et incompris, imprégnés des troubles des parents et de celles de l'enfant qui leur font écho. C'est ici que les flashes et les rêves sont les plus fréquents. Avec l'expérience et l'analyse des pratiques, cette alphabétisation survient déjà un peu plus facilement au fil de la rencontre.

Ferro aime bien utiliser des images culinaires, nous allons donc le suivre. C'est ainsi que ça mijote dans la petite cuisine psychique du soignant. Le plat qui en résulte pourra-t-il être livré au moment même de la rencontre, ou aura-il besoin de mûrir un peu grâce à l'analyse des pratiques qui favorise l'alphabétisation et la compréhension de ce qu'on ressent face à ce qui se passe ? Le soignant peut maintenant penser « quand et comment » il va servir le plat en salle de rencontre, comment il va s'exprimer lorsque les « échanges parent-enfant-soignant » reproduiront les mêmes émotions-sensations dans le champ de la rencontre. Il est difficile, mais aussi très pertinent de ne pas hésiter à dire simplement ce qu'on a ressenti : « *je ne sais pas pourquoi, mais je me sens mal à l'aise* », « *ça m'a donné un frisson* ». Cela permet déjà d'introduire dans l'espace psychique partagé, dans le champ de la rencontre, le premier résultat du travail d'alphabétisation.

Plus en avant, on peut dire pendant la rencontre par exemple, que notre malaise vient du fait que « *l'enfant joue avec tous les objets présents dans le sac à main de sa mère* ». Et là encore, on peut garder pour soi le fait que la gêne provienne du fait que la mère ne pose aucune limite à ce jeu 1/ soit par ce qu'elle ne perçoit pas l'enfant (déli, clivage), 2/ soit parce qu'elle se complait dans cette sorte d'effacement de la différence, de la distance entre l'enfant et elle-même (atmosphère incestuelle). On voit alors qu'un comportement

identique peut susciter des sensations-émotions brutes comparables, mais qui seront alphabétisées différemment, en fonction du trouble du parent.

Ainsi pouvoir « dire », « narrer » ce qu'on a alphabétisé, permet au champ de la rencontre de devenir un espace-temps de promotion du **récit des fait psychiques**, résultat de la compréhension des émotions-sensations partagées. Ce travail du professionnel, de son psychisme, est perçu par l'enfant (et parfois par le parent). Rencontre après rencontre, il apporte une expérience proposant à l'enfant une matrice, qui - à partir de son propre potentiel de rêverie (et d'une certaine présence à l'unisson avec le référent) - favorisera chez lui le développement de sa propre capacité à percevoir et à comprendre ce qui se passe, favorisera sa propre capacité d'alphabétisation : pouvoir comprendre « qui est mon parent et de quoi il souffre », passe par ma capacité à percevoir ce qu'on ressent en sa présence et de le comprendre. C'est comme ça qu'on pourrait parler avec Ferro de la « fonction alpha du champ » de la rencontre. Fonction entretenue par le psychisme du soignant. Dans notre domaine la pathologie de l'enfant consiste souvent en une carence de sa fonction alpha, de sa capacité à penser ce qui lui arrive de vivre. Face à cela, le facteur actif principal d'une rencontre médiatisée est la capacité de rêverie du soignant qui consiste en opérations (psychiques) que le soignant *doit faire (et pas forcément dire)* : c'est à dire tenir active sa propre fonction alpha, sa capacité à rendre ses émotions-sensations pensables. Et ainsi - au sein du champ émotionnel, rencontre après rencontre - favoriser chez l'enfant, « passer à l'enfant » (voire au parent) la méthode pour faire cela.

Résumons avec Ferro. Le champ de la rencontre a les caractéristiques suivantes :

- Il devient l'espace-temps où se déclenchent les turbulences émotionnelles que la rencontre active (éléments bêta).

- Il devient aussi un espace-temps de promotion de récits issus de l'alphabétisation des émotions-sensations primaires, grâce à l'existence de l'activité onirique de veille du soignant.
- Il propose à l'enfant une matrice qui va stimuler chez lui l'émergence de sa capacité de rêverie, de sa fonction alpha et de son contenant psychique.
- Au long cours, il favorise chez l'enfant sa capacité à comprendre la façon dont se manifestent les troubles de son parent.

Nous espérons qu'en bénéficiant de cet éclairage théorique, le lecteur pourra pour la vignette suivante avoir une « lecture » centrée sur les manifestations et les aléas de la fonction psychique du soignant.

8 - Vignette clinique N°2 : « Le dessin dans la main »

Un jour Lisa arrive pour rencontrer son père. Elle est accompagnée de sa famille d'accueil et nous montre avec beaucoup de fierté un dessin dans la paume de sa main.

Lisa aime ce dessin, souvenir de ses bonnes vacances au Maroc avec sa famille d'accueil. A ce moment là, naïvement, je trouve cela simplement joli et n'anticipe pas du tout l'effet que cela pourrait provoquer chez son père.

La rencontre commence à peine, et juste après avoir dit bonjour à Lisa, Monsieur remarque le dessin et dit son mécontentement : « *Mais pourquoi ? La famille d'accueil n'a pas le droit. Ce n'est pas notre religion.* ».

Je voudrais faire un aparté : *C'est un petit dessin dans le creux de sa main qui ressemble à un soleil. La famille d'accueil nous a précisé que Lisa voulait faire comme tout le monde au Maroc mais l'assistante familiale a été vigilante à ce que ce dessin soit petit, discret et sans connotation religieuse.*

Donc le père dit : « *Mais pourquoi ? La famille d'accueil n'a pas le droit. Ce n'est pas notre religion.* ».

Lisa est d'autant plus stupéfaite que nous, ses référentes, nous venions juste d'admirer son dessin. Elle est pétrifiée, s'arrête de jouer. Comme nous n'avions pas envisagé la réaction du père de Lisa, cela me met, et malgré moi, dans la même situation que l'enfant. J'ai ressenti alors différentes émotions. Tout d'abord l'étonnement, la surprise, mélangés à un sentiment de culpabilité : en effet comment n'ai-je pas pu penser à cela ?... J'ai le sentiment d'avoir commis une faute.

J'ai eu quelques instants d'arrêt de la pensée avec un défilement d'images et d'idées. Très rapidement j'ai ressenti aussi une peur diffuse, sans vraiment en comprendre la ou les raisons dans un premier temps. C'est ensuite dans un second temps que j'ai pu identifier une de mes craintes, celle de ne pas pouvoir accompagner, transformer ce moment afin que Lisa puisse recommencer à bouger, jouer. Alors, je choisis, je pèse mes mots et mes propos en gardant en tête le père et sa colère, mais aussi Lisa. Au cours de cet échange, elle est appuyée sur nous physiquement (elle colle son dos sur mes jambes et ne quitte pas du regard ma collègue).

Tout en étant dans l'état d'esprit que je viens d'essayer de vous faire sentir, le fait que Lisa appuie son dos sur mes jambes me rappelle qu'elle me fait confiance et qu'elle compte sur moi. J'ai aussi l'idée qu'elle a besoin que je sois solide. Et c'est avec toutes ces pensées que nous intervenons directement dans la réalité de la rencontre entre Lisa et son père.

Comme si nous étions l'interface entre Lisa et son père, nous renvoyons alors au père la peur, la surprise, et ses propos qui peuvent être énigmatiques pour Lisa. Nous mettons en mot aussi notre manque d'anticipation.

Le fait de prendre en compte, de reconnaître la colère de Monsieur que je ressens aussi comme légitime de sa place de père et d'essayer de comprendre ensemble ce qui le touche autant, détend l'atmosphère. Après ce premier mouvement de colère il réaffirme fermement mais tranquillement « *c'est moi le*

père, c'est moi qui décide de ces choses-là pour mes enfants ». Cette fois-ci, les propos de Monsieur ne font plus peur à Lisa et elle peut les comprendre.

L'hypothèse que nous pouvons faire, c'est que le dessin dans la paume de la main de Lisa a pu évoquer pour son père un changement d'appartenance à une famille, mais aussi lui rappeler leur séparation.

Notre présence a permis de dénouer et de rendre plus clair pour Lisa la raison de la colère de son père.

Très vite après cela, elle est retournée jouer et l'a de nouveau sollicité dans le jeu. Elle lui propose un gâteau qu'elle vient de fabriquer en pâte à modeler. Et c'est pendant cet échange entre eux, que Monsieur nous demande explicitement de ne plus faire de marque au henné sur le corps de sa fille.

Quant à Lisa, qui n'a pas perdu une miette des propos de son père, c'est la première chose qu'elle dira à sa famille d'accueil au moment de leurs retrouvailles. Comme si elle avait intégré la différence concernant la religion de son père, sans rejeter pour autant celle de sa famille d'accueil. Les propos de Lisa ne sont pas heurtants pour la famille d'accueil et sont bien accueillis par celle-ci.

9 – Etude des dynamiques interactives

Les récits de ces deux vignettes cliniques s'appuient sur les notes prises après la rencontre par les soignants, sur ces « alphabétisations » qui se sont produites pendant, ou après les rencontres et sur le résultat du travail *d'analyse des pratiques*. Celle-ci est assurée auprès des soignants par le psychologue de l'unité et elle met l'accent sur les représentations conscientes et inconscientes des soignants, sur la dynamique transférentielle soignant-soigné. Cela permet aux soignants d'être au plus près de la souffrance psychique vécue par le soigné, de ne pas se limiter au savoir conscient du

soignant, à sa connaissance, au risque de rejeter ce qui est le vécu du trouble (ici du lien) pour celui qui en souffre [Bonnafé 2002].

Déroulons d'abord la séquence de la vignette des « chaussures » sous l'éclairage théorique apporté. Mais nous tenons à préciser que ce « déroulement » réduit forcément la complexité de la situation, des sentiments et des élaborations immédiates, qui ne sont absolument pas linéaires et unidimensionnels, comme nous sommes amenés - pour des raisons didactiques - à les décrire pour pouvoir les partager.

Nous remarquons la manifestation des émotions-sensations brutes lorsque la soignante de Lisa entend l'intonation de Monsieur lors qu'il dit :

« Lisa, où sont les chaussures ? »

Sous le coup de ces émotions-sensations sa première réaction est alors de se fixer sur la fin de la rencontre, envisager pour tous la possibilité d'échapper au plus vite à l'ambiance qui vient de surgir :

Je sors de mon attention flottante. Elle aurait dû le regarder. Cette pensée surgit en moi. Je regarde l'horloge de la salle et me dis que bientôt j'annoncerai la fin proche de la rencontre...

A cet instant, mobiliser sa fonction psychique est la tâche principale du soignant pour prévenir les effets d'une interaction qui déborderait les capacités de l'enfant à y faire face, si rien n'était fait pour la métaboliser (évitement des émotions brutes par la fuite). La soignante s'appuie sur la perception de la situation par sa collègue :

Je regarde ma collègue ... Elle ne sourit plus.

L'effet psychique des éléments béta présents dans le champ de la rencontre se fait sentir chez la soignante :

Mon pouls s'accélère.

Mais elle ne parvient pas à ce moment à « dire » autrement son état que par un changement de position de son corps, en résonance transférentielle avec Lisa « immobile », « figée », « sourire plaqué » :

Je suis toujours assise mais le buste en avant.

Mais cette simple réaction posturale renvoie à l'enfant le signal d'un certain « être à l'unisson » dans cette turbulence.

Ensuite les premières élaborations apparaissent, d'abord en appui sur la conscience des expériences passées :

Je crois comprendre que ce trop bon moment passé (avec sa fille) a réveillé chez lui la douleur de leur séparation.

... puis, en appui sur sa capacité de rêverie dans l'état onirique de veille :

Tout à coup je m'aperçois que j'ai peur. Je suis sidérée par la vision de Lisa « pétrifiée ».

Ce moment est crucial, car un sens (« j'ai peur ») a pu être trouvé aux ressentis envahissants, un sens qui transforme, « alphabétise » ceux-ci en éléments alpha, pensables, libérant le fonctionnement psychique frappé jusque là par la sidération. L'intervention qui suivra peut prendre alors des formes qui sont propres à chaque soignant, ici par exemple :

Je me lève tranquillement, me place devant Monsieur, aux côtés de Lisa ... les mots sortent de ma bouche. Enfin ! : « J'ai 5 ans Monsieur. Et vous me faites très peur. J'ai mis longtemps les chaussures. Elles ne me vont plus. Mais là j'ai peur. Je ne sais pas où « tata » les a mises ».

Cette intervention « psychodramatisante » permet de contenir les débordements du père et de libérer l'émotion de Lisa en donnant grâce aux mots un sens à l'atmosphère chargée de sensations brutes. Elle transforme le

champ de la rencontre, transforme l'espace psychique partagé, avec les conséquences thérapeutiques décrites plus haut.

Mais pour préciser notre propos, cette intervention de la soignante n'est « que » le résultat de tout le travail psychique qui précédait, le travail subjectif d'alphabétisation de la sensation de peur provoquée par la colère du père et qui a soudainement envahi le champ de la rencontre. C'est cet acte¹ soignant de transformation, d'élaboration, d'alphabétisation qui est décisif. La forme d'action soignante qui suivra n'en est que la conséquence. La satisfaction professionnelle, suite à cette action réussie, ne doit pas nous faire perdre de vue le professionnalisme (et la pénibilité) de l'acte psychique, de l'effort psychique qui a précédé.

Il en est de même dans la deuxième vignette.

Les propos du père, pertinents « en général », mais inadaptés à la situation de Lisa : «... *La famille d'accueil n'a pas le droit. Ce n'est pas notre religion* », créent une turbulence dans le champ émotionnel de la rencontre. Le père touche au conflit de loyauté de Lisa et à sa problématique identificatoire complexe. Elle en est « pétrifiée, s'arrête de jouer ».

L'effet contre-transférentiel met la soignante dans la même situation que l'enfant :

J'ai ressenti alors différentes émotions ... l'étonnement, la surprise, mélangés à un sentiment de culpabilité ... le sentiment d'avoir commis une faute : comment n'ai-je pas pu penser à cela ?

De plus un sentiment diffus de peur s'appuie sur sa rêverie à l'état de veille :

¹ Nous aurons du mal à trouver une grille de recueil administratif d'activité où cet acte mental professionnel, cet acte de soin qui est au cœur des métiers de soins psychiques, puisse être convenablement « saisi » dans un logiciel, et ainsi « valorisé ».

J'ai eu quelques instants d'arrêt de la pensée avec un défilement d'images et d'idées. Très rapidement j'ai ressenti aussi une peur diffuse, sans vraiment en comprendre la ou les raisons dans un premier temps.

Son identité professionnelle et sa subjectivité sont conjointement sollicitées dans cet effet de sidération :

C'est ensuite dans un second temps que je peux identifier une de mes craintes, celle de ne pas pouvoir accompagner, transformer ce moment afin que Lisa puisse recommencer à bouger, jouer.

Cette vignette rend aussi perceptible l'attitude participative de l'enfant, son utilisation conjointe des référentes par appui physique et perceptif :

Au cours de cet échange Lisa est appuyée son dos sur mes jambes ... ne quitte pas du regard ma collègue.

Cette dynamique du travail psychique de la soignante remobilise ses capacités d'intervenir « en ayant en tête le père et sa colère, mais aussi Lisa ». De plus :

... Le fait que Lisa appuie son dos sur mes jambes me rappelle qu'elle me fait confiance et qu'elle compte sur moi. J'ai aussi l'idée qu'elle a besoin que je sois solide.

Positionnées en intermédiaires entre Lisa et son père, les référentes évoquent « la peur », « la surprise », le caractère « énigmatique » des propos du père pour Lisa. Ce récit des faits psychiques (résultat de la compréhension des émotions-sensations partagées) proposé à Lisa facilitera-t-il chez elle sa capacité d'utiliser sa propre rêverie, sa propre fonction alpha dans des situations semblables de turbulences émotionnelles ?

En tout cas le champ émotionnel partagé peut servir de vecteur de transmission de la fonction alpha (fonction alpha du champ émotionnel) en faveur de l'enfant, voire de son parent.

Très vite après cela, elle est retournée jouer et a de nouveau sollicité son père dans le jeu, et « n'a pas perdu une miette » des propos apaisés qui suivaient, quant à la religion et ses attributions de père.

L'élaboration ultérieure a abouti à cette compréhension :

L'hypothèse que nous pouvons faire, c'est que le dessin dans la paume de la main de Lisa a pu évoquer pour son père un changement d'appartenance à une famille, mais aussi lui rappeler leur séparation.

L'observation dans la suite de la rencontre, lors des retrouvailles avec la famille d'accueil, semble confirmer que l'intervention des soignantes (et parallèlement le travail psychique de l'enfant) a clarifié la raison de la colère du père :

Comme si elle avait intégré la différence concernant la religion de son père, sans rejeter pour autant celle de sa famille d'accueil. Les propos de Lisa (lorsqu'elle fait le récit du sujet à l'assistante familiale) ne sont pas heurtants pour la famille d'accueil et sont bien accueillis par celle-ci.

10 - Conclusion

Nous considérons que quelle que soit la mission (thérapeutique, protectrice, éducative,...) du dispositif au sein duquel les rencontres médiatisées s'exercent, et quel que soit leur mode de déroulement, celles-ci comportent (en dehors de la dimension protectrice et/ou éducative) une **dimension psychique consciente et inconsciente** qu'il faut reconnaître, pour que les enfants et leurs parents puissent en bénéficier et non la subir, et pour que les professionnels puissent s'en servir et non en souffrir [Lamour 2003].

Cette conceptualisation « théorico-pratique » de l'un des abords centraux du soin en UAFT-Enfants (rencontres médiatisées) n'a pas l'ambition de créer une approche thérapeutique codifiée, mais plutôt de cultiver un des aspects de la dimension thérapeutique des interactions soignant-soigné. Elle s'appuie sur le

concept psychanalytique du processus de liaison symbolique (fonction alpha) et celui du champ analytique, théorisation contemporaine d'Antonino Ferro. Ces concepts fécondent l'expérience accumulée par les professionnels de notre dispositif sectoriel, leur expérience des vécus intersubjectifs en présence de l'enfant et de ses parents. Pourrait-on dire, sous cet angle, que notre conceptualisation est le fruit de ce qui s'apparente à une recherche-action à partir des pratiques en service public ? [API 1987]

En partageant nos conceptualisations, nous souhaitons susciter un débat avec les interlocuteurs qui oeuvrent dans le même champ clinique et thérapeutique, ou ceux pour qui cette conceptualisation résonne avec leur propre champ d'expérience professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

API - Association des Psychiatres du secteur Infanto-juvénile, « Cahier des charges » de la pédopsychiatrie, 1987, <http://www.api.asso.fr>

BERGER M., RIGAUX C., Les visites médiatisées, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2001, 49 : 159-170.

BION W.R., Aux sources de l'expérience, Presses Universitaires de France, 1979..

BISSON D., de CHONEN E., L'enfant derrière la porte, Editons Grasset & Fasquelle, 1993. (Préfacé par Tony Lainé)

BONNAFE L., La psychanalyse de la connaissance, Erès, 2002.

BRETON A., Les Vases Communicants, Gallimard, 1955.

CATELAND L.N., PAROT-SCHINKEL E., ROUSSEAU D., SIRIOT Ph., Rapport d'enquête - Etude réalisée (2002-2004) auprès des enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance et de leurs parents, *Département du Maine-et-Loire*, Janvier 2006.

CHEBAT V., La pédopsychiatrie publique en chiffres, La Lettre de l'API N°37, juin 2014.

DAVID M., Le placement familial : De la pratique à la théorie, (5^e édition). Dunod, 2004.

DERIVOIS D. & MARCHAL H., Qu'accueille la famille d'accueil ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2013, 61 (6) : 357-364.

DUMORA M., *Je voudrais aimer personne*, DVD – Quark productions, 109', 2008.

FERRO A., Psychanalystes en supervision, Erès, 2010, 157p.

HOUZEL D., (Dir.) Les enjeux de la parentalité, Erès, 1999, 200p.

JACQUARD A., Finitude de notre domaine. *Le Monde Diplomatique* ; 2004, Mai : 28.

KAYSER C., JAUNA E., GIANNITELLI M., DENIAU E., BRUNELLE J., BONNOT O., CONSOLI A., GUILLE J.-M., COHEN D., Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2011, 59 (7) : 393-403.

LAINE T., La Psychiatrie est devenue une pratique où le social est toujours présent, *La Revue de l'APAJH*, 1986, 11 : 18-19.

LAMOUR M., La souffrance des professionnels confrontés aux séparations précoces parents-nourrisson. In Debourg A. (Dir.) *Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?*. Erès, Coll. Mille et un bébés ; 2003 : 101-126.

MOUHOT F., Séparations parents/enfant : Impact de l'âge des enfants sur leur évolution. *Psychiatrie de l'enfant* ; 2003, XLVI (2) : 609-630.

PAVELKA M., DENIZET S., ROITEL D., ARIGNO V., Accueil familial thérapeutique : Soins par médiation, *Perspectives Psy*, 2007, 46 (1) : 30-39.

PAVELKA M., LUCIANO M., Spécificités¹ du soin en Accueil familial thérapeutique d'enfants, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2009, Vol 57, No5, 412-418.

PAVELKA M., Prendre soin du lien parent-bébé : dysparentalité, attachement, filiation, in ROTTMAN H., RICHARD P., *Se construire quand-même – L'accueil familial : un soin psychique*, PUF, 2009 : 127-156.

ROTTMAN H., Les rencontres entre parents et enfants en placement familial thérapeutique – Ce qu'elles mettent en jeu, leur régulation, *Sauvegarde de l'enfance*, 1994, 3 : 251-263.

ROUSSILLON, R. Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. In Furtos, J. & Laval, C. (Eds.) *La santé mentale en actes ; De la clinique au politique*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2005.

THÉRY I., Différence des sexes et différence des générations ; L'institution familiale en déshérence. *Esprit*, 1996, 12 : 65-90.

TREVARTHEN C. & AITKEN K.J., Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 2003, 15 (4) : 309-428.

WINNICOTT D.W., *La Nature humaine*, Gallimard, coll. Connaissance de l'inconscient, 1990.

¹ Les « spécificités », évoquées dans l'intitulé et le contenu de l'article, sont en rapport avec celles des autres techniques et dispositifs de soins en pédopsychiatrie.

ANNEXE 1

PRIX MICHEL SAPIR 2014
sous l'égide de la Fondation de France

RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

**LES INCIDENCES INCONSCIENTES
DANS LA RELATION SOIGNANT SOIGNÉ
ET LEURS EFFETS SUR LE SOIN.**

Les candidats devront soumettre un travail inédit,
centré sur leur pratique clinique et la réflexion théorique qui lui est associée,
au jury du prix présidé par :
le Professeur Jean Jacques KRESS

et composé de :

Madame le Docteur Simone COHEN-LÉON, Docteur Guy EVEN,
Madame Josiane QUILICHINI, Docteur Daniel OPPENHEIM,
Madame Marie Odile SUPLIGEAU et Docteur Arthur TRENKEL

Un prix de 4 000 euros sera attribué à l'auteur du meilleur travail.

Les textes en langue française (de 30 à 100 pages)
sont à adresser en 6 exemplaires dactylographiés
avant le 30 juin 2014

à Madame le Docteur Cohen-Léon (AREPS)
11, square de Clignancourt - 75018 Paris
e-mail : s.cohenleon@free.fr

Le Prix sera décerné en décembre 2014

ANNEXE 2

Sous l'égide de la Fondation de France

PRIX MICHEL SAPIR 2014

Les incidences inconscientes dans la relation soignant soigné
et leurs effets sur le soin.

Docteur Martin Pavelka
U.A.F.T

JURY

Président
Pr.J.J.Kress

Monsieur et cher confrère,

Membres

Dr S. Cohen-Léon
Dr Guy Even
Dr D. Oppenheim
Mme J. Quilichini
Mme M. O. Supligeau
Dr A. Trenkel

Le jury du Prix Michel Sapir s'est réuni le 7 Novembre 2014 et j'ai le plaisir de vous annoncer qu'il a attribué à votre équipe le Prix Michel Sapir 2014 pour son travail « La fonction psychique du soignant lors du soin du lien parents –enfant »

Nous avons beaucoup apprécié la clarté de l'exposé de votre dispositif institutionnel original et du traitement des situations cliniques.

Le jury souhaite distinguer plus particulièrement la qualité du travail relationnel de Mme M.H. Borg et nous vous demandons de lui transmettre le courrier personnel ci-joint. Le prix sera remis le Samedi 6 Décembre à 17h30 dans les locaux du F.I.A.P 30, Rue Cabanis 75014 Paris et cette remise sera suivie d'un buffet convivial.

Nous vous y accueillerons avec ceux des membres de votre équipe qui le souhaiterons et demanderons à Mme Borg de faire une intervention d'une quinzaine de minutes pour présenter son travail .

Avec mes sentiments confraternels

Docteur Simone Cohen-Léon

Pour le jury du Prix Michel Sapir



Secrétariat du Prix Michel Sapir

Dr S. Cohen-Léon -11 Square de Clignancourt - 75018 PARIS

Téléphone : 0142649017

e-mail : s.cohenleon@free.fr