



¹ Soins et réseau en pédopsychiatrie : travail de lien, travail sur les liens☆

² Care and network in child psychiatry: work with psychic linking

F. Fericelli-Brown

Service de psychiatrie infantojuvénile du Mont-Blanc, 9 avenue de Châtillon, 74300 Chambéry

Reçu le 20 novembre 2003 ; accepté le 20 janvier 2004.

8 Résumé

9 En pédopsychiatrie, et particulièrement dans le cadre des soins à apporter aux enfants atteints de graves troubles du développement, la
10 nécessité d'un travail en réseau est actuellement reconnue par la plupart des auteurs. Dans cet article, nous nous proposons de spécifier les
11 enjeux thérapeutiques d'un tel travail en relation avec le modèle psychodynamique de construction du psychisme. À partir d'une description
12 puis d'une modélisation des différents types de réseaux mis en place à l'intérieur et autour de notre unité de soins, nous avons cherché une
13 définition thérapeutique du réseau permettant de conceptualiser un travail sur les liens psychiques. Nous éclairerons notre propos d'une
14 vignette clinique afin de montrer comment ces réseaux peuvent constituer de véritables outils thérapeutiques dans le soin aux enfants
15 psychotiques.

16 © 2004 Publié par Elsevier SAS

17 Abstract

18 In child psychiatry, and especially in the scope of treating children with severe development troubles, the necessity of network is well
19 established. Starting with a description to a modelization of the different kinds of networks set up within and around our institution, the author
20 tried to work out a definition of a therapeutic network allowing to conceptualise how to impact psychic linking ability. A clinical vignette helps
21 to understand why and how those networks do constitute a real therapeutic tool in the treatment of psychotic children.
22 © 2004 Publié par Elsevier SAS

23 Mots clés : Réseau ; Psychose infantile ; Liens parents-enfants

24 *Keywords:* Network; Child psychosis; Psychic linking
25

26 1. Introduction

27 Défini dans le langage courant comme un ensemble per-
28 manent ou accidentel de lignes, de bandes, de fils enlacés ou
29 entrecroisés plus ou moins régulièrement, la notion même de
30 réseau ne peut pas laisser indifférents les pédopsychiatres
31 confrontés aux graves troubles du développement chez l'en-
32fant. En effet, on est souvent placé devant un tableau d'effon-
33drement des réseaux et des liens autour de ces enfants :
34 pathologie des interactions précoces, retrait relationnel, rejet

de l'école et des lieux habituellement fréquentés par les 35
enfants du même âge, incompréhension de l'entourage vis-à- 36
vis de cet enfant différent. 37

Créé en 1998 dans le cadre du mouvement de réflexion sur les hôpitaux de jour des années précédentes [5], notre centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) a comme particularité d'être situé dans un secteur de psychiatrie infantojuvénile qui ne possède pas d'hôpital de jour. Une des conséquences directes de cette situation est que nous traitons à temps partiel une grande diversité de pathologies, y compris les plus lourdes. On comprendra aisément que la question du réseau se soit posée à nous avec une acuité particulière. À la fois convaincus dans la lignée de Mannoni [6] et d'Hochmann [4] de l'intérêt d'une institution ouverte, voire éclatée, et contraints d'utiliser les seuls moyens mis à notre disposition, nous avons choisi de nous établir dans un secteur de psychiatrie infantojuvénile qui ne possède pas d'hôpital de jour.

* Une première approche de ce travail a fait l'objet d'une présentation à la 16^e journée des hôpitaux de jour des services de psychiatrie infantojuvénile (Lyon, décembre 2000 : « L'hôpital de jour, le réseau, l'enfant et sa famille »).

Adresse e-mail : françoise.broun@hecge.ch (F. Broun) ; w.perron@hecge.ch (W. Perron).

50 disposition, nous avons dû mettre à l'épreuve (parfois durement) nos convictions.

52 Dans ce travail, nous allons dans un premier temps explorer la réalité du réseau social, familial, scolaire, médicoéducatif qui entoure les enfants que nous sommes amenés à recevoir. Ce réseau, quel est-il ?

56 Dans un second temps, nous allons évoquer au travers d'une situation clinique de quelle manière il est possible pour une structure telle que la nôtre d'utiliser le dispositif du réseau en gardant une spécificité soignante. Ce réseau, comment en faire un outil thérapeutique utilisable au quotidien, un élément dont l'enfant lui-même pourrait se saisir ?

62 Mais au préalable nous ferons un détour par l'évocation des références théoriques qui ont permis de construire une base de fonctionnement pour l'unité.

65 2. Références théoriques et définitions préalables

66 Pour l'élaboration et la construction de l'unité nous avons 67 utilisé principalement deux modèles : d'une part, la théorie 68 psychodynamique psychanalytique comme référence pour la 69 compréhension du fonctionnement psychique ; d'autre part, 70 le travail d'Hochmann [4] à Villeurbanne comme modèle 71 institutionnel. L'intérêt de la théorie et des modèles n'est pas 72 à démontrer, ni le fait qu'ils doivent s'alimenter de la pratique 73 qui à son tour sera susceptible de donner naissance à une 74 théorisation. Hochmann présente le modèle comme support 75 de plusieurs fonctions : celui-ci joue le rôle de pare-exitations, 76 donnant la possibilité au soignant de garder en lui et de 77 mentaliser les projections du psychotique. Il est 78 source de plaisir, plaisir à penser et capacité de survivre aux 79 attaques de cette pensée par le fonctionnement psychotique. 80 Enfin, le modèle est support d'une création qui permet de 81 s'orienter dans le chaos et de restituer au patient un sens et 82 une activité mentale dont il a horreur. De son côté, Mannoni 83 [7] pointe la dimension de fiction à l'œuvre dans toute théorie. 84 En ce qui concerne la théorie psychanalytique, cette 85 fiction est repérée par Freud lui-même [2] lorsqu'il s'interroge 86 sur la « frappante concordance » entre le délire de 87 Schreber et la théorie psychanalytique.

88 À notre sens, les références théoriques qui servent de 89 fondation à un fonctionnement institutionnel se présentent 90 sous un double aspect : d'une part, à l'image de la capacité de 91 rêverie maternelle de Bion [1], la théorie donne un contenant 92 à partir duquel il est possible d'imaginer le contenu du 93 travail. D'autre part, elle donne un référent, un tiers dont la 94 pratique se soutient et se construit.

95 Dans leur double fonction contenant et tierce, les modèles de départ ont servi tout d'abord à définir l'unité comme :

- 97 • un lieu de soins mais pas un lieu de vie ; de plus un lieu 98 de soins qui ne saurait se rendre exclusif. (L'enfant peut 99 être parallèlement suivi en libéral ou dans un Centre 100 médicopsychologique.) ;
- 101 • une institution rattachée à un hôpital psychiatrique assurant 102 une continuité de soins, mais où tous les enfants

doivent avoir un ailleurs (halte-garderie, école, Institut médicoéducatif...) ;

- 103 • un lieu où la parole et les symptômes de l'enfant sont accueillis, où nous tentons de les mettre en mots et en lien, mais où il n'est pas pratiqué de cure psychanalytique, bien que le modèle de fonctionnement psychique de référence soit le modèle psychodynamique ;
- 104 • Un lieu où est garantie la confidentialité de ce que l'enfant et sa famille apportent, mais un lieu d'où il paraît indispensable de travailler avec les partenaires extérieurs afin de surmonter les clivages inévitables qui surgissent entre les personnes qui s'occupent d'un enfant psychotique.

109 Ces réflexions et définitions préalables ont d'emblée placé l'institution au cœur du réseau, d'un ensemble de liens à construire et à reconstruire chaque jour autour de chaque 110 enfant. Nous allons voir comment.

115 3. Réseau externe et réseau interne : la vie quotidienne 116 d'une institution

120 À ce jour, l'unité reçoit seize enfants qui présentent des 121 troubles de la personnalité et du développement ayant conduit 122 à une consultation en CMP avant l'âge de quatre ans. 123 À la suite d'une évaluation pluridisciplinaire, il a été estimé 124 qu'un cadre de CMP était insuffisant à leur prise en charge et 125 des soins ont été proposés au CATTP, en relais ou en complément 126 de ce que le CMP avait proposé. Il s'agit de six filles et 127 dix garçons, âgés de cinq à onze ans. Ils sont bien sûr au 128 centre du dispositif qui va être décrit. Nous nous sommes 129 attachés au moment de l'admission de chaque enfant à tenir 130 compte de ce qui existait déjà autour de l'enfant (personnes, 131 dispositifs scolaires et/ou soignants...) afin que le CATTP 132 n'apparaisse ni comme un lieu de rebut où l'on mettrait les 133 enfants pour lesquels on ne peut rien à l'école ou au CMP, ni 134 comme le lieu magique qui réglerait tous les problèmes.

135 3.1. Le réseau « externe » (Fig. 1)

137 Nous avons désigné sous ce terme les institutions et les 138 personnes qui ne sont pas rattachées directement au CATTP, 139 mais qui sont amenées à intervenir auprès des enfants, dans 140 leur quotidien.

141 Un enfant fréquente une halte-garderie, deux l'école maternelle, un l'école primaire classique, quatre une classe 142 spécialisée de l'éducation nationale (CLIS). Le SESSAD 143 (service d'éducation spécialisée et de soins à domicile) 144 intervient auprès de deux enfants. Huit enfants ont été orientés par 145 la commission départementale de l'éducation spécialisée 146 (CDES) vers le secteur médico-social associatif. Parmi ces 147 huit enfants, trois fréquentent un institut médicoéducatif 148 (IME) pour déficients légers, quatre un IME pour déficients 149 moyens et un est scolarisé dans un institut de rééducation 150 (IR). Par ailleurs certains enfants du CATTP sont aussi soignés 151 à l'extérieur : quatre dans un centre médicopsychologique.

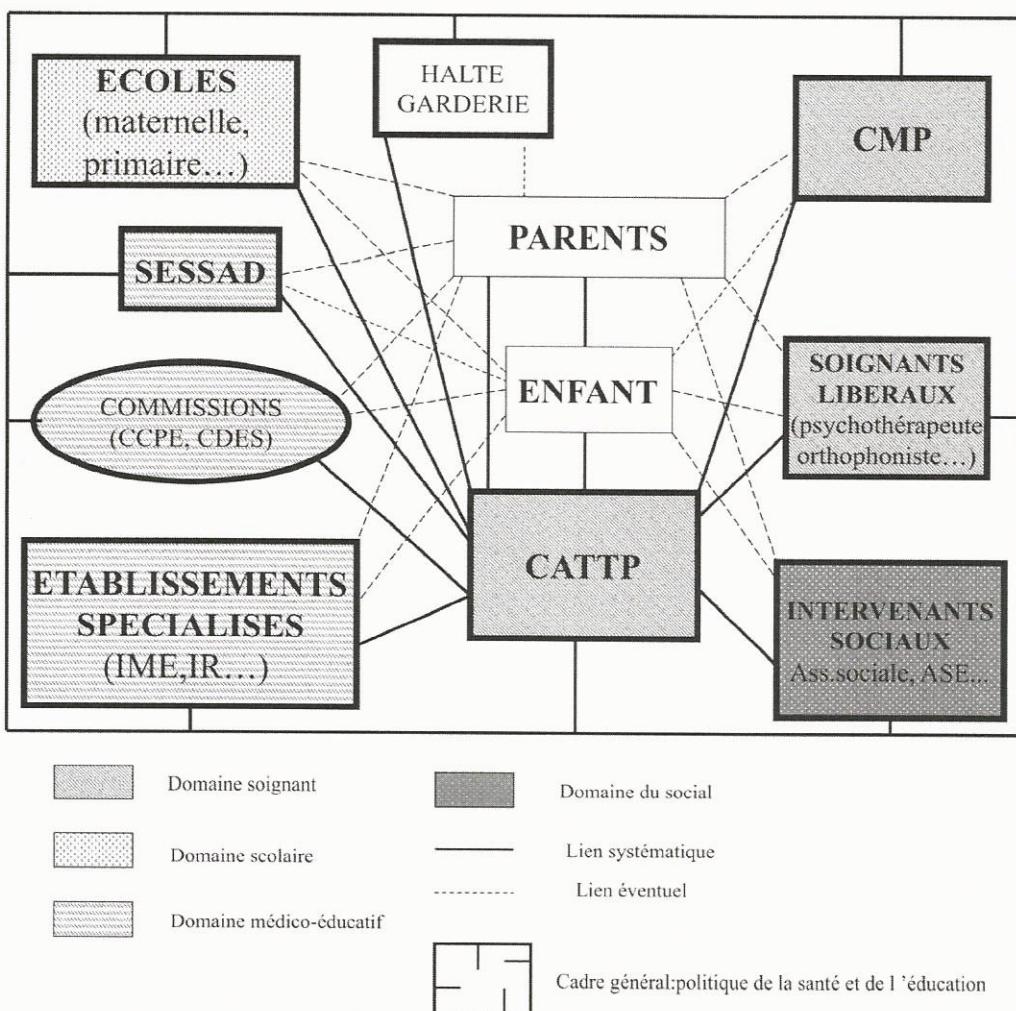


Fig. 1. Le réseau externe.

154 que en psychothérapie individuelle, un est suivi par un psych-
 155 chothérapeute en libéral, trois sont pris en charge par une
 156 orthophoniste en ville.

157 Il apparaît ainsi clairement que le réseau externe est com-
 158 posé de nombreux intervenants. Certains appartiennent au
 159 domaine scolaire, d'autres au domaine soignant, d'autres
 160 enfin au domaine médico-éducatif (IME, SESSAD). De plus,
 161 des services sociaux interviennent auprès de certains enfants
 162 et sont parfois très impliqués dans leur quotidien ou dans
 163 certaines décisions les concernant. Par ailleurs, nous avons
 164 souhaité que les parents fassent partie intégrante de ce ré-
 165 seau, en travaillant spécifiquement les liens avec eux, depuis
 166 l'admission jusqu'à la sortie de l'enfant de notre structure.
 167 Parfois, les parents assurent fortement la place centrale que
 168 nous voulons leur attribuer en effectuant eux-mêmes une
 169 grande partie du travail de liens. Mais le plus souvent, et
 170 surtout au début des soins lorsque l'enfant est jeune, ce
 171 circuit est très compliqué pour eux et ils ont du mal à s'en
 172 faire une représentation. Ils peuvent avoir l'impression que
 173 leur enfant est « éclaté » entre de multiples endroits. C'est à
 174 ce moment-là évidemment que les liens avec eux mais aussi

avec tous les autres intervenants sont importants à mettre en place. Cependant, pour que ces liens prennent du sens pour l'enfant et ses parents, un travail de différenciation des lieux et des personnes doit pouvoir aussi s'effectuer, travail que nous tentons d'accompagner le plus souvent sur du long terme.

175
 176 La complexité du réseau externe est accentuée dans notre
 177 cas par la taille géographique de notre intersector et par un
 178 recrutement qui, pour des raisons de moyens, recouvre une
 179 partie de l'intersector voisin. Nous avons affaire à six écoles
 180 différentes, quatre IME, un IR, et du côté des soins à trois
 181 CMP.
 182

3.2. Le réseau « interne »

183 Ce réseau est constitué de toutes les personnes qui tra-
 184 vaillent au sein du CATTP. L'équipe est classiquement com-
 185 posée d'un psychiatre, deux psychologues, un psychomotri-
 186 cien, une orthophoniste, deux infirmières, une éducatrice
 187 spécialisée. Outre ces personnes directement engagées dans
 188 le soin auprès des enfants, le CATTP dispose aussi d'une
 189 secrétaire, d'une institutrice et d'un assistant social.
 190
 191
 192
 193
 194

195 Les liens à l'intérieur du réseau interne sont assurés par
 196 plusieurs types de réunions hebdomadaires (une grande réu-
 197 nion de synthèse, des réunions en plus petit comité autour
 198 d'un enfant ou d'un atelier thérapeutique particulier), mais
 199 aussi par tous les échanges informels qui ont lieu entre les
 200 différentes personnes. De cette manière, à l'intérieur du ca-
 201 dre protecteur du réseau interne, se tisse jour après jour une
 202 sorte d'histoire racontée pour chaque enfant, et aussi bien
 203 entendu une histoire institutionnelle constituée de la multi-
 204 tude des histoires individuelles. Ces morceaux d'histoires,
 205 une fois assimilés, pourraient participer à une forme de
 206 théorisation qui serait alors susceptible de rejoindre la théorie
 207 préconçue que nous évoquions plus haut, et en tant que telle
 208 faire tiers dans le travail quotidien auprès des enfants.

209 *3.3. L'aire intermédiaire : articulation entre les deux*
 210 *réseaux*

211 L'articulation entre les deux réseaux se déroule dans un
 212 certain nombre de lieux que l'on pourrait qualifier d'intermé-
 213 diaires.

214 *3.3.1. Le système de référence du quotidien*

215 Celui qui a été mis en place désigne un soignant (infirmier
 216 ou éducateur spécialisé) qui est l'interlocuteur privilégié des
 217 parents. Ce soignant accueille l'enfant à son arrivée dans
 218 l'unité. À cette occasion, des échanges informels sont possi-
 219 bles avec l'adulte qui accompagne l'enfant. Suivant la situa-
 220 tion, il peut s'agir des parents, du chauffeur de taxi qui assure
 221 les trajets ou d'un professionnel de l'institution médicoédu-
 222 cative fréquentée par l'enfant.

223 *3.3.2. Les entretiens avec la famille*

224 Les parents sont reçus avec leur enfant environ une fois
 225 par mois. Sont présents le soignant désigné comme référent
 226 du quotidien et la psychologue référente des soins dans leur
 227 globalité. (Pour certaines familles, c'est moi-même qui as-
 228 sure cette fonction). Dans ce lieu sont échangés des éléments
 229 qui concernent le quotidien à la maison et d'autres qui ont
 230 trait à ce qui se passe pour l'enfant au CATTP.

231 *3.3.3. Certaines personnes du CATTP sont plus*
 232 *particulièrement sollicitées*

233 Cette sollicitation a lieu dans une interface spécifique qui
 234 concerne leur fonction. Ainsi *l'institutrice* est-elle en lien
 235 fréquent avec les enseignants des écoles qui reçoivent les
 236 enfants. Des réunions ont lieu soit à l'école, soit au CATTP,
 237 mais ces échanges peuvent aussi être téléphoniques. De
 238 même, *l'assistant social* est-il souvent sollicité au moment
 239 de l'orientation scolaire des enfants. Il peut être amené à
 240 recevoir les parents afin de leur préciser les modalités de
 241 fonctionnement des commissions, les types d'établissements
 242 qui existent ; il peut aussi accompagner les parents dans une
 243 visite préalable des établissements. Enfin, en tant que *méde-
 244 cin responsable*, je suis fréquemment sollicitée par les direc-
 245 teurs des institutions (IME ou IR) dans l'idée de la construc-
 246 tion d'un projet global cohérent pour l'enfant.

L'aire intermédiaire sert donc de filtre à la circulation du réseau interne vers le réseau externe. Elle est le lieu où se pose la question de ce qui doit passer vers l'extérieur et de ce qui doit rester à l'intérieur. Bien sûr, les réponses à ces questions sont différentes suivant l'enfant et le stade de son évolution. D'une façon générale, les histoires racontées dans le réseau interne subissent une forme de remodelage afin d'être rendues audibles et utilisables à l'extérieur. Dans le sens inverse, l'aire intermédiaire alimente le réseau interne des éléments de réalité en provenance du réseau externe. Ces éléments de réalité sont à leur tour intégrés dans les histoires qui se racontent à l'intérieur.

259 *3.4. Topographie générale*

Il est maintenant possible de dégager une disposition générale des réseaux (Fig. 2) : réseau interne, aire intermédiaire et réseau externe. Chacun de ces trois lieux possède ses propres dispositifs de régulation et d'échanges. Les mouvements s'effectuent de l'intérieur vers l'extérieur et de l'extérieur vers l'intérieur au travers de la précieuse aire intermédiaire qui devra selon les différentes situations faire preuve de souplesse, de déformabilité ou au contraire de capacité de rétention. Cet aspect général des réseaux donne un cadre de fonctionnement qui pourrait en lui-même constituer une sorte de modèle, au sens où il a été défini plus haut. Mais comment l'enfant peut-il s'en saisir pour construire son propre psychisme ? C'est ce que nous allons explorer au travers d'un cas clinique.

274 **4. Un exemple d'utilisation des différents réseaux :**
 275 **Théo, le dragon qui lançait du feu**

Théo a cinq ans quand il entre au CATTP. Il présente une importante instabilité psychomotrice, des troubles du comportement (agressivité envers les autres enfants, destruction d'objets), un retard de parole et de langage, une encoprézie diurne et nocturne. Par ailleurs, d'importants troubles du sommeil amènent sa mère à le prendre fréquemment dans le lit parental ou à se déplacer elle-même dans le lit de l'enfant. Sur le plan scolaire, Théo fréquente une école maternelle. Il se rend trois jours par semaine dans une classe de moyenne section avec établissement d'un contrat d'intégration entre la famille et l'école.

Lors de l'entretien d'admission dans l'unité, Théo entre assez facilement en contact avec chaque adulte présent, en utilisant le langage de façon adaptée. Il effectue plusieurs dessins qu'il commente et qui témoignent de ses préoccupations de destruction, de mort, de chute et de dévoration. Lors de l'observation dans l'unité, il montre un grand intérêt pour les histoires et demande qu'on lui en raconte. Nous décidons alors de l'intégrer dans un groupe conte qui reçoit à ce moment-là trois autres enfants. Les séances ont lieu une fois par semaine, en présence de quatre soignants. L'histoire en cours à ce moment est le *Petit Poucet*.

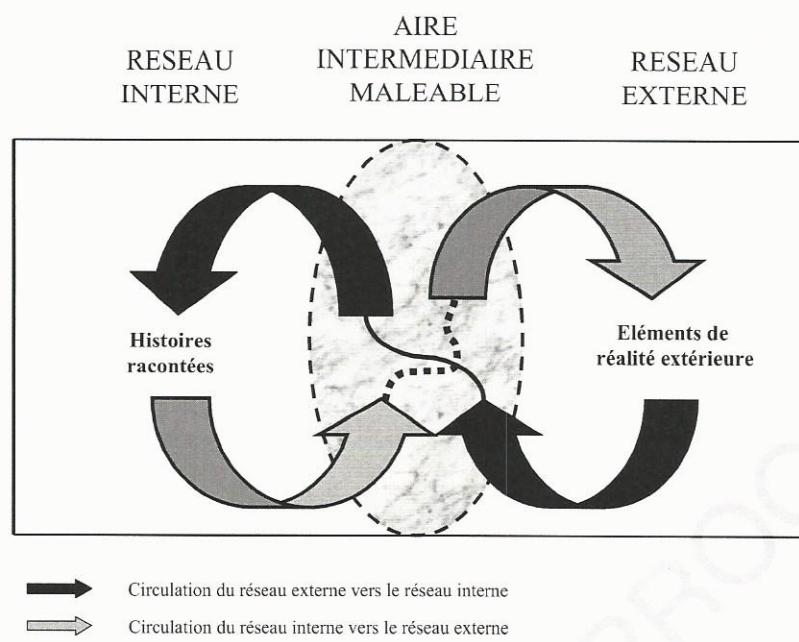


Fig. 2. Topographie générale des réseaux.

298 Durant les premières séances, Théo refuse de s'asseoir
 299 avec les autres. Il va et vient dans toute la pièce, interrompt
 300 l'histoire, joue avec les lumières en nous regardant, guettant
 301 une réaction. Au moment où les enfants choisissent un rôle de
 302 l'histoire pour la jouer, Théo, lui, se met à jouer un dragon
 303 qui lance du feu, montre les dents et les griffes. Lorsqu'on lui
 304 rappelle le cadre du groupe conte, son visage blêmit puis se
 305 congestionne. Il recule vers le mur et la porte tout en nous
 306 menaçant de ses poings serrés : « T'es méchant, moi vais le
 307 dire à mon père, il va te frapper, il va te tuer. » Lors des
 308 moments inquiétants du conte (abandon, apparition de
 309 l'ogre, dévoration, poursuite), Théo fait réapparaître son dra-
 310 gון et donne des coups de pied.

311 Cependant, séance après séance, ses interventions sont de
 312 plus en plus en relation avec l'histoire. Il questionne le
 313 conteur : « C'est quoi trancher la gorge ? » « Ils sont où les
 314 cailloux ? ». Au cours d'une séance, Delphine, une des
 315 enfants qui participe à l'atelier, se met à pleurer. Laurence,
 316 une autre enfant dit : « Je sais pourquoi Delphine elle pleure.
 317 Elle a peur de Théo et moi aussi. » Théo s'immobilise alors et
 318 regarde Delphine avec attention. Il s'approche d'elle et lui dit
 319 tout doucement : « regarde-moi, suis pas un monstre moi,
 320 suis un petit garçon moi. ». À la séance suivante, la tonalité
 321 dépressive devient franche. Il va s'asseoir près d'un adulte et
 322 déclare : « Moi, j'ai trop dur ici... Veux plus venir ici... Peur
 323 de l'ogre moi. »

324 Un entretien avec les parents et l'enfant a lieu le soir
 325 même dans mon bureau, en présence d'une infirmière qui
 326 participe au conte. Évoquant le quotidien avec son fils, la
 327 mère dit : « Je ne sais jamais quoi faire avec lui à la maison, et
 328 il ne me raconte jamais ce qu'il fait ici...Sauf l'autre jour, il
 329 m'a parlé du *Petit Poucet*. Je lui raconte ça aussi à la maison.
 330 C'est vrai ça, que vous lui racontez le *Petit Poucet* ? » Nous

331 confirmons que c'est effectivement l'histoire actuellement 331
 332 utilisée dans le groupe conte. Le visage de la mère s'éclaire. 332
 333 Je demande alors à Théo s'il veut bien expliquer à ses parents 333
 334 ce qui s'est passé un peu plutôt pour lui dans le groupe conte. 334
 335 Il nous tourne le dos et dit alors très fort : « Pas peur, moi, pas 335
 336 peur de l'ogre à l'école, mais ici peur, très très peur. » 336

337 On peut dégager à propos de cette situation clinique trois 337
 338 temps, trois modalités d'utilisation des réseaux à des fins 338
 339 thérapeutiques. 339

- 340 • Dans un premier temps l'enfant s'appuie fortement sur 340
 341 une partie de ce qui constitue le réseau interne de l'unité 341
 342 en utilisant ses caractéristiques contenantes et rassurantes : 342
 343 il s'agit ici de l'espace clos du groupe conte, de ses 343
 344 soignants et des autres enfants. Théo arrive dans ce 344
 345 groupe en se présentant tout d'abord sans mot et dans un 345
 346 mouvement incessant qui reflète l'état de chaos interne 346
 347 dans lequel il se trouve. Il ne peut pas écouter, pas jouer, 347
 348 il est littéralement le dragon qui montre griffes et dents. 348
 349 Le rappel du cadre par les adultes présents est extrêmement 349
 350 persécutant pour lui mais suscite la parole de 350
 351 l'enfant, parole qui révèle l'intensité des mécanismes 351
 352 projectifs à l'œuvre à ce moment-là : « T'es méchant... il 352
 353 va te frapper, il va te tuer. » Après plusieurs séances qui 353
 354 confirment la solidité du lieu et du cadre, Théo commence 354
 355 à interroger. Comment ne pas reconnaître alors 355
 356 une recherche de liens et de sens lorsqu'il demande où 356
 357 sont les cailloux qui devraient guider le *Petit Poucet* 357
 358 perdu dans la forêt vers la sécurité de la maison fami- 358
 359 liale ? C'est alors que Théo découvre la peur exprimée 359
 360 par un autre enfant à son égard. De cet affect exprimé par 360
 361 un autre, il est véritablement sidéré, au point de s'immo- 361
 362 biliser et de témoigner d'une attention que nous n'avions 362
 363 pas encore eu l'occasion d'observer chez lui. Il lui est

364 alors possible de se définir lui-même: « Suis un petit
 365 garçon moi. », puis de verbaliser sa propre peur. La
 366 séance suivante il exprime des affects de tonalité dépres-
 367 sive : « C'est trop dur ici. » C'est bien le groupe conte
 368 dans son aspect de continuité et de solidité qui semble
 369 avoir permis à Théo, dans ce lieu du moins, de s'autori-
 370 ser à penser et à ressentir.

371 • Dans un second temps, Théo s'est saisi du médiateur
 372 proposé (le matériel du conte) en tant qu'instrument de
 373 lien : il en parle à sa mère, créant ainsi un pont entre sa
 374 vie au CATTP et sa vie familiale. Dans cet espace
 375 intermédiaire constitué par les rencontres mensuelles
 376 que nous organisons avec les parents, la mère évoque ce
 377 conte, tissant de cette manière le lien entre son fils,
 378 elle-même et nous. Pour reprendre la topographie des
 379 réseaux telle que nous l'avons définie, ce deuxième
 380 temps se situe dans l'une des articulations entre réseau
 381 interne et réseau externe.
 382 • Dans un troisième temps enfin, ces liens établis donnent
 383 justement l'occasion à Théo d'évoquer l'école, lieu dif-
 384 férent bien qu'on y raconte aussi les mêmes histoires.
 385 Voici donc une possibilité pour l'enfant de repérer ce qui
 386 est semblable (l'histoire du *Petit Poucet*) et ce qui est
 387 différent au travers de ce qui est ressenti (peur/pas peur).
 388 L'énoncé « peur » est alors situé du côté de la vie
 389 psychique et de ce qui a été vécu à l'intérieur de l'unité.
 390 Le « pas peur » est du côté de l'agi, du méchant Théo
 391 comme on l'appelle à l'école, du dragon qui donne des
 392 coups de pied et fait peur aux autres. On repère chez
 393 l'enfant un mouvement de construction de la pensée qui
 394 s'appuie sur la discontinuité et la différence entre les
 395 lieux fréquentés par Théo (école, CATTP, maison). On
 396 peut supposer que ces différences, qui sont l'essence
 397 même du réseau externe, servent alors de modèle à Théo
 398 pour distinguer et lier les affects. La parole (celle de
 399 l'enfant, mais aussi celle des soignants et celle de la
 400 mère) peut alors constituer un lien producteur de sens,
 401 petite amorce d'organisation du chaos intérieur auquel
 402 Théo est confronté.

403 5. Le réseau comme outil thérapeutique

404 5.1. Le réseau : travail de liens

405 Le réseau tel qu'il a été décrit plus haut est une construc-
 406 tion des soignants, des éducateurs, des parents, pour soutenir
 407 l'enfant en difficulté ; en ce sens, il constitue un *travail de*
408 liens, un contenant. L'existence et la solidité de ce filet
 409 protecteur mis en place autour de l'enfant malade permettent
 410 au jeune patient de rencontrer une véritable enveloppe psy-
 411 chique susceptible de contenir le chaos interne auquel il est
 412 confronté. Dans la sécurité relative du travail de liens mis en
 413 place par les soignants, l'enfant peut s'autoriser à penser.
 414 Dans notre exemple, c'est une partie du réseau interne cons-
 415 titué par le groupe conte qui est utilisé comme contenant.

C'est effectivement au fil des séances de ce groupe qui se déroulent dans un même lieu et avec les mêmes personnes, que l'instabilité de Théo laisse place à des questions révélant une activité de pensée possible. Le réseau interne et particulièrement les ateliers thérapeutiques, de par leur localisation en un lieu, se prêtent probablement bien à cette fonction.

Mais il arrive que d'autres parties du réseau jouent ce rôle à un moment donné pour un enfant. Ainsi Kévin, âgé de onze ans, qui arrive au CATTP tous les mardis accompagné d'un éducateur de l'IME qu'il fréquente. Lorsque l'éducateur et l'infirmière référente de Kévin au CATTP commencent à discuter dans la salle d'attente, Kévin semble très inquiet : il crie, insulte son éducateur en le traitant de « cafleur », jette son cartable. Semaine après semaine, non seulement l'enfant se calme et se met à écouter ce qui se dit à son propos, mais il devient acteur à part entière de ces échanges et les réclame lorsqu'ils n'ont pas lieu. Dans l'après-coup, ces échanges donneront l'occasion à Kévin de confier à son infirmière que, si elle ne parle pas à l'éducateur, c'est comme si lui Kévin n'existe pas. Après avoir fortement attaqué cet espace de parole entre les deux professionnels et testé leurs capacités à le maintenir malgré tout, Kévin s'approprie et s'identifie même à cet espace.

On voit bien à la lumière de cette situation comment la construction en réseau est susceptible de donner naissance à de *multiples conteneurs protecteurs et pare excitants* pouvant permettre aux enfants de se rassembler, de s'autoriser à prendre une place et à exercer leur activité de pensée.

Cependant, le travail de liens n'appartient pas exclusivement aux soignants, même si ce sont eux qui l'instaurent dans un premier temps. Dans le cas de Théo, l'enfant se met, à un moment donné, à établir lui-même les liens entre ses parents et les soignants en évoquant le médiateur utilisé dans l'atelier conte, c'est-à-dire l'histoire du *Petit Poucet*. Le temps de l'entretien avec la famille devient alors un temps de plaisir partagé à penser autour de Théo.

5.2. Le réseau : travail sur les liens

Par ailleurs, en tant que « tissu à mailles larges », le réseau constitue aussi une métaphore de la coexistence des liens et des trous, donc un objet de travail qui peut être utilisé comme *lieu de symbolisation*. Il s'agit là d'un *travail sur les liens*. Ce travail nécessite la participation active de l'enfant. On voit bien dans le cas de Théo comment l'enfant peut, en se soutenant du modèle offert par le réseau des différents lieux où il évolue, effectuer un mouvement de construction de sa pensée. Cette construction s'appuie sur un repérage, au sein même de la construction en réseau, de ce qui est semblable et de ce qui est différent.

Il s'agit là de la mise en place d'un véritable jeu du côté de l'enfant, jeu auquel les soignants se prêtent à la fois en reconnaissant et soutenant l'apport de l'enfant, et en proposant leur propre partition issue de leurs capacités psychiques à effectuer des liens. Cette forme de jeu que l'enfant parvient alors à s'approprier n'est pas sans évoquer le jeu du « fort-

470 da » de l'enfant et sa bobine décrit par Freud [3]. En ce sens,
471 le réseau peut être considéré comme une mise à disposition
472 d'objets dont l'enfant pourrait se saisir, afin de passer « de la
473 passivité de l'expérience à l'activité du jeu » [3]. De ce jeu
474 qui tente de symboliser l'absence, du plaisir des soignants à y
475 participer, surgit alors du sens. Cette mise à disposition
476 d'objets n'est pas sans rappeler le jeu à multiples bobines
477 évoqué par Vaneck [8] à propos de l'hôpital de jour. Envisagé
478 sous cet angle, le réseau fournit au CATTP un objet de travail
479 à part entière, un médiateur offrant des possibilités multiples
480 et sans cesse renouvelées de jeu, d'aires transitionnelles et de
481 différentiation. C'est la force de ce dispositif lacunaire qui
482 peut paraître à certains insuffisamment contenant, mais qui
483 laisse place à la surprise, au mouvement psychique, à la
484 création, par opposition à l'institution résidentielle dont la
485 lourdeur de fonctionnement peut parfois renforcer la chronicité
486 des pathologies.

487 6. Pour conclure

488 Dans le contexte de notre service, le travail en réseau est
489 apparu comme une réalité incontournable de la prise en
490 charge des enfants présentant un grave trouble du développement.
491 En tentant de construire puis de modéliser ce réseau
492 avec les partenaires qui nous entouraient (réseau interne,
493 réseau externe et articulations à l'interface de ces différents
494 réseaux), l'intérêt de l'ensemble du dispositif en tant qu'outil
495 thérapeutique nous est apparu quotidiennement, dans son
496 aspect multiple et paradoxalement :

497 D'un côté le réseau donne l'occasion d'effectuer ce que
498 nous avons appelé *travail de liens*. Ce travail prend son
499 ancrage dans la réalité du quotidien de chaque enfant et vise
500 essentiellement à ne pas reproduire dans la prise en charge
501 multiple de l'enfant un système chaotique qui viendrait faire

écho au chaos intrapsychique de celui-ci. Le travail de liens doit être mené dans un souci de cohérence, tout en reconnaissant la place et le rôle de chacun des intervenants, qu'il s'agisse des parents, de l'école, d'une institution type IME ou de soignants extérieurs. De cette manière, le travail de liens peut permettre de procurer un ou plusieurs contenants psychiques à l'enfant.	502
	503
	504
	505
	506
	507
	508

Par ailleurs, nous avons dégagé l'idée d'un travail *sur les liens*, c'est-à-dire la possibilité pour l'enfant d'utiliser le modèle du réseau construit par les soignants dans un mouvement de réappropriation et de construction intrapsychique qui lui permettrait de distinguer puis de lier les affects.

Références

- [1] Bion WR. Théorie de la pensée. *Revue française de psychanalyse* 1964;XXVIII(1):75-84 tr.fr. 1964. 518
519
 - [2] Freud S. Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Le Président Schreber). *Cinq psychanalyses*. Paris: PUF; 1911. p. 321 tr.fr. 1989. 520
521
522
 - [3] Freud S. Au-delà du principe de plaisir. Paris: Payot; 1920. p. 52-5 tr.fr. 1987. 523
524
 - [4] Hochmann J. Pour soigner l'enfant autiste. Paris: Odile Jacob; 1997. p. 87-90 1997. 525
526
 - [5] Hochmann J. Abord institutionnel des enfants psychotiques et autistes. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 1999:1-5 1999 ; *Psychiatrie*, 37-210-A-10. 527
528
529
 - [6] Mannoni M. *Éducation impossible*. Paris: Le Seuil; 1973 1973. 530
 - [7] Mannoni M. La théorie comme fiction. Paris: Le Seuil; 1979. p. 140 1979. 531
532
 - [8] Vanect L. L'hôpital de jour pour jeunes enfants psychotiques : un irremplaçable jeu à plusieurs bobines. *Information Psychiatrique* 1985;61:783-7 1985 533
534
535