

Du privilège d'être psychologue à l'Hôpital des Enfants

To be psychologist in a Children Hospital : a privilege

M. Camus

Psychologue-Psychothérapeute, HUDERF

Par le choix du titre de mon exposé du « Du privilège d'être psychologue à l'Hôpital des Enfants », je voudrais vous dire que c'est effectivement une chance de travailler dans un secteur de la pédopsychiatrie qui n'existe que depuis quelques décennies et qui je pense à pris tout son essor à l'Hude sous l'impulsion du Professeur Jocelyne Appelboom dans le sillon tracé par le Professeur Dubois à Saint Pierre.

En effet, la pédopsychiatrie de liaison est une discipline récente dont le champ reste ouvert et qui nous permet de créer, d'exercer notre capacité de rêverie pour paraphraser Winnicott. C'est donc bien un privilège que d'essayer d'affiner et de comprendre une technique récente d'intervention en santé mentale.

Quand on parle de psychiatrie de liaison, on se réfère au lien que l'on fait entre les différents services, entre les enfants et leurs parents, entre ceux-ci et les soignants mais il s'agit aussi des processus de liaison entre le corps et la psyché.

La pédopsychiatrie de liaison consiste à mettre au service des différentes équipes hospitalières des spécialistes de la santé mentale dans une idée de transversalité, c'est-à-dire que chacun avec sa spécificité, son histoire, son bagage, s'appuie sur l'autre dans un souci de compréhension de l'enfant malade, de sa famille et de son contexte de vie.

La psychiatrie de liaison est un champ spécifique de la pédopsychiatrie et l'articulation des modèles pédiatriques et des modèles pédopsychiatriques devraient dans les années à venir, si pas dans un proche avenir, permettre de déployer une théorie, une conceptualisation de la pédopsychiatrie de liaison qui serait un reflet des liens qui existent entre le fonctionnement corporel et le fonctionnement psychique de l'enfant.

Je voudrais dégager quelques caractéristiques de la pédopsychiatrie de liaison.

La première étant la polysémie de cette approche nouvelle qui demande aux psychologues un travail différent, une clinique particulière.

Pour chaque situation, il s'agit de faire le lien entre la psyché et le soma, entre le normal et le pathologique mais surtout, il s'agit de détricoter certains de nos acquis car l'enfant porteur de maladie physique est autre dans son fonctionnement psychique.

Son organisation interne se modifie, ses mécanismes de défense sont soit inopérants, soit exagérément renforcés, voire rigidifiés.

Sa pensée, ce que les psychanalystes appellent l'appareil à penser les pensées, est mise à mal, donc déstructurée, ou figée dans une sidération mentale.

Il existe un proverbe chinois qui dit : « aucune famille ne peut accrocher à la porte de sa maison : ici, nous n'avons pas de problèmes ».

Mais, lorsqu'un membre de cette famille est malade, on peut rajouter, nous sommes une famille malade, la fratrie est déstabilisée, les grands-parents sont anéantis et le couple est en danger car la maladie de l'enfant si elle est longue ou chronique peut bloquer l'évolution du couple. Il devient impossible de parler de ses propres désirs, le couple ne reste pas vivant, il peut s'installer dans une pseudo relation.

Une seconde caractéristique de la pédopsychiatrie de liaison est la nécessité de conjointre, de croiser les modèles médicaux et les modèles psychologiques.

En effet, le modèle médical est plutôt déductif, linéaire or le modèle psychologique est polyfactoriel et nécessairement lent, pas que les pys soient des personnes plus lentes, mais nous devons d'abord nous laisser toucher par nos émotions émanant de la situation clinique car nous travaillons avec des processus inférentiels qui demandent du temps.

Et j'en viens à une troisième caractéristique, c'est la différence de temporalité car le temps psychique est différent.

Je donnerai comme exemple l'impatience...des somaticiens par rapport à des demandes faites aux pys ou à contrario le désappointement des pys quand on leur demande leur avis pour un enfant sortant.

Comme dit précédemment il faut laisser du temps au temps pour que les idées viennent du ressenti, des émotions.

C'est une clinique du contre transférentiel, de l'analyse de nos ressentis dans l'après coup.

Mais encore une fois, ces divergences sont riches car informatives sur ce qui se passe au niveau même de l'intrication psychosomatique.

Une quatrième caractéristique est l'irruption d'un réel douloureux et difficile dans le psychisme de l'enfant et de sa famille. C'est une « Clinique du Réel » comme le définit Ginette Raimbault tout en différenciant douleur et souffrance.

Elle insiste sur le fait qu'il n'existe pas de douleur sans souffrance psychique. La douleur est avant tout une effraction : du corps dans la douleur physique et effraction de la psyché dans la douleur morale.

Face à cette déliaison induite par le traumatisme, le travail de contenance psychique du psy en lien avec les somaticiens ouvrira un espace transitionnel, un espace de soins tant physique que moral qui pourra procurer un certain apaisement à l'enfant et à sa famille.

Il est impossible de parler de la souffrance sans évoquer la souffrance des soignants quels qu'ils soient.

De plus, historiquement, la pédopsychiatrie de liaison a émergé dans des services où le fonctionnement conscient de l'enfant était mis en veilleuse pour des raisons médicales et où l'impact de l'inconscient de l'enfant sur l'inconscient des adultes était particulièrement fort et cette rencontre d'inconscient à inconscient peut faire surgir de la souffrance chez les soignants.

Le retentissement du silence de l'enfant malade et inconscient, ne communiquant pas, évoque chez les adultes une souffrance.

Dans ce cas là, le travail de liaison sera confronté à deux pôles : celui de la douleur aiguë de l'enfant qui ne communique pas ou plus et la souffrance des parents et des soignants.

Je voudrais évoquer maintenant pour illustrer mon propos le poids de nos fantasmes inconscients qui sous tend la collaboration psycho-somaticiens.

Les situations de maltraitance ou de négligence grave sollicitent particulièrement les équipes pédiatriques dans leur dimension réparatrice également en jeu dans les fondements de leur choix professionnel.

Le fantasme de bonne-mère réparatrice peut jouer comme ligne de démarcation entre pédiatres et psychanalystes qui dans leur formation ont eu à élaborer et à travailler ce fantasme de super-parent idéal.

Je donnerai comme exemple le cas de Julie, un bébé de 4 mois hospitalisé depuis sa naissance pour cardiopathie et opéré de cette affection. En raison de l'incompétence parentale, de leurs multiples défaillances et des conflits majeurs autour du bébé, l'intervention d'un juge a été sollicitée. Celui-ci décide du placement du bébé en pouponnière.

Durant la longue période d'hospitalisation du bébé jamais l'impatience de l'équipe pédiatrique ne s'est manifestée et les psy ont pu, avec eux, effectuer un travail très approfondi de réflexion psychopathologique, sociologique, et de psychologie du développement.

Aujourd'hui les avis divergent et s'opposent, les pédiatres pensent qu'elle ne boit pas suffisamment bien pour être sortante et rejoindre la pouponnière tandis que les pys souhaitent sa sortie afin de l'écarter de la toxicité des conflits parentaux au-dessus de son berceau.

Qui a raison, qui a tort... personne et Julie nous guidera.

J'ai choisi cette situation car elle illustre le fait que l'idéal de la relation entre pédiatres et pys ne me paraît pas être l'absence de conflit, car c'est dans cet espace de différenciation, dans cet écart de pensées différentes mais partagées que l'enfant, le patient, sa famille, se situent et peuvent bénéficier de nos soins conjoints.

Il est essentiel que cette différence soit perçue par les intervenants car elle reflète les mouvements intrapsychiques de l'enfant et de sa famille. Ceux-ci projettent en effet sur leur environnement le jeu de leur monde intérieur, de leurs instances intrapsychiques et de ce fait nous poussent à extérioriser, à mettre en scène leurs différentes problématiques comme par procuration.

Les divergences des points de vue pédiatriques et psychologiques reflètent les avatars de l'intégration psyché-soma qui se joue chez l'enfant malade.

Parmi les autres caractéristiques du travail de pédopsychiatrie de liaison, je voudrais citer plus brièvement :

- Une ouverture aux différences qu'elles soient culturelles, sociales, idéologiques... et cela d'autant plus dans un hôpital à mission sociale et implantée dans la cité.
- La nécessité de s'en référer de manière constante à un cadre théorique introjecté, qu'on porte en soi et qui nous évite d'être aspiré par la situation ou d'entrer en collusion avec les aspects inconscients évoqués précédemment.
- En se rappelant que chaque enfant a un vécu particulier de sa maladie, une même maladie ne suscite pas les mêmes associations de pensée ; que chaque famille a son histoire mais aussi son

histoire de maladie qui peut se cacher derrière les reproches « on ne nous dit rien ».

- Avoir une position institutionnelle particulière sachant que la parole peut être forte, puissante mais aussi faible et impuissante.
- Que face à la pression du traumatisme, elle peut faire émerger le non-dit, l'impensable, le terrible.... mais que parfois elle peut être rejetée car vécue comme persécutrice et intrusive.

Un pôle du travail du psy de liaison qui a historiquement a été le premier, c'est l'évaluation de la part de la composante psychologique dans le déterminisme de certaines maladies.

Pour terminer très brièvement, je définirai le travail du psy de liaison comme « un travail de lien par le lien dans le lien » et ce travail là, c'est un privilège de le penser.

Correspondance

M. CAMUS
Psychologue-Psychothérapeute
HUDERF
Avenue J.J.Crocq 15
1020 Bruxelles