

Dr R. B. Traube et J.-M. Villat, Neuchâtel, 2002

**COMPLEMENTARITE ET CRISE ENTRE DIRECTEUR ET PEDOPSYCHIATRE
DANS L'ACCOMPAGNEMENT INSTITUTIONNEL D'ENFANTS DIFFICILES**

*COMPLEMENTARITY AND CRISIS BETWEEN DIRECTOR AND PSYCHIATRIC CONSULTANT
IN RESIDENT CARE OF CHILDREN WITH CONDUCT DISORDERS*

RESUME

Nous précisons une modalité d'organisation d'un centre pédagogique et thérapeutique pour enfants et adolescents présentant des difficultés de comportement. Le directeur et le pédopsychiatre conduisent conjointement les réunions familiales et institutionnelles pluridisciplinaires. Lors d'urgences suite à des violences, la cohésion du couple pluridisciplinaire peut diminuer, le directeur ayant à assurer la cohérence institutionnelle et le pédopsychiatre se préoccupant des implications affectives sur l'enfant. Le dispositif implique en conséquence des moments et espaces de recherche de consensus supplémentaires.

MOTS CLE : Pluridisciplinarité et identité professionnelle ; violence institutionnelle et crises ; contre-transferts multiples et cadre pédo-thérapeutique

ABSTRACT

We present a modality of organization in a educational and therapeutic institution for children and adolescent with behavioral disorders. The director and the child psychiatrist lead conjointly the network and family meetings. In case of emergency due to violence, the cohesion of the multidisciplinary team can decrease, as the director has to make sure of the institutional coherence and respectively the psychiatrist worries about psychological implications on the child. The device plans consequently times and places to reach an additional consensus.

KEY WORDS : multidisciplinary and professional identity; multiple counter-transference and frame; institutional violence and crisis

INTRODUCTION

Nous précisons les modalités de collaboration élaborées de 1991 à 2001 entre le médecin-chef de l'équipe thérapeutique de la Fondation Borel et le directeur de l'institution. L'acceptation du terme de complémentarité s'applique à toutes les pratiques pluri-multi- inter et transdisciplinaires. Au cours de son activité professionnelle, le médecin-chef a particulièrement axé sa pratique psychosociale sur le travail en équipe, en ambulatoire et plus systématiquement encore en institution (*Traube R., 1980 ; Krebs B.-A., François Y. Traube R., 1982 ; Traube R., 1990 ; Traube R., Duscher C., Berthoud P.-A., 1994*). Les deux auteurs ont illustré ces thèmes en décrivant le suivi d'enfants de familles multiproblématiques d'une part et la contre-violence institutionnelle d'autre part (*Traube R., Villat J.-M., 2002 a ; Traube R., Villat J.-M., 2002 b*). Divers collaborateurs de l'institution, parmi d'autres auteurs, ont traité plus particulièrement de la violence des enfants et adolescents placés et des limites éthiques des contre-mesures institutionnelles (*Villat J.-M., 2000 ; Borel S., Jeannet A., Chèvre H., Eppner G., Traube R., Villat J.-M. 1997 ; Villat J.-M., Traube R., Gabus D. et all, 1996 ; Durning B. et Klajnberg M., 1994*)

Pour modéliser la collaboration entre directeur d'institution et pédopsychiatre consultant, nous empruntons le concept de hiérarchie enchevêtrée que l'on peut retrouver en pédagogie et en clinique systémique (*Lerbet G., 1995, Lerbet-Séréni F., 1960, Miermont J., 2001*) : les hiérarchies enchevêtrées sont deux ou plusieurs hiérarchies où le niveau inférieur d'une hiérarchie rétro-agit sur le niveau supérieur d'une autre, tandis que le niveau supérieur de la seconde rétro-agit sur le niveau inférieur de la première. Dans l'application que nous en

faisons pour une co-thérapie pluridisciplinaire, le directeur délègue partiellement son leadership en demandant l'avis du psychiatre consultant statutairement associé aux interventions familio-systémiques. Dans les interventions familiales en foyer d'éducation, des conflits de loyautés entre les trois systèmes impliqués pour l'enfant, à savoir la famille, l'institution et l'équipe thérapeutique apparaissent en double lien scindé (*Ferreira A. J., 1960*). Ausslos y intègre le concept de double lien thérapeutique scindé (*Ausslos G., 1983, Miermont J., 2001*) : le premier intervenant (T1 l'éducateur par exemple) opère davantage sur des aspects enfant-institution, le second (T2, le thérapeute par exemple) davantage avec la famille. Les deux positions d'apparence contradictoire sont élaborées en commun par T1 et T2 qui métacommuniquent de façon analogique l'approbation réciproque qui les lie, en tenant compte du bien de l'enfant dans l'institution comme dans la famille. Dans notre application de ce modèle d'intervention conjointe T1 est le directeur et T2 le pédopsychiatre consultant. Ce dernier a porté un intérêt central aux réactions personnelles des intervenants, qui renvoient à la question des contre-transferts multiples et clivés entre co-thérapeutes, signalés tant par les psychanalystes de groupe que par les systémiciens, notamment dans le cadre institutionnel (*Genevard G. et Jordi P. 1968 ; Whitaker C.-A., 1980 ; Rey Y., 1990 ; Meynckens – Fourez A., 1999*).

Notre façon d'exprimer nos positions complémentaires, voire contradictoires, lors d'attitudes ambivalentes de l'enfant, s'appuie également sur le modèle mathématique ago-antagoniste (*Bernard Weil. E., 2002*) : dans notre application en thérapie institutionnelle, la famille est tour à tour soutenue dans son équilibre et stimulée dans son ajustement aux changements. Nous nous référons aussi aux concepts de pratique de réseau et d'entretiens familio-systémiques (*Benoît J.-C. et Roume D., 1986*), de tiers présent (*Goldbeter E., 1998*), de pilote adulte vis-à-vis des enfants dans un groupe (*Evequoz G., 1990*), avec une application pédagogique dans toute thérapie de famille avec enfant (*Traube R., Progin C. 2001*), d'affiliation du thérapeute à la famille (*Minuchin S., 1998*) et de résonance du thérapeute dans ses réactions à l'enfant lors d'interaction symptomatique (*Elkaïm M. 1989 ; Traube R. 1994*).

PRESENTATION DE L'INSTITUTION

La Fondation Borel, Centre pédagogique et thérapeutique de Dombresson (Neuchâtel, Suisse), accueille des enfants et adolescents des deux sexes, présentant des troubles du comportement, éventuellement une carence du milieu familial. Ils sont âgés de six à quinze ans à l'admission, et peuvent être suivis, toutes prestations confondues, parfois jusqu'à leur majorité. Les difficultés de comportement des enfants les mettent en situation de rupture dans le contexte du système scolaire et/ou dans leur lieu de vie familial. Ils ont un potentiel cognitif normal mais peuvent présenter des retards dans leurs apprentissages qui justifient alors l'insertion en classe interne de type classe à effectif réduit. Beaucoup sont signalés en raison de problèmes de violence. Une des caractéristiques de l'institution est de proposer des prestations individualisées qui offrent une réponse spécifique aux problèmes présentés par un enfant, qui soit le moins possible tributaire des contraintes d'ordre institutionnel. Dans cette perspective, la Fondation a développé une variété de statuts qui permettent d'encadrer un enfant dans l'institution, sous la forme de placement en internat complet ou partiel, en externat ou encore à domicile, par des interventions d'intensité variable. Soixante enfants sont suivis par la Fondation Borel, dont 45 dans le secteur d'internat. Malgré la souplesse des prises en charge, la vie quotidienne de l'institution peut aisément évoluer vers des moments de crise aiguë. Un travail interdisciplinaire permanent sert à assurer la stabilité institutionnelle nécessaire à l'évolution la plus favorable possible des enfants, voire à prévenir les problèmes de contre-violence institutionnelle.

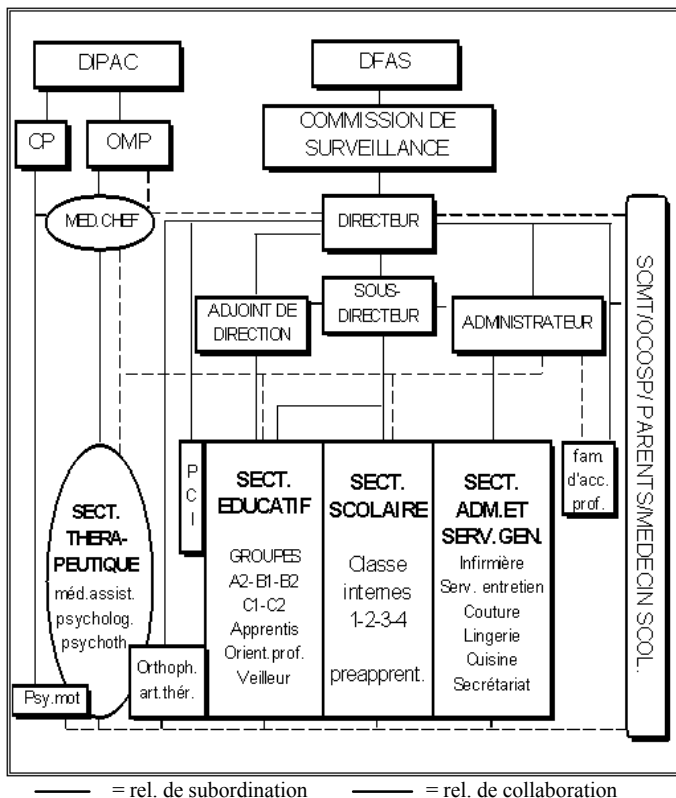
FONCTION DES INTERVENANTS INSTITUTIONNELS

Nous résumons succinctement les orientations pédagogiques et thérapeutiques que nous avons choisies et notre philosophie de la prise en charge en institution. Nous considérons que la mission de l'institution vise à favoriser l'évolution de l'enfant dans ses relations en groupe, en classe et en famille de manière à préparer son insertion ultérieure à l'adolescence. Nos rôles

consistent à assurer, dans le cadre de vie extra-familiale, des fonctions propres aux besoins et aux droits d'un enfant d'avoir des adultes qui exercent leur fonction d'encadrement.

Aux yeux des usagers comme des intervenants, l'institution est clairement perçue comme éducative. L'éducateur est le principal support d'identification pour l'enfant durant la semaine. Les éducateurs, enseignants spécialisés et cadres sont formés et supervisés pour développer des relations avec l'enfant, le groupe de pairs et la famille d'un côté, le réseau institutionnel, social et thérapeutique de l'autre. Les intervenants psychologiques développent une double identité : ils sont consultants psychologiques pour l'enfant d'une part et pour l'institution d'autre part.

ROLES RESPECTIFS DU DIRECTEUR ET DU PEDOPSYCHIATRE



PCI : Prise en charge extérieure intensive; SCMT : service cantonal des mineurs et des tutelles; OCOSP : office cantonal d'orientation scolaire et professionnelle; DIPAC : département de l'Instruction publique et des affaires culturelles; CP : centre de psychomotricité

Schéma 1 : organigramme

Les missions d'éducation et de soins sont définies respectivement par l'Etat et par l'autorité de surveillance de la Fondation. L'organigramme explicite la répartition et l'articulation des divers professionnels intervenant pour les enfants placés.

Dès 1989, le Centre pédagogique de Dombresson développe une collaboration plus importante avec le nouveau pédopsychiatre. Le processus d'admission des enfants dans l'institution l'associe systématiquement. En 1991, avec l'arrivée du nouveau directeur, la Fondation Borel développe un concept pédagogique à l'intention des instances suisses de subventionnement. Le team directeur-pédopsychiatre développe progressivement une relation de collaboration très étoffée. En 1995 la Fondation Borel est reconnue comme station de formation post-graduée en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents par la Fédération des médecins suisses. Le concept pédagogique s'enrichit notamment par l'adjonction de la ligne thérapeutique.

Les concepts de hiérarchie enchevêtrée et de co-thérapie scindée sont intégrés dans le schéma ci-après. Le team directeur – pédopsychiatre peut être qualifié d'attelage à deux vitesses. Le directeur est engagé à temps complet pour assurer la bonne marche de l'institution. Il est la personne de référence sur le plan décisionnel; l'analogie est celle du chef de famille : il doit prendre toute décision utile pour les enfants qui lui sont confiés et peut être appelé à répondre, civilement et pénalement, des choix effectués. Le pédopsychiatre est affecté à temps partiel, dans une fonction de consultant; il est attentif aux effets de résonance personnelle des intervenants dans les divers contextes pédagogiques et thérapeutiques de la prise en charge. Il conserve parallèlement une responsabilité circonscrite au projet thérapeutique individualisé pour chaque enfant.

Le directeur et le pédopsychiatre gèrent conjointement les entretiens familio-systémiques et les synthèses institutionnelles. Le directeur les conduit en première ligne (T1); le pédopsy-

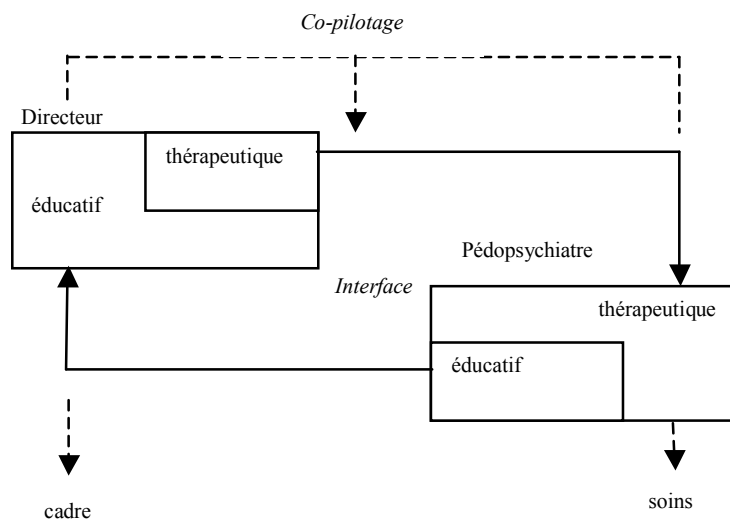


Schéma 2 : co-intervention

chiatre ajoute au besoin ses observations sur les interactions sympto- matiques dans l'espace de la réunion (T2). Ils se placent de manière à percevoir leurs méta-communications non ver- bales et se concertent oralement au besoin en séance ou en aparté. Le team directeur- pédopsychiatre est institu- tionnalisé et prévoit des espaces d'ajustement. Le directeur est dans une position hiérarchique déci- sionnelle, dans sa qualité de répondant éducatif dans une

institution éducative. Le pédopsychiatre est toujours présent en seconde ligne en tant que répondant thérapeutique au besoin. Le directeur lui demande systématiquement son éventuel avis complémentaire. Il lui délègue notamment la compétence pour le domaine des soins. Le pédopsychiatre intègre quand nécessaire sa perspective préventive dans la prise en charge globale, qu'il réattribue au directeur. Les responsabilités respectives sont interdépendantes et enchevêtrées. Les pédagogues attendent du team des recommandations pour d'éventuels ajustements du cadre psycho-éducatif, qui intéressent leurs relations avec un enfant donné. A un autre niveau, chaque intervenant est imprégné implicitement dans la pratique commune par les compétences de son partenaire, respectivement éducatives et thérapeutiques. Ainsi se construit une co-disciplinarité avec une vision binoculaire de l'intervention.

CRISES DANS L'INSTITUTION ET CRISE DE LA COMPLEMENTARITE

Du fait de la masse critique que représente la cohabitation de nombreux enfants réactifs, les crises sont relativement fréquentes. Elles peuvent déstabiliser les autres enfants, voire le personnel. Il convient alors de prendre des mesures pédagogiques et thérapeutiques claires et sécurisantes pour les enfants et les adultes. Ces choix peuvent aller jusqu'à l'exclusion d'enfants. Nous comprenons une crise comme une répétition de fluctuations d'un enfant, fluctuations déjà présentes au moment de l'admission. Par son comportement l'enfant met à l'épreuve le cadre institutionnel qui peut à son tour s'en trouver déséquilibré. La crise peut s'étendre au système institutionnel, du moment que le placement établit, par essence et par fonction, un cadre aux fluctuations des enfants placés. Nous postulons et vérifions, dans une grille d'analyse remplie par l'équipe après chaque passage à l'acte physique d'un enfant, que l'émergence d'une crise survient en principe sur un terrain déjà instable. Il est souvent possible de relever à posteriori une succession de tensions préliminaires accumulées avant la crise. Un stresser supplémentaire intervient alors comme facteur déclenchant et l'ambivalence habituelle de l'enfant à son placement colore ses réactions sur un mode contestataire.

A partir des réactions comportementales d'un enfant, nous pouvons décrire la séquence d'une crise : dans un temps t1, un enfant dépasse les limites en vigueur dans l'institution. Le mes- sage est inacceptable selon nous, quand il met en cause une règle fondamentale de l'institution. Il peut s'agir notamment de la valeur mythique du respect envers autrui. Il s'ensuit dans un temps t'1, une intervention de l'adulte au sujet de ce comportement. Cette intervention peut accroître la réaction de l'enfant, qui peut perdre son contrôle dans un acte violent. Quand cette violence est agie sur un référent adulte, la contre-mesure institutionnelle prévoit un temps de réflexion en dehors du groupe et l'équipe thérapeutique est avisée. A son retour dans le groupe il se peut, dans un temps t2, que l'enfant persiste dans son attitude oppositionnelle. L'éducateur peut alors se sentir impuissant, voire découragé, jusqu'à mettre

en cause le placement. Une réunion de synthèse (entre professionnels) suivie d'un réseau incluant la famille sont alors mis en place. Il peut arriver que soit demandé à l'autorité judiciaire un bref placement disciplinaire dans une institution fermée, au cas où le jeune persisterait à présenter des comportements violents. Malgré ces démarches, il se peut que l'attitude du jeune dans l'institution, dans un temps t², demeure inchangée. Si son attitude fait penser à un fonctionnement psycho- ou socio-pathologique, il peut être évoqué en synthèse un transfert dans un centre davantage équipé sur le plan psychiatrique ou pénal.

La crise peut être décrite et interprétée à un autre niveau, celui des professionnels. Le contexte dans le groupe éducatif ou scolaire peut conduire à une surcharge pour les pédagogues. Leur disponibilité en est amoindrie. Ils sont directement mis en cause par l'enfant dans leur fonction. Ils s'en trouvent de fait disqualifiés devant le groupe des enfants, témoin d'un défi à l'autorité par leur camarade. L'éducateur doit définir la relation intergénérationnelle. Ce faisant, il définit une relation d'autorité qui peut induire une escalade violente. Au besoin, l'éducateur peut demander à la direction d'intervenir. De fait, la médiation du directeur peut tempérer la crise. Si à son retour, l'enfant demeure oppositionnel et agresse finalement un référent adulte, le directeur soutient le cadre : l'enfant est conduit en chambre de réflexion et l'équipe thérapeutique est mobilisée. Lors de répétition de tels comportements, la place de l'enfant peut être mise en cause par les professionnels en première ligne. Il arrive qu'en cas de dérapage violent de l'enfant, l'adulte puisse être sujet lui-même à une contre-violence physique.

ILLUSTRATIONS CLINIQUES

Nous présentons deux exemples ayant donné lieu à des divergences entre le directeur et le pédopsychiatre quant à la poursuite du placement des enfants : l'accompagnement de Maurice date du début de notre collaboration. Il s'agit d'une situation où la relation complémentaire entre le médecin-chef et directeur ne s'est pas suffisamment réalisée et demeure insatisfaisante à nos yeux. Le second, celui de François, est un cas fondateur de notre modèle.

« La demande de placement de Maurice est effectuée pour des problèmes de discipline, lorsqu'il est âgé de 12 ans. Adopté à huit ans par une famille d'enseignants, le lien s'établit mal et les difficultés apparaissent d'emblée : refus de l'autorité, difficultés scolaires, provocations, refus d'entrer dans les habitudes de vie de la famille, et exhibitionnisme. Il est renvoyé de l'école. Placé à la Fondation Borel, après une période d'adaptation, il devient un leader menaçant à l'égard de ses pairs. Il s'oppose aux règles institutionnelles, réagit violemment vis-à-vis des adultes et suscite alors une peur grandissante parmi les collaborateurs du Centre. Il passe aussi à l'acte à l'extérieur (il blesse d'un coup de tournevis un ouvrier). Maurice verbalise des désirs de meurtre, dit qu'on lui veut du mal et que l'on écoute ses téléphones privés. En rage après une altercation, Maurice quitte l'institution une nuit et déambule dans le village, obnubilé, armé d'un bâton et menaçant de tuer. Le pédopsychiatre, appelé en urgence, parvient à le faire revenir dans l'institution. Mais l'adolescent refuse d'aller en chambre de réflexion. Le directeur met alors fin au placement avec effet immédiat ».

Le médecin a regretté l'éviction d'un jeune avec qui un dialogue lui avait paru encore possible, même si le refus d'adhérer aux règles de jeu de l'institution n'était pas négociable sur le moment, risquant de créer un précédent aux yeux des autres pensionnaires. Dans la situation finale, aiguë, critique de Maurice, le team a fonctionné de façon parallèle, sans parvenir à un consensus qui respecte suffisamment les références de chacun.

A la lumière du cas suivant, on peut constater, en cas de crise importante, une réapparition du clivage entre le pédopsychiatre et le directeur, ainsi qu'une tendance au renforcement de l'identité professionnelle de chaque partenaire. Le pédopsychiatre adopte une position qui ne tient plus que partiellement compte de l'institution, en prenant davantage en compte les besoins de protection de l'enfant. Le directeur propose quant à lui une réponse sécurisante pour l'équilibre institutionnel et privilégie alors l'équipe, au besoin en excluant l'enfant.

«Une demande de placement est formulée pour un absentéisme scolaire et des difficultés à la maison lorsque François a 13 ans. A l'entrée en école secondaire, il refuse d'intégrer le collège de la ville où il a déménagé, malgré un traitement ambulatoire. Placé à la Fondation Borel, les attitudes phobiques réapparaissent rapidement. A une occasion, il présente une crise de pleurs avec hyperventilation dans le bureau du directeur qui, après avoir pratiqué une relaxation, appelle le pédopsychiatre. Celui-ci gère le cadre psycho-éducatif en accompagnant l'enfant dans sa famille. Durant ses fugues répétées, François côtoie des jeunes avec lesquels il commence à fumer du cannabis et rencontre un homme âgé en ville. Alerté par l'assistante sociale, le directeur préconise une méthode ferme passant par un bref séjour en cellule dans un établissement ad hoc pour adolescents. Le pédopsychiatre s'y oppose chez ce préadolescent qui ne présente pas un profil sociopathique. Inquiète, l'assistante sociale alerte aussi le Président de l'Autorité tutélaire qui demande au directeur de lui faire rapidement part de son avis quant à la suite à donner à cette situation. La réponse, évoquant un bref enfermement extérieur à l'institution est envoyée au Président avec copie par fax au pédopsychiatre qui se trouvait à l'étranger. Celui-ci s'y oppose dans un court message à l'Autorité tutélaire. Devant cette situation contradictoire, le juge demande, via l'assistante sociale, que le pédopsychiatre motive sa position, ce que celui-ci fait en soulignant l'importance de poursuivre la recherche d'une solution en réseau. Le Président décide donc d'attendre une investigation plus détaillée avant de prendre une décision. Les jours passant et l'enfant étant toujours en fugue, le directeur, par ailleurs confronté à d'autres demandes de placement, s'adresse au Président afin de savoir s'il peut disposer de la place de François. Le Juge fixe alors une date à laquelle il devra prendre une décision, précisant qu'à défaut d'arguments nouveaux il ne voit pas comment il pourrait éviter l'épreuve de force, à savoir le placement temporaire en milieu fermé. Devant cette pression extérieure, le directeur et le pédopsychiatre se retrouvent pour élaborer une proposition qui tienne compte tant des impératifs institutionnels que de l'état de l'enfant. Cet ajustement dans le team médecin - pédopsychiatre aboutit au bref placement envisagé en milieu de type carcéral, mais en y intégrant un suivi très étroit par l'institution sur les plans éducatif et pédopsychiatrique. Après un premier séjour en milieu fermé et une nouvelle fugue, l'enfant fait une tentative de suicide mineure, après laquelle il est raccompagné pour un deuxième bref séjour dans ce même milieu. François revient alors à l'internat. Il y termine sa scolarité trois ans plus tard sans avoir connu de nouveau problème d'absentéisme et en ayant entrepris une psychothérapie. Il reconnaît rétrospectivement que nous avons bien fait de l'arrêter dans ses fugues».

Les avis divergents du directeur (T1) et du pédopsychiatre (T2) sont ici l'expression d'un double lien scindé pour l'enfant. Pour parvenir à un double lien scindé thérapeutique, les positions T1 et T2 sont davantage élaborées en commun que dans la première situation. Les crises, par leur urgence et leur impact parfois existentiel, mettent en évidence le modèle de complémentarité dont le directeur et le pédopsychiatre font l'expérience au quotidien. Les avis du pédopsychiatre et du directeur divergent. Le consensus nécessaire, en dépit des contradictions entre le pédopsychiatre et le directeur, est exigé dans ce cas par un tiers : le juge, qui renvoie le couple à une décision commune. L'expérience de François, notamment au travers du rappel au consensus, formulé par le président de l'Autorité tutélaire, constitue un jalon important de notre réflexion. Un temps et un espace supplémentaire de concertation, sur un mois, ont été nécessaires pour parvenir à une réponse consensuelle au problème présenté par François. Notre perception de la complémentarité directeur-médecin, s'en est trouvée renforcée, confirmant ainsi nos réflexions précédentes.

DISCUSSION

Lors d'une escalade de violence dans un groupe éducatif ou dans une classe, la direction intervient et avertit si nécessaire le pédopsychiatre. Le team directeur-pédopsychiatre est donc à son tour mobilisé dans la crise. Selon la gravité de la situation, la perspective de renoncer à poursuivre le placement peut être envisagée par le directeur. Ce projet est alors à discuter dans un bref délai. Sous l'action des pressions internes ou de la situation de crise elle-même, le directeur peut vouloir prendre des mesures sans ménager l'espace-temps nécessaire

pour rechercher un consensus. Le pédopsychiatre prévoit une disponibilité pour les urgences, mais il se peut qu'il ne soit pas atteignable du fait d'autres engagements et une information par une voie indirecte tel un message ou un fax, ne constitue pas un espace suffisant d'ajustement. Il y a alors risque de passage à l'acte institutionnel, qui peut être une éviction de l'enfant.

Une divergence sur les priorités, sinon sur les finalités, individuelles et institutionnelles entre pédopsychiatre et directeur, particulièrement lorsqu'un enfant traverse une période critique, implique du temps supplémentaire pour parvenir à une solution consensuelle, au risque sinon de conduire à des actions insuffisamment concertées. Cela apparaît dans les cas de Maurice et de François. Au niveau de la relation dans le couple directeur-pédopsychiatre, un temps relationnel sauté peut conduire à une crise dans la relation des deux intervenants. Le pédopsychiatre peut se sentir exclu, jusqu'à mettre en cause cet attelage institutionnalisé. Cette définition de la relation peut à son tour amener une réaction symétrique chez le directeur. L'on assiste de fait à une dispute dans le couple. Les partenaires en viennent à définir la relation dans un conflit de territoire. Le directeur doit préserver la collectivité, c'est-à-dire l'institution, se prévalant du fait qu'il est nécessaire pour les pédagogues d'assurer leur mission d'encadrement du groupe d'enfants. Il doit aussi se soucier de l'impact du comportement d'un enfant qui met en cause l'institution, sur l'adhésion de l'ensemble des enfants à leur propre placement. C'est le cas lorsque Maurice refuse la chambre de réflexion ou que François fugue itérativement. Le pédopsychiatre peut en venir jusqu'à évoquer alors le serment d'Hippocrate, où le médecin ne doit pas nuire ou nuire le moins possible; c'est le cas pour l'enfermement d'un enfant phobique. Il montre une particulière sensibilité à l'idée d'exclusion d'un enfant, d'autant qu'il considère qu'il s'agit selon lui d'une répétition d'exclusion, par exemple dans le cas de Maurice, enfant adopté. Nous partons du principe qu'une institution comme la Fondation Borel prend en charge les situations qui ne peuvent être contenues dans les milieux naturels. Le placement représente pour l'enfant, qu'on le veuille ou non, une exclusion de la famille et de l'école. Cette mesure confirme des sentiments de rejet qu'il a pu vivre dans les relations familiales ou de groupe. L'enfant est d'une certaine façon conditionné à réagir aux conflits par des oppositions qui peuvent aboutir à des rejets, voire à des exclusions. Lors d'une crise pouvant conduire à cet aboutissement, s'il est possible de ne pas procéder à un nouveau déplacement, sinon temporairement, l'enfant peut alors faire une expérience correctrice de l'exclusion.

Le team directeur-pédopsychiatre représente l'instance qui gère l'escalade des contre-mesures institutionnelles, jusqu'à et y compris la perspective de l'éviction. Les perspectives complémentaires du directeur et du pédopsychiatre doivent tendre à s'intégrer dans un espace de concertation supplémentaire. Ce possible ajustement met aussi un temps de pause dans l'urgence. La nécessité d'intervenir est concrètement différée à un espace de pensée. Celui-ci est suivi par une réunion institutionnelle incluant le service placeur, puis les parents. Ce temps d'ajustement supplémentaire présuppose une dynamique qui en cas de crise inclut une recherche de consensus. A un premier degré contextuel, le directeur et le pédopsychiatre encadrent les protagonistes d'une confrontation que sont respectivement l'éducateur et l'enfant. Ils sont typiquement dans une situation de double lien scindé. Selon le schéma 2, à un niveau logique plus élevé, l'auto-correction consiste en une méta-communication partagée, par le directeur et le pédopsychiatre, de la situation qui peut survenir dans leur couple. Il s'agit en fait de reconnaître dans leur activité commune, la présence simultanée d'alliance et de confrontation. Le directeur et le pédopsychiatre développent en conséquence un espace-temps de méta-communication et d'ajustement de la co-intervention T1-T2 à leur interface, c'est-à-dire dans l'espace-temps de leur intervention en commun. Lors d'un désaccord, le temps de la crise de complémentarité permet de rappeler, explicitement et aussi implicitement de par la complicité pré-établie, l'accord institutionnalisé pré-existant. Le partage des positions respectives dans un espace de consensus représente un exemple de double lien thérapeutique scindé. Il correspond en définitive à l'image d'un co-pilotage dans un contexte d'incertitude momentanée. En définitive, l'espace de concertation peut être considéré comme une intervision de crise, où chacun des deux intervenants peut exprimer les priorités liées à sa fonction (T1, respective-

ment T2), et aussi ses attentes que le partenaire pondère les siennes (T2, respectivement T1). L'exercice de leur collaboration institutionnalisée les rend sensibles à l'importance de l'intégration de leur complémentarité qui aboutit à une prise en considération de leurs différences dans leur réponse consensuelle.

PROPOSITION DE MODELISATION

Nous avons essayé de modéliser cette attitude fondamentale de travail en complémentarité en la ramenant à une expression simple. Nous nous centrons sur la dyade pédopsychiatre et directeur. A la Fondation Borel, toutes les admissions, les synthèses entre professionnels et les restitutions des synthèses à la famille sont analysées en team, avec comme constante, la présence des titulaires de ces deux fonctions. Le modèle pourrait aisément s'appliquer à une dyade psychologue – responsable éducatif par exemple. Dans un premier temps, nous avons imagé la situation de base où directeur et pédopsychiatre se partagent leurs rôles respectifs. Selon nos observations, cette collaboration est gérée sans trop de difficultés dans la majorité des situations suivies. Nous représentons dans ce schéma les pensées des deux partenaires de la dyade. Ils doivent avoir en permanence à l'esprit le co-intervenant et les autres acteurs de la situation.

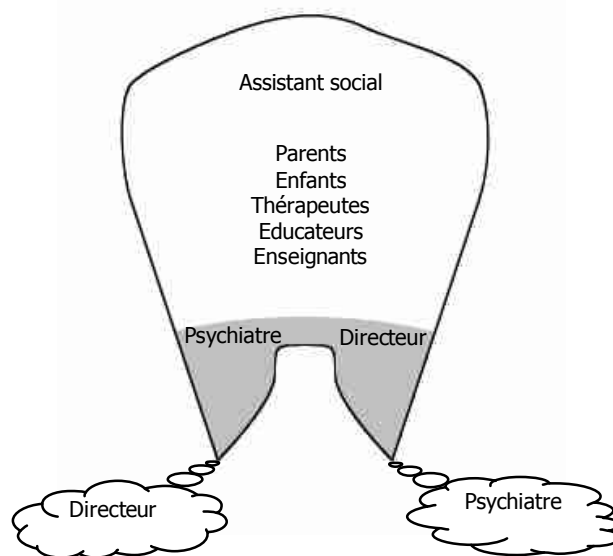
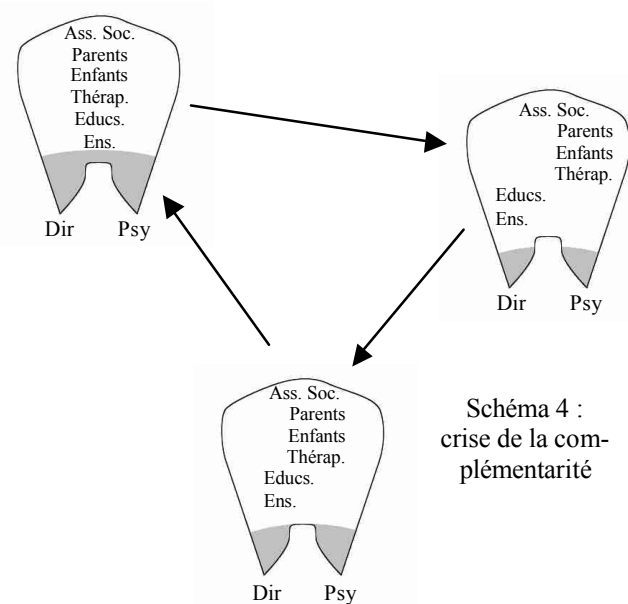


Schéma 3 : Complémentarité

Nous avons mentionné que les crises ont tendance à polariser chacun des intervenants dans des positions plus proches de leur champ professionnel d'origine. Le pédopsychiatre devient davantage «soignant » en se dégageant un peu du souci institutionnel et le directeur privilégie « l'institution » au détriment si nécessaire du projet de l'enfant et de sa famille. Cette tendance conduit à un éloignement des partenaires de la dyade pédopsychiatre et directeur, à la faveur de crises dans la famille.

Si l'un des protagonistes, en raison de l'urgence d'une crise, tient insuffisamment compte d'une dimension du problème, l'autre va immédiatement réagir et exiger une correction de l'approche. Il est ainsi possible de n'exclure personne de la démarche en cours et d'offrir des réponses consensuelles, intrinsèquement interdisciplinaires, ce qui garantit, de notre point de vue, un choix de solutions pertinentes et acceptées. Parfois ce clivage, insuffisamment élaboré de part et d'autre peut ne plus suffire à développer une réponse cohésive à un problème aigu et moins encore à une série de problèmes tels qu'on peut les rencontrer à la Fondation Borel. Dans ce cas le schéma ne s'applique plus complètement puisque directeur et pédopsychiatre adoptent des positions plus divergentes, voire unilatérales. La zone grisée qui indique sur le schéma une relation de dialogue permanent entre les partenaires diminue, voire disparaît à un moment donné en cas d'escalade symétrique dans le couple directeur-pédopsychiatre (voir schéma 4). Lorsqu'un enfant développe des conduites dangereuses, l'adulte doit agir avec rapidité, parfois à la limite de la précipitation, pour lutter contre l'insécurité. A travers une recherche de simplification des réponses à apporter à un problème, on peut avoir l'illusion que la situation est mieux maîtrisée. Cela apparaît par exemple dans le cas de Maurice, tant pour le directeur, qui répond à la demande institutionnelle de renvoi d'un enfant par exemple, que pour le médecin qui ne partage pas le renvoi, tout en demeurant inquiet sur l'évolution psychopathologique du jeune. Il est alors nécessaire de se donner les moyens de recréer un minimum de dialogue, qui permet à nouveau de tendre vers la cohésion et la formulation de positions complémentaires élaborées en commun par les intervenants-cadres. Elles pourront dès lors être authentiquement énoncées sans manifester de désaccord, malgré les contradictions partielles qui auront pu être respectivement légitimées. Il en résulte la possibilité de

prendre des options cohérentes qui, par le fait qu'elles sont l'objet d'une réelle réflexion entre professionnels et avec la famille, auront davantage d'efficacité pour l'enfant, en tenant compte des dimensions tant éducatives que thérapeutiques.



Nous avons pu constater que malgré les efforts permanents de chacun pour travailler ainsi, il peut être difficile pour les partenaires confrontés à l'urgence, de prendre un recul suffisant. Une co-gestion des crises doit en conséquence être prévue dans les cahiers des tâches respectifs. Une telle disposition est particulièrement nécessaire dans une institution éducative et thérapeutique, où les déstabilisations liées aux crises doivent être maîtrisées par les seuls moyens relationnels.

Une démarche qui privilégie une approche complémentaire va à l'inverse de la simplification puis-

qu'elle demande du dialogue, de la concertation et une recherche de réponses consensuelles malgré les divergences. Si cela peut sembler simple en théorie, ce n'est pas le cas pour les situations de crise aiguë où le temps pour la réflexion semble ne pas exister, mais que nous avons maintenant appris à trouver.

En cas de persistance du désaccord entre directeur et pédopsychiatre, il peut s'avérer qu'un acteur extérieur au système joue un rôle facilitant. Dans l'exemple de François, c'est l'intervention du Président de l'Autorité tutélaire qui amène les protagonistes à rétablir ce minimum de discussion, ce qui permet ensuite l'émergence d'une solution consensuelle plus complète que chaque solution individuellement. En l'occurrence le juge doit prendre une décision, il est sollicité par l'assistante sociale, qui elle-même doit assurer la protection de l'enfant même contre sa volonté. Le juge attend donc un avis cohérent et étayé des professionnels. Son intervention, dans cette crise, a relancé le mécanisme qui doit pouvoir se réaliser, selon notre approche centrée sur la complémentarité, indépendamment d'un agent extérieur (schéma 4).

On peut également schématiser ainsi ce processus : une situation « S » de travail en complémentarité étant la normale, l'apparition d'une crise « C » crée un clivage des positions des partenaires en « S1 » et « S2 », qu'un dialogue D, éventuellement demandé par un acteur extérieur « A », conduit à un état intermédiaire « S' » qui par poursuite du dialogue « D' », mène à un nouvel équilibre considéré comme normal « S » (schéma 5).

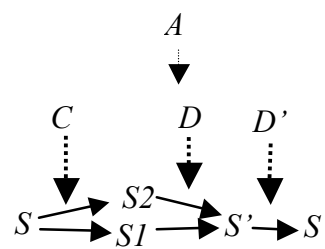


Schéma 5 :
Crise de la complémentarité

CONCLUSION

Les enfants placés dans un centre pédagogique et thérapeutique sont souvent plus réactifs que d'autres enfants et la vie quotidienne dans les groupes d'enfants placés est émaillée de situations limites. La crise fait partie de la prise en charge : elle est l'objet d'un des chapitres de la ligne pédagogique et thérapeutique. Les conflits des enfants avec les adultes sont fréquents et les professionnels sont souvent impliqués dans ces rapports difficiles. Les contre-réactions existent et les échecs aussi. Avec des enfants pouvant présenter des limites dans leurs capacités de mentalisation et de freinage de leur pulsions, les solutions peuvent aussi être des compromis limités.

L'engagement au quotidien d'un pédopsychiatre expérimenté peut aboutir à une collaboration serrée avec le directeur de l'institution. Il peut s'établir alors une relation de co-disciplinarité. Le directeur est amené à intervenir en cas de conflit dans un groupe. L'avis du pédopsychiatre peut être sollicité pour apprécier les bénéfices et les risques des mesures institutionnelles pour un enfant donné. La mise en commun de ces perspectives dans le team directeur – pédopsychiatre représente une co-intervention partiellement scindée entre le souci pour l'institution et le souci pour l'enfant. La relation complémentaire directeur – pédopsychiatre est enchevêtrée : le premier est responsable de la décision, le second est consultant.

En cas de violence, le team directeur – pédopsychiatre peut être à son tour en crise, si le temps manque à la concertation. L'expérience que tirent les auteurs de leur pratique conjointe est l'importance de ménager un moment d'ajustement, même dans les moments urgents où l'institution est dépassée dans la maîtrise de son encadrement.

Le contexte institutionnel et régional permet d'imaginer plusieurs sas de décompression, si le cadre scolaire ou de vie est mis en échec : à l'interne, cela peut être le recours au retrait momentané de l'enfant de son groupe ou de sa classe par un placement à la direction, éventuellement pour plusieurs jours ; à l'externe, cela peut être le recours à une institution disciplinaire ou à une unité psychiatrique pour enfants et adolescents. Dans tous les cas, cela implique la volonté pour l'équipe institutionnelle de poursuivre son engagement. Le recours à l'un de ces sas doit permettre de trouver le temps nécessaire à la re-mise en place d'une action conjointe.

De notre point de vue, le modèle présenté peut servir de référence pour les intervenants en institution, qu'ils soient en formation continue ou post-graduée. Ils y prennent particulièrement conscience de leur identité mixte, pédagogique pour ce qui est du contexte, et thérapeutique pour ce qui est de l'intervention. Ils réalisent qu'une prise en charge comprend des ratés et des ajustements, chez le patient comme chez les intervenants. Ils développent leur identité psychosociale, où se conjuguent soin et contrôle, dans un co-pilotage inter-disciplinaire. Le consensus est paradoxalement obligé, comme l'est la collaboration nécessaire et relative de l'enfant ou de sa famille.

BIBLIOGRAPHIE

- Ausloos G., 1983, Adolescence, délinquance et famille, in *Marginalité, Systèmes et famille*, CRIV – IES, Vaucresson.
- Benoît J.-C., B. Roume D., 1986, *La désaliénation systémique*, ESF, Paris.
- Bernard Weil E., 2002, à paraître, *L'approche ago-antagoniste, application possible en thérapie familiale*, in *Thérapie familiale*.
- Borel S., Jeannet A., Chèvre H., Eppner G., Traube R., Villat J.-M., 1997, *Violences d'enfants, violences d'adultes, violence institutionnelle, violence sociale*, in *Repères*, Genève
- Durning P., Klajnberg M., 1994, *Violences en institutions*, in *Outils CREA1*, 2, Rhône-Alpes.
- Elkaïm M. 1989, *Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Approche systémique en psychothérapie*, Seuil, Paris
- Evequoz G., 1990, *Y a-t-il un pilote dans la classe ? Le problème de la hiérarchie dans un système artificiel*, in *Thérapie familiale*, volume 11, No 4, pages 407 à 423, Genève.
- Ferreira A. J., 1960, *Double bind and delinquent behaviour*, in *Arch.Gen.Psych.*, 3, pp 359-367
- Genevard G., Jordi P., 1968, *Essai d'évaluation des concepts de statut et de fonction des co-thérapeutes en groupe*, in *Schneider PB, Pratique de la psychothérapie de groupe*, PUF, Paris.
- Goldbeter E., 1998, *Le Tiers pesant*, ESF, Paris.
- Krebs B.-A., François Y. et Traube R., 1982, *Famille – institution, une approche pluri-disciplinaire à la maison de thérapie de la Fondation Suisse Bellevue à Gorgier*, in *Travail social* No 10, page 12 à 17, Genève
- Lerbet G., 1997, *Pédagogie et systémique*, PUF, Paris
- Lerbet-Sérénis F., 1997, *Les régulations de la relation pédagogique*, L'Harmattan, Paris
- Meynckens Fourez M., 1999, *Comment prendre en compte les tensions entre professionnels ou entre professionnels et familles pour mieux rencontrer le patient*, in *Thérapie familiale*, volume 20, No 2, pages 117 à 129, Genève.
- Minuchin S., 1998, *Familles en thérapie*, ERES, Paris
- Miermont J., 2001, *Dictionnaire des thérapies familiales*, Masson, Paris

Rey Y, et all, 1983, Traitement de famille en institution, le contre-paradoxe scindé, in la Thérapie familiale telle quelle, ESF, Paris.

Traube R., 1980, Expérience d'un étudiant en médecine fonctionnant comme médecin psychiatre au sein d'une équipe psychosociale traitant ambulatoirement des patients alcooliques, TEX, Lausanne.

Traube R., 1990, L'institution et le consultant, in Cahiers francophones de pédagogie curative, pages 2 à 13, Fribourg

Traube R., avec la collaboration de Doudin P.-A., 1994, L'interaction symptomatique, in Psychothérapies 2, pages 67 à 75, Genève.

Traube R., Duscher C., Berthoud P.-A., 1995, Temps et pluridisciplinarité en pédo-psychiatrie, in Acta des premières journées romandes de psychiatrie sociale, Monney D., Sion.

Traube R., Progin C., 2001, Les dimensions interactive, symbolique et éducative de la thérapie familiale pour l'enfant, in Cahiers critiques de thérapie familiale et pratique de réseau, pages 117-134

Traube R., Villat J.-M., 2002 a, Violence de l'adolescent - contre violence de l'institution, in Psychothérapie, 22-3, pp167-173, Genève

Traube R., Villat J.-M., 2002 b, à paraître, Dystraitance, un accompagnement institutionnel, in le Fil rouge, Masson, Paris

Villat J.-M., Traube R., Gabus D., et all., 1996, De l'agir à l'écrit chez les jeunes adolescents en institution, in Tranel 25, pages 197 à 209, Neuchâtel.

Villat J.-M., 2000, La gifle ? Jamais auparavant, une réflexion sur la violence physique des adultes dans une institution pour enfants, in Vous avez dit pédagogie, No 54, Uni. Neuchâtel.

Whitaker C.-A., 1980, Co-thérapie de la schizophrénie chronique, in Réseaux, systèmes et agencements, pages 43 à 53, Gamma, Paris.

ADRESSES DES AUTEURS

Dr Raymond Traube, Château 10, 2000 Neuchâtel, r.traube@bluewin.ch

Villat Jean-Marie, Fondation Borel, 2056 Dombresson, jean-marie.villat@ne.ch

Site de la Fondation Borel : www.fondationborel.ch, fondationborel@ne.ch

Nous remercions le Professeur P.-A. Doudin, Mme A. Fehlbaum, Mme N. Gasser, le Dr G. Gruber, Mme J. Villat pour leurs suggestions rédactionnelles.