

SESSAD, une institution nomade

ONT PARTICIPÉ À CET OUVRAGE

Équipe des professionnels du SESSAD de Montluel (PEP 69)

Virginie AUROUER, orthophoniste
Olivia BEHRA, psychologue clinicienne
Yannick BONNIER, enseignant
Marie-Christine BRAZIER, monitrice éducatrice
Brigitte BRUNOS, éducatrice spécialisée
Élodie BUISSON, psychologue clinicienne
Carole COLLIER BORDET, assistante sociale
Norbert CORNEILLE, enseignant spécialisé
Blandine CROIX, psychomotricienne
Chantal DAZORD, secrétaire
Maryse DECHOZ, enseignante
Patrick DUVIVIER, directeur
Nadège GONZALES, enseignante spécialisée
Martine GRÉZAUD, monitrice éducatrice
Nassima HANEFI, psychologue
Stéphanie LAVERRY, enseignante
Emmanuelle LOTTER, enseignante
Patrick MALFRAY, chef de service éducatif
Nicole ROMÉRO, éducatrice spécialisée
Noémie TOUCHARD, orthophoniste
Anne VILLENEUVE, psychomotricienne
Alix WIATR, enseignante

Équipe universitaire, université Lumière-Lyon 2
Centre de recherche en psychologie clinique
et psychopathologie (CRPPC)

Sophie BARON, étudiante en Master 2
Gaëlle PICOCHÉ, étudiante en Master 2
Cécile PINSON, étudiante en Master 1
Cécile SORNIN, étudiante en Master 1

Sous la direction de
Pascal Roman
et Jean-Jacques Rossello

SESSAD,
une institution nomade
Éduquer et soigner à domicile

Préface de Roger Misès

Trames



Extrait de la publication

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-3158-7

Première édition © Éditions érès 2011

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Extrait de la publication

Table des matières

PRÉFACE de Roger Misès.....	9
PRÉSENTATION	
ORIGINE ET HISTOIRE D'UNE RECHERCHE.....	21
1. LE SESSAD, UNE INSTITUTION NEUVE ?.....	33
Cadre légal et réglementaire des SESSAD.....	33
Les SESSAD dans le paysage médico-social.....	39
Soin psychique, éducation spéciale et compensation du handicap : maintenir le paradoxe ?.....	43
2. UNE RECHERCHE-ACTION.....	51
L'équipe de recherche : des chercheurs-praticiens et des praticiens-chercheurs.....	53
Objet de la recherche, problématique et hypothèses.....	56
Méthodologie de la recherche.....	68

Déroulement de la recherche : recueil et analyse des données	77
La pratique à l'épreuve de la recherche	78
Revue de la littérature	81
3. REPRÉSENTATIONS DU SESSAD ET DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	89
La représentation des enfants accueillis	92
Une pratique à domicile	101
Une spécificité des pratiques	105
Le travail en équipe et le partenariat	109
4. CLINIQUE DES ENFANTS ACCUEILLIS ET LIMITES DU SESSAD	119
Les enjeux de l'accueil au sein du SESSAD : le choix paradoxal de la discontinuité	119
Noël ou le destin de l'agitation	121
Angélique et la rencontre de la déficience	136
Basile, agent de liaison	158
De la clinique et de la création du SESSAD	176
5. DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AUX LIMITES : À DOMICILE, LES ENJEUX DE LA SÉDUCTION DANS LE LIEN « TRANSFÉRENTIEL »	191
« Un enfant est choisi », organisateur inconscient de la pratique en SESSAD	193

Les lieux des pratiques et la rencontre de l'intimité : la mise en jeu des limites	206
Déplacement et délogement	229
Ambiguïté des postures professionnelles à domicile : famille/non-famille.....	240
6. MODÉLISATION DES PRATIQUES ÉDUCATIVES	
EN SESSAD : UN ESPACE DE SYMBOLISATION	249
Penser les limites.....	251
L'organisation psychique des pratiques	260
Loger, déloger, reloger : une clinique des pratiques à symboliser ?.....	278
CONCLUSION.....	285
BIBLIOGRAPHIE.....	290
GLOSSAIRE.....	299

Une institution nomade¹...

Pour raison de survie et pour que la médiation sociale puisse s'organiser correctement, les sociétés nomades, plus que les sociétés urbaines, ont besoin d'un territoire bien délimité. C'est à l'intérieur de ce territoire que l'espace vital est organisé : pâturages, points d'eau, campements. Les nomades, contrairement aux idées reçues, parcourent le même trajet à chaque saison et occupent le même lieu. La langue arabe classique (très influencée par le mode de vie des nomades dit « bédouins »), emploie la racine *DWR*, prononcée *dawara*, pour désigner à la fois les territoires au sens large aussi bien que des espaces plus restreints, et le fait de tourner et revenir au lieu de départ. Le sens premier de ce mot est tourner en boucle, partir et revenir, faire le tour, par extension « rechercher ». Ce mot désigne aussi un chef-lieu (Diyarbakir au sud-est de la Turquie, « le chef-lieu de la tribu de Bakr », le couvent *dayr*, la maison *dâr*, et un clan *dâr*). Il a aussi le sens de « nomadiser, parcourir ». C'est de cette racine qu'est issu le mot « cercle ».

1. Ce commentaire est emprunté aux travaux de Saba Farès, épigraphiste, maître de conférences, département d'arabe, université Nancy 2.

Préface

LES COMPOSANTES DYNAMIQUES DANS LES INTERVENTIONS EN SESSAD/ITEP

Lorsqu'on s'interroge sur les composantes dynamiques qui sont en jeu lors des interventions menées par les équipes de SESSAD, les premières questions portent sur la nature des faits cliniques qui caractérisent les enfants et les adolescents suivis.

Sur ce terrain, les textes réglementaires relatifs aux ITEP font bien ressortir la sévérité, la complexité, l'évolutivité des troubles considérés. Toutefois, me semblent exclues les pathologies majeures, par exemple l'autisme, les psychoses précoces, les schizophrénies de l'enfance ou de l'adolescence ; de même, les formes incluant des déficiences déjà notablement fixées se situent aux frontières du domaine considéré, en particulier lorsqu'on discute du recours aux SESSAD : dès lors, les pathologies limites (Misès, 1990) occupent assurément la place centrale parmi les indications.

On reviendra sur les aspects psychopathologiques qui caractérisent ces organisations limites mais, auparavant, je crois utile d'avancer quelques remarques sur l'étiopathogénie. En effet, si les conditions sociofamiliales faites à l'enfant dans le cours de son histoire exercent une influence incontestable, ces composantes doivent être resituées dans les interrelations qu'elles prennent avec d'autres paramètres, notamment d'ordre neurobiologique, qui participent nécessairement à l'organisation de la vie mentale. Par conséquent, plutôt que d'opposer organogénèse, psychogénèse, sociogénèse, le clinicien est appelé à prendre en considération ces multiples composantes et il s'appuiera sur les différents modèles théoriques dont nous disposons aujourd'hui : leur confrontation permet de porter des éclairages complémentaires sur la problématique de l'enfant. Je précise que dans le cadre d'une approche multidimensionnelle de cet ordre, la prise en compte des données issues des neurosciences ou des sciences cognitives ne fait nullement obstacle à l'orientation psychodynamique que les équipes de SESSAD sont appelées à soutenir.

Ces perspectives, on le voit, sont très éloignées de celles proposées par la récente expertise de l'INSERM sur le trouble des conduites, où le clinicien est invité à se centrer sur les comportements objectivables qui sont considérés en rapport direct avec les dysfonctionnements du système nerveux, eux-mêmes liés à une héritabilité génétique dominante. Sous ces perspectives, l'étude des conditions psychosociales offre encore un certain intérêt, mais uniquement en tant que facteur favorisant qui donne l'occasion de s'exprimer à des troubles déterminés génétiquement ; or, pour la grande

majorité des praticiens français, les conditions faites à l'enfant par sa famille et par la société, loin de tenir seulement ce rôle contingent, interviennent, au contraire, à part entière, dans la genèse des processus morbides et dans leur évolution. Cette conception s'accorde pleinement avec la mise en œuvre des actions réintégratives et mutatives qui sont menées par les SESSAD, alors que l'expertise INSERM écarte ces orientations au profit de mesures à visée étroitement normative qui ne prennent en compte ni la subjectivité de l'enfant, ni la singularité de chaque cas.

Quant aux contributions provenant des études sociologiques et anthropologiques, elles apparaissent davantage en lien avec les concepts qu'utilisent les équipes d'orientation dynamique et, plus précisément, les SESSAD. En effet, ces études font bien ressortir les composantes qui interviennent dans les phénomènes récents de « désinstitutionnalisation », de « désymbolisation » par où se trouvent remises en question aujourd'hui les fonctions médiatrices et socialisantes que la famille, l'école, la société exerçaient jusque-là sur le plan de la transmission des valeurs et des normes sociales (Misès, 2006). Ainsi, l'attention se trouve portée, par exemple, sur le déclin de la différence des sexes et des générations, sur l'effacement de l'autorité paternelle et, plus largement, parentale, sur les conditions offertes par « les nouvelles familles » dissociées, recomposées, monoparentales, etc. Tous ces éléments contribuent à l'avènement de « nouvelles cliniques » où dominant les troubles des conduites, l'hyperkinésie, les troubles du comportement alimentaire, les phénomènes d'addiction, c'est-à-dire des manifestations agies. Sous cet angle, les études

sociologiques menées sur la postmodernité ouvrent des perspectives dignes d'intérêt : les membres des équipes de SESSAD engagés justement dans des interventions à l'intérieur de ces institutions familiales, sociales, éducatives, qui sont en cours de profonde mutation, doivent prendre ces paramètres en considération, mais sans y rechercher une explication simplificatrice car, sur ces bases, les aspects superficiels qui motivent la consultation varient d'un sujet à l'autre et, plus encore, le diagnostic lui-même ne peut se fonder que sur des critères psychopathologiques. Je vais très rapidement les passer en revue.

Lors des phases initiales du développement, des atteintes sévères sont portées à la fonction de contenance et à l'organisation de la vie psychique de l'enfant ; celui-ci échoue alors, au moins partiellement, dans ses tentatives de construction d'un pare-excitation et dans la mise en place du préconscient ; d'autres composantes s'expriment à travers le défaut d'accès au champ transitionnel de Winnicott : les objets transitionnels font défaut, l'enfant n'accède pas à une pleine capacité à jouer seul et il maintient des relations captatives avec son entourage.

À l'évidence, dans le cours de ce processus, se trouvent sérieusement altérés des fondements de la vie psychique qui, d'ordinaire, soutiennent l'exercice de la pensée et le plaisir pris au fonctionnement mental : l'enfant apparaît ainsi touché dans sa subjectivité, son intériorité, ses fondements identitaires.

D'autres défaillances s'observent dans le cours du travail de séparation : l'enfant reste prisonnier d'un lien de dépendance archaïque, dans un contexte où dominent les

angoisses d'abandon et les menaces de perte d'objet associées à des moments dépressifs qui viennent souvent au premier plan. À titre défensif contre ces sentiments douloureux et contre les menaces de rupture du lien, l'enfant développe des réactions de prestance, des affirmations mégalomaniaques qui viennent souvent au premier plan, tandis que se renforce la maîtrise exercée sur les affects et sur les personnes de l'environnement.

Un autre paramètre majeur est constitué par les atteintes narcissiques : elles s'expriment cliniquement par le manque de sécurité interne, par la confrontation à des images de soi profondément dévalorisées contre lesquelles, ici aussi, se développent des affirmations de toute-puissance et d'autosuffisance, tandis que s'accroît le refus de toute limitation à l'omnipotence : les revendications de ces sujets s'expriment clairement sous la forme du « tout et tout de suite », parallèlement apparaît une grande susceptibilité à l'égard des contraintes et des limitations, d'où qu'elles proviennent.

En dépit des dysharmonies et des failles qui marquent ainsi l'histoire de l'enfant, des ouvertures de type névrotique, de valeur positive, se dessinent, cependant le sujet n'est pas en mesure d'affronter les conflits de la période œdipienne, on reste ici sur le terrain d'une pseudo-œdipification, d'une bi-triangulation où la relation duelle reste dominante. L'enfant apparaît donc touché dans son identité et dans ses capacités d'identification ; toutefois, un équilibre peut se trouver assuré par les clivages du moi qui permettent des fonctionnements en faux self à travers lesquels, sur un versant, se renforce l'adaptation à la réalité tandis que, sur un autre

versant, en profondeur, le sujet reste tributaire de modes périmés de relation, de symbolisation et de fonctionnement mental.

Les défaillances de la mentalisation et de la personnalisation qui caractérisent ces organisations vont de pair avec un recours croissant aux conduites agies, d'abord à l'intérieur des familles, puis à l'école, et enfin dans le champ social. La prise d'appui sur ces expressions comportementales se trouve également soutenue par la grande précarité du surmoi : ces sujets reconnaissent seulement les limitations provenant du dehors – et qu'ils affrontent justement hors de tout sentiment de culpabilité.

Enfin, tout au long du processus qui organise ces faits pathologiques, apparaissent souvent des retards, des dysharmonies des fonctions cognitives ou instrumentales d'où découlent, à plus long terme, les risques d'une structuration déficitaire durable.

Les composantes qu'on vient de passer en revue se regroupent de façon variable selon les sujets, il en résulte une grande diversité des expressions cliniques observées pendant l'enfance puis à l'adolescence, ceci à travers un mouvement qui tend à s'aggraver progressivement. C'est dire l'intérêt qu'il faut porter à un dépistage précoce qui sera suivi d'actions incluant le milieu, en associant le soin, l'éducation, la pédagogie, l'aide sociale. L'équipe de SESSAD peut intervenir à partir de là, dans des conditions diversifiées, soit qu'elle agisse isolément, soit qu'elle reste en liaison avec un dispositif institutionnel – un ITEP, mais aussi un CATTP ou une unité du soir.

Dans ce contexte, le choix du SESSAD se fonde sur la nature des troubles de l'enfant, cependant on doit prendre également en compte les conditions qui sont offertes par la famille, l'école, le cadre social ; il faut apprécier ici l'accessibilité aux soins des personnes qui se trouvent concernées par les interventions ; une attention particulière se trouve également portée au partenariat qu'il convient parfois d'établir avec les équipes de Prévention ou de Protection judiciaire de la jeunesse.

À partir de là, en valorisant les aspects psychopathologiques qu'on vient d'évoquer, les équipes SESSAD peuvent s'engager dans des interventions élargies qui sont menées à domicile ou dans des lieux destinés aux enfants normaux. Sur ce terrain, il est clair que les personnels non spécialisés en psychiatrie ou en psychologie, exerçant dans les jardins d'enfants ou dans les écoles, sont appelés eux-mêmes à soutenir un projet qui inclut, entre autres, une visée thérapeutique à orientation mutative.

De fait, on est conduit à l'instauration d'un travail « en réseau » où des liaisons étroites se dessinent entre les différents intervenants, de façon que chacun, tout en exerçant ses fonctions spécifiques, puisse se trouver impliqué dans ce qui se joue sur d'autres registres (Misès, 1996).

Sur le plan des soins à visée mutative, les membres de l'équipe SESSAD exercent des responsabilités particulièrement importantes ; il leur appartient notamment de veiller à ce qu'un soutien suffisant soit apporté à l'enfant, en toutes circonstances, afin qu'il mobilise ses capacités d'investissement, en partant de ses intérêts propres – et dans des conditions qui l'aident à rompre avec ses

blocages antérieurs, de façon qu'il lui soit permis de découvrir le plaisir qui peut être pris dans l'exercice de multiples activités dans tous les lieux qu'il fréquente. Parallèlement l'on s'efforce aussi d'engager cet enfant dans des modes personnels de relation de plus en plus évolués avec ses pairs et avec les adultes. Dans ce cheminement, l'on ménage son narcissisme et l'on aborde avec prudence ses modes défensifs dominants qui se révèlent particulièrement contraignants : il importe de les faire évoluer de proche en proche en s'appuyant sur des médiations diverses à travers la répétition d'expériences qui sont menées dans un cadre sécurisant : sur ces bases, se dessinent progressivement d'autres modes défensifs plus souples, plus efficaces, plus évolués mais sans que l'enfant abandonne d'emblée ses modes défensifs les plus contraignants qu'il remobilise à l'occasion.

Enfin, dans le cours du suivi, une attention particulière se trouve portée à tout ce qui peut appuyer, chez l'enfant lui-même, le réinvestissement de la vie psychique dans son intériorité : pour cela on soutient les capacités de symbolisation et de représentation qui apparaissent déjà partiellement disponibles ou en cours d'émergence, mais sans que l'enfant puisse pleinement les utiliser ; longtemps encore, elles seront ressenties, inconsciemment, comme interdites ou dangereuses.

Dans des pratiques ouvertes de cet ordre, lorsque les intervenants extérieurs à l'équipe SESSAD sont assez soutenus dans leur appréhension des éléments essentiels de cette problématique, la plupart manifestent une grande sensibilité à ces paramètres : ils se trouvent alors mobilisés eux-mêmes dans les mouvements d'identi-

cation à la souffrance de l'enfant et ils s'engagent souvent dans des tentatives de réparation envers lui. À partir de là, se dessinent, chez tous les intervenants, des ajustements nuancés aux demandes implicites qui proviennent du sujet ou des partenaires.

Ainsi se développent, de toutes parts, des soutiens apportés dans le registre du soin ; en suivant Pascal Roman, ceci me semble répondre, chez les intervenants, à la mobilisation de capacités qui leur permettent de se « déloger » d'une posture institutionnelle en rapport trop exclusif avec un statut particulier, pour s'engager sur un autre terrain où se manifestent des disponibilités nouvelles. Par exemple, un professeur exerçant en classe ordinaire demeure principalement soucieux de trouver les moyens qui permettent à l'élève d'accepter les règles de fonctionnement de la classe et d'acquérir de nouvelles connaissances. C'est le rôle de l'enseignant, mais, parallèlement, en lien avec l'équipe SESSAD, par sa créativité, par la qualité de son étayage, par les ajustements qui s'expriment dans ses attitudes et dans ses méthodes, ce professeur en vient aussi à tenir une place importante dans une entreprise qui possède, entre autres, une visée de soin – et cela sans qu'il y ait confusion entre ses fonctions spécifiques et celles, centrées sur la thérapeutique, qui incombent aux membres de l'équipe de SESSAD.

Dans ce contexte, à travers cette saisie élargie, chaque intervenant prend mieux conscience qu'il existe une complémentarité entre les actions menées à différents niveaux, au point que chaque rencontre entre un enfant et un professionnel tire une part de sa signification et de

ses effets de ce qui précède et de ce qui va suivre. Ces éléments de différenciation et de succession des actions dans le temps constituent un support important, car cette discontinuité contribue à ce que se rétablissent et s'enrichissent les capacités de liaison et d'association chez l'enfant lui-même. En effet, dans l'intégration de ces mouvements successifs et distancés qui s'exercent dans des temps et dans des espaces différents, l'enfant trouve un soutien précieux pour intérioriser de nouveaux moyens de transposition, de symbolisation, de métaphorisation dont certains seront « mis en latence » avant d'être expérimentés ultérieurement.

Certes, sur le long cours, des interventions de cet ordre n'évoluent pas sans à-coup, les mouvements de rupture sont inévitables lorsque plusieurs personnes exerçant dans des lieux diversifiés sont amenées à gérer ensemble un tel processus – et chez un enfant présentant une pathologie grave qui, de surcroît, se trouve dominée souvent par la tendance à l'agir. Cependant, ces difficultés peuvent être abordées et traitées de façon que les articulations positives se rétablissent et qu'un nouvel équilibre, mieux ajusté, se dessine entre tous les intervenants qui constituent la trame de ce dispositif complexe. Dans les cas favorables s'offre alors à l'enfant l'image d'une heureuse complémentarité entre les personnes qui s'occupent de lui : c'est une expérience nouvelle et réparatrice pour la plupart de ces sujets qui, jusque-là, avaient rarement eu l'occasion de vivre cette expérience auprès de leurs propres parents.

Peut-être faut-il encore le rappeler : les perspectives que l'on vient d'exposer sont aujourd'hui menacées ; on

assiste, en effet, au retour en force de mesures à visée exclusivement normative, appuyées par des modèles unidimensionnels et mécanicistes qui dénie l'intériorité du sujet, autant du côté de l'enfant et de son entourage que du côté des professionnels. Pourtant, devant l'extension actuelle des troubles des conduites qui se manifestent chez des enfants de plus en plus jeunes, il serait important de maintenir et de développer les orientations dynamiques qui, seules, permettent de tirer parti des potentialités qu'on peut, effectivement, mobiliser chez l'enfant, dans son entourage et également chez les intervenants de terrain.

Roger Misès

*Professeur émérite de pédopsychiatrie
à l'université Paris-Sud, membre de la SPP.*

