

6èmes Journées d'Octobre FORMAREC *Histoire(s) d'équipe(s)*, les 16 et 17 octobre 1997, à Bordeaux.

## L'ÉQUIPE ET L'INTERDISCIPLINARITÉ

*Marie-France GASSEAU, Cadre Infirmière*

Nous allons essayer de comprendre comment des professionnels issus d'horizons différents peuvent travailler ensemble auprès d'enfants en difficulté psychologique et, surtout, au nom de quoi ils doivent parvenir à travailler ensemble d'une manière cohérente auprès d'enfants en difficulté psychologique sans y perdre leur âme.

Équipe, maître-mot des institutions psychiatriques, concept-référence obligé dans le domaine des soins, concept fourre-tout qui devient encombrant si l'on n'y prête pas attention.

### **Un concept fourre-tout.**

Les « On va en parler en équipe », « L'équipe pense que... », « C'est une décision d'équipe » sont autant de formulations incontournables qui tendent à en faire un « groupe-tout » au sein duquel la position singulière, subjective et donc différenciée de ses membres serait escamotée, au profit d'un fantasme unitaire qui, lui seul, permettrait de fonctionner. Nous sommes ici peu éloigné de ce que développe Didier ANZIEU à propos de « l'illusion groupale », à cette nuance près qu'elle ne serait plus seulement une étape normale de fonctionnement, mais deviendrait en quelque sorte une finalité.

Le dictionnaire définit l'équipe comme « un groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans un même dessein ». François VARY (éducateur) ajoute dans un article de VST que « c'est un groupe de salariés travaillant dans la même entreprise ; en même temps, c'est un collectif d'humains se côtoyant régulièrement au même endroit, avec tout ce que cela peut supposer de sympathie, de conflits, de liens... C'est encore un outil fonctionnel de travail créé par une institution dans un projet plus ou moins défini ».

Dans l'hôpital psychiatrique traditionnel, le qualificatif « soignante » vient toujours s'accrocher au substantif « équipe ».

Cette « équipe soignante » constituée d'infirmières et infirmiers en majorité (c'est-à-dire de professionnels issus d'une même matrice) n'échappe pas à cette quête d'un fantôme identitaire, inscrit jusque dans le réel au travers du marquage extérieur de la « blouse blanche ». Appartenant au même corps, pris dans une « même enveloppe » qui conforte les liens originaires de ces soignants entre eux, l'équipe ainsi constituée n'en va pas moins questionner, à partir de ses propres fondements, l'appartenance des autres professionnels, issus d'autres formations qui participent eux aussi aux soins. Les psychologues, par exemple, font-ils ou non partie de l'équipe ? L'équipe se trouve-t-elle réduite au groupe de professionnels qui sont dans le quotidien « vivre avec » les patients, les autres se situant plus du côté de « l'acte technique », selon le développement qu'en propose Paul FUSTIER ? Cette première problématique apparaît lorsque les mêmes psychologues sont sollicités pour travailler et interroger le fonctionnement même de l'équipe, sa dynamique, ses conflits. Ils occupent alors une position « en extériorité », mais que souvent l'équipe cherche à réduire en tentant de les réintégrer en son sein.

Les équipes de pédopsychiatrie présentent des situations encore plus complexes. Leur particularité tient au rassemblement, à l'intérieur d'une même entité institutionnelle, d'intervenants issus de formations diverses et donc marqués par des pratiques extrêmement différentes en soi. Les « équipes soignantes » y sont constituées d'éducateurs, d'infirmiers, de cadres infirmiers, d'orthophonistes, de psychomotriciens, d'assistantes sociales, de médecins, de psychologues... et se pose donc la question d'une cohérence de fonctionnement pour cet assemblage hétéroclite.

Les personnes extérieures interrogent souvent les rôles et les fonctions, et en particulier celles des infirmiers et des éducateurs qui constituent d'une certaine façon le « pool des permanents » : « Il n'y a pas de différence dans votre travail. Vous faites tous les mêmes choses, etc. ». L'impression de travailler à la limite de sa profession peut avoir des effets positifs (créativité), mais peut aussi induire de la confusion dans les rôles des uns et des autres, confusion vite entretenue par les modalités relationnelles paradoxales du sujet psychotique.

## **L'écart.**

Un travail d'élaboration dans « l'écart » permet de repérer dans les confusions de rôles la répétition par les professionnels des distorsions relationnelles existant dans le système de communication de l'enfant et parfois de sa famille. Il n'y aurait pas de différence de travail, il pourrait ainsi y avoir une certaine

interchangeabilité. La problématique dans laquelle nous entrons concerne la possibilité de maintenir ou non la différence, l'écart nécessaire, pour qu'il y ait complémentarité et non fusion, et donc le maintien d'une identité professionnelle. Cet élément est d'autant plus essentiel en santé mentale que les pathologies auxquelles nous sommes confrontés tendent à marquer toute relation du sceau de l'indifférenciation.

« L'écart » suppose une certaine dynamique qui va permettre qu'une mise en relation, en lien, soit possible. Il est en ce sens bien différent de l'écart-rupture. J. HOCHMANN définit le soin psychiatrique comme un soin « de nature conflictuelle » parce qu'il produit de l'écart, ce qui n'est pas sans effet sur la conflictualité qui traverse nécessairement le fonctionnement de toute équipe (et notamment pluridisciplinaire).

Plutôt que de parler de « pluridisciplinarité », nous utiliserons le terme « d'*interdisciplinarité* » qui indique par lui-même la notion d'*inter-position* que la « pluridisciplinarité » ignore (elle ne connaît que la juxtaposition).

### **Les mouvements psychiques qui traversent l'équipe.**

F. VARY qualifie cette entité groupale qu'est l'équipe de « créature imaginaire » ou encore «... de gros protoplasme qui modifierait ses formes au gré des embauches et des démissions, produisant son histoire, ses coutumes, ses fantômes, au gré des événements qui la traversent ».

Faire parler ou faire penser l'équipe, c'est en faire véritablement un sujet, certes imaginaire, mais bien vivant et qui serait doté d'une psyché. Il faudrait la considérer comme quelqu'un de plus que la somme des individus qui la composent. Elle nous oblige ainsi à nous intéresser aux mouvements psychiques qui la traversent, en tenant compte du rôle et de la place que chacun de ses membres lui assigne et lui fait jouer.

D. ANZIEU a décrit, dans son travail sur « l'illusion groupale », une analogie possible entre le groupe et le rêve. L'un et l'autre seraient à considérer comme des espaces de « réalisation imaginaire de désir infantile ». C'est pour cette raison qu'ils sont à la fois recherche de plaisir, mais également source d'angoisse, en tant que défense contre l'émergence de ce désir. Il précise : « Ce sont des désirs non satisfaits dans les relations interindividuelles dans la vie privée et dans la vie sociale qui sont reportés sur le groupe ». ANZIEU ajoute enfin qu'il décrit là «... le désir dans le groupe et le rêve et aussi bien le désir figé dans un symptôme que le désir émergent de l'inconscient, dont le sens demeure incompris mais qui

est annonciateur d'entreprises réelles où il cherchera à s'accomplir ».

### **La place du désir dans l'équipe.**

En prenant appui sur ces quelques considérations théoriques rapidement effleurées, on se trouve ainsi inéluctablement renvoyé à la problématique de la place du désir dans l'équipe. Comment peut-il se trouver mis en jeu dans les équipes interdisciplinaires ?

On peut penser que pour chacun des professionnels ainsi rassemblés, être éducateur, infirmier, orthophoniste résulte d'un choix soutenu au cours d'une formation longue, conduisant à une qualification spécifique. On peut dire de ce choix qu'il a nécessité un investissement important, investissement qui n'a pu trouver ses racines que dans la convergence, à un moment donné, d'une nécessité de résolution de conflit autant de nature infantile qu'en lien avec les contingences du moment. Chacun d'entre nous sait combien la question du choix du métier se pose finalement très précocement et qu'on ne fait pas le métier totalement par hasard. « Tu seras infirmière comme ... » ou « Tu ne seras pas ... », etc.

D'autre part, faire un choix c'est en exclure, de fait, un autre à un moment donné ; ce non choix va correspondre à la part non réalisée de ce choix, et donc non sublimée. Aussi peut-on penser que le travail en interdisciplinarité qui, de fait, met en contact des identifications sublimatoires complémentaires, va produire une réactivation importante des conflits infantiles liés au choix du métier. Le métier de l'autre va pouvoir représenter un de ceux auxquels j'ai dû initialement renoncer. Nous sommes là dans une double dimension, à la fois *intra* mais aussi *interpersonnelle*, dans la mesure où c'est l'équipe, le groupe, qui va devenir espace de projection de la dimension conflictuelle individuelle.

Ceci permet de comprendre comment une certaine violence institutionnelle peut traverser une équipe lorsque l'on y aborde les questions de répartition des tâches et des rôles de chacun. Toute tentative d'organisation du travail vient en quelque sorte contrarier la résolution de ces conflits à la fois actuels et infantiles, en substituant à la satisfaction du désir-défense contre le désir personnel, le désir de l'autre. Cette dynamique conflictuelle se trouve souvent majorée par la charge d'angoisse liée à la charge psychique propre au travail.

Essayons de considérer maintenant ce qui va permettre à ces équipes un fonctionnement néanmoins cohérent, une gestion relativement harmonieuse de cette dimension conflictuelle. G. LANTERI-LAURA, dans un très court article pour un Colloque Interdisciplinaire sur l'adolescence, propose de réfléchir sur les

postulats implicites de toute interdisciplinarité ; il indique que «... pour que nous puissions parler d'interdisciplinarité, il doit devenir possible d'établir que ces diverses disciplines concernent le même objet ». Qu'en est-il dans les équipes de pédopsychiatrie ?

## **Le projet.**

Cet objet commun nous permet de revenir sur la notion de projet évoqué par F. VARY. Les différents professionnels en pédopsychiatrie sont concernés par les enfants en difficulté. La finalité de leurs pratiques devra permettre que chacun d'eux puisse retrouver ou accéder à un niveau optimal de santé mentale. Sur la base de cette orientation première, un projet d'ensemble va pouvoir être élaboré, projet qu'on qualifie généralement de « projet institutionnel » et, plus récemment, de « projet de service ». Ce projet, véritablement constitutif d'une politique générale de soin, va être soutenu, étayé par un ou des choix conceptuels, ce qui suppose un consensus de l'équipe autour d'une certaine conception de la maladie et de la santé mentale, mais également de l'enfant en général. Ce premier niveau va donner une direction, un sens et un premier cadre au travail soignant.

On peut d'abord prendre en considération les symptômes que l'enfant développe et qui seraient à traiter en premier lieu parce qu'ils viennent entraver un développement normal. Nous préférons considérer que l'enfant est un sujet qui a une histoire singulière au sein de celle de sa famille, qu'il a une vie psychique, certes chaotique, mais qu'il a donc des pensées et des compétences qui lui sont propres. Ce cadre de travail permet de déterminer un objet de travail qui va être commun : favoriser le travail singulier de penser. Il s'agit, comme l'a écrit René ROUSSILLON « d'optimiser les possibilités de symbolisation » de chacun des enfants. Ce n'est qu'à partir de cet objet commun de travail, que vont pouvoir être mises en articulation, en inter-position, les différentes pratiques propres à chacun des professionnels, qu'ils vont pouvoir trouver leur place avec leur spécificité à l'intérieur des différents dispositifs. C'est là un premier point.

Nous allons en évoquer un autre qui, sans être directement lié à ce qui nous intéresse, ne lui est pas pour autant étranger, dans la mesure où il va même en conditionner quelque peu la portée.

Si l'on considère que l'enfant est un sujet à part entière, il nous faut aussi l'envisager en tant que sujet social, à même d'occuper une certaine place dans ce champ social. Autour de l'enfant vont s'interposer différents intervenants qui vont devoir travailler en partenariat. Outre l'équipe soignante, on trouvera le

pédiatre, les enseignants, la gardienne, l'assistante sociale de secteur, ... et surtout sa famille. Cet ensemble va constituer ce que nous pourrions appeler un « partenariat externe », c'est-à-dire une synergie autour d'un projet relativement précis au cœur duquel se trouve l'enfant. On ne peut pas soigner un enfant tout seul, parce qu'il est de fait un être dépendant et parce qu'on ne peut pas ne pas avoir en tête la dimension familiale et la dimension scolaire, etc. Avoir en tête ne signifie pas tout prendre en charge ; c'est plutôt, à l'inverse, reconnaître les limites de son propre champ de compétence pour laisser la place aux compétences de l'autre dans le champ qui est le sien. Si cela paraît relativement facile avec l'école, il n'en va pas toujours de même avec la famille par exemple. Il arrive souvent que ce partenariat mette du temps à prendre forme, et c'est sans doute pour cette raison que Didier HOUZEL parle d'une construction progressive de « l'alliance thérapeutique avec l'enfant et sa famille » sans laquelle tout travail risque d'être d'une efficacité relative. Pour que l'enfant fasse confiance à l'adulte qui va s'occuper de lui, il faut que cet adulte ait aussi la confiance de ses parents.

### **Mettre à l'épreuve la séparation.**

Pour se construire, l'enfant va avoir besoin d'expérimenter ces différents espaces qui lui sont proposés, de faire l'expérience de ces différentes modalités relationnelles. Il va donc lui falloir passer d'un espace à un autre, les articuler les uns avec les autres et donc mettre constamment à l'épreuve ce qui, pour lui, fait souvent le plus de difficulté : la séparation (quitter quelque chose ou quelqu'un pour passer à quelque chose ou à quelqu'un d'autre). Par la répétition de ces expériences, qui sont des reprises de l'expérience première de la séparation d'avec la mère, il pourra accéder au « je » et à la position de sujet.

On peut penser, par extension, que le fonctionnement interne de l'équipe soignante va lui permettre la mise en jeu des mêmes processus. Les modalités de soins sont proposées de manière partielle, séquentielle, « lacunaire » comme les qualifie HOCHMANN, pour favoriser ses expériences de passage, expériences souvent impensables pour les enfants et pour signifier leur place dans plusieurs champs possibles.

Et ceci nous ramène à l'interdisciplinarité soignante qui ne peut pas être elle-même un tout ; c'est-à-dire que son propre fonctionnement va être de type « partenarial », interne celui-là, et dont l'élément dynamique sera la synergie mise en œuvre par les différentes composantes qui prennent part aux soins dans une logique intra-institutionnelle. Les enjeux interdisciplinaires ne vont pas

tant se jouer sur la scène des projets institutionnels, mais plutôt dans l'élaboration et la mise en place des soins adaptés aux besoins de chaque enfant, dans l'organisation du travail qui va, à la fois, en résulter et l'englober.

C'est souvent là un point de conflictualité qui apparaît quand, après avoir décidé des dispositifs les plus adaptés, il s'agit de se déterminer pour en assurer au mieux l'efficacité. Deux possibilités se présentent le plus souvent :

1/ soit je m'engage parce que je pense avoir suffisamment de connaissances et de compétences pour mener ce travail à bien et je fais part de cet engagement au reste de l'équipe ;

2/ soit je ne m'engage pas, mais je vais adhérer au projet en soutenant l'engagement de quelqu'un d'autre au regard de la confiance que je lui accorde, compte tenu des capacités et des compétences que je lui reconnais.

Il s'agit donc que chacun des membres de l'équipe soit en capacité de se décentrer de sa problématique personnelle pour maintenir au premier plan ce qui constitue l'objet de travail commun : la mise en place des soins les mieux adaptés aux enfants. Ce qui va se trouver mis en jeu, ce ne sont donc plus des problématiques personnelles, s'exprimant le plus souvent sur fond de pouvoir, d'envie, d'amour ou de haine, mais de véritables rapports professionnels qui vont s'établir sur fond de connaissances, de compétences, de capacités d'investissement et de responsabilité. Pour fonctionner en équipe interdisciplinaire, il s'agit donc d'ajuster en permanence ses propres limites, la limite de ses compétences à celle des autres ; ce n'est pas chose aisée ! Cette nécessité d'un travail et d'une élaboration personnelle sur ces dimensions du rapport à l'autre et à soi-même peut être rapprochée, d'un point de vue théorique, de la problématique de la castration en ce qu'elle renvoie chacun à l'illusion de sa toute-puissance.

Ceci est d'autant plus important lorsqu'on travaille avec des enfants psychotiques, car c'est ce fonctionnement d'équipe, basé sur l'acceptation du manque, la reconnaissance de ses propres limites et l'existence de l'autre, qui permettra que l'enfant psychotique puisse se mettre lui aussi en travail pour pouvoir la tolérer ; cette question fait toujours problème parce qu'elle est constitutive de l'histoire de tous les sujets : celle du manque et de la castration. Tout comme chacun des professionnels doit pouvoir y jouer, sans trop de risque, son manque et donc reconnaître la place, la valeur et l'identité de l'autre, l'enfant, en prenant appui sur le fonctionnement, pourra d'autant y développer ses propres expériences de passage. On rejoint là l'idée développée depuis de

nombreuses années par J. HOCHMANN concernant la nécessité de dispenser des soins de manière partielle, lacunaire et, ce, à l'intérieur même des temps de prise en charge institutionnelle.

Ce fonctionnement d'équipe peut paraître bien idéal, car chacun sait combien il est difficile, voire impossible, de se situer exclusivement sur le versant professionnel. Il s'agirait là d'une vision « aseptisée » de son fonctionnement. L'éducateur « X », l'infirmière « Y », dans le cadre de travail, restent homme et femme. Laisser à la porte d'entrée ses affects, son émotivité, son agressivité, c'est-à-dire tout ce qui concourt à la qualité et à la singularité humaine, est une tâche impossible. Alors comment faire ?

### **Permettre à l'énergie psychique d'être mise au service de l'activité soignante.**

Nous pensons que c'est dans les écarts, c'est-à-dire ces espaces d'écartement disponibles entre les différents dispositifs de soin, que l'énergie psychique dont chacun est porteur pourra trouver une place et ainsi être prise en compte. On a, pendant des années, pensé nécessaire que chaque soignant aille élaborer, dans un autre lieu, personnel et nettement séparé, les effets de ses propres mouvements défensifs ou pulsionnels projetés à l'intérieur de la relation thérapeutique. Il nous faut relativiser cette position en ce qu'elle introduit un niveau d'exigence tel qu'il finirait par s'avérer en contradiction avec cette question de la différence dont nous parlons depuis le début : au nom de quoi, en effet, exiger de chacun qu'il fasse une démarche d'analyse pour pouvoir être soignant ? Cette démarche ne peut être qu'un choix personnel.

En revanche, il paraît essentiel d'utiliser ces moments disponibles, ces temps d'écart, « d'après-coup », de « reprise » pour y poser non pas seulement des paroles et réflexions en lien avec la question du soin, mais également celles qui sont porteuses de vécus douloureux, bruts, inélaborables sur le moment, ressentis par le soignant à l'intérieur de lui-même, dans ses rapports avec l'(es) enfant(s), mais aussi et surtout dans ce qui s'est joué avec le(s) soignant(s). Cette dimension contre-transférentielle et inter-transférentielle doit pouvoir être intégrée et travaillée en lien avec les buts et objectifs du travail, sans quoi cela n'aurait pas de sens.

Ainsi, une certaine organisation doit prendre en compte les capacités, les qualités, le niveau de maturité de l'ensemble des membres de l'équipe. Certains le feront d'eux-mêmes sans difficulté parce que cette modalité est intégrée à leur fonctionnement ; d'autres auront besoin d'une organisation plus précise et de la présence d'un tiers, d'un régulateur, d'un « super(e)-viseur » pour



aider à rendre déposable, à contenir et élaborer cette partie de leur activité psychique. C'est le plus souvent de cette manière que peut être mise à profit cette énergie psychique singulière qui appartient à chacun des soignants, énergie qui soutient de cette façon son engagement personnel. Alors, le soignant n'est plus seulement un référent professionnel, le garant d'un point de vue technique, mais un garant humain qui peut accepter une mise en jeu métaphorique de tous les niveaux qui font sa richesse. Une des tâches du cadre infirmier est de veiller à sa mise en œuvre.

Expérimentée par chacun des soignants au plus près de leur propres secteurs d'activité, ce travail de métaphorisation dont parle J. HOCHMANN, pourra être transposable à ces autres espaces que sont les réunions : réunions « d'intervision » plutôt que de synthèse à propos d'un enfant, réunions institutionnelles, réunions cliniques, etc., lesquelles vont participer à ce que Philippe CHAVAROCHE a décrit comme constitutif « d'une enveloppe, d'une peau » qui va donner forme et donc vie à cette équipe. Je ne m'étendrai pas ici et renvoie à la lecture de l'article de P. CHAVAROCHE sur les réunions cliniques, mais j'irai peut-être plus loin encore qu'il ne l'a fait quant à la place qu'elles occupent dans la vie de l'équipe.

On a tous déjà entendu combien les réunions pouvaient susciter de réactions contradictoires, paradoxales : d'une part, on n'a jamais le temps d'y aborder tous les sujets importants dont il faut parler et il faudrait plus de temps, et d'autre part, ces réunions ne servent à rien parce que « ça n'avance pas, ça ne se passe jamais comme il faudrait... », et certains processus d'évitement s'y trouvent régulièrement en bonne place. Ces attitudes paradoxales sont à mon sens significatives de l'importance de leur place, place comparable à celle d'une « charpente », d'une « véritable colonne vertébrale », qui permettrait à la diversité des membres de l'équipe de tenir ensemble, de tenir debout, et d'avoir la tête haute... pour pouvoir penser. On voit toute l'importance qu'il y a à organiser ces réunions, en prévoir la structuration, et c'est là une tâche importante inhérente à la fonction d'encadrement : prévoir un ordre du jour, assurer une gestion attentive et vivante de son contenu, sont autant d'éléments qui vont venir symboliquement favoriser les « articulations » afin de faciliter la création et le maintien de liens, et donc de vie, entre les différents acteurs de l'équipe. C'est, là aussi, lutter contre les effets pervers de la psychose et, notamment, les processus de déliaison.

J'ai parlé tout à l'heure, en citant P. Chavaroche, de « cette peau qui va donner forme à l'équipe », à cet assemblage hétéroclite de sujets. Je voudrais terminer cet exposé par quelques réflexions concernant ce « corps-groupe soignant interdisciplinaire » et les

modalités qui lui permettent d'être perçu par l'enfant comme un « groupe-corps vivant ». Ce qui permet à l'enfant de grandir c'est la multiplicité des expériences relationnelles qu'il va rencontrer dans sa famille et dans son environnement social : ce sont des expériences que tout enfant est amené à vivre avec plus ou moins de bonheur. Organiser des soins pour des enfants psychotiques ou autistes dans un hôpital de jour, c'est leur proposer de rencontrer un contenant humain qui va ressembler à une néo-famille tout en n'en étant pas une. À travers les différentes situations qu'ils rencontrent, les enfants vont pouvoir jouer ou rejouer ce qui n'a pu être jouable ou s'est mal passé à un moment de leur histoire. L'alternance de situations relationnelles, faites d'espaces thérapeutiques qu'ils n'ont pas choisis, ni décidés, et de moments diffus où ils pourront rencontrer à leur façon des adultes disponibles pour eux, leur permettra de se construire une pensée. Ils pourront ainsi se représenter l'autre absent en acceptant de le remplacer, de remplacer la réalité de sa corporéité par un jeu, une représentation, un symbole.

L'équipe va donc proposer un mode de présence particulier dans lequel chacun sera présent-absent dans une certaine continuité, ce qui va produire un fonctionnement à la fois souple et rigoureux, « dur et mou ». L'enfant est ainsi tiré vers la dimension symbolique. C'est cette manière qu'a l'équipe d'être là, palpable, appréhendable, inscrite dans la permanence tout en n'étant jamais complète, c'est-à-dire toute pour l'enfant, qui fait que l'on peut dire qu'elle fait corps.

### **Le « médium malléable ».**

Pour illustrer cette idée je vais recourir au concept développé par Marion MILNER, psychanalyste anglaise des années 50, celui de « médium malléable ».

Cette notion est issue de son intérêt et de son travail avec la peinture, objet déformable, modifiable, mélangeable, avec lequel tout sujet peut extérioriser, mettre en forme selon son goût, ce qu'il ressent à l'intérieur de lui-même. Ce sont ces qualités à la fois plastique et esthétique qui font qu'elle est couramment utilisée dans le travail thérapeutique avec les enfants, tout comme d'autres substances modelables que sont l'eau, l'air, la pâte à modeler, qui peuvent aussi prendre des formes indéfinies sans pour autant être détruites.

Dans un article de 1977, intitulé « Rôle de l'illusion dans la formation du symbole » (RFP, n°5-6, 1979), M. MILNER développe cette idée de « médium malléable » à propos d'un cas clinique dans lequel elle montre comment un enfant lui faisait vivre le sentiment qu'elle

était un détritius (projection de son propre sentiment d'être lui-même un détritius) et comment elle a pu, petit à petit, accepter de se laisser considérer comme un objet, « un médium malléable » soumis à l'omnipotence de l'enfant. C'est de cette manière qu'il a pu expérimenter « ...qu'il était sans danger de traiter l'environnement comme une partie de lui-même et avait permis qu'il s'en serve comme un pont entre l'intérieur et l'extérieur ».

Ce concept fait appel à deux notions qu'il nous faut considérer séparément, celle de médium et celle de malléabilité. Dans l'acception courante, un médium est une personne pouvant servir d'intermédiaire entre les hommes et les esprits ; la malléabilité est une qualité qui a trait aux objets que l'on peut déformer sans en altérer la substance.

Cette idée est reprise en France par René ROUSSILLON (*Du baquet de MESMER au baquet de FREUD*, chap.7) qui a dégagé cinq propriétés à la fois interdépendantes mais également essentielles pour que ce médium prenne toute sa valeur. Ce sont les suivantes :

1- **L'indestructibilité.** L'objet doit pouvoir être atteint et attaqué, donc détruit dans le sens où il peut changer de forme, mais il doit continuer à survivre. Cette nature particulière qu'est la malléabilité comme forme de l'indéfinie transformation pourra être découverte et deviendra utilisable pour constituer la fonction représentative.

2- **L'extrême sensibilité.** Si la destructibilité doit pouvoir s'exercer à son égard mais sans pour autant qu'il soit détruit, c'est-à-dire altéré dans sa nature fondamentale, il devra témoigner en même temps d'une extrême sensibilité à toute variation.

3- **L'indéfinie transformation.** Cette qualité découle des deux autres ; il doit être indéfiniment transformable tout en restant lui-même.

4- **L'inconditionnelle disponibilité.** C'est un élément nécessaire pour que les trois précédents soient possibles.

5- **L'animation propre.** Bien qu'en lui-même le « médium malléable » soit habituellement une substance inanimée, il est nécessaire que le patient puisse le considérer comme une substance vivante, animée.

Dans le travail du soin, les différents dispositifs et leur cadre ne peuvent être considérés à eux seuls par les enfants comme des objets en soi : l'organisation du temps, l'espace, les règles ne sont pas de la matière à proprement parler. On peut donc penser que se sont les soignants eux-mêmes, le « groupe-corps soignant » en tant qu'objet réel, leur corporéité en tant que substance, qui vont

remplir cette fonction de médium. C'est l'existence de ce « corps soignant », dans la variabilité et l'immutabilité de sa présence, la souplesse de son fonctionnement tant physique que psychique, sa capacité à supporter les attaques projections sans se sentir détruit, qui va jouer le premier rôle de représentant-objet dans la relation thérapeutique.

Il n'est qu'à voir comment les enfants autistes prennent ou repoussent le corps de l'autre, autre soignant le plus souvent non différencié, mais cependant « substance-support » incontournable pour une première relation.

Enfin, puisqu'il est question d'équipe et d'interdisciplinarité, toute l'équipe devrait pouvoir témoigner de toutes les qualités d'un « médium malléable », qualités de présence et surtout de présence psychique sans lesquelles on ne peut parler de soins de qualité.♦

## **Bibliographie.**

ANZIEU Didier, *Le travail psychanalytique dans les groupes*, Dunod.

CHAVAROCHE Philippe, « Équipes (soignantes) et réunions (cliniques) », *Psychanalyse et société Actes n°4 L'institution*, Revue de l'association Le Public Freudien, Bordeaux.

FREUD Sigmund, *Totem et Tabou*, PBP, 1980.

FUSTIER Paul, « Institution soignante et double prise en charge », *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°13.

HOCHMANN Jacques, *Pour soigner l'enfant psychotique*, éditions Privat, 1981.

LANTERI-LAURA Georges, « Réflexion sur la notion d'interdisciplinarité », *Synapse n°131*, décembre 1996.

MILNER Marion, « Rôle de l'illusion dans la formation du symbole », *Revue Française de Psychanalyse*, n°5-6, 1979.

ROUSSILLON René, *Du baquet de Mesmer au baquet de Freud*, Payot.

VARY François, « L'équipe existe, je l'ai rencontrée », *VST n°42/43*, 1995.

<<<<<>>>>>>