

CAMSP – CMPP

33 rue Roger Chauviré 49100 ANGERS

l'activité clinique :

Ce sont ces souffrances qui, dans un premier temps, conduisent les parents à faire appel à nous et que nous recueillons, qu'elles s'expriment par un symptôme physique ou psychique, par de l'angoisse, une dépression, une inhibition, un repli, des troubles du développement cognitif ou des troubles du comportement. Nous accueillons l'enfant et ses parents, tout commence par la rencontre. Comment ensuite analyser de quoi sont faites les souffrances, en soulager les effets, mais aussi et d'une façon plus synthétique, comment, au-delà de leurs multiples modes expressifs, les situer et en apprécier la place dans la construction de l'enfant en tant que sujet ? Non pas uniquement en les situant dans son développement corporel, dans ses dimensions génétique, biologique, physique, non pas uniquement non plus dans son développement cognitif et intellectuel (la prise en compte de ces deux grands aspects justifie déjà en soi un travail en équipe pluridisciplinaire et en partenariat), mais aussi dans son développement global avec attention portée au petit d'homme en devenir de sujet. Que viennent marquer ces symptômes ? De quoi sont-ils l'insigne ? Comment prendre soin de cet enfant en souffrance ?

Dans tous les cas, au centre de notre projet de soin, se situe donc *la constitution subjective de l'enfant*. Elle ne peut se concevoir qu'en terme de « liens », lien biologique, mais bien au-delà, lien d'« affection », de représentation et de parole qui va faire de ce petit un petit d'homme. Par exemple, c'est bien parce qu'il est dans ce lien, qu'un enfant de 5 ans peut poser à sa mère la question de son être (« *je ne sais pas qui je suis* ») et en arriver dans le dialogue avec elle, qui porte aussi bien sur cette question que sur celle de la procréation, à cette autre question « *mais comment je suis arrivé dans mon corps ?* ». Question de l'être, question du sujet, question du corps, toutes trois entremêlées et nouées dans les échanges de parole avec sa mère.

La parole elle-même est fondée sur le langage et c'est de l'Autre que l'enfant reçoit parole et langage. Aucun sujet ne se constitue seul, il le fait dans le lien à l'autre. Cet «Autre» indispensable doit être à ses côtés, lui être un appui, le porter ; Nebenmensch ; c'est avec lui que l'enfant rentre dans le mouvement des premiers échanges sur lesquels va s'édifier toute sa construction. Ces échanges s'étayaient sur les fonctions vitales, mais d'emblée aussi se constituent comme expériences de plaisir-déplaisir, privilégiant certaines zones corporelles, premier temps du mouvement de la sexualité infantile. Cet Autre parental primordial situe aussi d'emblée cet enfant dans toute une généalogie, arbre qui lui est propre, qu'il porte en lui et qui le porte. Les échanges avec lui vont se complexifier, se ramifier, s'enrichir de façon toujours singulière, au fur et à mesure que cet Autre s'étaye lui-même. Freud, prenant en compte ce mouvement, fait appel, pour le dire, au mythe, celui d'Œdipe, auquel il fait tenir une place centrale de distinction et d'articulation d'instances différentes. Enfin, cet Autre qui grandit avec l'enfant situe également cet enfant dans une culture qui porte la société, qui elle-même prend en compte et arrime le montage de la parentalité et de la référence.

Comment participer à ces multiples greffes et à leurs effets pour qu'elles soient constructives ? Comment situer cette question de la constitution subjective de l'enfant « en liens » aux différents niveaux référentiels où elle se situe dans chaque cas singulier ? C'est de ce repérage que nous pourrions tenter de nous situer au mieux pour permettre la reprise du mouvement constructif de l'enfant en lien aux autres référentiels.

Ces éléments médicaux et psychodynamiques sont autant de grands principes qui vont donner la mesure de nos dispositifs de fonctionnement, toujours à remettre sur le métier. C'est de leur prise en compte que s'éclairent nos choix et les dispositifs que nous nous donnons pour prendre soin de l'enfant.

Ce métier est difficile ; il exige disponibilité, souplesse, inventivité. L'enfant nous y pousse, mais nous ne sommes jamais assurés d'être à la hauteur de son attente. Les temps de rencontres et d'échanges que nous avons au niveau de l'équipe sont autant de temps où ces exigences sont soutenues et interrogées par chacun ; ils sont indispensables. S'ajoute à cela le travail en partenariat avec les équipes médicales, socio-éducatives, enseignantes qui sont autant de moyens de parfaire nos modes d'intervention au service de l'enfant.

Reste bien des difficultés, ce qui nous donne le plus souvent l'impression d'être dans un tourbillon de travail. Le plus difficile est la confrontation à nos limites et d'abord limites personnelles à reconnaître, puis à traverser, lourde exigence à laquelle l'enfant nous convie, mais limites aussi de nos possibilités d'intervention en nombre et en temps pour accueillir la très forte demande de soin qui continue à insister d'une année sur l'autre. Nos inventions : Mise en place d'une commission d'admission et d'orientation n'atténuent que peu la pression douloureuse ressentie par chaque professionnel, **travail en amont de la demande avec développement d'un secteur d'extension de l'activité clinique dont :**

- La constitution d'un réseau de professionnels de santé autour de l'enfant.
- Le soutien technique aux équipes intervenant auprès des enfants.
- Les dispositifs propres à l'adolescent.

Face à cela, nous avons maintenu l'orientation de prise en charge des situations particulièrement difficiles par la gravité des troubles de l'enfant et/ou des plus démunies dans leur étayage familial et social. Mais, avec, entre 40 et 50% des situations de cet ordre, nous atteignons maintenant une limite qui ne nous paraît pas pouvoir être dépassée pour garder une disponibilité minimale pour les situations nouvelles.