

Identité multimodale des intervenants, suivi à long terme de troubles du langage et hyperactivité: de la thérapie au réseau

Raymond TRAUBE

Médecin spécialiste FMH, Neuchâtel (Suisse), r.traube@bluewin.ch

Marie-Noëlle BEARD* & Francine ROSENBAUM**

Orthophonistes, Neuchâtel (Suisse)

* Marie-Noelle.Beard@ne.ch

** f.rosenbaum@bluewin.ch

We present a mode of intervention who associates at the speech and medical care of children a regular network with the school, the therapists and the family. The initial evaluation of child and family is newly summarized. A specific medication is given. The symbolic content which emerges in a speech therapy can be interpreted. We present a model of the network care. The identity of the children therapist, namely the speech therapist and the child psychiatrist, is focused in the developmental immaturity, the symbolic inner world richness, and the behavioural disturbances for the adults. The therapists develops then a guidance and coach identity. The number of interventors in a network need a special warning for the possible respective counter-attitudes.

1. Introduction

Nous avons développé les interventions conjointes entre pédopsychiatres et orthophonistes au Centre d'Orthophonie de Neuchâtel (Traube, Duscher & Berthoud, 1995) il y a une vingtaine d'années. Nous avons présenté une synthèse de cette expérience (Traube, 1998). Certaines illustrations de notre pratique ont été publiées dans des ouvrages (Traube & Muller, 1997). Nous avons présenté diverses facettes de nos approches dans des précédents Colloques d'Orthophonie et dans d'autres conférences avec des orthophonistes neuchâtelaises. Nous avons été souvent associés dans des suivis, en qualité de thérapeutes du langage et de la communication, de référent familial, de réseau, thérapeutique de groupe et pharmacothérapeutique.

En cette occasion, nous présentons un modèle d'intervention conjointe, où le pédopsychiatre en charge sollicite la collaboration d'une orthophoniste, dans une thérapie à composante symbolique. Le collectif d'enfants entrant dans

cette modalité, dont nous illustrons ici deux suivis, présente des problématiques multiples, souvent aussi psycho-sociales, justifiant d'une approche de psychosociale en réseau. Ce sont ces deux leviers thérapeutiques, réseau et thérapie symbolique, qui viennent s'ajouter à la pratique, la formation et l'identité de l'orthophoniste (Traube, Villat, & Kosonen, 2002).

Nous problématisons d'abord le modèle de thérapie et réseau et introduisons les sujets sur qui les interventions se focalisent. Deux longues vignettes permettent de s'imprégner de la pratique. Un tableau rend compte graphiquement du processus selon les diverses interventions de chaque suivi. Ceux-ci font l'objet d'une synthèse des diverses facettes des interventions, et d'une analyse des traitements orthophoniques. La discussion reprend les principaux domaines d'intervention pluri-professionnels, le dispositif de soins: consultation, orthophonie, autres thérapies, médication et, de manière plus détaillée, le réseau. Nous en proposons une modélisation simplifiée, assortie d'un schéma. Nous concluons par les objectifs thérapeutiques atteints.

2. Un modèle de prise en charge plurimodale

Nous allons présenter maintenant un modèle de prise en charge plurimodale qui conjugue la thérapie développementale, familiale, biologique et de réseau.

Le dispositif initial est la consultation thérapeutique de l'enfant avec sa famille. Elle comprend une dimension interactive entre l'enfant, le thérapeute et la famille, une dimension symbolique au travers des jeux de l'enfant dans l'espace thérapeutique et une dimension de guidance éducative de la parentalité.

Les traitements spécifiques sont ensuite indiqués selon besoin. Pour les enfants présentant un trouble du langage et une hyperactivité, il s'agit d'abord d'un suivi orthophonique et d'une médication. La relation thérapeutique individuelle avec l'orthophoniste permet à l'enfant une reprise développementale, tant langagière que relationnelle et symbolique. Le médicament prévient le risque d'exclusion scolaire et modifie l'image des relations de l'enfant vis-à-vis de ses camarades, des enseignants et de sa famille. Dans un troisième temps, l'enfant peut profiter d'un espace complémentaire de développement de ses compétences relationnelles dans une thérapie de groupe. Parallèlement, les divers intervenants ajustent leurs projets de concert par des réunions en réseau, dans un monitoring régulier.

Ainsi, l'identité de l'orthophoniste et du pédopsychiatre conjugue d'une part les thérapies individuelles, familiales et biologiques, d'autre part l'intervention en réseau socio-scolaire.

Ce modèle est illustré dans cet article, par deux suivis pluridisciplinaires à long terme d'enfants présentant un trouble du langage et une hyperactivité. Ces

suivis s'apparentent par leur durée à des guidances et concernent entre autres des familles en situation précaire sur le plan psychosocial. Un compte-rendu de ces accompagnements familiaux a comme intérêt méthodologique de bien dégager l'évolution des diverses interventions conjointes selon le développement de l'enfant.

Une catamnèse pédopsychiatrique portant sur la file active des deux dernières années montre que 40% de 165 enfants sont ou ont été en traitement orthophonique; pour 26 enfants, soit 20% environ, il y a eu une articulation avec l'orthophoniste; 7 ont été signalés par une orthophoniste, 4 ont été signalés à l'orthophoniste; pour 16 enfants (2/3), il s'est agi de coordinations (téléphoniques et écrites), pour 10 (1/3) de réseaux; ceux-ci se répartissent en réseaux avec l'école (5) ou entre thérapeutes et famille seuls (5), à court (3), moyen (3) ou long terme (4). Les suivis familiaux se répartissent également en courts (9), moyens (9) et longs (8) termes; sur ces 26 enfants en traitement orthophonique, 14 suivent une psychothérapie psychodramatique de groupe et pour 6 d'entre eux est associé un traitement médicamenteux pour troubles du comportement avec hyperactivité. Les diagnostics structurels distinguent des troubles du développement ou dysharmonies évolutives (7), des troubles affectifs ou états-limites (10), des troubles situationnels (3) et des dysphasies ou dyslexies-dysorthographies handicapantes (8); 8 familles (1/3) présentent des difficultés multiples ou des conflits parentaux; 5 (20%) sont d'origine sud-européenne.

Une vision globale articule différentes perspectives. Le biologique et le psychologique auxquels s'adresse respectivement le pédopsychiatre et l'orthophoniste coexistent. C'est l'accent qu'ils mettent à tel moment de leur intervention qui est variable.

Dans cette approche, l'enfant est un interlocuteur actif dans sa définition de sa problématique. Il est un acteur central dans la relation thérapeutique et son élaboration. Les consultations thérapeutiques familiales permettent d'entendre la voix de l'enfant. Il est valorisé dans son statut de personne. Le thérapeute représente, dans l'expérience que l'enfant fait de l'espace thérapeutique, à la fois un partenaire qui peut se mettre à son niveau dans les jeux symboliques.

Le pédopsychiatre est aussi un adulte qui soutient les règles familiales. La différence générationnelle implique une asymétrie du statut de l'enfant et de l'adulte responsable de l'enfant. L'attitude oppositionnelle de l'enfant souffrant de difficultés de langage et déficit d'attention avec hyperactivité amène naturellement la discussion sur l'exercice de la parentalité. Le suivi familial consiste en une guidance empathique.

Le contexte scolaire et la nature comportementale de la problématique justifient une concertation régulièrement ajustée entre les intervenants scolaires et thérapeutiques et l'enfant et sa famille. Les comportements perturbants de l'enfant à l'école et en famille peuvent justifier d'un appui

éducatif spécialisé à domicile, qui peut être couplé si nécessaire avec un encadrement institutionnel momentané en cas de saturation des milieux de vie ou dans une phase de réintégration de l'enfant dans son milieu naturel après un placement.

3. Illustrations cliniques

Lionel a été vu pour la première fois il y a 10 ans, à 6 ans 3 mois, lors d'un entretien familial pour sa sœur aînée d'un an. Lionel avait une attitude un peu désinhibée et défiait ses parents; il présentait aussi un retard de parole. Dans les jeux symboliques avec sa sœur, il aimait à prendre le rôle d'un lion qui mangeait le pédopsychiatre.

Il est lui-même signalé un an plus tard par l'école, parce qu'il fait des bêtises, qu'il est brusque, qu'il est encore très enfantin, qu'il parle plus vite qu'il ne pense. A l'examen psychologique et orthophonique, on relève que l'organisation de ses histoires est assez décousue; son retard de langage est confirmé.

La thérapie orthophonique est entreprise. Elle se poursuivra pendant 9 ans, supervisée tous les deux mois par le pédopsychiatre pour les contenus symboliques et les interrelations avec la famille.

Au vu des limites de tolérance de l'école qui souhaite un placement, un réseau est établi après 2 ans. Il se réunira tous les 2 mois. La thérapie familiale pour sa sœur continue pendant les quatre premières années de suivi, l'impliquant notamment dans une série de séances de fratrie.

L'évolution de Lionel durant les quatre années suivantes peut être expliquée par les effets positifs de l'intervention et les effets perturbants du milieu.

Avec l'engagement de la thérapie orthophonique, une amélioration générale est constatée. Puis survient une rechute dans tous les domaines, même en orthophonie, correspondant à un déménagement de la famille. Lionel redouble sa première année, la Commission scolaire réenvisage un placement. Cela coïncide avec des jeux sexuels initiés par sa sœur aînée qui se révèle avoir été abusée par son parrain. L'année suivante, Lionel est signalé à la Police pour des graffitis dans le village qu'il a faits avec un camarade et pour avoir mis le feu à une poubelle. Cela coïncide avec une séparation de plusieurs mois entre la sœur et la famille. Un an plus tard, à l'occasion d'un nouveau déménagement, Lionel est à nouveau signalé à la Police pour avoir sprayé des immeubles, coupé des cordes dans un parc d'enfants et amené un couteau en classe. L'assistante sociale de la sœur entre officieusement dans le réseau et constate que l'enfant mange souvent seul à midi, qu'il se promène seul en ville avec sa sœur, qu'il est tapé par le père, qu'il a été hospitalisé pour brûlure domestique. Une amélioration suit l'introduction de la

Ritaline. L'année suivante, il est à nouveau signalé par l'inspecteur scolaire tapant, ouvrant son appartement à des copains qui volent la famille.

Il est considéré comme une terreur dans la salle d'attente du centre d'orthophonie, il tape son orthophoniste, blesse la secrétaire, casse la porte d'entrée du centre, abîme un radiateur, casse le doigt d'un camarade. Il accumule par ailleurs du retard dans ses apprentissages et passe dans une classe à effectif réduit.

Une amélioration se dessine à la faveur de la mise en place d'une prise en charge éducative intensive à domicile (PCI), instaurée comme condition au passage en secondaire, après un nouveau bilan psychologique. Les problèmes d'autorité se développent avec la puberté et cette fois c'est le père qui le menace de placement. La phase peut être régulée par un ajustement de la médication. Avec l'entrée en secondaire, un effet Pygmalion réciproque s'établit avec le nouvel enseignant. Un programme plus instrumental est établi en orthophonie avec l'ordinateur.

L'adolescent entre en pré-apprentissage de cuisinier. La prise en charge ne consiste plus aujourd'hui qu'en envoi d'ordonnances par la poste, dans la famille recomposée par le père.

Le contenu symbolique de la thérapie en orthophonie est significatif. Julien exprime la régulation progressive de ses pulsions agressives, s'identifiant au bon mais étant alors tué, ou s'identifiant au mauvais et tuant. Nous sélectionnons des histoires de la première année: une vipère qui tue l'enfant, un indien qui veut vivre seul loin des camarades et de la famille, un vilain petit canard pris dans les glaces, un fantôme dangereux qui est renvoyé au ciel; un berger allemand réveillé par la famille quand le voleur rôde, qui est emprisonné, s'évade grâce à son frère, attaque les policiers, les tue et se suicide; des incendies de garage, de boulangerie, d'une poste et d'une moto; puis le mandat postal que reçoit l'orthophoniste, qui s'enrichit et peut déménager en ville, mais se fait voler sa voiture. L'année suivante, un pendule vole de l'argent ce qui aboutit au divorce des parents, un œuf de dinosaure est tué par l'armée, et ressuscite en écrasant un tank puis est brûlé. L'année suivante, les secours arrivent après qu'un beau camion ait explosé, un policier dénonce son collègue qui a volé la grand-mère, un malchanceux qui prend un médicament est calme et vide comme si on lui prenait son âme.

La prise en charge aura consisté en 240 séances d'orthophonie avec 30 supervisions, 200 séances éducatives à domicile, 80 séances de réseau et 30 séances de thérapie familiale.

Antonio a 6 ans 10 mois quand il est placé séance tenante par le Tribunal pour maltraitance avérée du père. La reconstitution de son histoire est conséquente: la mère quitte le domicile, menacée par le père, alors que Antonio a 1 an. La mère vue une fois au service des mineurs indique une

inversion du rythme nyctéméral pendant le premier trimestre. Ensuite les parents de la mère sont venus prendre Antonio au pays avec eux. Le père l'a alors repris par décision judiciaire et l'a confié à ses propres parents avant de le reprendre en Suisse. Le père s'est remarié avec une toute jeune femme du même pays qui a connu Antonio encore nourrisson. A 3 ans et demi, Antonio est hospitalisé en pédiatrie pour suspicion de maltraitance du père. A l'hôpital, il présente d'importants troubles du comportement, avec fugue, violence et vandalisme. Il est signalé au service des mineurs où il démonte le bureau de l'assistante sociale.

Au moment du signalement, l'enseignante de 1^{ère} année primaire est à bout, avec des plaintes d'autres parents. L'enfant se met lui-même en danger en se penchant par la fenêtre. Le pédiatre a décelé une ecchymose sur la tempe et des traces de ceinturon aux membres inférieurs.

Le père est opposé au placement. Il reconnaît néanmoins que son fils a de la peine à s'endormir et est agité, par exemple quand ils vont faire des courses en ville ou quand il lui demande de rester une heure sur un tabouret quand il désobéit.

Antonio intervient aisément dans la conversation. Le thème de sa mère semble le toucher. Pour les thèmes de la vie quotidienne, il fait le pitre. Une observation durant la semaine de stage en institution confirme une excitation marquée chez Antonio, qui provoque les enfants de tout âge ainsi que les adultes. Les troubles du sommeil sont confirmés. Est mise en évidence une certaine immaturité graphomotrice. L'examen cognitif est dans la moyenne inférieure. L'organisation symbolique apparaît satisfaisante, dans une histoire où sa belle-mère le défend contre le monstre, que le père tue.

Durant les trois mois d'observation en institution, l'excitation et le manque de persévérance persistent. A l'occasion d'une soirée récréative dans l'institution, le pédopsychiatre au fond de la salle remarque un enfant hyperkinétique: il s'agit d'Antonio. Après plusieurs semaines de discussions avec l'enseignante spécialisée réticente et avec le père, témoin de Jéhovah, celui-ci accepte un essai à la Ritaline et pour autant que le suivi médicamenteux soit assuré par le médecin de famille. Le père reconnaît le changement immédiat de l'hyperkinésie. Mais la médication est interrompue pendant les vacances au pays. Le médicament doit être réintroduit peu après la rentrée, vu la rechute très significative sur le plan de la dispersion.

Le changement est tel qu'il permet de redemander l'intégration d'Antonio dans l'école du village. La commission scolaire l'accepte à titre d'essai et pour autant qu'un suivi thérapeutique soit installé.

Un réseau est alors constitué, par des réunions régulières à l'école, avec la famille, la présidente de la commission scolaire, les enseignants successifs, la pédiatre, l'assistante sociale mandatée par le Juge, l'éducatrice spécialisée déléguée par l'institution pour les prises en charge à domicile (PCE), le

directeur de l'institution et le pédopsychiatre consultant, auquel se joindra ultérieurement l'orthophoniste.

L'éducatrice assure un travail d'exploration symbolique délégué par le pédopsychiatre. Les dessins apparaissent trop enjoués (le copain difficile va dans une forêt rigolote), les histoires racontées ont des thèmes agressifs (il est le lion qui tue l'éducatrice panthère, ou un loup qui veut manger le renard qu'il prend en pitié et lui fait manger des poules). Il rêve de requins. Il invente un rêve à consonance familiale (un roi demande à une orpheline de se marier, mais une tante éloigne le rival) mais aussi scolaire (il aide un de ses trois copains qui se noie dans une piscine et nage avec son enseignante).

Après un premier bilan favorable, les contrôles sont mitigés, des parents ont à nouveau dénoncé Antonio qui menaçait leurs enfants. Il est excité et agressif, évite le contrôle de l'enseignant, a davantage d'insomnie et d'énurésie. A la rentrée, la nouvelle enseignante est de suite excédée, Antonio n'obéissant absolument pas, dérangeant tout le monde, cherchant le contact physique avec les petits comme avec les grands, ne pouvant demeurer plus que quelques secondes sur une activité. Il s'avère que le père avait arrêté le médicament, prévoyant un retour au pays, décidant finalement de demeurer, sa femme étant enceinte. La réintroduction du médicament produit à nouveau une métamorphose et l'école l'accepte définitivement, pour autant qu'elle puisse compter sur le réseau.

Une prise en charge individuelle est indiquée. Dans une évaluation avec une orthophoniste, Antonio évoque sa mère et associe sur ses rêves: par exemple des parents morts au temps des cavernes. Les thèmes familiaux apparaissent avec l'approche de la naissance d'un demi-frère: un troisième enfant meurt. Dans son évaluation en présence de l'orthophoniste, le pédopsychiatre voit émerger un thème prévalent: une grand-mère sorcière vient voler les enfants, lui, il préfère se marier avec sa belle-mère si le petit frère peut se marier avec le père. A la faveur de l'évolution familiale, Antonio va doter la sorcière d'une sœur jumelle plus jolie et plus gentille, lui-même devient Spiderman et s'allie avec l'orthophoniste-sorcière; il construit aussi un tunnel entre la famille de son père et celle de sa mère. D'autres thèmes familiaux émergent à propos du petit chien que la famille a recueilli: il a mangé le chat, puis le père, puis le bébé. Le pédopsychiatre prescrit en conséquence que l'enfant puisse se coucher plus tard que son petit frère et avoir une sieste avec sa belle-mère.

Le réseau constate des fluctuations du comportement: Antonio s'approprie de l'argent et des gommes, il peut être dangereux avec des ciseaux et des chaises, il répond aux enseignantes, se venge sur les enfants, vole à l'épicerie pour les acheter, à la maison il embête le chien, son énurésie reprend, des verrues prolifèrent; il reproche aussi à son père de dormir plutôt que de faire des choses avec lui. Cette phase coïncide avec la demande de ses tantes qu'il revoie sa mère. Une rencontre peut finalement avoir lieu avec la mère qui

a eu deux autres enfants de pères différents. Le pédopsychiatre médiatise la rencontre dans le bureau de l'orthophoniste. L'enfant refuse d'embrasser sa mère qui pleure mais il la regarde à la dérobée. Le pédopsychiatre les fait communiquer par le dessin. La mère dessine un cœur et écrit «ta maman qui t'aime», Antonio se dessine, ajoutant un frère, une mère et un père, puis une autre mère avec deux filles et un beau-père; il ajoute une maison qui brûle et explose; il transpire et est très pâle. Il dira à son père que sa mère est laide et qu'elle va regretter de l'avoir abandonné. Il dit surtout qu'il veut qu'on lui fiche la paix avec cela. Il se barricadera chez lui pour éviter de rencontrer quelques temps après ses demi-sœurs.

Avec l'âge et les années, la situation à l'école est raisonnablement stabilisée sur le plan comportemental. Sont encore relevées des difficultés en calcul et une fatigabilité. Des tests psychologiques confirment l'intelligence normale inférieure (88), avec une dispersion, une crainte de mal faire, une difficulté dans la représentation sans support et une organisation juste satisfaisante sur le plan spatio-temporel et mnésique.

Il passe néanmoins à l'école secondaire. Le père demande alors d'arrêter les réunions de réseau. Antonio peut même dire au pédopsychiatre qu'ils ne veulent plus qu'on lui vole sa pensée. La suite des contacts avec la famille de la mère est gelée: le père craint que les deux demi-sœurs ne jettent un mauvais sort. Le pédopsychiatre aura été alerté par la suite une fois par l'assistante sociale et une fois par la pédiatre, demeurées toutes deux en charge, mais sans suite.

La prise en charge aura consisté essentiellement en une quarantaine de séances de réseau avec la famille sur plus de 4 ans. La prise en charge éducative à domicile se sera étendue sur un an et demi. Le traitement orthophonique aura duré 2 ans et 3 mois.

4. Analyses des illustrations

Lionel et Antonio ont bénéficié d'une part d'un suivi pédopsychiatrique incluant une médication, d'un traitement orthophonique et d'un encadrement en réseau.

- Pour Lionel, la consultation thérapeutique familiale a été indirecte à l'occasion de la thérapie familiale de sa sœur aînée.
- Pour Antonio, la consultation s'est limitée à l'analyse des tenants et aboutissants de son placement en institution.

L'importance de la prise en charge en réseau a été significative pour les deux enfants.

- Pour Lionel, il s'est agi de réunions régulières pendant huit ans au cabinet pédopsychiatrique, avec l'enfant, la famille, l'enseignant, le pédopsychiatre, l'orthophoniste et selon les périodes, l'inspecteur scolaire, l'éducatrice à domicile, et le directeur de l'institution pressentie. Le réseau a permis le maintien dans le courant socio-scolaire et a contrôlé le risque de dérive sociopathique.
- Pour Antonio, il s'est agi d'un réseau qui s'est réuni tous les mois pendant 4 ans, regroupant l'enfant, la famille, l'assistante sociale, la présidente de la commission scolaire, l'enseignante principale, la pédiatre, le pédopsychiatre, l'orthophoniste, l'éducatrice à domicile et le directeur de l'institution. Le réseau a favorisé la valorisation d'Antonio, tant par rapport à ses apprentissages que par rapport à son comportement à l'école, accessoirement par rapport à sa famille nucléaire, et par rapport à la rencontre avec la mère écartée.

Les deux enfants ont reçu par ailleurs de la Ritaline.

- Pour Lionel, le médicament a été une mesure parmi d'autres qui lui a permis de rester intégré dans l'école, malgré des troubles des conduites pré-délinquantes; comme adolescent, il a demandé le médicament pour ses apprentissages.
- Pour Antonio, le médicament lui a d'abord permis de sortir rapidement de l'institution où il avait été placé. Les suspensions de médicament ont chaque fois amené des rechutes importantes aussitôt compensées au rétablissement de la médication.

Le travail d'élaboration psychothérapeutique a été distinct chez les deux enfants.

- Chez Lionel, la thérapie à dimension psychothérapeutique a consisté en un traitement individuel de plus de 8 ans par une orthophoniste, qui a développé de manière écrite et graphique des histoires à thèmes typiquement symboliques, régulièrement supervisés par le pédopsychiatre.
- Chez Antonio, la dimension psychothérapeutique a été initiée par une récolte d'histoires symboliques sous forme de dessins, jeux et rêves, délégués à l'éducatrice à domicile, sous la supervision du pédopsychiatre; puis à une thérapie régulière de plus de 2 ans par une orthophoniste, avec une monothématique symbolique portant sur une imago maternelle archaïque, également avec la supervision régulière du pédopsychiatre.

Aucun des deux enfants ne s'est vu proposer un espace supplémentaire de gymnastique relationnelle en psychothérapie de groupe. Cela s'explique par la longueur de la thérapie individuelle orthophonique pour Lionel notamment et par l'investissement très important pour les familles dans les réunions régulières de réseau à long terme.

4.1. Dimension orthophonique

Lionel présentait de légers troubles d'articulation et de parole ainsi qu'un retard de langage caractérisé par un vocabulaire actif imprécis et par des difficultés à organiser un récit, puis à appréhender le langage écrit tant sur le plan de la lecture que sur celui de l'expression. L'acquisition des règles de transcription puis des règles grammaticales lui posèrent des problèmes qu'il ne résoudra que lentement et partiellement.

Un travail directement ciblé sur l'apprentissage de la lecture a rapidement montré ses limites, Lionel manifestant des comportements évidents d'opposition face aux tâches d'apprentissage s'apparentant aux activités scolaires.

L'axe principal du travail orthophonique a alors consisté en l'élaboration d'histoires inventées par Lionel et transcrites par l'orthophoniste. 80 ont été recensées. Il s'est agi d'histoires dictées à l'adulte, de jeux symboliques d'abord mis en scène puis résumés (à partir de matériel tels que marionnettes, garage, etc.), d'élaboration d'histoires sous forme de BD, de résumés de films, d'histoires co-inventées, de dessins commentés. Les histoires étaient relues et discutées en lien avec les expériences de Lionel.

L'objectif était d'encourager et de stimuler Lionel sur le plan de la symbolisation et de la mentalisation, dans le souci de favoriser la poursuite de son développement psychique et cognitif. L'orthophoniste, dans son rôle de scribe, participait également au développement de l'outil langagier avec, entre autre, la technique du feed-back verbal.

Lionel aborda de manière plus personnelle le code du langage écrit en cycle secondaire, lorsqu'il manifesta son envie de taper lui-même à l'ordinateur les nouvelles histoires qu'il inventait. L'outil informatique sera utilisé à l'adolescence, quand Lionel résista à travailler sur le plan symbolique, pour le traitement de texte mais aussi avec des logiciels d'exercices de français, d'exercices de mathématiques et de logique ainsi que de jeux.

En dernière année de traitement (10^{ème} année scolaire), Lionel réalisa des documentations également dans les domaines de la cuisine et du bricolage. Une large place fut également faite à l'échange d'idées sur des sujets l'intéressant ou le préoccupant (loisirs, sexualité, religion, avenir professionnel...).

Vu le contexte multiproblématique (hyperactivité, comportements pré-délinquants, environnement psychosocial fragile...), Lionel a eu de nombreuses périodes d'opposition au cours de son traitement orthophonique, pendant lesquelles il se rebellait en ne respectant plus ni règles ni contrat. L'orthophoniste, grâce aux éclairages donnés par le pédopsychiatre, pouvait resituer les difficultés dans un contexte global et maintenir un cadre thérapeutique minimum pendant les périodes critiques et poursuivre le travail entrepris en temps opportun.

L'orthophoniste a par ailleurs été sollicitée à plusieurs reprises par les éducatrices de Lionel qui lui demandaient des pistes pour les devoirs (mémorisation du vocabulaire notamment).

Dans le cas d'**Antonio**, nous discutons la dimension orthophonique du traitement orthophonique d'un enfant victime et otage du couple parental en conflit depuis sa naissance.

À travers une théâtralisation hebdomadaire de l'histoire du conflit du couple parental, Antonio est parvenu à exercer un certain contrôle sur l'ambivalence déchirante qui l'habitait. Dans le cadre de la thérapie orthophonique où s'est opérée la mise en mots de sa tragédie, l'interlocutrice orthophoniste a co-construit et complexifié avec l'enfant le mythe familial. Antonio a progressivement contenu le déferlement des fantasmes dans une trace écrite (180 pages) dont il vérifiait obsessionnellement l'exactitude avant d'indiquer sommairement le scénario et les acteurs marionnettes pressentis pour l'épisode suivant.

On peut dire que l'orthophoniste a joué un rôle d'interface psychothérapeutique à plusieurs niveaux. Elle a constitué pour l'enfant un contenant de parole doublement sécurisé, à savoir l'encadrement des scènes et des mots, aussi violents fussent-ils, par le castelet à son tour contenu dans l'espace orthophonique clos. Elle a servi d'interface émotionnelle en assumant les rôles que l'enfant lui attribuait lors de l'ébauche du scénario. Elle a permis à l'enfant d'exercer un contrôle cognitif sur la transcription des scènes (maîtrise de la lecture intériorisée, respect du code et des marqueurs prosodiques). Le récit, figé dans le texte écrit, lui assurait progressivement un rempart contre l'envahissement des fantasmes, diminuant ainsi l'angoisse; elle l'a amené à reconnaître et à s'approprier de la communication écrite comme espace intérieur et outil opérationnel pour son développement affectif et cognitif; par sa connaissance de la langue maternelle de l'enfant et la lecture de contes métaphoriques portugais, elle a activé la dimension psychique d'interface et de contenant culturel de la thérapie orthophonique (Rosenbaum, 1997).

5. Discussion: le dispositif de soin

5.1. *La consultation thérapeutique*

La dimension psychothérapeutique porte sur les interactions avec l'enfant, la vie imaginaire, les positions parentales, l'histoire familiale. La durée de l'intervention psychothérapeutique de l'enfant avec sa famille se limite souvent aux consultations initiales, étant relayées par la guidance familiale, l'appui médicamenteux, le lieu de développement et d'élaboration personnel en orthophonie et la coordination socio-scolaire. Respectivement les changements produits par ce dispositif multiple sont souvent suffisamment significatifs pour rétablir un équilibre personnel et relationnel satisfaisant, sans nécessiter de psychothérapie familiale, individuelle et/ou institutionnelle supplémentaire.

Dans les histoires familiales, l'on retrouve des antécédents non seulement d'hyperkinésie, mais aussi de troubles des conduites, de placement, de membres exclus. L'on peut admettre que l'intervention thérapeutique, en famille et en réseau a pu expliciter à mesure les troubles d'enfants comme ceux décrits dans les illustrations, qui ont présenté dès le début de leur socialisation des troubles précoces de l'adaptation, de la conduite et de la transgression sociales.

5.2. *Les thérapies individuelles*

Dans ces situations d'interventions de réseau, l'on note une grande fréquence de thérapies individuelles conjointes.

- Les thérapies individuelles ont en tant que telle un effet de dépôt pour l'enfant.
- l'orthophoniste accompagne l'enfant dans le réinvestissement de ses outils communicationnels faisant aussi usage de médiations symboliques.
- La psychomotricité peut être indiquée conjointement à l'orthophonie chez les enfants présentant une dysharmonie du développement, avec ou sans hyperactivité.
- L'ergothérapie est aussi indiquée pour les troubles sensori-moteurs que l'on trouve chez ces enfants présentant des dysfonctions autrefois qualifiées de cérébrales minimes.
- L'hypnose et la relaxation sont aussi des interventions complémentaires utiles avec les enfants stressés et insomniaques du fait de leurs difficultés scolaires et familiales.

- La thérapie de groupe d'enfants, où les images des référents familiaux et scolaires, adultes et enfants, sont déplacés sur le thérapeute et les autres enfants du groupe est une indication utile comme complément par des psychothérapeutes ou des orthophonistes après une thérapie de langage individuelle.

5.3. *Les médicaments*

La médication tient compte de la dimension de l'attention, en limitant la réactivité de l'enfant et en lui permettant dès lors d'établir des relations de manière moins dispersée et conflictuelle. La médication non seulement évite l'exclusion scolaire et familiale mais rétablit avec un équivalent d'effet psychothérapeutique. Elle permet également, dans un temps beaucoup plus rapide, une meilleure image de soi de l'enfant, par rapport à ses camarades d'école (qui ne le prennent plus comme bouc émissaire du fait de son agressivité) et par rapport à ses enseignants, qui finalement ont moins de difficulté à gérer la classe. Ces derniers le voient, d'ailleurs, investir l'étude avec davantage de succès. Enfin, l'enfant se sent mieux dans sa famille, qui n'est plus surchargée par la gestion de son comportement oppositionnel envers eux ou de rivalité avec la fratrie. La médication a aussi un effet remobilisateur des ressources cognitives et épistémophiliques de l'enfant. Elle diminue considérablement son inattention.

5.4. *Le réseau*

Nous rappelons en préambule que pour le pédopsychiatre, dans cette prise en charge multi-disciplinaire et prolongée, la consultation thérapeutique fait place à de la guidance socio-familiale.

De son côté, l'orthophoniste préserve son espace thérapeutique, tout en s'engageant dans la dimension sociale par sa participation au réseau.

Le pédopsychiatre établit une relation proche avec la famille (Traube, 2003). Il devient d'autant plus significatif pour la famille qu'il la voit sur une longue durée. Il développe ainsi une disposition de la famille à établir des liens.

Pour une famille multiproblématique et son réseau de soutien, le but n'est pas tant de murer mais d'exister dans l'environnement avec un équilibre suffisant, même si précaire. L'on peut postuler la difficulté d'élever son degré d'organisation. Dès lors, l'on peut accepter que des familles à organisation moindre aient recours à des intervenants multiples, selon la définition même de la famille multiproblématique. Le réseau répond au mode d'attachement groupal des familles à moindre degré d'organisation.

L'on peut utiliser l'image d'un étayage par un filet social, psycho-socio-scolaire, quand les mailles du filet d'une famille peuvent être considérées

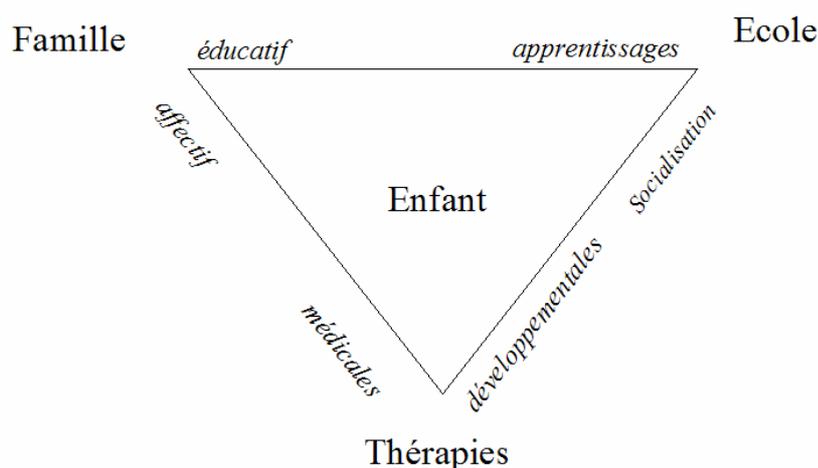
comme relâchées. L'on peut dire qu'avec les familles plus agissantes, mobilisant des intervenants plus contre-agissants, l'important est moins de ne pas nuire, mais plus de moins nuire. C'est en favorisant avec persévérance l'encadrement du développement de l'enfant, et en promouvant le temps de pensée, que chacun apporte sa contribution.

Le pédopsychiatre invité au réseau, ainsi que l'orthophoniste et d'autres intervenants établissant avec l'enfant une relation privilégiée contribuent à faire voir l'enfant à l'école, à la famille et à lui-même comme un être fantasmant, pensant et sensible, moins que comme un être trop agissant ou trop lent. Les parents, comme les enseignants, et aussi les autres intervenants, se culpabilisent et s'irritent moins d'être mis en difficulté sur le plan éducatif par le comportement d'un enfant désormais davantage identifié.

L'intervention consiste en une guidance psychosociale à plusieurs, réunissant de fait et nécessairement tous les intervenants. Il s'agit d'un co-encadrement de l'enfant par les parents, l'école et les spécialistes. Ce travail en réseau a un effet mobilisateur de par la solidarité d'équipe qui se développe pour un enfant, un objectif et une expérience partagée au pluriel.

L'enfant se trouve ainsi au centre d'un réseau dont les trois pôles sont sa famille, avec le double investissement éducatif et affectif; l'école avec l'investissement des apprentissages et de la socialisation; et durant la phase d'intervention spécialisée, les thérapeutes, dans les dimensions médicales et développementales (Figure 1).

Figure 1 Contexte enfant



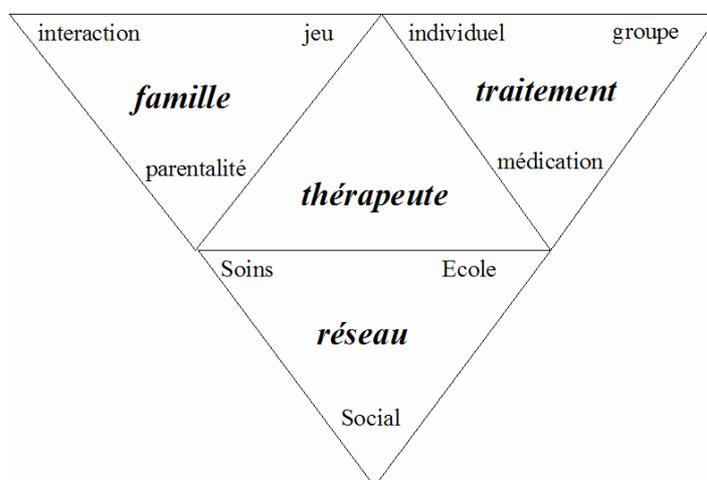
La représentation des paramètres d'un réseau est malaisée. Elle diffère de plus pour chaque acteur. Pour l'enfant, c'est la famille et l'école qui prennent sans doute les places les plus significatives, avec leurs composants: parents, fratrie et activités d'un côté, apprentissages et camarades de l'autre; l'orthophoniste ne doit occuper vraisemblablement qu'une place réduite, le pédopsychiatre encore plus, l'éducateur social encore plus.

Pour l'orthophoniste, nous pensons que c'est bien l'enfant qu'elle rencontre qui occupe l'essentiel de ses représentations, la famille, le pédopsychiatre et l'école n'ayant sans doute qu'une importance assez subsidiaire.

L'école se soucie d'abord de la classe et en conséquence de l'enfant en question qui en perturbe le fonctionnement spontané; la famille est alors tenue pour partenaire responsable, avec les adjuvants que sont le pédopsychiatre, l'orthophoniste et l'assistant social. Pour les parents, c'est légitimement leur enfant qui mobilise le plus leur préoccupation, puis l'école où il ne fonctionne pas à satisfaction, puis de manière significative pensons-nous, les intervenants spécialisés, éducateurs, assistant social, médecin, orthophoniste. Le pédopsychiatre, avec une expérience d'intervenant systémique, partage son engagement entre la famille pour l'enfant, l'école pour l'enfant, l'orthophoniste pour l'enfant.

Du point de vue des intervenants, les interventions multiples peuvent aussi se représenter par trois pôles: familial, avec l'interaction enfant thérapeute, le jeu symbolique et la guidance parentale; individuel, avec la thérapie orthophonique, groupale et médicamenteuse; et socio-scolaire, avec le réseau thérapeutique, pédagogique et éducatif. C'est ce que nous nommons intervention multimodale (Figure 2).

Figure 2 Intervention multimodale



Cette modélisation de la pratique pluri-disciplinaire doit encore trouver des fondements théoriques. A part la référence banale à la théorie des ensembles, la recherche ne s'est encore que très peu développée chez les théoriciens de la systémique, que ce soit en théorie du chaos, en dynamique des flux ou en biologie comparée. La pratique systémique n'en demeure pas moins probante, l'efficacité des interventions pouvant lui être attribuée par défaut: un membre vient à manquer dans la représentation du réseau et l'organisme risque de bloquer son fonctionnement dans un état loin de l'équilibre. Il en

résulte qu'aujourd'hui la concertation fait partie du programme de toute thérapie impliquant plusieurs acteurs, comme c'est toujours le cas à propos d'un enfant. Ce modèle est de fait déjà largement appliqué également pour les interventions plus brèves.

Bibliographie

- Rosenbaum, F. (1997). *Approche transculturelle des troubles de la communication – Langage et migrations*, Paris: Masson.
- Traube, R., Duscher, C. & Bertoud, P.-A., (1995). Temps et pluridisciplinarité. *Bulletin de psychiatrie sociale*, Lausanne.
- Traube, R. & Muller, C. (1997). Cadre thérapeutique et encadrement de réseau, *Acta ANCMPP*, 35-41, Narbonne.
- Traube, R. (1998a). Un modèle de collaboration interdisciplinaire dans les signalements de troubles du langage, *Paroles d'Or*, 1, 12-15, Lausanne.
- Traube, R. (1998b). Pédopsychiatrie sociale, un synopsis. *Bulletin de Psychiatrie Sociale*, 39-42, Genève.
- Traube, R., Villat, J.-M. & Kosonen, S. (2002). *Dystraitance: un accompagnement institutionnel*, Paris: Halfon,
- Traube, R. (2003). «Modèle-moi un parent»: guidance de la parentalité en thérapie familiale avec l'enfant d'âge scolaire, *Thérapie Familiale*, 24.2, 143-152, Genève.