



NANTES UNIVERSITÉ - FACULTÉ DE MÉDECINE
ANNÉE 2022



N°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DES de PSYCHIATRIE

Présentée et soutenue publiquement le 9 Mai 2022 par
Laura MOREAU née BARREAU

L'alliance thérapeutique avec les parents :
un enjeu majeur du soin en pédopsychiatrie

Réflexions théoriques et enquête réalisée auprès des parents et
des soignants en secteur pédopsychiatrique du CHS Georges
Mazurelle de la Roche sur Yon

JURY de thèse :

Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Président

Madame le Docteur Corine DELON-SAUMIER

Directrice de thèse

Monsieur le Professeur Julien NIZARD

Assesseur

Monsieur le Professeur Pierre DELION

Assesseur

Remerciements

Aucun travail, aucun projet, aucune idée ou réflexion, aucun individu même ne se construit seul. Et c'est pourquoi, je tenais à remercier sincèrement et très chaleureusement toutes les personnes qui m'ont entourée, accompagnée, et guidée, à la fois dans ce travail de thèse, mais plus généralement dans ma vie personnelle et professionnelle, et qui ont fait et font encore de moi la femme et la professionnelle que je suis aujourd'hui.

À Gaëtan, mon mari, le pilier de ma vie et de mon quotidien, qui me permet de me sentir toujours plus vivante et plus heureuse à ses côtés, et qui me redonne force et confiance lorsque j'en manque ;

À Mathilde, Raphaël, et Lilian, mes rayons de soleil, qui m'ont fait naître en tant que parent et me font grandir un peu plus chaque jour ;

À ma mère, qui m'a transmis ce désir de prendre soin, et qui m'a toujours suivie et accompagnée dans mes choix et mes aspirations, sans jugement et avec confiance ;

À mon père, qui a fait de moi l'enfant que j'étais et la femme que je suis devenue, et dont l'absence a nourri ma volonté de soulager les souffrances de l'Autre ;

À mes beaux-parents, qui m'ont toujours soutenue et encouragée dans mes projets, et qui m'ont permis de concrétiser ce travail grâce à la chaleur de leur foyer ;

À tous les membres de ma famille que je n'ai pas cités, et qui représentent à la fois cette terre et ces racines qui me nourrissent et dont je suis fière ;

À tous les amis qui partagent ma vie, et dont l'affection et la confiance me donnent l'envie d'être toujours plus à leur écoute et présente pour eux comme ils le sont pour moi ;

Au Dr Corine DELON-SAUMIER, qui fut et reste une source d'inspiration dans ma pratique professionnelle depuis le début de l'internat, et qui m'a fait le plaisir de m'accompagner dans ce travail de thèse en tant que directrice ;

Aux Pr Olivier BONNOT, Pr Pierre DELION, et Pr Julien NIZARD qui me font l'honneur de porter leur regard expérimenté sur mon travail et ma réflexion ;

À tous les professeurs qui ont croisé ma route, et dont la passion de la transmission m'a permis et me permet encore de m'ouvrir à de nouveaux horizons de compréhension ;

À tous les professionnels médicaux et non médicaux que j'ai eu la chance de côtoyer dans ma pratique depuis le début de mes études, et qui m'ont permis d'observer, d'apprendre, de comprendre, et de me forger ma propre individualité professionnelle. À tous ceux également dont les discours et les comportements maladroits ou blessants m'ont permis de renforcer mes idéaux et ma quête de sens dans mon travail ;

Et enfin, à tous les patients (jeunes ou moins jeunes) et à leur famille que j'ai eu l'occasion de rencontrer durant mon parcours d'étudiante et d'interne, et qui m'ont réellement enseigné l'essentiel de ce métier. Merci à tous les prochains qui croiseront ma route...

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| PARTIE 1 : L'Alliance thérapeutique dans tous ses états | 8 |
| INTRODUCTION | 8 |
| I) Aspects théoriques, cliniques, et éthiques de l'alliance thérapeutique..... | 8 |
| A- Fondements historiques et évolution conceptuelle | 8 |
| a. Une naissance au cœur de la psychanalyse | 8 |
| 1) Le pacte analytique freudien | 8 |
| 2) Alliance ou transfert ? | 9 |
| b. L'alliance comme variable inhérente au processus de psychothérapie | 9 |
| c. Enrichissement et diversification de la notion d'alliance thérapeutique | 10 |
| 1) Un concept multidimensionnel..... | 10 |
| 2) Un mouvement relationnel plutôt qu'un état..... | 11 |
| B- Application clinique en médecine..... | 12 |
| a. Dans le champ des soins somatiques..... | 12 |
| b. L'alliance : objet d'étude et de recherche..... | 13 |
| 1) Les facteurs d'influence potentiels de l'alliance..... | 13 |
| 2) Tentatives de quantification de l'alliance..... | 13 |
| C- Réflexions éthiques sur l'alliance thérapeutique dans le soin contemporain | 14 |
| a. Du côté des soignants : levier thérapeutique ou manœuvre d'autorité ? | 14 |
| b. Du côté du soigné : vers un critère de satisfaction pour l'utilisateur/consommateur ? | 15 |
| c. L'alliance : un point d'équilibre de la relation soignant-soigné ?..... | 16 |
| II) Le lien parents-soignants en pédopsychiatrie : hypothèses, réflexions, et pistes de travail | 16 |
| A- Une alliance complexifiée..... | 16 |
| B- Eclairages théoriques de la relation parents-soignants..... | 18 |
| a. Au commencement était... la psychanalyse | 18 |
| 1) Le Transfert | 18 |
| 2) Le contre-transfert | 19 |
| b. Théories de l'attachement : la question du lien sûr..... | 20 |
| 1) Fondements et principes de l'attachement | 20 |
| 2) Les différents styles d'attachement..... | 20 |
| 3) Les Modèles Internes Opérants | 21 |
| 4) L'attachement dans la relation d'aide..... | 22 |

| | | |
|----|---|-----------|
| 5) | Attachement, caregiving, et fonction soignante | 23 |
| 6) | Les voies de la sécurité pour nouer de l’alliance : le caregiving du caregiving..... | 23 |
| c. | L’héritage de Palo Alto : communication et systèmes..... | 25 |
| 1) | Théories de la communication : un nouvel élan pour les psychothérapies | 25 |
| 2) | Théories des systèmes : une nouvelle place pour le thérapeute..... | 26 |
| 3) | Application en pédopsychiatrie | 27 |
| d. | A la croisée des mondes théoriques : concepts multidimensionnels | 28 |
| 1) | L’intersubjectivité comme lieu de la rencontre..... | 28 |
| 2) | Empathie, synchronies, et neurones miroirs : la dimension spéculaire de la relation .. | 29 |
| 3) | L’enfant sous le joug des loyautés | 30 |
| 4) | Imaginaires, fantasmes, et rivalités..... | 32 |
| C- | Une alliance à l’épreuve de la réalité pédopsychiatrique..... | 33 |
| a. | Les troubles psychiatriques de l’enfant : enjeux thérapeutiques et relationnels au regard du contexte clinique | 33 |
| 1) | Psychoses infantiles et autisme : le défi du rassemblement | 34 |
| 2) | Des agirs violents qui décontenancent et divisent | 35 |
| 3) | Les TCA : le soin à l’épreuve de la rigidité et du paradoxe..... | 36 |
| 4) | Une relation de soin en miroir du symptôme ?..... | 37 |
| b. | L’enfant dans son environnement : obstacles et pistes de travail au sujet de l’alliance | 37 |
| 1) | Vers de nouveaux modèles conjugaux et familiaux..... | 37 |
| 2) | Instabilité géographique des familles | 38 |
| 3) | Les spécificités des enfants confiés à l’ASE | 39 |
| c. | Etats des lieux de la pédopsychiatrie moderne : une alliance fondamentalement compromise ? 40 | |
| 1) | Qu’en est-il de la demande et de l’offre de soins ? | 40 |
| 2) | Et le travail d’alliance dans tout ça ?..... | 41 |

| | |
|---|----|
| PARTIE 2 : Enquête réalisée dans les services de soins pédopsychiatriques du CHS Mazurelle de la Roche- Sur-Yon..... | 42 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 42 |
| I) Méthodologie..... | 43 |
| A- Présentation des questionnaires | 43 |
| B- Préambule de l'enquête | 43 |
| C- Lieux et modes de recueil..... | 43 |
| D- Période de recueil | 44 |
| E- Modalités d'analyse des réponses..... | 45 |
| II) Résultats de l'enquête..... | 45 |
| A- Analyse des questionnaires « Parents »..... | 45 |
| a. Critères socio-démographiques..... | 45 |
| b. Antécédents et regard des parents sur la pédopsychiatrie | 46 |
| c. Le vécu des parents dans le parcours de soins | 46 |
| d. Le vécu des parents dans leur relation avec les soignants | 47 |
| e. Analyse des résultats en fonction des « a priori négatifs » des parents | 48 |
| f. Commentaires supplémentaires..... | 49 |
| B- Analyse des questionnaires « Soignants »..... | 50 |
| a. Critères socio-professionnels des soignants | 50 |
| b. Le vécu des soignants dans la question de l'alliance avec les parents..... | 52 |
| c. Pistes de réflexion pour favoriser l'alliance..... | 54 |
| d. Intérêt des soignants pour le sujet | 55 |
| DISCUSSION..... | 55 |
| CONCLUSION | 57 |
| | |
| ANNEXES | 58 |
| ANNEXE 1 : Questionnaire « Parent » | 59 |
| ANNEXE 2 : Questionnaire « Soignant » | 63 |
| ANNEXE 3 : Résultats principaux des questionnaires « Parents » | 69 |
| ANNEXE 4 : Analyse des marqueurs d'alliance en fonction des « a priori négatifs » des parents 71 | |
| ANNEXE 5 : Résultats principaux des questionnaires « Soignants » | 73 |
| | |
| BIBLIOGRAPHIE | 78 |

« Une pédopsychiatrie sans parents, ça n'existe pas. »

Pierre DELION

A l'image de la célèbre formule de WINNICOTT « *Un enfant seul, ça n'existe pas* », il semble assez évident qu'une pratique de la pédopsychiatrie sans y inclure les parents paraît tout bonnement amputée d'une bonne part de son essence, et pourrait même en devenir insensée. Et pourtant, au cœur de notre pratique de soins sur le terrain, la question de cette inclusion et d'une réelle prise en compte des parents dans le dispositif thérapeutique n'est finalement pas chose aisée à bien des niveaux.

Cette question du lien que les soignants peuvent tisser avec les parents m'a très vite interpellée, notamment au travers d'observations de difficultés récurrentes d'alliance que j'ai rapidement pu percevoir. Cela pouvant se jouer à la fois du côté des parents, qui pouvaient d'emblée se montrer réticents, en retrait, ou même méfiants et critiques vis-à-vis du corps soignant. Mais en retour, les soignants semblaient également avoir leur part de responsabilité dans un éventuel défaut d'alliance. Cela était particulièrement perceptible dans les efforts déployés (ou non) pour rencontrer et être en contact avec les parents, où encore dans les discours courants des soignants à leur sujet. Lors de réunions cliniques par exemple, et sous couvert d'un élan de protectionnisme vis-à-vis de l'enfant, le jugement des parents n'était finalement pas si loin. Des formules telles que père ou mère « pathologique » ont pu venir me heurter et m'interroger plus d'une fois. Dans cette formulation, ce n'est pas la relation qui est mise en cause, mais bien le parent dans sa globalité, ainsi désigné comme source des troubles de son enfant. Cette perspective m'apparaît dangereuse à bien des égards, et à l'origine de plusieurs écueils. Le premier étant une réflexion clinique et psychopathologique probablement appauvrie vis-à-vis des origines nécessairement multifactorielles des troubles. Le second étant une posture d'exclusion anticipée et plus ou moins conscientisée des soignants vis-à-vis des parents, et qui laisserait ces derniers à la porte des soins sans leur donner l'occasion de développer des ressources relationnelles qui pourraient être profitables à l'enfant. Et enfin, on peut également y voir un risque d'échec de la mise en place des soins, par le biais entre autres du fameux phénomène de conflit de loyauté qui peut survenir chez l'enfant, et qui est d'autant plus activé si nous avons auprès de lui une attitude ultra-protectionniste qui irait donc à l'encontre de son lien avec ses parents.

Néanmoins, je reste malgré tout optimiste. Et j'ai également pu constater un réel intérêt du monde pédopsychiatrique, et même plus largement des dispositifs médicaux et médico-sociaux, pour cette question au cours des dernières années. De nombreux articles paraissent sur le sujet, en donnant à voir des expérimentations cliniques qui vont dans le sens d'une meilleure inclusion des parents dans les dispositifs d'accompagnement et de soins de l'enfant. On peut également mentionner à titre d'exemple que cette préoccupation était au cœur du dernier congrès organisé en septembre 2021 par l'Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (AEPEA), en association avec la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées (SFPEADA), et qui avait pour intitulé : « *La Place des parents en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : vers une alliance renouvelée* ».

Loin d'être une question banale ou anecdotique du soin en pédopsychiatrie, il s'agit de mon point de vue d'un élément central, à la base de la relation de soin et du travail thérapeutique qui pourra être co-construit autour, pour, et avec le jeune patient. Car sans cette confiance que les parents accordent aux soignants, et sans cette alliance de travail vis-à-vis des soins, il serait illusoire d'imaginer pouvoir être pleinement efficace et pertinent dans les interventions qui pourront être proposées.

Le travail que je vais vous présenter n'est absolument pas un procès à l'égard des parents ou des soignants concernant la question de l'alliance ou de ses failles. Au contraire, il s'agit là de réaliser une mise au point sur la relation parents-soignants dans le cadre spécifique de la pédopsychiatrie ; ceci afin de mettre en lumière les mouvements interpersonnels, émotionnels, et intrapsychiques qui s'opèrent pour chacun des protagonistes, et ainsi mieux cerner et comprendre les enjeux de cette relation si particulière. Une première partie de ce travail sera consacrée à une exploration et un développement théorique et hypothétique sur la question, dans une perspective multi-dimensionnelle. La deuxième partie traitera d'une analyse de données qui a pu être réalisée à partir d'une étude de terrain, par le biais de questionnaires adressés aux parents et aux soignants sur ce sujet. L'objectif final de cette recherche réside dans le fait de pouvoir dégager des pistes de réflexion concrètes sur la posture soignante, dans l'idée de favoriser l'alliance avec les parents ; puisqu'il s'agit là du levier principal que nous sommes à même d'activer dans notre pratique, avec cette responsabilité et cette éthique qui nous incombent en tant que professionnels : celle de créer les conditions nécessaires au « prendre soin ».

PARTIE 1 : L'Alliance thérapeutique dans tous ses états

INTRODUCTION

Dans cette première partie, nous nous attacherons à explorer les nombreuses facettes de notre sujet, en nous appuyant sur certains courants théoriques qui viendront enrichir notre réflexion, ou encore sur des études, des expériences cliniques, et des données récentes qui alimenteront également notre propos. Nous commencerons nos explications en abordant les différentes dimensions de l'alliance thérapeutique, notamment à travers la description des évolutions conceptuelles successives au fil de l'histoire du soin, et en particulier du soin psychique. Nous poursuivrons ensuite par des questionnements et des hypothèses formulées autour de la nature du lien particulier qui unit les parents et les soignants dans le contexte des soins en pédopsychiatrie, dans l'idée de cerner au mieux les enjeux de cette relation et d'en comprendre les rouages. Enfin, il s'agira également de replacer cette relation spécifique dans son contexte globale, à savoir celui de la pédopsychiatrie à l'heure d'aujourd'hui. L'ensemble de ces développements ont comme principal objectif d'approcher et de comprendre au mieux ce que peut-être l'alliance thérapeutique avec les parents en pédopsychiatrie, et de pouvoir dégager des voies possibles d'amélioration, et en particulier du côté des professionnels.

I) Aspects théoriques, cliniques, et éthiques de l'alliance thérapeutique

A- Fondements historiques et évolution conceptuelle

a. Une naissance au cœur de la psychanalyse

1) Le pacte analytique freudien

Historiquement, le concept d'alliance thérapeutique s'est construit de manière concomitante au courant de la psychanalyse. C'est Sigmund FREUD lui-même qui fut l'un des premiers à énoncer la nécessité d'un lien de collaboration pour permettre d'initier un processus thérapeutique satisfaisant entre le sujet et l'analyste. Il a ensuite développé cette idée autour du concept de « *transfert* » pour décrire plus précisément la nature de la relation qui s'établissait entre le patient et le thérapeute, base de la cure psychanalytique, dont nous détaillerons les subtilités théoriques un peu plus loin. Concernant l'idée de l'alliance, elle semble se rapprocher de ce que FREUD désignait comme le « *pacte analytique* » qui initie le travail psychothérapeutique en le définissant ainsi : « *Un pacte est conclu. Le moi malade du patient nous promet une franchise totale, c'est-à-dire la libre disposition de tout ce que son autoperception nous livre. De notre côté, nous lui assurons la stricte discrétion et mettons à son service notre expérience dans l'interprétation du matériel influencée par l'inconscient. Notre savoir compense son ignorance et permet au moi de récupérer et de gouverner les domaines perdus de son psychisme. C'est ce pacte qui constitue toute la situation analytique* ». (30)

Au cours de ses premières expériences analytiques, et en particulier au travers des échecs initiaux de certaines cures qu'il tente de mettre en place, FREUD en déduit rapidement la nécessité de la constitution d'un lien solide entre le sujet et l'analyste. En 1913, il souligne que l'une des

difficultés et l'un des objectifs principaux du dispositif analytique réside dans le fait « *d'attacher l'analysé à son traitement et à la personne du praticien* ». (31) Cette relation d'attachement ne doit pas constituer un objet d'interprétation en soi, mais il constitue la base et le support nécessaire à la poursuite du travail analytique à proprement dit.

2) Alliance ou transfert ?

La distinction entre les concepts d'alliance et de transfert est une question complexe que se posent rapidement les psychanalystes de l'époque. L'alliance fait-elle partie intégrante du transfert ? Ces 2 notions sont-elles synonymes ? Ou bien l'alliance peut-elle se dissoudre dans le processus plus large du transfert ? Pour rappel, la notion de transfert (que nous développerons ultérieurement) désigne les sentiments et les désirs inconscients qui sont vécus et construits lors des relations précoces (en particulier avec les parents) et qui sont reportés et réactualisés au travers de la relation avec l'analyste. Il s'agit donc d'une sorte de répétition de la forme relationnelle première, et qui est au cœur de la dynamique de la cure analytique pour permettre la prise de conscience et le dépassement des conflits internalisés primaires.

Dans la notion d'alliance, certains auteurs tendent à dire qu'elle se trouve à un niveau différent du transfert, comme ce que pouvait sous-entendre FREUD dès 1913. L'alliance ne se situerait pas au niveau de la relation « *rejouée* » par le patient avec son analyste, mais bien au niveau de la relation réelle avec le thérapeute. C'est notamment la position de GREENSON (psychiatre et psychanalyste américain) qui, au début des années 1970, développe le concept d'alliance thérapeutique qu'il formule sous le terme d' « *alliance de travail* ». Pour lui, la notion d'alliance peut se définir comme « *l'habileté du patient et du thérapeute à travailler dans le sens de l'objectif visé* », et qui par essence se situe au niveau de « *la vraie relation* ». (6) Par cette nouvelle formulation, il initie la sortie du concept d'alliance du cadre strictement psychanalytique pour l'envisager dans d'autres cadres thérapeutiques.

b. L'alliance comme variable inhérente au processus de psychothérapie

A partir du milieu des années 1950, le concept d'alliance est repris par plusieurs auteurs, à la fois du champ de la psychanalyse, mais également d'univers psychothérapeutiques nouveaux. On perçoit une réelle volonté de sortir ce concept relationnel fondamental du cadre strictement analytique, pour pouvoir l'appliquer et l'étendre de manière plus générale à tout processus thérapeutique. (71) C'est Elisabeth ZETZEL (médecin et psychanalyste américaine) qui fut l'une des premières à affirmer en 1956 que l'alliance thérapeutique était essentielle pour permettre l'efficacité de n'importe quelle intervention thérapeutique.

Dans les années 1970-1980, les chercheurs en sciences humaines souhaitent étudier et comparer l'efficacité des psychothérapies, notamment en termes de potentialité de changement qui est au cœur de tout processus thérapeutique. En 1980, une méta-analyse est réalisée aux Etats-Unis par SMITH, GLASS, et MILLER, reprenant plus de 400 études cliniques concernant l'efficacité des psychothérapies. (3) L'une des premières conclusions des auteurs a été de dire qu'aucune forme particulière de thérapie, qu'elle soit analytique, systémique, cognitivo-comportementale, ou autre, ne s'est montrée systématiquement plus efficace qu'une autre. Peu avant, en 1976, c'est LUBORSKY (l'un des fondateurs de la recherche scientifique sur les psychothérapies aux Etats unis) et ses collaborateurs qui publient un article affirmant que toutes les psychothérapies « *méritent un prix* », en démontrant que tous les procédés de psychothérapie étudiés à l'époque produisent un effet

thérapeutique. (6) Et c'est à partir de ces conclusions que les chercheurs en viennent à s'intéresser à la question de la relation d'alliance et de confiance que le patient construit avec le thérapeute.

Dans son travail de recherche, LUBORSKY pose la question de l'alliance thérapeutique qu'il décrit comme « *ce point dans la relation thérapeutique où d'un côté le patient élève le thérapeute à sa position d'autorité, mais d'un autre croit que cette puissance et cette autorité est partagée entre eux, qu'il y a un sens profond de collaboration et de participation dans le processus* ». (6) Dans les recherches qui ont suivi, les auteurs mettent petit à petit en lumière le fait que l'alliance semble représenter l'une des variables les plus importantes à l'initiation d'un changement au cours de la thérapie, que certains auteurs nomment la « *variable intégrative quintessentielle* ». (89) D'après plusieurs études, l'alliance représenterait même l'un des meilleurs facteurs prédictifs de l'issue du travail thérapeutique (63), que ce soit pour la cure analytique, ou bien tout autre type de thérapie. (67)

c. Enrichissement et diversification de la notion d'alliance thérapeutique

1) Un concept multidimensionnel

En 1979, BORDIN (psychologue et éducateur américain) reprend l'idée de la nécessité d'alliance comme support de la thérapie en affirmant qu'une bonne alliance est le prérequis pour qu'advienne un processus de changement, qu'elle que soit la forme de la psychothérapie. Pour lui, l'alliance ne possède pas de propriété curative à proprement parlé, mais elle constitue un levier important dans l'adhésion du patient à la thérapie et au suivi. BORDIN tente de définir l'alliance thérapeutique selon 3 axes interdépendants :

- les tâches de la thérapie
- les objectifs de la thérapie
- la qualité affective de la relation entre patient et thérapeute

Il définit la composante des tâches comme les activités spécifiques proposées par le thérapeute, et dans lesquelles le patient doit pouvoir pleinement s'engager. Par exemple, dans la cure psychanalytique, l'analysant doit, entre autres, adhérer à l'outil de libre association, c'est-à-dire accepter le fait de verbaliser tout ce qui lui vient à l'esprit lors des séances, sans évitement ni censure. Pour ce qui est des thérapies cognitivo-comportementales, le patient doit s'astreindre à la réalisation d'un certain nombre d'exercices pratiques et concrets prescrits lors des séances ou dans son quotidien. En thérapie familiale, il s'agira d'entretiens qui réunissent tous les membres de la famille, avec une communication encouragée et alimentée par le(s) thérapeute(s), parfois par le biais de certains outils ou mises en situation auxquelles toute la famille devra participer. Les buts de la thérapie selon BORDIN constituent les objectifs généraux que se fixent le patient et le thérapeute au cours du suivi, dans l'idée d'un mieux-être et d'un soulagement, que ce soit au niveau individuel, interpersonnel, ou dans son lien général avec son environnement. Enfin, BORDIN nomme la composante du lien relationnel qui unit patient et thérapeute (et qui vient désigner le degré de « bonne alliance »), basé sur le niveau de sentiment de compréhension, de respect, et d'estime que le sujet peut ressentir dans sa relation avec le thérapeute. Pour BORDIN, ces 3 aspects de l'alliance thérapeutique s'influencent entre eux. La qualité du lien semble représenter le facteur médian concernant la négociation des buts et des tâches de la thérapie. Et en retour, la bonne harmonisation dans les tâches et les buts entre thérapeute et patient va consolider la qualité du lien. BORDIN

conçoit de cette manière l'alliance comme une notion complexe, multidimensionnelle, et pour la première fois sous un angle dynamique.

En 1990, Louise GASTON (psychologue et chercheuse canadienne) propose un autre type d'approche multidimensionnelle de l'alliance thérapeutique, un peu différente de la précédente, en définissant 4 facteurs qu'elle considère comme inhérents à la constitution de ce lien particulier et nécessaire entre le sujet et le thérapeute (6) :

- la capacité du patient à travailler délibérément en thérapie
- le lien affectif unissant patient et thérapeute
- la compréhension et l'implication empathique du thérapeute
- l'accord que partagent le patient et le thérapeute concernant les buts du suivi

Cette approche reprend certaines idées de BORDIN. Mais elle diffracte davantage la question de la nature du lien relationnel entre patient et thérapeute, en citant d'une part l'engagement du patient, d'autre part la position empathique du thérapeute, et enfin la dimension affective de la relation.

2) Un mouvement relationnel plutôt qu'un état

Des recherches récentes se sont intéressées à la question de la temporalité de l'alliance thérapeutique. La plupart des auteurs que nous venons de citer évoquent l'alliance comme une base, un prérequis, une étape initiale afin d'entamer le processus thérapeutique. Evidemment, il semble très probable que la relation d'alliance établisse ses racines au cœur des premières rencontres. D'ailleurs, certains auteurs ont pu mettre en évidence qu'une forte alliance au début de la thérapie pouvait grandement influencer les effets du suivi, notamment en favorisant l'engagement du sujet dans la thérapie, en fournissant ainsi une base solide pour la suite du suivi. (6) (33) (48) (85)

Mais lorsqu'on se place dans la perspective relationnelle, il devient assez évident qu'il s'agit là de bien plus qu'une simple porte d'entrée. Du fait de sa nature interpersonnelle, l'alliance semble désigner davantage un processus qu'un état, avec par conséquent une dimension dynamique qui lui est inhérente. Des chercheurs américains et suisses se sont intéressés à cet aspect dynamique de l'alliance. (4) (17) (24) (72) Ils ont pu avancer une nouvelle conception théorique, notamment autour d'un perpétuel mouvement dans la relation thérapeutique qui se compose de moments de rupture et de moments de réparation de l'alliance, avec cette idée de modifications permanentes dans le lien patient-thérapeute, porteuses en partie du processus de changement visé dans la thérapie. (3)

L'équipe de Lausanne a tenté de préciser ce qui était en jeu dans la construction et le maintien d'une bonne alliance en adoptant le modèle de « *l'adéquation* ». (17) (18) Les auteurs concluent que pour établir un contexte favorable d'une bonne relation thérapeutique, il y a nécessité d'une adéquation entre les actions et les interventions du thérapeute d'un côté, et les caractéristiques dynamiques spécifiques au patient de l'autre, notamment en termes de conflits internes et de mécanismes de défense. Si l'on s'appuie sur la célèbre formule de Daniel STERN, pédopsychiatre et psychanalyste américain qui s'est beaucoup intéressé à la construction des premiers liens mère-bébé, on pourrait parler d'un nécessaire « *accordage affectif* » entre le thérapeute et son patient, dans le sens de la construction d'un espace intersubjectif qui viendrait s'harmoniser progressivement, et qui nécessiterait d'être entretenu et maintenu, pour venir répondre de la manière la plus adéquate possible aux besoins du sujet.

B- Application clinique en médecine

a. Dans le champ des soins somatiques

En dehors du cadre des psychothérapies, il convient aussi d'évoquer le domaine des soins somatiques lorsqu'il s'agit d'alliance thérapeutique. Le concept d'alliance a en effet été largement investi par les acteurs de la médecine moderne. Avec le mouvement de libéralisme qui s'est opéré progressivement dans la société à la fin du XXème siècle, et notamment au travers de la remise en cause fondamentale du pouvoir des institutions sur les individus à la fin des années 1970, nous avons assisté à une modification profonde de la relation médecin-malade. Nous avons progressivement délaissé le modèle paternaliste historique, où la relation était basée sur un rapport vertical et asymétrique qui conférait une autorité absolue du médecin sur son patient, simple objet des traitements prodigués ; et nous nous sommes dirigés petit à petit vers un modèle délibératif et coopératif de la relation médecin-malade, avec un lien plus horizontal et une prise en considération des pensées et du vécu du patient vis-à-vis de sa maladie et des soins proposés. De cette manière, le malade a pris une place de sujet et même d'acteur dans sa prise en charge. Cette relation a été d'une certaine façon officialisée et cristallisée autour de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et qui met en avant le grand principe de consentement libre et éclairé au cœur de la prise en charge médicale. (55)

Face à ce bouleversement, les médecins ont vite perçu l'intérêt de créer avec leurs patients un lien de confiance suffisant pour pouvoir leur prodiguer les soins qu'ils jugeaient nécessaires. La question d'alliance est d'ailleurs devenue une préoccupation centrale dans le domaine des maladies chroniques, avec la nécessité pour les médecins qui suivent les patients au long cours que ces derniers acceptent et respectent de manière durable les prescriptions, afin de minimiser les conséquences futures de leur pathologie. L'acceptation renvoie ici à la notion nouvelle de « compliance », et le respect des soins et des traitements proposés désigne ce que l'on appelle l'« observance ». Par ailleurs, les cliniciens ont également rapidement compris qu'une relation d'alliance et de confiance avec le patient pouvait être améliorée grâce à l'information qui lui était délivrée concernant sa maladie et les traitements. Ce qui a sans nul doute ouvert grandement la voie de l'éducation thérapeutique, désormais largement plébiscitée et recommandée par les instances médicales actuelles. Ce volet spécifique des soins permet aux patients d'acquérir des connaissances spécifiques en devenant ainsi des « experts » de leur maladie, dans l'idée de favoriser leur autonomie dans la gestion des symptômes et des traitements.

Au-delà d'un aspect purement opérationnel de la fonction d'alliance en médecine, il semble qu'il y ait également une part non négligeable de l'impact du lien médecin-patient dans l'efficacité du traitement à proprement dit. Lorsque l'on dit cela, on pense évidemment au fameux phénomène connu depuis l'antiquité sous le nom d'effet « placebo » (ou à l'inverse d'effet « nocebo ») avec cette idée que la qualité de la relation potentialise (ou au contraire freine) l'efficacité d'un traitement. BALINT (psychiatre et psychanalyste britannique) formulait déjà cette idée de l'effet-médecin en 1955 dans son livre « *Le Médecin, son malade et la maladie* » en écrivant : « *le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine est le médecin lui-même* ». (5) Certaines études récentes sont venues confirmer cette constatation empirique. C'est notamment le cas d'une étude menée par le National Institute of Mental Health (NIMH) qui a mis en évidence le fait que l'alliance de travail avait une influence importante sur les résultats et les effets des traitements médicaux et pharmacologiques. (74) Dans une revue de la littérature sur les effets de la relation médecin-patient,

DI BLASI et son équipe ont démontré que l'association aux soins généraux de soins dits « *émotionnels et cognitifs* », qui correspondent à des consultations spécifiques autour d'un travail pour améliorer les attentes par rapport au traitement, avec la délivrance d'explications claires et honnêtes sur le diagnostic, les traitements envisagés, et les effets secondaires des traitements ou des bilans diagnostiques, produisaient des effets positifs pour le patient. (19)

b. L'alliance : objet d'étude et de recherche

1) Les facteurs d'influence potentiels de l'alliance

Comme nous venons de le voir, la question de l'alliance thérapeutique, que ce soit dans le domaine des psychothérapies ou de la médecine somatique, suscite toujours de l'intérêt par sa fonction nécessaire concernant l'entrée dans les soins, et son rôle probablement potentialisateur concernant l'efficacité du soin lui-même. Depuis une dizaine d'année, plusieurs auteurs se sont intéressés à la question, notamment en France. (14) (26) Mais le fait est que la recherche reste malgré tout assez peu développée dans ce domaine.

Concernant les facteurs pouvant influencer la qualité de l'alliance, les résultats des études sur le sujet tendent à montrer que l'alliance dépend assez peu du type d'approche thérapeutique employé, ou encore du contexte de travail thérapeutique, ce qui corrobore les résultats de la méta-analyse de 1980 concernant l'efficacité des psychothérapies. (3) En revanche, l'alliance serait davantage influencée par la qualité du lien et la mise en commun d'un projet thérapeutique, tant sur le plan des objectifs que sur les moyens mis en œuvre pour y parvenir (6) (47), à l'image de ce que BORDIN a pu développer comme théorisation de l'alliance. A côté de cette grande généralité, il y a finalement assez peu de facteurs précis qui ont pu être identifiés, ou même étudiés. Il s'agit bien souvent de données empiriques, notamment dans des publications qui concernent des retours d'expériences cliniques de la part de certaines équipes, et dans certains cadres précis. (81) (71) La recette d'une bonne alliance est donc loin d'être élucidée par la science ...

2) Tentatives de quantification de l'alliance

Avec un intérêt qui reste malgré tout très présent chez les acteurs de la santé, et notamment de la santé mentale, certaines études ont permis de mettre au point des échelles dans l'idée de quantifier le niveau d'alliance qu'il peut exister entre le thérapeute et le patient, pour tenter de prédire l'efficacité d'une thérapie ou d'un soin proposé, et éventuellement d'adapter l'intervention du thérapeute. Il existerait actuellement un peu plus de 70 échelles relatives à l'alliance et considérées comme opérationnelles en clinique. A noter néanmoins que les divergences peuvent être plus ou moins importantes d'une échelle à l'autre, notamment sur le point de la définition qui est accordée à l'alliance thérapeutique.

Pour ne citer qu'elles, les principales échelles générales actuellement utilisées pour évaluer l'alliance thérapeutique sont les suivantes :

- la WAI (et la version courte WAI-SR) : Work Alliance Inventory
- la HAQ (version I et II) : Helping Alliance Questionnaire
- la CALPAS : California Psychotherapy Alliance Scale

Les premières de ces échelles ont été conçues dans les années 1980-1990, dans les suites des recherches de LUBORSKY, HOWARD, et des théorisations de BORDIN. Dans une thèse de médecine

générale de 2014 qui cherchait à évaluer la fiabilité et la reproductibilité de ces outils chez l'adulte (61), la doctorante a pu mettre en évidence de meilleurs résultats concernant la WAI qui a été retenue à l'unanimité par le comité d'experts constitué, et dont l'usage était également le plus répandu en pratique clinique. Dans cette échelle (la version longue comportant 36 items), un premier questionnaire est destiné au patient, et le second en parallèle est destiné au thérapeute. Elle permet une autoévaluation de part et d'autre sur la fréquence des ressentis (de 1 = jamais, à 7 = toujours), que ce soit dans les vécus respectifs de chacun vis-à-vis de la relation patient-thérapeute, mais également dans la perception du travail et du processus thérapeutique qui est censé s'opérer.

A noter également qu'il existe certaines échelles utilisées de manière plus spécifique, et qui cherchent à s'adapter à des situations cliniques particulières, que ce soit en termes de population, de cadre clinique, ou encore de temps accordé pour la passation. On peut citer plusieurs exemples : la PDRQ-9 (Patient-Doctor Relationship Questionnaire) qui est une échelle ultrabrève appliquée dans les soins primaires ; la SAR (Scale to Assess Relationship) spécialement conçue pour des patients avec des troubles psychiatriques sévères dans un cadre communautaire ; ou encore les versions adaptées pour enfants et adolescents des 3 échelles classiques citées plus haut. (75)

L'intérêt de la passation de ces échelles est de recueillir des données objectives concernant la qualité du lien soignant-soigné, lien dont on sait qu'il est en partie prédictif d'une évolution thérapeutique favorable. On pourrait également y voir un intérêt concernant le fait d'identifier des alliances de moins bonne qualité, avec un effort d'ajustement qui pourrait être fait du côté des soignants pour permettre une amélioration de la qualité du lien.

C- Réflexions éthiques sur l'alliance thérapeutique dans le soin contemporain

a. Du côté des soignants : levier thérapeutique ou manœuvre d'autorité ?

Dans le champ médical, on peut se demander si l'alliance thérapeutique n'est pas perçue par les professionnels comme un simple moyen, voire une stratégie relationnelle, pour pouvoir imposer au patient les préconisations dictées par le savoir scientifique biomédical ; ceci dans l'intérêt de la santé du patient, mais avec une volonté d'influence et de pouvoir sur ce dernier afin de le faire passer de la situation dite « pathologique » à une situation dite de « normalité ». Cela peut nous renvoyer à ce que Michel FOUCAULT nommait le « *biopouvoir* », notion qui vient désigner le pouvoir sur les corps, et qui est parfaitement symbolisé par la relation médecin-patient jusque dans les années 1970. Comme nous l'avons vu précédemment, cette relation prenait effectivement la forme du paternalisme médical, qui se caractérisait typiquement par des relations verticales et hiérarchiques dans la question de l'information et des décisions de soins. Aujourd'hui, le cadre relationnel a clairement évolué, notamment grâce au mouvement libéraliste de la fin du XXème siècle, avec le point d'orgue que représente la loi Kouchner de 2002 que nous avons mentionnée plus haut. Malgré tout, la question du choix, du libre arbitre, de la souveraineté, et de l'autonomie dans le domaine de la santé reste une question légitime, loin d'être réglée, ce qui est probablement une bonne chose.

Cette question est tout particulièrement active dans le domaine du soin psychique, puisqu'elle se pose quotidiennement pour les professionnels. A quel moment le patient est-il en capacité de décider ou d'accepter les soins qu'on lui propose ? A quel moment les troubles psychiques sont-ils si envahissants au point qu'ils amputent le patient dans ses capacités de discernement ? Et si incapacité il y a, s'agit-il d'une incapacité totale ? Les réflexions éthiques en

psychiatrie moderne tendent plutôt à défendre le contraire, en affirmant que « *l'inaptitude à consentir aux soins ne signe pas une inaptitude et encore moins une illégitimité globale à décider pour soi* ». (37) Le thérapeute, quel qu'il soit, peut aussi être enclin à concevoir un bien à atteindre pour son patient, et ainsi avoir la tentation de souhaiter lui imposer cette orientation, de manière plus ou moins consciente, malgré les pléines capacités de discernement de ce dernier.

Devant des phénomènes d'influence et de pouvoir qui restent toujours à l'œuvre malgré les évolutions législatives et sociétales, la notion d'alliance pourrait ainsi être perçue comme le moyen d'accéder à l'accord du patient, avec un aspect pervers du lien, que ce soit sous une forme d'abus d'autorité, ou encore de séduction. Mais il ne s'agirait plus alors d'une alliance au sens véritable du terme, comme celle que nous pouvons concevoir depuis le début de ce propos. Il s'agirait tout bonnement d'une nouvelle forme de paternalisme qui serait édulcoré, simulé, voire camouflé dans une relation dite de confiance qui n'aurait alors plus rien d'authentique. Il est donc du devoir des professionnels de rester attentifs à cette question de l'alliance, afin qu'elle garde tout son (bon) sens et toute son essence dans la rencontre avec le patient et dans les soins.

b. Du côté du soigné : vers un critère de satisfaction pour l'utilisateur / consommateur ?

Depuis les années 1980-1990, le droit de regard et de critique des patients sur le système de soins s'est largement développé, initialement dans le mouvement qui s'est opéré grâce aux associations de patients lors de l'explosion de l'épidémie de SIDA. Les malades pouvaient alors clairement exprimer leur volonté de devenir des acteurs à part entière de leur prise en charge. Le statut d'« *usager* » a ensuite été créé à la fin des années 1990, avec un désir d'accorder une place privilégiée aux patients dans les décisions concernant l'organisation des services de soins. Ceci s'est concrétisé notamment avec la création d'une fonction de représentant des usagers au sein des administrations hospitalières. (92) Ce changement a permis aux professionnels de santé d'être en lien direct avec les besoins et les attentes des patients vis-à-vis des services de soins. Un autre exemple de ce nouveau mouvement des usagers est celui des questionnaires de satisfaction, désormais monnaie courante dans les établissements hospitaliers. Ces questionnaires permettent de recueillir les impressions et vécus des patients durant leur séjour, dans un but d'amélioration de la qualité des soins.

Cette évolution représente indéniablement un progrès dans le système de santé français. En revanche, nous avons également pu voir émerger en parallèle certaines dérives, qui sont loin d'être rares ou anecdotiques. Certains patients prennent en effet une posture d'autorité, se plaçant dans une véritable logique consumériste vis-à-vis des services de soins, position qui vient à nouveau déséquilibrer la relation soignants-soignés. En tant que clients du soin, ces usagers adoptent parfois une attitude exigeante, en exprimant leurs pleins droits de recevoir tel ou tel service de soins, et de la manière dont ils l'entendent. (21) Ce phénomène semble aller de pair avec le nombre de plaintes et de recours judiciaires qui a explosé ces dernières années, procédures qui découlent en partie de mécontentements ou de désaccords avec les professionnels de santé. Nous rentrons alors ici pleinement dans une perspective de satisfaction clientèle, bien loin de la question de l'alliance thérapeutique ; puisque cette dernière sous-entend une implication réelle et motivée dans le travail thérapeutique de la part du sujet, en acceptant les méthodes et techniques de soins que le thérapeute peut lui proposer de mettre en œuvre pour l'aider.

Il convient donc de rester vigilant au fait de ne pas se laisser prendre à l'idée d'une marchandisation totale du soin, et encore moins en ce qui concerne le domaine de la santé mentale, même si le système actuel semble parfois nous y encourager. Et pour cela, il est du devoir des professionnels, appuyés des autorités administratives et politiques, de rappeler cette nécessité aux patients-usagers. Car la notation de 1 à 5 sur Google, ou encore les avis écrits sur tel praticien ou tel établissement de santé, à la manière d'une note ou d'un commentaire laissé après un repas au restaurant, ne semble pas être une démarche des plus porteuses. (93) En effet, lorsqu'il s'agit de la santé, et en particulier de la santé mentale, bien loin de s'acheter ou d'être consommée, on parle bien d'un processus et d'un travail thérapeutique qui se co-construit patiemment, et en grande partie grâce au lien de confiance et de respect qui s'établit entre soignants et soignés.

c. L'alliance : un point d'équilibre de la relation soignant-soigné ?

Pour résumer, l'alliance représente certes un moyen essentiel pour aider le patient. Mais celle-ci doit pouvoir se déployer de manière sincère et authentique, dans un souci éthique permanent de la part des soignants, afin de se dégager d'un éventuel phénomène d'emprise dans la relation, basé sur des principes moralistes plutôt que sur une bienveillance réelle. Car malgré les connaissances, les savoirs et l'expérience des professionnels, c'est bien le patient qui finalement définira ses ambitions et ses désirs thérapeutiques par et pour lui-même. D'un autre côté, c'est également aux patients que revient la responsabilité de ne pas se laisser prendre dans une logique de consommation du soin, qui viendrait entraver significativement la rencontre avec les soignants, et qui risquerait de le laisser à la porte d'un processus thérapeutique qui pourrait lui être bénéfique. Au-delà d'une question d'accords tacites ou signés, d'informations et de consentement éclairé, ou bien encore de satisfaction clientèle, l'alliance thérapeutique pourrait alors représenter le cadre d'une relation qui se tisse avec justesse et équilibre, dans une attention et une réflexion éthique permanente du côté des professionnels, et dans le respect de la fonction soignante du côté des patients. Et c'est en cela que l'alliance pourrait être à la fois la ligne de départ, le point d'équilibre, et le fil conducteur du processus thérapeutique, et ainsi retrouver toutes ses lettres de noblesse et son efficience.

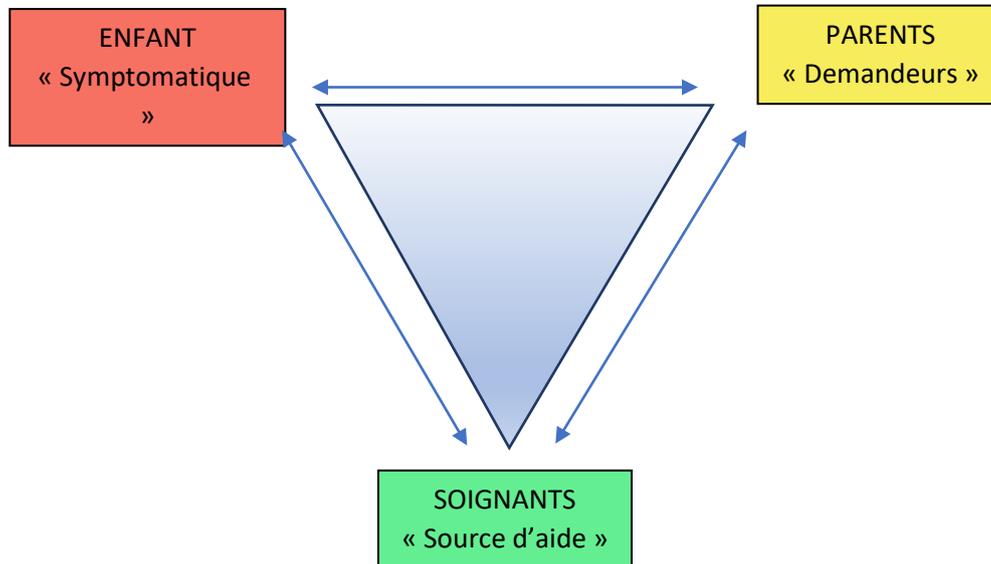
II) Le lien parents-soignants en pédopsychiatrie : hypothèses, réflexions, et pistes de travail

A- Une alliance complexifiée

« Dans cette aide à l'enfant, les parents sont eux-mêmes impliqués, ce qui constitue d'emblée entre eux et le consultant un lien fonctionnel qui, tout au long de la cure, en soutiendra la trame ». (73)

L'alliance thérapeutique en pédopsychiatrie, de manière assez évidente, relève d'une dynamique infiniment plus complexe que ce que FREUD pouvait concevoir dans sa relation avec son analysant, seul à seul dans son cabinet. En effet, cela dépasse de très loin la question d'un lien de confiance mutuelle entre un sujet et son thérapeute. Tout d'abord, nous ne sommes plus face à la

dyade relationnelle classique, mais bien face une triade : à savoir l'enfant, ses parents, et les soignants. Il s'agit donc d'une alliance qui se construit à plusieurs niveaux et sur plusieurs plans.



Cette notion de triade est la représentation la plus simple que nous puissions faire de ce qui se passe dans les relations entre l'enfant, ses parents, et l'institution soignante. Puisqu'il s'agit là des 3 pôles élémentaires, dans le sens de 3 groupes différenciés par leurs caractéristiques, leurs croyances, et leur vécu respectif. D'un côté, nous avons l'enfant, individu en cours de développement et donc par définition immature, qui porte le symptôme bien souvent à l'origine de la rencontre. D'un autre côté, nous avons les parents, adultes référents de l'enfant, qui partagent un vécu familial commun (ou du moins partiellement), et qui sont bien souvent à l'initiative de la demande d'aide pour leur enfant. Et enfin, le 3^{ème} pôle concerne le groupe soignant, qui réunit des professionnels qui partagent une expérience de soins et des connaissances communes au sein d'une même institution, groupe qui se positionne comme point d'accueil de la demande et de la souffrance, et comme source d'aide potentielle.

Ce triangle relationnel peut évidemment se complexifier davantage, lorsque l'on s'intéresse aux individus qui composent chacun des groupes. Concernant le « pôle parental », on peut prendre en compte chaque parent comme une entité individuelle, ce qui est à considérer comme tel en pratique clinique, puisque les deux parents, même s'ils ne sont pas séparés ou en conflit, ont des histoires, des croyances, et des avis différents sur leur enfant. Par ailleurs, ce premier niveau de complexité est sans compter sur la composition des familles de plus en plus diversifiée, avec parfois des adultes référents à l'initiative de la demande d'aide qui peuvent être des personnes autres que les parents au sens strict du terme, comme les assistants familiaux, les éducateurs, les beaux-parents, les grands-parents, etc. Mais le propos qui va suivre se concentrera sur la question de la place des parents dans la relation avec les soignants, même si un certain nombre de principes que nous allons développer ici pourrait également s'appliquer à d'autres intervenants.

Pour ce qui est du « pôle soignant », la complexité est également à considérer avec attention. Dans la situation du soin en pédopsychiatrie, il est assez rare qu'il n'y ait qu'un seul professionnel qui

intervienne auprès de l'enfant et sa famille. Il s'agit la plupart du temps d'une équipe pluridisciplinaire de soignants, avec des individus qui ont inévitablement des bagages de connaissances et de savoirs différents, du fait de leur statut ou de leur expérience professionnelle. Cette caractéristique est particulièrement bénéfique dans la diversité des soins à apporter en pédopsychiatrie, ainsi que dans les regards croisés qui viennent enrichir la compréhension de la clinique et des situations. Mais cette diversité peut également (et de manière inévitable) occasionner des divergences de points de vue sur les soins, les méthodes, ou sur bien d'autres éléments de l'intervention thérapeutique.

Enfin, nous nous trouvons également face à un 3^e niveau de complexité en ce qui concerne le « pôle de l'enfant ». Car selon son âge, son niveau de maturité, le type de troubles qu'il présente, les besoins et les demandes qu'il pourra ou non exprimer directement, celui-ci aura plus ou moins « son mot à dire » sur le procédé thérapeutique le concernant. Il représente à lui seul un élément de ce triangle relationnel, et non pas seulement l'objet d'une relation qui se passerait uniquement entre ses parents et les soignants.

B- Eclairages théoriques de la relation parents-soignants

Dans la suite de notre propos, nous allons tenter de mettre en lumière les mécanismes psychiques et relationnels qui sont à l'œuvre entre les différents pôles de ce triangle ; ceci dans le but d'extraire des pistes de travail pour favoriser l'alliance thérapeutique en pédopsychiatrie, en particulier dans le lien parents-soignants, sans pour autant exclure totalement l'enfant de ce processus. Nous débuterons par quelques concepts généraux qui sont issus du champ idéologique chronologiquement le plus ancien et le plus fondateur pour la relation d'aide en psychiatrie et en psychologie, à savoir la psychanalyse. Puis nous élargirons notre regard en nous intéressant à d'autres courants de pensées et d'autres concepts, qui sont venus enrichir l'appréhension de la relation thérapeutique, et qui peuvent également nous guider dans la compréhension du lien qui se tisse entre parents et soignants dans le cadre de la psychiatrie de l'enfant et l'adolescent.

a. Au commencement était... la psychanalyse

1) Le Transfert

Le concept de transfert a été initié par FREUD à la fin du XIX^e siècle, initialement dans la question des résistances qui pouvaient se mettre en place dans les cures réalisées auprès des sujets hystériques (28), comme dans le cas d'Ida Bauer. FREUD a ensuite fait évoluer ce concept pour le placer non pas du côté des freins mais du côté des moteurs, le transfert étant un outil essentiel et inhérent à la cure psychanalytique. Il décrit cela comme une faculté générale des individus à transposer sur d'autres personnes, des sentiments et des désirs inconscients qui ont émergé avec les premiers objets d'amour, à savoir généralement les parents. Dans « *L'Interprétation du Rêve* » (29), FREUD mentionne ce processus sous le format d'un déplacement. Ce phénomène est démultiplié et amplifié dans la relation analytique, avec un transfert que le sujet va opérer sur la personne de l'analyste. En effet, le contexte de l'analyse favorise le transfert. Le patient, qui est en demande d'aide, est placé de fait dans une sorte de position infantile par rapport à l'analyste. Il y a donc ici une (re)mise en scène qui va être amenée à se répéter dans le temps au fil des séances régulières, et qui vient faire écho aux relations premières du sujet. LAPLANCHE et PONTALIS reprennent cette idée en

désignant le transfert comme un « *processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux* », associé à « *une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué* ». (56) C'est en cela que le transfert va permettre de déclencher chez le sujet des processus d'association, qui vont faire émerger à la conscience certains éléments de sa vie et de son histoire passée en les réactualisant, pour chercher à en éclairer le sens, et tenter de limiter chez lui certains schémas douloureux, voire d'apaiser certains symptômes.

Dans le cadre de la pédopsychiatrie, les mécanismes de transfert sont à prendre en compte à la fois du côté de l'enfant ou de l'adolescent, mais également du côté des parents. Souvent à l'initiative de la demande, ce sont eux qui vont se placer de prime abord dans cette position infantile caractéristique et propre à favoriser le phénomène de transfert. Ce sont eux qui sont les premiers à adopter une posture d'attente vis-à-vis du soignant. Cela va induire chez eux l'émergence de ces sentiments et désirs inconscients qu'ils ont pu vivre dans leurs premières relations d'objet. Selon les événements et la tournure de l'histoire infantile des parents, cela peut donc générer des mécanismes relationnels particuliers, parfois défensifs, et qui doivent être pris en considération, à la fois pour limiter les freins à la relation thérapeutique avec l'enfant, mais également comme des éléments éclairant la situation clinique et l'histoire du patient et de ses parents.

2) Le contre-transfert

Le contre-transfert vient quant à lui désigner la disposition psychique et les mouvements inconscients qui vont se produire chez l'analyste dans la relation thérapeutique avec le sujet. Les premières ébauches de la conceptualisation de cette notion ont été introduites entre autres par WINNICOTT et RACKER, avec une approche initialement basée sur la dimension péjorative du contre-transfert. Dans sa communication intitulée « *La haine dans le contre-transfert* » de 1947, WINNICOTT évoque les émotions négatives, et notamment les pulsions agressives, que les patients peuvent susciter chez l'analyste, en indiquant qu'il est de la responsabilité du thérapeute d'en prendre conscience pour ne pas se laisser emporter par celles-ci. « *Quel que soit son amour pour ses malades, il (le soignant) ne peut éviter de les haïr et de les craindre, et mieux il le sait, moins il laissera la haine et la crainte déterminer ce qu'il fait à ses patients.* » (86) RACKER reste dans la même perspective que celle de WINNICOTT, en mettant en avant les résistances que le contre-transfert peut occasionner. Il ajoute que ce processus est un mécanisme inévitable et inéluctable de la cure. Il ira même plus loin en disant que ce phénomène de contre-transfert précède probablement l'initiation du travail psychanalytique, avec l'idée que le thérapeute est prédisposé à développer des sentiments (parfois négatifs) à l'égard du patient « *avant même de l'avoir rencontré* ». (16)

C'est Paula HEIMAN, psychiatre et psychanalyste britannique d'origine allemande, proche de Mélanie KLEIN, qui au début des années 1950 va pour la première fois mettre en lumière les aspects positifs du contre-transfert, et qui seront ensuite largement repris par la communauté psychanalytique. Dans la même lignée des démonstrations de FREUD concernant le transfert, HEIMAN insiste sur le fait que ce processus peut effectivement apparaître dans la situation clinique comme un frein, avec notamment la question des émotions du praticien qui viennent se mêler à celles du patient dans la rencontre, et qui pourraient théoriquement venir troubler le travail d'interprétation. Mais elle vient pointer le contraire, en affirmant qu'il s'agit là d'un outil fondamental de la cure, permettant à l'analyste de se repérer dans sa relation avec le sujet, guidé par ses réactions internes et projectives vis-à-vis de lui. Cela l'éclaire précisément sur les mouvements inconscients de son patient, ceux-ci venant induire des mouvements inconscients spécifiques chez

lui-même. « *Ma thèse est que la réponse émotionnelle de l'analyste à son patient dans la situation analytique constitue l'un des outils les plus importants pour son travail. Le contre-transfert de l'analyste est un instrument d'investigation de l'inconscient du patient* ». (16) A la manière d'une boussole, les ressentis du thérapeute viennent ainsi l'informer concernant la relation d'objet que le patient vient construire et rejouer avec lui, ce qui est particulièrement aidant dans le travail d'interprétation et de mise en sens.

Si nous nous replaçons une fois encore dans le champ de la pédopsychiatrie, force est de constater que le contre-transfert est également inévitable, que ce soit dans la rencontre avec l'enfant mais également avec ses parents. Là encore, les ressentis des soignants permettent d'ajouter une plus-value de compréhension dans la situation, et peuvent probablement ouvrir des pistes de réflexion et d'interventions pour l'enfant et sa famille. A la condition, comme pouvait le dire WINNICOTT, que les soignants en aient suffisamment conscience pour ne pas se laisser envahir et entraîner par des vécus dits « négatifs », qui viendraient possiblement induire des réactions de rejet ou d'exclusion, notamment à l'égard des parents.

b. Théories de l'attachement : la question du lien sûr

1) Fondements et principes de l'attachement

Les premières théories concernant le système comportemental relatif à l'attachement ont été développées par BOWLBY dans les années 1970-1980. Ce psychiatre et psychanalyste britannique a étudié pour la première fois certaines modalités comportementales s'inscrivant dans le développement de l'enfant, et qui viennent régir une certaine dimension de la relation entre le bébé et ses parents, notamment dans la régulation des émotions dites négatives, en particulier lors des moments de détresse. Ces événements particuliers de stress induisent des comportements spécifiques à la fois chez le parent et chez l'enfant qui aboutissent entre autres à une proximité physique, avec de la part des adultes une attitude de protection et de réconfort dirigés vers l'enfant. Ces systèmes comportementaux ont été observés dès les premiers moments de vie du petit d'homme, mais également chez un grand nombre d'animaux. Ce qui vient corroborer d'un point de vue éthologique et évolutionniste l'hypothèse probable d'une fonction de survie de ce système comportemental.

Les stimuli de détresse, qu'ils soient internes ou externes à l'enfant, viennent activer ce système d'attachement de manière répétée dans les premiers temps de la vie. Les adultes impliqués dans cette activation comportementale récurrente deviennent ainsi progressivement ce que l'on appelle des « *figures d'attachement* » pour le bébé. Quand l'adulte répond de manière adéquate à la détresse exprimée par l'enfant, il active de manière simultanée un autre système qui se nomme le « *caregiving* », et qui désigne les mécanismes motivationnels et comportementaux du « prendre soin ». Le parent, figure d'attachement principal dans la plupart des cas, assure alors une fonction de « *caregiver* » pour le bébé. Une autre fonction lui est associée : celle de la « *fonction réflexive parentale* » qui, selon l'équipe de FONAGY entre autres (76), se définit comme étant la capacité à « *réfléter, contenir, labelliser, interpréter et résoudre les émotions négatives de son enfant* ». (41)

2) Les différents styles d'attachement

Dans la même lignée que les travaux de BOWLBY, et de manière quasi-synchrone, Mary AINSWORTH, psychologue américaine, a permis de mettre en avant différents styles d'attachement, notamment par la mise au point d'un protocole clinique original intitulé « *la situation étrange* ». (1) Ce protocole permet de recréer artificiellement un climat de stress et d'insécurité autour de l'enfant, favorisant l'activation de son système d'attachement. AINSWORTH a ainsi pu dégager 4 grands types d'attachement : le style sécure, évitant, ambivalent, ou désorganisé.

Dans le cas où l'activation du système d'attachement chez l'enfant entraîne en retour une réponse relativement adéquate et adaptée des adultes ayant à s'occuper de lui, un mode d'attachement de type « *sécure* » va pouvoir se développer. Cette modalité d'attachement permet progressivement à l'enfant d'expérimenter la résolution des situations de détresse grâce à la validation et la réassurance de ses parents, avec une intégration progressive des émotions négatives associées qui ne sont plus perçues comme désorganisatrices. Ces expériences répétées vont permettre à l'enfant de se constituer une base intrapsychique suffisamment stable et sécurisante, qui va par la suite l'amener à investir sereinement l'extérieur dans les phénomènes d'exploration. (39)

Dans certaines situations, les parents ou adultes référents ne vont pas répondre de manière adéquate ou suffisante aux besoins de sécurité de l'enfant. Les émotions négatives vont alors constituer une source de danger pour la survie psychique de l'enfant, ce qui va l'obliger à trouver d'autres stratégies pour limiter les niveaux de stress générés par certaines situations. Si l'environnement ne répond pas de manière adaptée, mais que par ailleurs il n'est pas trop imprévisible ou effrayant, l'enfant va développer un mode d'attachement « *insécure* » intermédiaire. Il peut alors soit adopter un mécanisme de maximisation de l'expression des besoins, avec des angoisses de séparation excessives, et qui alternent avec des attitudes de rejet vis-à-vis du caregiver : il s'agit du mode « *ambivalent-résistant* ». Ou alors, l'enfant peut avoir tendance à minimiser cette expression des besoins avec peu de signes de détresse, cela étant associé à des attitudes d'ignorance à l'égard du caregiver : il s'agit du mode « *évitant* ». Et enfin, dans le cas où l'environnement est de surcroît trop instable, imprévisible ou menaçant, cela peut mettre à mal directement le sentiment de cohésion interne de l'enfant, et ainsi générer chez lui un mode d'attachement « *désorganisé* ». Ce type de système d'attachement va induire une dysrégulation émotionnelle majeure, des comportements stéréotypés, ou bien des attitudes contradictoires, désordonnées, ou incohérentes dans la situation. Dans ces 3 styles d'attachement, les phases d'exploration successives au cours du développement de l'enfant vont s'avérer plus délicates, avec certaines difficultés qui risqueront d'apparaître notamment dans les relations interpersonnelles.

3) Les Modèles Internes Opérants

Au fur et à mesure de son développement, et au-delà de son style d'attachement principal, l'enfant va construire des schémas mentaux qui viennent généraliser sa perception des interactions, schémas basés sur la répétition de ses expériences précoces. BOWLBY nomme cela les « *Modèles Internes Opérants* » (MIOs). Ces schémas concernent la représentation de soi, de l'autre et de la relation, en particulier dans les situations de détresse. Ces mécanismes vont devenir automatiques et réflexes, et viendront s'appliquer à la fois au traitement cognitif, émotionnel, linguistique, et comportemental de l'information associé à l'activation du système d'attachement. (39) Le sujet va également par anticipation s'attendre à un certain type de réponse de l'extérieur, basé là encore sur la répétition des expériences précoces.

Dans le cas d'un mode d'attachement sécure, les MIOs restent relativement souples et ouverts face aux situations nouvelles, ce qui permettra une certaine adaptation dans les différentes situations de détresse auxquelles l'individu sera confronté, notamment avec une souplesse d'accueil quant à la variété des réponses qui seront émises de la part de son environnement relationnel. En revanche, dans le cas d'un attachement insécure, ces MIOs s'avèrent beaucoup moins souples, avec une tendance pour l'individu à construire dans l'espace interpersonnel des interactions qui lui sont familières ; de sorte que l'interlocuteur lui-même peut être amené, dans un jeu relationnel complexe, à répondre de la manière dont l'individu attende qu'il lui réponde, et donc bien souvent avec une réponse qui n'est finalement pas adaptée au besoin. Cela va induire un renforcement du modèle interne opérant, et ainsi le rigidifier encore davantage, en continuant d'alimenter un climat d'insécurité dans la relation. Enfin, il est à noter que le système d'attachement, qu'il soit sécure ou insécure, s'active d'autant plus que le niveau de stress ou de détresse sera élevé, avec semble-t-il une tendance à favoriser les MIOs les plus anciens, et donc les plus archaïques et les plus profondément ancrés. (45)

4) L'attachement dans la relation d'aide

La rencontre en consultation entre le sujet et le thérapeute est une situation paradigmatique de l'activation du système d'attachement chez l'adulte. (10) (54) (70) (77) Et cela est particulièrement vrai pour les parents qui amènent leur enfant consulter. En effet, nous sommes confrontés à des individus qui se trouvent de fait en situation de vulnérabilité face aux troubles de leur enfant, avec des mouvements émotionnels à la hauteur de l'étendue d'une blessure narcissique inévitable dans leur fonction parentale (73), allant du sentiment d'impuissance et d'échec, à la grande situation de détresse dans le fait de ne pas être parvenu seul à venir en aide à son enfant. Dans la rencontre avec un professionnel, il y a l'idée de venir chercher une aide et un soutien auprès de quelqu'un qui serait censé détenir la capacité de répondre aux difficultés, au travers de connaissances et d'une expérience professionnelle. Un Autre « *plus fort, plus sage, et désireux de venir en aide* ». (10) (64) Nous retrouvons ici typiquement toutes les conditions nécessaires à l'activation du système d'attachement. Par ailleurs, dans le cadre de la première consultation, le niveau de stress va être inéluctablement augmenté par les conditions nouvelles de cette rencontre. En effet, les parents se rendent dans un lieu inconnu, pour rencontrer une personne étrangère, dans des modalités qui sont bien souvent inédites pour eux. Cette part d'inconnue majore donc encore le niveau d'activation de leur système d'attachement.

Dans le cas où les parents ont pu développer un style d'attachement sécure, cette première rencontre ne posera pas forcément de problème outre mesure, en dehors d'autres facteurs qui pourraient impacter la relation. Mais dans la situation où les parents concernés par la demande se sont construits psychologiquement sur un mode d'attachement insécure, on se retrouve d'emblée face à une difficulté dont il convient de prendre toute la mesure, pour éviter de tomber dans des modalités relationnelles et interactionnelles qui seraient délétères pour l'établissement d'un lien de confiance, et donc qui pourrait remettre en cause la construction d'une alliance thérapeutique future. Par ailleurs, certains auteurs ont mis en évidence que lorsque le système d'attachement est activé de manière très importante, les besoins de l'individu, quel que soit son âge, deviennent prioritaires pour lui dans la situation. Le système d'attachement peut alors rentrer en compétition avec le système de caregiving. Ce qui signifie que, dans le cas d'une hyperactivation du système d'attachement, et en particulier chez les parents insécures, les besoins de ces derniers viennent s'exprimer fortement et au premier plan, et par conséquent reléguer les besoins de l'enfant au second plan. (34) (45) (54) (62)

5) Attachement, caregiving, et fonction soignante

En ce qui concerne le professionnel qui est impliqué dans la relation d'aide, il y a une activation forte du système de caregiving, inhérente à sa profession, et qui constitue une bonne partie de sa fonction soignante. Il va provoquer un mouvement d'aide adressé à l'autre, en déployant ses capacités attentionnelles, de compassion et d'empathie, afin d'accompagner et de soutenir au mieux la résolution d'une situation de détresse chez la personne dont il prend soin. Mais d'un autre côté, le soignant peut également être amené dans certaines situations à activer son propre système d'attachement. Il s'agira de contextes particuliers pourvoyeurs de stress, avec des facteurs divers mais qui peuvent parfois se cumuler : que ce soit du fait de la première rencontre avec la part d'inconnue qu'elle implique ; ou bien le comportement des parents ou de l'enfant que le soignant peut vivre comme menaçant (ex : posture agressive, rejetante, dénigrante à son égard) ; ou encore dans la violence de ce qui peut se raconter pendant la rencontre (ex : évocation d'évènements de vie traumatiques dans l'histoire de la famille, discours chaotique et décousu qui crée de la confusion et un sentiment d'étrangeté, etc.).

Toutes ces situations peuvent potentiellement mettre le professionnel en difficulté émotionnelle. Et comme nous l'avons vu, lorsque le système d'attachement est fortement sollicité, il rentre en compétition avec le système de caregiving. Ce qui signifie que le soignant, dans ce genre de situation, est à risque de perdre sa fonction soignante. Cela peut aller du simple désintérêt (mode ambivalent-résistant), à des sentiments clairement négatifs et rejetants à l'égard des familles (mode évitant), jusqu'à une véritable paralysie cognitive avec une incapacité à mentaliser la situation et à proposer des axes de soins (mode désorganisé). Dans le cas d'un attachement plutôt sécure chez le soignant, le niveau de « menace » devra certainement être relativement élevé pour en arriver à ce cas de figure. En revanche, pour les soignants qui se sont construits selon un style d'attachement insécure, il conviendrait de développer une vigilance particulière à ce sujet afin d'y être sensibilisé, et pouvoir l'anticiper.

Cette question de l'activation du système d'attachement chez les professionnels de santé a finalement été assez peu étudiée dans la littérature. Pourtant, il s'agit là d'une question essentielle à soulever ; question d'autant plus importante dans le domaine de la pédopsychiatrie où les situations qui impliquent des parents et/ou des enfants « insécures » sont particulièrement fréquentes, avec des interactions qui mènent inévitablement à des moments de stress et de détresse dont les soignants doivent être capables de se dégager. Enfin, il est important de mentionner une hypothèse qui, là encore a été très peu étudiée, mais qui paraît pourtant très probable dans les faits : il existerait une surreprésentation des modalités d'attachement insécures chez les professionnels de la santé mentale. (20)

6) Les voies de la sécurité pour nouer de l'alliance : le caregiving du caregiving

Dans un article de l'équipe de Nicole GUEDENEY concernant les ressentis négatifs du thérapeute (40), les auteurs proposent un certain nombre de stratégies pour limiter les situations qui engendrent une activation excessive des systèmes d'attachement chez les parents et chez les soignants ; ceci afin de permettre de retrouver les conditions nécessaires à l'établissement d'un espace intersubjectif sécurisant, et ainsi favoriser un lien de confiance et une alliance de qualité.

Du côté des soignants :

La première de ces stratégies réside dans le fait de diminuer le niveau de stress chez le soignant, ceci dans l'idée de limiter l'activation de son système d'attachement, et donc de favoriser le déploiement de ses capacités de caregiver. Tout d'abord, il peut être intéressant pour le professionnel d'identifier et de reconnaître les ressentis négatifs que génère la rencontre. En prenant conscience et en analysant son propre vécu interne, cela permet au soignant une certaine prise de recul qui va l'amener à reprendre une forme de contrôle sur la situation. Par ailleurs, il est intéressant pour lui d'accueillir ce vécu et de le percevoir comme ayant une valeur clinique et sémiologique forte sur le mode relationnel qui s'établit avec la famille, et qui peut grandement l'aider à s'orienter concernant les problématiques psychiques et interactionnelles des parents et des enfants. Ce savoir théorique mis en avant permet au soignant de se reconnecter à ces compétences soignantes, ce qui le protège de l'activation automatique de son système d'attachement. Enfin, et de manière plus pragmatique, les auteurs proposent la technique du « time-out », qui désigne l'interruption volontaire (ou involontaire) de l'interaction stressante. (65) (78) Il existe différentes séquences comportementales qui permettent cela : par exemple, se lever de son siège avec une prise de distance physique avec l'interlocuteur ; ou bien changer de cible d'attention dans l'échange, comme s'adresser à un autre interlocuteur ; ou encore entrainer la discussion sur d'autres thématiques que celle à l'origine de l'inconfort du soignant. (40) Cette technique permet au professionnel de ne pas se laisser embarquer dans une situation de stress qui viendrait le submerger, et donc inhiber ses capacités soignantes.

Du côté des parents :

Il est également pertinent de s'intéresser aux stratégies qui permettent de réduire les sources de stress chez les parents, là encore pour éviter les barrages qui risqueraient de s'établir dans la relation par une trop grande activation du système d'attachement. L'un des premiers axes de travail concerne la diminution du stress lié au cadre de la rencontre. Dans cette idée, il convient ici d'être particulièrement attentif au dispositif d'accueil des parents. Cela passe volontiers selon les auteurs par des choses relativement simples, mais qui relèvent d'une très grande importance dans la limitation de l'angoisse liée à l'inconnue des premiers contacts. Voici quelques exemples de propositions concrètes :

- limiter le temps d'attente en s'efforçant d'être à l'heure pour cette première rencontre
- se présenter clairement aux familles lors du premier contact
- s'enquérir de la facilité ou des difficultés rencontrées pour venir jusqu'au lieu de rendez-vous
- expliquer les méthodes de travail habituelles du lieu de soins en justifiant l'intérêt de ces dernières (13)
- porter une attention particulière à la fin de cette première rencontre en proposant un cadre de soins dans lequel les familles vont pouvoir se projeter rapidement et concrètement, notamment par le biais d'un planning de rendez-vous ou d'objectifs fixés pour la prochaine rencontre
- signifier la pleine disponibilité du soignant en cas de besoin jusqu'au prochain rendez-vous (46)

Le 2^{ème} axe proposé vise l'appréhension et l'accueil par les soignants de la demande d'aide exprimée par les parents. Pour commencer, il s'agit de s'intéresser à la manière dont le soignant va se saisir et aborder le motif de venue. Le fait d'aborder trop rapidement, trop directement, ou en détails le motif de consultation risque de mettre le parent dans des conditions d'activation maximale de son système d'attachement. En effet, si on vient appuyer d'emblée « là où ça fait mal » avec un focus qui porte en premier lieu sur les difficultés et les vulnérabilités des parents, le sentiment

d'échec et d'impuissance risque d'être décuplé et de participer à amplifier un vécu de culpabilité bien souvent déjà très présent avant même la rencontre avec les soignants. Si l'on amorce les choses différemment, et notamment en interrogeant le parent sur son vécu vis-à-vis de cette demande de soin dont il est à l'initiative, tout en reconnaissant les difficultés d'une telle démarche, cela va lui permettre de trouver rapidement une place active auprès du thérapeute et de son enfant. Cette considération lui permettra également de faire plus facilement confiance à ce professionnel qui s'intéresse, non pas seulement à son enfant et à ses troubles, mais également à lui et à son vécu en tant que parent et sujet. Par ailleurs, il peut être également intéressant et informatif de questionner le vécu du parent sur d'éventuelles expériences antérieures de demande d'aide, ce qui pourrait orienter sur ses modalités principales d'attachement. Le professionnel pourra ainsi s'adapter à un éventuel style insécure, en étant d'autant plus vigilant à créer des repères de sécurité afin de favoriser l'alliance. (38) (84)

Le 3^{ème} axe de réflexion concerne l'aspect relatif à la métacommunication de la rencontre, c'est-à-dire parler de ce qui est parlé, et de la manière dont cela est vécu et ressenti dans la relation. Ainsi, le soignant amène le parent à pouvoir exprimer librement les émotions négatives qu'il peut éprouver dans le cadre des soins. On vient de cette manière identifier, valider, valoriser et accueillir ces émotions et ces vécus afin de pouvoir y mettre du sens, à la manière de ce que l'on pourrait qualifier comme « fonction réflexive soignante ». Cela permet également de signifier aux parents que l'expression de ce genre d'émotions n'entraîne pas nécessairement du rejet de la part de l'Autre. Ce qui offre en général une expérience nouvelle et inédite pour les parents à tendance insécure. Il s'agit là d'un élément important de la construction d'un lien satisfaisant entre parents et soignants. Par ailleurs, et de manière générale, c'est toute l'attention portée au vécu émotionnel du parent (et en particulier le vécu négatif et douloureux) qui permettra de créer un lien véritable de confiance et de sécurité.

Enfin, le dernier axe de travail vis-à-vis des parents réside dans toutes les stratégies relationnelles qui permettent d'induire du partenariat, en impliquant concrètement les parents aux côtés des professionnels dans le cadre des soins. Cela passe tout d'abord par le fait de s'intéresser à leurs hypothèses étiologiques concernant les troubles de leur enfant, ou bien aux types de soins qui leur paraissent les plus pertinents. Cela passe aussi par le fait de leur laisser l'opportunité de participer au processus thérapeutique. De cette manière, le soignant vient renforcer sensiblement les compétences propres du parent en tant que caregiver, en valorisant également sa place d'« expert » concernant l'enfant. Cette coopération mutuelle sera favorable à une co-construction bénéfique du cadre de soins, en élargissant grâce à la famille les ressources et les voies thérapeutiques possibles pour l'enfant.

c. L'héritage de Palo Alto : communication et systèmes

1) Théories de la communication : un nouvel élan pour les psychothérapies

Dans les années 1950 aux Etats-Unis, on voit émerger des courants de pensées interdisciplinaires qui tentent d'appréhender les phénomènes humains et environnementaux et d'en dégager des grands principes généraux, applicables dans différents domaines scientifiques. C'est notamment le cas du mouvement de la « Cybernétique », qui a mis au point certaines théories de l'information et de la communication. La cybernétique désigne un courant de pensées et de recherches qui a permis de concevoir des modèles théoriques et expérimentaux concernant les échanges d'informations et les processus de régulation sous-jacents, présents entre autres au sein

des systèmes biologiques, mécaniques, ou thermodynamiques. 2 grandes étapes ont eu lieu dans ce mouvement idéologique, avec ce que l'on nomme la 1^{ère} puis la 2^{ème} cybernétique. La 1^{ère} cybernétique a mis l'accent sur la question de la rétro-action et du rétro-contrôle (feedback) dans un système, qui survient en conséquence d'un phénomène donné, et qui vient réguler la réponse et la source du stimulus. On peut donner l'exemple du phénomène de la fièvre chez l'être humain. Celle-ci entraîne une montée de la température corporelle, qui va induire des mécanismes physiologiques telles que la sudation, et qui elle-même par le biais d'un processus d'évaporation d'eau va occasionner une perte calorique et donc un phénomène de refroidissement pour permettre un maintien de la température du corps autour de 37,5°C. Quelques années plus tard, dans la même continuité idéologique, il y a eu l'émergence de la 2^{ème} cybernétique qui s'est intéressée à la notion de récursivité, désignant l'action et la fonction des éléments du système les uns sur les autres. Elle a également mis en lumière les phénomènes d'autogestion et d'auto-organisation systémique, faisant évoluer la conception du système d'un modèle linéaire de cause à effet avec régulation de la cause, vers un modèle complexe intra et interconnecté. Toutes ces théories et modélisations mettent en avant la nécessité inhérente au système du maintien d'un certain équilibre, même si celui-ci peut être amené à se modifier dans le temps.

Durant cette même période, certains chercheurs américains, dont Grégory BATESON, ont insufflé des idées et des perspectives nouvelles dans le champ de la psychiatrie et des psychothérapies, en se basant sur ces théories de la communication. BATESON, qui possède déjà un bagage de compétences pluridisciplinaires (anthropologie, psychiatrie, zoologie, sciences de la communication), est motivé dans ses recherches par l'idée de percer les mystères du fonctionnement humain, et en particulier des relations interpersonnelles. Avec son équipe, il va ainsi développer une approche systémique et interactionniste des systèmes humains. Au travers de cette approche, l'interaction et la communication interpersonnelle est mise au centre de l'attention. La relation prévaut désormais sur l'individualité, avec cette idée fondamentale que tout comportement humain a une valeur communicante. « *Tous les phénomènes humains peuvent être perçus comme un vaste système d'interactions qui s'impliquent mutuellement* », avec l'idée que « *les troubles psychiques peuvent être ramenés à des perturbations de la communication entre l'individu, son entourage et le contexte dans lequel il évolue* ». (69) On change ici radicalement de paradigme, avec la recherche d'une intervention thérapeutique qui aurait lieu, non plus au niveau du sujet, mais au niveau de la relation.

L'ensemble des scientifiques et chercheurs qui vont s'inspirer des travaux de l'équipe de BATESON et qui travailleront dans les mêmes perspectives, constitueront ce que l'on appellera plus tard l'École de Palo Alto. Ce mouvement sera à l'origine d'un courant de pensées floride et diversifié, avec des recherches et des expérimentations qui donneront naissance à de nouvelles méthodologies de psychothérapies, comme par exemples les thérapies systémiques familiales, l'hypnose eriksonienne, la gestalt-thérapie, ou encore la PNL (Programmation Neuro-Linguistique), etc. Au-delà de l'aspect méthodologique, il s'agit là d'un véritable tournant et renouveau en ce qui concerne les soins psychiques, qui étaient jusque-là pensés quasi exclusivement du côté de la psychanalyse, ou bien de l'enfermement asilaire. On s'intéresse désormais à la dimension relationnelle et contextuelle des troubles du sujet, en cherchant à dégager des solutions issues de son environnement. (69)

2) Théories des systèmes : une nouvelle place pour le thérapeute

La « Théorie générale des systèmes » a été développée par Ludwig VON BERTALANFFY (biologiste autrichien) entre les années 1940 et 1970, avec la publication aux USA d'un ouvrage du

même nom en 1968. Pour rappel, voici les principes fondamentaux de l'approche systémique, en particulier appliqué au système de la famille. Un système est à appréhender comme un réseau de relations qui interagissent les unes avec les autres. Si un changement s'opère au niveau de l'une des relations du système, l'ensemble du système se modifie. Le système est régi par des règles. Les éléments du système suivent ces règles, au travers de comportements répétés et organisés sous forme de schémas qui tendent à stabiliser les relations du système. Les règles, qu'elles soient explicites ou implicites, viennent définir les relations entre les éléments (ici les membres de la famille), en distribuant le rôle qui revient à chacun, les droits et les devoirs, ou encore le niveau de pouvoir des uns sur les autres. L'un des principes fondamentaux du système, c'est sa tendance à se comporter de manière à chercher le maintien d'un équilibre établi, que l'on nomme « *homéostasie* ».

Dans ses théories, BATESON perçoit les troubles psychiques et l'intervention psychothérapique au-delà des paradigmes traditionnels qui se réfèrent notamment au grand modèle de la thermodynamique issu des sciences physiques et chimiques, avec ce principe de conservation de l'énergie, et préfère s'inspirer des nouvelles sciences de l'information et de la communication citées plus haut, et notamment de la systémique. Dans ces nouveaux référentiels, on admet désormais que l'observateur (ici le psychothérapeute), du simple fait de sa présence, ne peut rester extérieur au système étudié, et en fait irrémédiablement partie. Dans cette perspective, l'inclusion du thérapeute comme étant intégré au système (ici le sujet et son environnement socio-familial) implique inévitablement un positionnement différent du cadre thérapeutique classique. En effet, le soignant n'est plus simple spectateur, commentateur, ou interprète du processus thérapeutique. Il fait bien partie de ce processus, avec une participation en tant qu'individu et sujet, c'est-à-dire en tant qu'être humain doué de pensées, d'intentions, de sensations, et d'émotions. De ce fait, le système étant déjà modifié, le processus de changement peut alors s'activer.

Pour aller plus loin que la simple constitution d'un cadre propice au changement, les chercheurs et praticiens dans le champ des thérapies familiales ont vite perçu l'intérêt de créer un lien positif et solide avec les familles et ses membres. La notion de « *joining* » (ou d'« *affiliation* »), qui se rapproche pour partie de la notion d'alliance, a été développée et théorisée. Il s'agit de s'approcher au plus près des croyances, des valeurs, et des principes de fonctionnement de la famille, et de pouvoir accueillir tous ces éléments-là avec empathie. C'est de cette manière que les membres de la famille (voire la famille entière) pourront ainsi accepter le thérapeute dans le « *cercle* » du système. Cette inclusion permettra par la suite de proposer et d'activer plus facilement des processus de changement chez les uns et les autres. Sans cette étape essentielle d'affiliation, les propositions thérapeutiques risqueraient probablement de ne pas être entendues ou acceptées. MINUCHIN, fondateur du courant structural des thérapies familiales, exprimait cette idée de la manière suivante : « *Si le thérapeute ne peut s'affilier à la famille et établir un système thérapeutique, la restructuration ne peut se faire et tout effort pour atteindre les objectifs thérapeutiques échouera.* » (66)

3) Application en pédopsychiatrie

Le cadre de la pédopsychiatrie est finalement assez proche de ce que l'on peut retrouver dans les thérapies familiales. En effet, il s'agit la plupart du temps d'entrer en contact avec l'enfant et ses parents qui l'emmènent en consultation. De la même manière, le soignant va désormais faire partie du système relationnel permis par cette rencontre. Sans parler de la mise en place d'une thérapie familiale à proprement dite (même si cela peut être proposé dans certains cas), le pédopsychiatre et les autres soignants impliqués dans la prise en charge deviennent des acteurs

privilegiés dans le système de la famille concernée, dans l'idée de venir apaiser les symptômes de l'enfant, notamment au travers d'un panel de soins diversifiés : suivi individuel médical ou paramédical, rencontres familiales, soins en hôpital de jour, hospitalisation complète, mise en place d'un traitement médicamenteux, etc. Pour que toutes ces propositions de soins puissent voir le jour et se concrétiser, il convient de « s'affilier », et notamment du côté des parents, pour qu'ils puissent adhérer et accepter les soins, en confiance. Et au-delà de cette obtention de l'accord du soin, la perspective systémique nous permet là encore de recueillir des données cliniques importantes, dans la perception que le professionnel peut se faire de la place qu'il tient auprès de l'enfant et de ses parents, et du vécu qui y est associé. Cela peut permettre d'élargir encore un peu plus la compréhension de la situation, et d'envisager de nouvelles perspectives de soins et d'intervention. Enfin, il semble important de prendre en compte la dimension pluriprofessionnelle inhérente à la pédopsychiatrie. Le système n'est plus simplement constitué de la famille et du thérapeute. L'élément « thérapeute » vient se diffracter au travers des nombreux professionnels intervenants au sein de l'institution soignante. Devant cette constellation soignante, il paraît essentiel, voire cruciale, de pouvoir organiser une coordination suffisante du côté des soignants, pour que le sens et la cohérence du soin puisse être perçu et compris à n'importe quel point du parcours thérapeutique. De manière assez évidente mais qu'il convient tout de même de rappeler, cela demande une communication suffisante et régulière entre les membres de l'équipe pour s'assurer de la bonne articulation des différents lieux du soin pour l'enfant et sa famille.

d. [A la croisée des mondes théoriques : concepts multidimensionnels](#)

1) [L'intersubjectivité comme lieu de la rencontre](#)

L'intersubjectivité est un concept à la fois intuitif et complexe, qui se place à la croisée de nombreuses sciences humaines et psychologiques. A l'origine, la notion d'intersubjectivité est issue de la pensée philosophique antique. Mais elle a été pour la première fois clairement explorée dans l'œuvre de d'Emmanuel KANT, qui la nomme ainsi à la fin du XVIII^e siècle dans son œuvre « *Critique de la faculté de juger* ». (52) Il développe l'idée que les hommes, qui sont des êtres pensants, ont la capacité de prendre en considération la pensée de l'autre, dans une sorte de « se mettre à la place de ». Cela se rapproche grandement de la théorie de l'esprit et du concept d'empathie. L'intersubjectivité a également été enrichie par le mouvement psychanalytique, en particulier dans le cadre de la théorisation freudienne de la relation d'objet, avec en toile de fond la question de la construction psychique qui s'opère dans le rapport interpersonnel. Le philosophe contemporain Edmund HUSSERL, l'un des fondateurs de la phénoménologie, a également contribué au concept d'intersubjectivité, en la basant sur « *l'existence d'une pluralité des sujets communiquant entre eux et partageant un monde commun, présent à la conscience de chacun* ». (35)

Au-delà du phénomène relationnel qui s'opère entre 2 sujets, l'intersubjectivité semble désigner tout autant, voire davantage, une sorte de point d'ancrage, un espace-temps, un contenant, permettant le partage des subjectivités entre 2 individus. Daniel STERN (pédopsychiatre et psychanalyste américain contemporain) emploie le terme de « *matrice intersubjective* » quand il évoque les phénomènes de co-construction et d'évolution perpétuelle des vécus intrapsychiques des individus au contact d'autrui, qui viennent se nourrir et s'alimenter les uns des autres. (80) Et dans le cadre thérapeutique, STERN définit le contact intersubjectif comme des moments particuliers d'harmonie entre patient et thérapeute, ou un « *paysage mental similaire* » se dessine de manière conjointe et simultanée, dans une forme d'attention conjointe et de vécus analogues. Il pointe différents mécanismes cognitifs et psychologiques à l'œuvre durant ces instants intersubjectifs, notamment les processus d'imitation, d'harmonisation des affects, la lecture des intentions d'autrui, ou encore l'empathie.

Si on tente de dégager une définition commune, on pourrait dire que l'intersubjectivité désigne un espace, un entre-deux, qui s'effectue dans la mise en relation des individus. Un espace qui peut alors devenir un lieu de partage, avec une mise en commun partielle de la vie mentale des sujets (émotions, pensées, désirs, sentiments, ...) au travers de la communication. On comprend aisément qu'il s'agit là du cadre paradigmatique de la relation psychothérapeutique. Et si nous nous replaçons dans le contexte de la rencontre avec les parents, l'intersubjectivité est omniprésente, du moment qu'un lien nourri par l'écoute et le partage se tisse avec les soignants.

2) Empathie, synchronies, et neurones miroirs : la dimension spéculaire de la relation

Au-delà de l'intersubjectivité, il paraît intéressant de nommer d'autres phénomènes psychocomportementaux qui naissent au sein de la relation, et en particulier au cours de la relation thérapeutique. En premier lieu, on pense évidemment à l'empathie. Du grec *em* = « à l'intérieur », et *pathos* = « ce que l'on éprouve », l'empathie désigne une « faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, et de percevoir ce qu'il ressent ». (90) Il s'agit donc d'une capacité jugée comme naturelle, qui permet d'identifier, de partager, et de comprendre le vécu de l'autre par un phénomène d'identification partielle. Ce mouvement reste relatif et ponctuel (d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une relation de soin), permettant à la personne (ici le soignant) de s'approcher du vécu de l'Autre en souffrance, tout en lui évitant de tomber dans une forme de fusion identificatoire qui le mettrait en grande difficulté, avec un état affectif et émotionnel qui viendrait l'empêcher d'assurer sa fonction soignante en tant que professionnel.

Ce concept général d'empathie peut être décliné au travers de certains mécanismes observables dans la relation, qui ont pu être décrits et étudiés à partir du modèle privilégié des interactions précoces entre la mère et son bébé. Daniel STERN avancera l'idée d'un « accordage affectif » qui se déploie dans ce type de lien, et qui désigne un partage par la mère et son enfant de mêmes états affectifs et comportementaux au même moment, au travers des différents canaux de la communication verbale et non verbale. (79) WINNICOTT quant à lui pointait la fonction de « mirroring » qui existe dans les expressions du visage de la mère, et qu'elle renvoie ainsi à son bébé selon des phénomènes d'identification et d'amplification des affects du bébé. (88) Cette fonction sous-entend une capacité de la mère à percevoir les émotions et les besoins de son bébé à ce moment-là, pour pouvoir les rejouer et les lui retransmettre. Enfin, d'autres auteurs comme BRAZELTON se sont intéressés à la dimension temporelle de la relation et de la communication, avec la notion de « synchronies ». La synchronie désigne ainsi « les variations simultanées des états affectifs et comportementaux de la mère et de son enfant lors des interactions, ... l'aptitude mutuelle des partenaires de la dyade mère-bébé à agir, réagir aux signaux, et à s'influencer en vue d'un échange ». (32) BRAZELTON a par exemple étudié les cycles d'attention-retrait dans la relation mère-bébé, avec la mise en évidence d'un effet bénéfique lorsque la mère était capable de respecter les attitudes de retrait et d'éloignement de son bébé, lui permettant d'acquérir un rôle actif dans la relation (12). Ce mécanisme de synchronie passe en partie par des modalités de communication non verbale, avec la question des postures et des mouvements, comme dans l'exemple type du portage où mère et bébé s'adaptent physiquement l'un à l'autre. Mais ce phénomène de synchronie intervient également au travers du langage verbal, et notamment avec le phénomène largement étudié du « Mamanais ». Cette modalité de communication dans la relation adultes-enfant désigne une forme de prosodie particulière et naturelle, avec l'idée d'une synchronie rythmique dans le dialogue, mais également une harmonisation tonale dans la manière de parler, avec cette tendance à accentuer les vocables et à adopter une certaine musicalité dans la voix décrite comme chantante.

Ce Mamanais jouerait un rôle fondateur dans l'acquisition du langage, mais également dans le développement des capacités relationnelles et interactionnelles. On voit également qu'il participe probablement au phénomène de mirroring évoqué plus haut, cette fois-ci sur la modalité de la voix.

Depuis une trentaine d'années, les neurosciences sont parvenues à identifier un substratum neurobiologique concernant tous ces mécanismes d'ajustement et d'accordage relationnel, et qui sont relatifs à l'empathie de manière générale : il s'agit des neurones miroirs. (59) Découverte majeure des années 1990, les neurones miroirs constituent un réseau neuronal interconnecté qui relie notamment les zones cérébrales du traitement des émotions avec les zones frontales et préfrontales qui sont en jeu dans les prises de décision et la mise en action. Ce réseau vient s'activer de manière similaire dans 3 contextes différents : lorsque l'individu réalise une action, lorsqu'il a l'intention de réaliser cette action ou qu'il l'imagine, ou encore lorsqu'il regarde quelqu'un d'autre réaliser cette même action. Ce système neurophysiologique est particulièrement utile au développement du jeune enfant dans le domaine des apprentissages, selon des mécanismes d'imitation très actifs durant les premières années de sa vie. Ces mécanismes sont également à l'œuvre dans le domaine affectif et émotionnel dès le plus jeune âge. Lorsque l'on observe un enfant, il est fréquent de percevoir chez lui des émotions de joie ou de plaisir lorsqu'il regarde un camarade réaliser une action plaisante, tout comme il est fréquent de percevoir des émotions de tristesse ou d'anxiété lorsqu'il est confronté aux pleurs d'un autre enfant. Au-delà des apprentissages psychomoteurs ou affectifs, les neurones miroirs permettent aussi de développer la capacité d'empathie, qui est également un élément essentiel du développement. L'homme étant ce fameux « *animal social* » comme pouvait le dire ROUSSEAU, il s'agit là de l'une des clés de la vie en société et en collectivité, dont certaines théories évolutionnistes fondent l'émergence dans la question de la survie du groupe et de l'espèce.

Dans le domaine du soin, l'empathie est une donnée primordiale de la rencontre entre soignants et patients. Et si on revient une fois encore au contexte pédopsychiatrique, cette faculté chez les soignants semble être au cœur du développement d'une relation satisfaisante avec l'enfant et ses parents. Néanmoins, loin d'être chose aisée, on peut y voir une difficulté supplémentaire dans ce contexte. Car il s'agit à la fois d'être dans une compréhension de ce que vit l'enfant, mais également de ce que vivent ses parents, de manière parfois simultanée lors de la rencontre. Les choses se compliquent encore lorsque l'enfant peut mentionner le fait que le comportement ou les dires de ses parents peuvent induire une certaine souffrance chez lui. Il s'agit alors pour le soignant de s'accorder, de s'harmoniser à ce que l'enfant va lui transmettre, mais également d'adopter cette même démarche vis-à-vis de ses parents, avec des perceptions et des vécus affectifs parfois diamétralement opposés dans ce qui peut lui être communiqué ; ce qui rend l'exercice de « se mettre à la place » parfois périlleux, mais qui est loin d'être impossible. Car il ne s'agit pas ici de prendre parti ou de se positionner dans un camp, mais bien d'être suffisamment ouvert aux différents points de vue sur la situation. Cette posture semble être bénéfique et pertinente à plusieurs niveaux, car elle va permettre à la fois une plus large appréhension et compréhension du contexte clinique, mais elle permettra aussi de maintenir un espace de communication ouvert. Cette attitude permettra enfin d'éviter un phénomène d'exclusion des parents du processus thérapeutique, alors qu'ils représentent bien souvent de puissants alliés et de profondes ressources potentielles pour l'enfant en souffrance.

3) L'enfant sous le joug des loyautés

La notion de loyauté est également une question qui paraît très importante à prendre en compte lorsque nous nous intéressons aux liens qui unissent enfant, parents, et soignants dans le cadre d'une prise en charge de pédopsychiatrie. Car il apparaît que ce phénomène relationnel représente probablement un frein majeur, ou au contraire un levier puissant, à l'intervention thérapeutique. Pour rappel, les premières pierres théoriques concernant la question des loyautés familiales ont été apportées par la psychanalyse, en particulier avec les concepts développés par Anna FREUD en 1965 dans son ouvrage « *Le normal et le pathologique chez l'enfant* ». (27) Elle fait le constat que toute situation thérapeutique peut induire un conflit de loyauté entre les parents et le thérapeute de l'enfant. Ce dernier se retrouve ainsi pris dans ce conflit, qui va venir potentiellement malmener le processus thérapeutique. Car si le thérapeute commence à réussir là où les parents ont possiblement échoué, comment l'enfant peut-il ne pas se sentir déloyal à leur égard ? Anna FREUD porte ainsi l'accent sur l'importance de l'attitude des parents à ce sujet, qui doivent pouvoir venir soutenir le processus thérapeutique en le validant, pour permettre de limiter les résistances de l'enfant. (2) (57) WINNICOTT a également exploré ce mécanisme des loyautés au sein de la famille. Selon lui, des conflits surviennent de manière inévitable chez le jeune sujet en devenir. Ils représentent même par le biais d'expériences de loyautés et de déloyautés envers les différents membres de son milieu familial puis du milieu extérieur, l'une des voies de sa maturation et de son autonomie future. WINNICOTT ira même jusqu'à affirmer ceci : « *Si on est soi-même, on est déloyal à tout ce qui n'est pas soi* ». (87)

La question des loyautés a pu être étoffée et développée dans le cadre des thérapies familiales, avec l'émergence des courants de l'éthique relationnelle et contextuelle, en particulier grâce aux travaux d'Ivan BOSZORMENYI-NAGY. Ce psychiatre hongrois émigré aux Etats Unis, à travers l'une de ses œuvres les plus célèbres « *Invisible Loyalties : Reciprocity in intergenerational Family Therapy* » (1973), a théorisé la notion des loyautés dans la vie familiale. (8) Il les décrit sous 3 versants spécifiques : le conflit de loyauté, le clivage de loyauté, et les loyautés invisibles. (57) Le conflit de loyauté reprend l'idée d'Anna FREUD et de WINNICOTT, avec un mécanisme d'incompatibilité des loyautés du sujet (ici l'enfant) envers d'autres individus, groupes, idéologies, etc. ; avec un choix que le sujet doit opérer et qui conduit à une prise de position, bien souvent source d'autonomie. Le conflit de loyauté aboutit donc d'une certaine manière à une sortie de crise. Contrairement au conflit, le clivage de loyauté laisse le sujet dans une véritable impasse, avec une impossibilité de choix, générant stagnation et tiraillement interne extrême. C'est la situation paradigmatique des enfants pris dans des conflits parentaux inextricables, avec chacun des parents qui vient dénigrer et annihiler les actes et les choix de l'autre, en partie concernant l'enfant ; ce qui le laisse alors seul et sans arme sur le champ de bataille parental. « *Contrairement aux conflits de loyauté qui sont le plus souvent inévitables, mais qui peuvent devenir pour les parents et pour les enfants des occasions de maturation et de construction de la confiance, la situation de clivage de loyauté atteint et déchire la confiance de l'enfant* ». (58) Ce genre de situation est particulièrement génératrice de symptômes graves, comme les troubles anxieux, les dépressions, ou encore l'auto-agressivité et les passages à l'acte suicidaires. Enfin, BOSZORMENYI-NAGY évoque les loyautés invisibles qui désignent des fils de loyauté qui ne sont pas forcément explicites, mais qui peuvent venir expliquer certains actes du sujet, et qui prennent l'apparence de déloyautés. C'est par exemple le cas de l'individu qui va induire une dégradation, voire une destruction d'une relation conjugale ou avec ses enfants, pour rester fidèle à l'un de ses parents avec qui le lien avait été rompu à cause de ces nouvelles relations. (58)

Dans le domaine de la pédopsychiatrie, on comprend tout l'intérêt de cette notion des loyautés pour les professionnels, tant pour comprendre les relations que l'enfant entretient avec ses parents, mais également pour appréhender la question de l'introduction d'un tiers dans cette

histoire. En effet, les soignants peuvent venir questionner les loyautés, et peuvent parfois même être amenés à les réguler lorsqu'il s'agit notamment de clivages de loyautés, générateurs de symptômes. Par ailleurs, le thérapeute doit pouvoir trouver également une place légitime auprès de l'enfant, sans que cela ne puisse mettre en danger les relations avec ses parents. Car selon BOSZOMENYI-NAGY, il faut pouvoir garder cette « exigence de ne pas endommager le lien parent-enfant, plus durable que le lien thérapeute-enfant » (57), ce qui semble être une position à la fois éthique et réaliste.

4) Imaginaires, fantasmes, et rivalités

Lorsque l'on interroge le conflit ou le clivage de loyauté du côté de l'enfant, il semble également important de s'intéresser à ce que l'on pourrait considérer comme le corolaire de ce phénomène chez parents et soignants, à savoir la dimension de rivalité. Ce phénomène courant, conscientisé ou non, peut prendre des formes diverses. Chez les parents, de manière récurrente, on note par exemple une tendance à la comparaison du comportement de l'enfant entre le domicile et le lieu de soin. Les parents peuvent ainsi donner cette impression de vouloir valoriser ce qui peut se passer à la maison avec eux ; ceci dans une position qui vient surtout parler de leur vécu de mise en concurrence, et révélant de manière assez évidente la blessure narcissique concernant leur fonction parentale que la situation de soin génère inévitablement. Certains parents vont également chercher à être présent sur tous les temps de soins, ou bien à connaître les détails de ce qui a pu se passer en leur absence. L'idée de ne plus être dans le contrôle des événements vient cette fois-ci mettre en lumière des tendances anxieuses dans la relation avec leur enfant, avec des difficultés de séparation. Pour certains encore, il peut aussi y avoir cette tendance à se positionner d'une manière excessive inverse, en se disant moins compétent que le thérapeute pour aider l'enfant. Cette posture vient généralement évoquer indirectement là aussi une forme de concurrence qui se joue entre parents et soignants, mais qui vient possiblement questionner une éventuelle attitude de renoncement, de désengagement, voire de détachement vis-à-vis de l'enfant, mouvement relationnel qui doit alors alerter les professionnels sur un risque pour le lien parent-enfant.

A contrario, les soignants aussi peuvent être pris dans un jeu relationnel qui induit de la rivalité, avec la convocation d'un imaginaire autour de l'environnement familial. Devant l'histoire des troubles psychiques de l'enfant, cet environnement familial peut alors facilement être disqualifié et jugé comme néfaste ou toxique. La désignation du parent par certains soignants comme étant une mère ou un père « pathologique » ou « toxique », signifiants ô combien violents dans leur dimension identificatoire totale du parent à ses défaillances parentales, vient ici annihiler les possibilités de mobilisation des capacités et des ressources dont le parent pourrait faire preuve. On voit bien ici toute la dangerosité de tels propos dans la compréhension d'une situation par les professionnels, avec le risque d'une réduction du champ de la pensée et de l'intervention, induisant un phénomène d'exclusion plus ou moins important des parents du processus de soins, et donc une réduction significative des possibles thérapeutiques.

Dans un article rédigé par une équipe rémoise (9), les auteurs décrivent les affects émotionnels et les mécanismes relationnels qui peuvent se mettre en place dans l'exemple de l'entrée d'un enfant en hôpital de jour. Du côté des parents, il s'agit parfois d'un véritable « état de crise » qui vient activer des réactions émotionnelles vives et passionnelles, avec parfois de réels fantasmes de rivalité et de rapt, allant même jusqu'à des fantasmes de maltraitance. Il convient alors de prendre en compte ces représentations, de les contenir, et de les recadrer au travers des rencontres successives avec les soignants, dans une attention portée aux questionnements des parents et à l'explicitation du dispositif de soins. D'un autre côté, on se retrouve également

confronté à des fantasmes qui se dessinent du côté des soignants, avec des mouvements allant du désir de protection vis-à-vis d'un milieu familial pouvant être jugé comme pathogène, jusqu'à de véritables désirs d'appropriation plus ou moins conscientisés et exprimés. « *Chaque groupe projetant sa culpabilité, son impuissance sur l'autre dans des attaques croisées qui visent à dévaloriser, à persécuter le lien thérapeutique* ». (9) Sur les 2 versants, on perçoit le risque du déploiement d'une rivalité qui n'aurait rien de thérapeutique, avec un lien parents-soignants malmené et donc peu sécurisant autour de l'enfant.

Il paraît donc essentiel que le ou les soignants intervenant auprès de l'enfant et sa famille puisse(nt) avoir toutes ces notions en tête, afin d'éviter de tomber dans le piège de la mise en rivalité qui pourrait être initiée de manière consciente ou non par l'enfant, ses parents, ou les soignants. Ne pas rentrer dans ce jeu de la concurrence, c'est ainsi permettre le déploiement d'une pleine collaboration dans la perspective d'une co-construction des soins. De cette manière, le climat entre les adultes aura tendance à s'apaiser, et en contrepartie, le conflit de loyauté aura naturellement tendance à s'amenuiser chez l'enfant ; ce qui pourrait aider à la création d'un véritable espace de confiance et d'alliance élargi autour du jeune patient, et de fait favoriser le processus thérapeutique.

C- Une alliance à l'épreuve de la réalité pédopsychiatrique

Après avoir développé les théories et les différents concepts qui pourraient grandement nous aider à appréhender correctement l'alliance thérapeutique avec les parents, il convient également de nous confronter à la clinique à proprement dite, et au principe de réalité en pédopsychiatrie. Il s'agit d'élargir encore notre regard sur les facteurs pouvant influencer la relation, et qui dépassent le simple espace interpersonnel qui s'établit entre les familles et les soignants. La question « environnementale », au sens contextuel du terme, semble également importante à prendre en compte dans les possibilités de rencontre et d'établissement d'une relation de soin satisfaisante. Cet élargissement du cadre de compréhension vient à la fois complexifier davantage la question de l'alliance thérapeutique, mais cela peut également être perçu comme l'opportunité de faire émerger des ressources supplémentaires pour faire face à la problématique clinique.

a. Les troubles psychiatriques de l'enfant : enjeux thérapeutiques et relationnels au regard du contexte clinique

Lorsqu'ils décident de faire appel à la pédopsychiatrie pour une demande de soins, les parents arrivent avec leur lot de croyances et de représentations sur les troubles psychiatriques, sur les symptômes de leur enfant, et sur l'institution psychiatrique en elle-même. Que ce soit au travers de leurs expériences personnelles, ou par le biais de perceptions et de fantasmes plus ou moins alimentés par le regard sociétal sur le sujet, ces croyances sont bien souvent basées sur un imaginaire ponctué d'angoisses, parfois légitimes, qui rendent l'entrée dans les soins particulière et délicate. Le point de départ est donc d'emblée critique sur le plan de la mise en confiance, d'où l'importance d'une attention particulière accordée aux premières rencontres comme évoqué plus haut. Par ailleurs, au-delà des croyances initiales du côté des familles, la question des spécificités cliniques de la souffrance mentale et des symptômes psychiques chez l'enfant est également un élément important à prendre en compte. En effet, les particularités psychopathologiques que présentent l'enfant ou l'adolescent en souffrance vont amener les parents et les soignants à

éprouver, agir, et réagir de manière différente, parfois même en miroir de l'organisation structurale et fonctionnelle des symptômes, dans une dimension isomorphique. Nous allons développer cette idée au travers de 3 exemples cliniques fréquents en pédopsychiatrie.

1) Psychoses infantiles et autisme : le défi du rassemblement

Certains troubles psychiques chez l'enfant, en raison de leurs particularités psychopathologiques et cliniques, peuvent induire de plus grandes difficultés en ce qui concerne leur prise en charge, avec un accueil des parents qui peut s'avérer plus sensible. C'est notamment le cas de ce que l'on appelait autrefois les psychoses infantiles et l'autisme, que l'on regroupe aujourd'hui sous le terme de Troubles Envahissants du Développement (TED), ou encore plus récemment selon la classification du DSM-5 sous l'appellation de Troubles du Spectre Autistique (TSA). Ce type de troubles, si on ose le résumer ainsi, se caractérise principalement par des perturbations du développement psychoaffectif, avec une sorte d'éclatement et de désorganisation psychique, des particularités sensorielles et perceptives, des intérêts restreints, et des troubles dans la sphère de la communication et des interactions sociales. Ces particularités psychopathologiques impliquent donc des perturbations assez évidentes dans le lien parents-enfants, du fait des difficultés de communication et de compréhension mutuelle. Ce type de troubles va nécessiter de la part de l'institution soignante une fonction « phorique » forte, c'est-à-dire d'un cadre qui puisse être suffisamment solide pour accueillir et contenir les symptômes de désorganisation et de dispersion psychique, en étant particulièrement attentif et sensible à la question des particularités sensorielles et de communication ; l'idée du soin étant de favoriser le contact de l'enfant avec son environnement, et espérer trouver de nouvelles voies pour son développement.

A l'image de ce type de trouble, on remarque que les situations impliquant des TSA peuvent donner lieu à de grandes discordes, que ce soit entre les différentes institutions médico-sociales, ou même au sein de l'institution soignante. Le quotidien de l'enfant est partagé entre différents lieux de vie avec de nombreux intervenants, ce qui multiplie les points de vue et les avis sur l'enfant. Pour certains auteurs, il existe 3 modalités relationnelles préférentielles qui peuvent être induites chez les intervenants (parents, soignants, etc.) du fait des troubles psychotiques de l'enfant, et qui semblent correspondre aux différentes dimensions de la pathologie : la relation passionnelle (avec une symbiose clinique), la relation morcelée et morcelante (dans le versant schizoïde), ou encore la relation persécutive (dans la dimension paranoïaque des troubles). (9)

Par ailleurs, si l'on continue de mentionner les obstacles potentiels à une relation satisfaisante entre les adultes qui interviennent auprès d'un enfant porteur de TSA, il semble également important de rappeler le contexte historique et contemporain au sujet de la prise en charge des troubles autistiques. Quand on se penche sur l'histoire de la pédopsychiatrie, malgré le fait que l'autisme fut l'un des piliers sur lequel s'est construite la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, on ne peut nier qu'une certaine rupture ait eu lieu entre l'institution psychiatrique et les familles. Cette rupture de confiance fut générée à la fois par des dizaines d'années de discours de la part de certains psychiatres psychanalystes, venant accuser plus ou moins directement les mères comme étant le principal facteur des troubles de leur enfant. A cela est venu s'ajouter le développement de nouvelles méthodes psycho-comportementales à visée éducative (comme la méthode ABA) qui se donnaient pour objectif de permettre aux enfants atteints de TSA de développer certaines compétences, notamment dans la sphère sociale, en limitant des comportements décrits comme inadaptés ; méthodes pédagogiques qui sont venues parfois remplacer les soins psychiques à proprement dits. Le conflit avec la pédopsychiatrie a clairement

éclaté il y a quelques années, alimenté par certaines associations de familles véhémentes, accusant la pédopsychiatrie de maltraitance et d'archaïsme, notamment autour de la question du packing. Les braises de l'incompréhension mutuelle ont été attisées par les pouvoirs politiques, en particulier au travers de publications des plus hautes instances de santé, venant remettre en question directement les pratiques de la pédopsychiatrie institutionnelle. (15). Dans les recommandations du 8 mars 2012, on écrit que « *L'HAS et l'ANESM sont formellement opposées à l'utilisation de cette pratique* » du packing. Elle range également les interventions basées sur des approches psychanalytiques, et même la psychothérapie institutionnelle elle-même, dans la catégorie des « *interventions globales non consensuelles* ». (42)

On voit bien ici que l'alliance avec les parents peut être éminemment périlleuse dans le cadre des TSA, avec des relations qui sont possiblement biaisées d'emblée par un contexte sociétal et un passif lourd concernant le lien avec l'institution psychiatrique. A partir de cette constatation, il paraît donc important de développer un esprit de rassemblement, qui passe notamment depuis quelques années par une mise en lien à plusieurs niveaux des intervenants du milieu associatif et des intervenants du soin, même s'il reste encore beaucoup à faire ; le défi étant de ne pas céder à l'éclatement et aux difficultés de communication entre les différents protagonistes.

2) Des agirs violents qui décontenancent et divisent

D'autres types de troubles peuvent également mettre grandement à l'épreuve parents comme soignants, ainsi que leur lien de collaboration. C'est notamment le cas des troubles qui viennent s'exprimer au travers des différents passages à l'acte, en particulier autour d'agirs auto et/ou hétéroagressifs. Les crises clastiques, les automutilations, les agitations diverses et variées, ou encore les tentatives de suicide viennent percuter l'Autre, le prendre généralement par surprise, le laissant bien souvent impuissant face à la situation, avec régulièrement à la clé un sentiment de culpabilité, de colère, et parfois même de sidération. Tous ces mouvements émotionnels viennent s'opérer chez les adultes qui ont à s'occuper de l'enfant ou de l'adolescent concerné, à savoir principalement ses parents et les soignants référents. Cela est sans compter sur le vécu parfois similaire des nombreux autres intervenants autour de l'enfant, qu'ils soient éducateurs, assistants familiaux, travailleurs sociaux, professeurs, etc. Dans ce genre de situation, il peut être tentant de chercher un coupable idéal, avec des phénomènes de désignation ou de culpabilisation, que ce soit au sein des familles ou du côté des professionnels.

C'est le cas de Marine, 16 ans, qui se scarifie régulièrement pour soulager sa souffrance dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé. Elle présente une tristesse très marquée, qui tourne d'après elle essentiellement autour de la relation avec son père qu'elle décrit comme l'ayant abandonnée elle et sa mère après une aventure extra-conjugale. Elle exprime également un sentiment de colère débordant à son égard, et notamment sur la question des addictions auxquelles ce papa a pu se soumettre par le passé. Les différents épisodes de scarifications laissent des traces profondes sur la peau, mais également dans la relation avec sa maman qui se sent impuissante et en colère que sa fille ne puisse pas réussir à se contrôler. Les automutilations laissent également des traces du côté des soignants qui interviennent auprès d'elle, la culpabilité planant en toile de fond devant l'absence d'évolution malgré une intensification des soins avec des entretiens rapprochés et plusieurs temps d'hospitalisation en pédiatrie. La maman et sa fille peuvent alors avoir un mouvement commun, celui de remettre en cause l'attitude de l'infirmière scolaire qui selon elles n'a pas pris suffisamment en compte la souffrance de Marine, et ayant pu même la négliger à certains moments. La maman ne se prive pas non plus de désigner le père comme source unique de la

souffrance de sa fille, alors qu'on pourra s'apercevoir au fil des séances que cela est évidemment bien plus complexe que ce qu'il n'y paraît.

On voit bien que dans ce genre de situation clinique, l'agir pathologique vient à la fois signifier une souffrance, mais il vient aussi attaquer les liens que l'enfant ou l'adolescent entretient avec son environnement, même si cela se produit souvent à son insu. L'attaque de ces liens vient régulièrement empêcher l'avancée thérapeutique, devant des phénomènes émotionnels envahissants et aveuglants chez les personnes entourant l'enfant, avec une inhibition de la pensée plus ou moins importante, venant possiblement interférer dans les relations entre les adultes, et notamment entre parents et soignants. Il s'agit alors d'être vigilant, et de prendre le recul nécessaire pour garantir un lien durable avec les familles, avec l'idée de ne pas céder aux attaques de la relation qui pourraient mener à une rupture.

3) Les TCA : le soin à l'épreuve de la rigidité et du paradoxe

Prenons un dernier exemple, celui assez classique mais complexe des troubles du comportement alimentaire (TCA), et en particulier de l'anorexie mentale. Cette pathologie est caractérisée par des obsessions et des restrictions alimentaires, un désir envahissant de perte de poids, et une dysmorphophobie. Associés à cela, on retrouve des exigences envers soi souvent très fortes chez le (la) patient(e), avec un fonctionnement psychique et interpersonnel relativement rigide, où la question de la maîtrise et du contrôle est le maître mot. Ce type de troubles a tendance à induire de la rigidité et des obsessions au sein des familles autour de la question pondérale et de la prise alimentaire, domaines qui prennent une place souvent centrale dans la vie du foyer, et qui peuvent être source de grandes tensions. On remarque que ce type de fonctionnement se retrouve également à certains degrés dans l'organisation des soins autour des adolescent(e)s souffrant de TCA. En effet, le corps soignant est bien souvent tenté de soustraire radicalement le (la) jeune de son environnement familial pour entamer une renutrition nécessaire au vu de son état physique et psychique. Le cadre des soins se constitue alors aisément autour d'une restriction des contacts, des sorties, ou des activités jugées trop énergivores. L'obsession pondérale et alimentaire infiltrent les raisonnements soignants, avec la mise en place de ritualisations autour des repas, des pesées, ou des ateliers thérapeutiques. Le cadre est souvent exigeant, avec des objectifs de soins et d'IMC inscrits sur contrat écrits. Et les situations paradoxales, inhérentes à la pathologie, émergent relativement aisément dans la clinique du soin, que ce soit entre le jeune patient et les soignants, mais également dans le lien des soignants avec les parents, ce qui peut rendre la communication et l'alliance très précaire.

Prenons la situation de Chloé, 15 ans, qui a déclaré une anorexie mentale avec hyperactivité physique depuis 2 ans, et qui présente un état de maigreur sévère (IMC de 13,5 kg/m²) au moment de la rencontre avec la pédopsychiatrie. Les parents, qui sont séparés, se montrent tous les 2 réticents à une hospitalisation, ne percevant pas l'intérêt d'une séparation d'avec leur fille. Chloé est alors hospitalisée en pédiatrie, avec au bout de 3 semaines de stagnation pondérale, la mise en place d'une sonde naso-gastrique de renutrition. Les entretiens médicaux sont organisés de manière à ne surtout pas empiéter sur le temps du repas du midi qui débute à 12h précise. Les pesées rythment le séjour de la jeune fille. Les pédiatres s'accrochent aux chiffres de l'IMC qui conditionnent, selon le contrat posé, une réouverture progressive vers l'extérieur (visites, permissions), puis la sortie. Les échanges restent pauvres avec Chloé d'un entretien sur l'autre, malgré une fréquence rapprochée. La pédiatrie ne disposant pas d'ateliers de soins spécifiques, l'hospitalisation ne permet pas d'offrir un soin psychique suffisant concernant les TCA, ce qui est vécu par la jeune fille et ses parents comme

insensé au vu de la pathologie. Le conflit enfle entre parents et soignants, malgré des échanges téléphoniques réguliers et des rencontres ponctuelles. Chloé et sa famille tiennent alors un discours de plus en plus dénigrant envers les soins, allant même jusqu'à incriminer la sonde naso-gastrique comme cause des difficultés d'alimentation de la jeune fille. Le lien entre parents et soignants continue de s'étioler, jusqu'à une quasi-rupture avec la décision médicale d'une sortie anticipée malgré un objectif de poids qui est loin d'être atteint, et une évolution pondérale (et surtout psychique) qui reste très faible.

On voit bien ici la complexité de la prise en charge de ce type de troubles, se situant bien souvent dans un interstice entre le champ somatique et psychiatrique, à l'image de la maladie. Malgré une certaine logique concernant les soins somatiques qui se révèlent urgents pour Chloé, le cadre se montre ici insuffisant sur le plan psychique, peut-être même inadapté, ce qui vient malmener grandement le lien entre les soignants et la famille ; le tout pris dans des enjeux relationnels forts, avec la notion de rivalité parents-soignants qui joue ici un rôle central dans la tournure de la prise en charge et de l'évolution clinique.

4) Une relation de soin en miroir du symptôme ?

Dans toutes ces situations et bien d'autres, on entrevoit un piège que la clinique et le symptôme nous tend, à savoir un phénomène de barrière, de division, d'incompréhension. Par ailleurs, on remarque fréquemment des attitudes et contre-attitudes soignantes qui adviennent en miroir du symptôme, ce qui engendre probablement pour partie un entretien ou du moins une résistance de ce dernier ; avec un risque majeur pour la relation qui s'établit entre les soignants et la famille du jeune patient si les choses ne sont pas communiqués et partagés, ce qui sous-entend une perte de chance concernant le processus thérapeutique. Comment alors ne pas se laisser embarquer dans cette danse implicite dictée par le symptôme, avec des mécanismes relationnels et thérapeutiques en quelque sorte réflexes, qui viendraient répondre à la musique symptomatique ? Et comment permettre à contrario l'émergence de nouveaux accords et mouvements relationnels, au travers de la compréhension clinique et d'une sorte de méta-regard sur la situation clinique en collaboration avec la famille, afin de répondre au mieux aux besoins du jeune patient ?

En effet, la réflexion conscientisée, échangée en équipe, ainsi que l'ajustement qu'elle pourra apporter dans sa réponse soignante, seront essentiels dans le déroulement de la prise en charge pour éviter de prolonger au niveau relationnel et institutionnel le symptôme dans une dimension structurale isomorphique : que ce soit dans un éclatement anarchique des mesures de soins ou des difficultés de communication entre les intervenants dans le cadre des TSA ; ou bien dans des réactions d'impulsivité concernant des décisions de soins, de traitements médicamenteux, ou même d'attaques mutuelles pour ce qui est des troubles du comportement externalisés ; ou bien encore vis-à-vis de la rigidité, de la maîtrise, ou des exigences à outrance qui peuvent infiltrer les prises en charge et les entretiens avec les familles dans le domaine des TCA. Et il semble important que les parents puissent également être associés à cette réflexion et à ces échanges pour permettre une compréhension globale et partagée, et ainsi éviter les ruptures.

b. L'enfant dans son environnement : obstacles et pistes de travail au sujet de l'alliance

1) Vers de nouveaux modèles conjugaux et familiaux

Depuis le début des années 1970, avec une accélération entre les années 1990 à 2010, on constate une profonde mutation concernant le modèle des familles en France, comme dans bien d'autres pays occidentaux. La vie de couple a notamment subi une évolution majeure, impactant inévitablement les organisations familiales avec les enfants. Nous sommes passés d'un modèle conjugal uniforme, avec le couple hétérosexuel qui se marie, donne naissance à des enfants, et partage toute une existence ensemble, à des modèles conjugaux et familiaux bien plus polymorphes. Les couples divorcés, les familles monoparentales ou recomposées, les couples homosexuels avec enfant, et bien d'autres modèles encore, se font de plus en plus fréquents, même si le modèle dit classique de la famille (père, mère, et enfants) reste la situation la plus fréquente estimée à une représentation de 71,3 % en 2011 selon une étude de l'INSEE (60). Devant ces bouleversements sociétaux, la pédopsychiatrie a également dû s'adapter. C'est notamment le cas récurrent des séparations parentales, voire des recompositions familiales, qui peuvent poser un certain nombre de questions aux soignants sur le plan du lien aux parents et de l'alliance souhaitée et souhaitable avec eux. De manière assez évidente, le fait d'inclure chacun des parents de l'enfant dans le processus de soins reste indétournable. Il s'agit là d'une logique relationnelle qui est en partie dictée par la question légale de l'autorité parentale. Cela étant dit, les soignants sont parfois pris dans des enjeux relationnels forts, avec des conflits qui peuvent être majeurs entre les parents, et qui peuvent venir grandement perturber le bon déroulement de la prise en charge de l'enfant ; notamment lorsque l'un des parents est d'accord avec les soins proposés et que l'autre s'y oppose. Faut-il alors mettre de côté le parent récalcitrant ? Ou faut-il plutôt engager des efforts soignants supplémentaires pour favoriser une forme d'alliance avec lui ? D'autre part, la question du lien avec les beaux-parents est également importante à soulever. Le fait d'inclure ces adultes référents dans le processus de soins est une option à ne surtout pas négliger, d'autant plus qu'ils font partie du quotidien matériel et affectif de l'enfant. L'idée serait alors de leur accorder une place à la hauteur de celle qu'ils tiennent auprès de l'enfant, en fonction du souhait de ce dernier et en accord avec les parents, afin d'espérer une co-construction favorable des soins avec l'ensemble de la famille.

2) Instabilité géographique des familles

Nous constatons également un autre phénomène d'importance concernant la situation des familles françaises, à savoir la question de l'instabilité géographique. Selon une étude de l'INSEE (51), 7,3 millions de personnes ont déménagé durant l'année 2014, ce qui représente 11% de la population. Plusieurs facteurs concernant cette mobilité résidentielle sont mis en avant, avec en premier lieu les événements familiaux (naissance, unions, décès, retraite), mais également les désirs et/ou les contraintes des individus concernant l'emploi et le cadre de vie. Lorsque l'on met cette réalité face à celle des soins de pédopsychiatrie qui s'organisent sur le modèle du secteur, c'est-à-dire avec un centre médico-psychologique (CMP) et des équipes soignantes ambulatoires ou hospitalières référencées selon le lieu d'habitation, on perçoit bien les difficultés que cela peut engendrer en termes de suivi et de continuité des soins. Il ne s'agit pas là directement de la problématique de l'alliance. Mais on peut néanmoins se demander si cela n'impacte pas l'investissement des soignants auprès de l'enfant et sa famille, notamment lorsqu'il est question d'un déménagement probable ou imminent. D'autre part, en ce qui concerne les familles qui sont particulièrement mobiles, il peut exister une certaine difficulté à retracer l'histoire des troubles, des soins, avec là encore une possible difficulté à se représenter l'enfant et sa famille, et à l'investir sur du long terme, devant un parcours ponctué de ruptures. Au regard de cet état de fait, on pourrait se poser la question du bien-fondé de la logique de sectorisation en ce qui concerne la pédopsychiatrie. Même si on perçoit évidemment le bienfondé de ce système de maillage qui répond concrètement à la question de la proximité géographique et à la juste répartition des moyens de santé sur un territoire, la réponse concernant les familles mobiles s'avère donc plus complexe.

3) Les spécificités des enfants confiés à l'ASE

La question des enfants placés est un sujet que nous n'aborderons ici que brièvement, puisqu'éminemment complexe, notamment en termes d'alliance aux parents. Mais il convient malgré tout d'en dire un mot, car ces situations représentent une partie non négligeable du travail des équipes soignantes de pédopsychiatrie. Peu de données sont disponibles concernant la proportion que représente ces enfants dans les dispositifs de soins. Néanmoins, il est reconnu de longue date que les enfants et adolescents sous mesure de protection de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), situations qui sous-entendent des histoires marquées par de la négligence et/ou de la maltraitance, présentent un risque majoré par rapport à la population générale de développer des troubles psychiques, à court et à long terme (22) (83) ; que ces troubles soient en lien direct avec le vécu intra-familial, ou bien indirectement avec le vécu institutionnel souvent ponctué de séparations, de ruptures, voire régulièrement d'une confrontation à la violence.

D'emblée se pose la question de la place des parents dans le cadre des soins. La première des étapes est de s'assurer du fait que l'enfant est toujours sous l'autorité de ses parents. Sur le plan légal, l'autorité confère ainsi une légitimité et même un droit de ces derniers à être inclus dans les échanges avec les soignants et dans les décisions concernant la santé de l'enfant. Si ce n'est pas le cas, est-ce pour autant une raison absolue pour une mise à l'écart des parents ? Dans le cadre d'une autorité qui reste valable, la question est également de savoir quel rôle pertinent est-il possible de faire jouer aux parents dans les soins concernant l'enfant. En premier lieu, il paraît important de se baser sur ce que le jeune patient désire à ce sujet. Lorsqu'il s'agit d'un adolescent, la réponse peut être plus facile à obtenir, en partant du postulat que son désir prévaut sur le reste. Mais la question est plus délicate lorsqu'il s'agit de patients plus jeunes, où même d'adolescents qui restent ambivalents sur la question.

Dans tous les cas, et même si le désir du jeune patient est clair, le fait de pouvoir s'appuyer sur les professionnels qui interviennent et entourent l'enfant dans le cadre de sa situation, qu'ils soient éducateurs, psychologues, assistants familiaux, etc..., sera d'une aide précieuse. Permettre le croisement des regards, notamment au travers d'une communication régulière entre intervenants, ou encore lors de concertations pluridisciplinaires, sera l'occasion d'envisager ensemble une manière de faire vis-à-vis des parents qui pourrait être la plus bénéfique, ou du moins la moins délétère possible pour la situation de l'enfant. Cette collaboration a d'ailleurs fait partie des dernières recommandations de bonnes pratiques de l'HAS dans le cadre de son programme « *Psychiatrie et santé mentale* » 2018-2023. (43) Ce positionnement semble être l'une des clés pour éviter de tomber dans le piège du moralisme ou de la toute-puissance au sujet de l'enfant. Car aucun professionnel ne saurait détenir à lui seul la réponse à cette question si épineuse, si complexe, et si variable. D'autant que les décisions peuvent être influencées de manière plus ou moins importante par des projections, des fantasmes, des idées et préconçus sur le bien-fondé de telle ou telle mesure. Les concertations et les échanges représentent alors un garde-fou et une garantie pour viser au mieux l'objectif commun que représente l'intérêt de l'enfant. Par ailleurs, comme à la manière des mesures de protection judiciaires qui sont révisées dans le temps, il paraît important de pouvoir requestionner régulièrement cette place des parents dans le dispositif de soins, dans un contexte qui évolue sans cesse pour l'enfant, au fil de son histoire qui continue de s'écrire et de son développement.

Sur un autre versant, il paraît également intéressant de s'interroger sur la place des assistants familiaux dans le travail d'alliance thérapeutique qui se construit autour de l'enfant. Les situations pouvant varier d'un extrême à l'autre, entre une famille d'accueil dite « relai » qui garde

ponctuellement l'enfant, ou bien des assistants familiaux qui ont accueilli l'enfant dès son plus jeune âge et depuis de nombreuses années, l'implication de ces adultes sera évidemment différente dans les soins. La place de ces intervenant est d'autant plus complexe qu'elle convoque à la fois une dimension professionnelle dans le cadre de la mesure de protection, mais également une dimension éminemment affective et émotionnelle, puisque l'enfant va grandir et se nourrir dans ce milieu particulier, et qui représente son lieu et son mode de vie au quotidien. A noter également une dimension de rivalité avec les parents qui peut survenir chez certains assistants familiaux, dont il sera nécessaire de prendre compte. Quoiqu'il en soit, les équipes soignantes se doivent de rester à l'écoute de ces personnes qui accompagnent le jeune patient dans son développement et participe à son histoire, dans leurs besoins propres en tant que substituts parentaux partiels.

c. Etats des lieux de la pédopsychiatrie moderne : une alliance fondamentalement compromise ?

1) Qu'en est-il de la demande et de l'offre de soins ?

Concernant la demande de soins en pédopsychiatrie, on se retrouve depuis de nombreuses années face à une hausse constante. Selon le dernier rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) (11), on comptabilise environ 1500 Centres Médico-Psychologiques Infanto-Juveniles sur le territoire français en 2018, avec une file active estimée à un peu plus de 400 000 jeunes patients (chiffres de 2016). En moyenne, on constate une augmentation d'environ 17% du nombre d'enfants pris en charge par CMP sur 20 ans (entre 1997 et 2016), avec un nombre de structures qui lui n'a pas évolué dans le temps. Cela est sans compter avec la très forte augmentation des demandes de prises en charge qui ont émergé depuis le début de la crise sanitaire en 2020. Une enquête nationale sur la santé mentale des 3 – 11 ans a d'ailleurs été lancée en juillet 2021 par Adrien TAQUET, secrétaire d'Etat chargé de l'enfance et des familles, et qui se prolongera sur l'année 2022. A noter également que les délais de premiers rendez-vous dans les CMP de pédopsychiatrie sont importants et tendent à s'allonger, allant parfois jusqu'à 1 an d'attente pour certaines structures, ce qui paraît inconcevable et incohérent sur le plan clinique et thérapeutique avec une perte de chance certaine concernant le pronostic et l'évolution.

Par ailleurs, sur le plan médical stricto sensu, la raréfaction des pédopsychiatres en France se fait de plus en plus prégnante, et en devient même inquiétante. Toujours d'après le dernier rapport de l'IGAS (11), l'effectif de ces médecins spécialisés a été réduit de moitié (48%) en 10 ans entre 2007 et 2016, activité libérale et salariée confondue. D'autres chiffres datant de 2016 sont tout aussi alarmants à ce sujet :

- 15,6% des postes de pédopsychiatres restent vacants
- la densité pédopsychiatrique effective moyenne est de 4 professionnels pour 100 000 habitants âgés de 0 à 20 ans
- 14 départements ne comptent aucun psychiatre de l'enfant et de l'adolescent
- l'âge moyen de ces professionnels est de 62 ans, et 74% sont âgés de plus de 60 ans.

De manière générale, on constate également que la filière de la psychiatrie, qui est pour le moment la porte d'entrée privilégiée pour les futurs pédopsychiatres, souffre d'un manque criant d'attractivité auprès des jeunes internes. En 2021, au concours de l'ECN (Examen Classant National), 71 postes d'internes de psychiatrie sont restés vacants, ce qui représente un peu plus de 13% des postes ouverts pour la spécialité. (91) Si on élargit le constat aux professions paramédicales

impliquées dans les soins pédopsychiatriques, les tendances sont également au sous-effectif général pour répondre à la demande (même si les effectifs globaux sont plutôt à la hausse), avec des missions de plus en plus variées et complexes qui leur sont confiées.

Densité des principaux professionnels spécialisés de pédopsychiatrie (hors IDE et éducateurs) (11)

| | PEDOPSYCHIATRES (2016) | PSYCHOLOGUES (2018) | ORTHOPHONISTES (2018) | PSYCHOMETRICIENS (2018) | ERGOTHERAPEUTES (2018) |
|--|------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|
| Densité pour 100 000 habitants de 0 à 20 ans | 4 | 393 | 162 | 76 | 72 |
| <i>NB : + 400 000 ENFANTS DE 0 A 20 ANS ENTRE 2011 ET 2017</i> | | | | | |

2) Et le travail d'alliance dans tout ça ?

L'état des lieux de la pédopsychiatrie que nous venons rapidement de dresser implique forcément dans le propos qui nous intéresse la question suivante : comment créer une alliance solide quand le système de soins ne semble pas pouvoir répondre à la demande ? Comment construire de la confiance lorsque les familles restent à la porte des soins des mois durant ? Comment tisser un lien satisfaisant avec les parents quand le suivi, de fait, ne peut s'effectuer que de manière discontinue, décousue, en pointillé, le maillage soignant n'étant visiblement pas suffisant ?

A noter néanmoins que depuis quelques années, on investit davantage de moyens dans le domaine de la prévention et du diagnostic. C'est notamment le cas de la filière TSA, avec des Centres Ressources Autisme performants et outillés, qui permettent aux familles de rentrer dans un parcours sanitaire fléché et balisé au travers de bilans pluriprofessionnels, avec un accès relativement rapide à un diagnostic. Mais d'un autre côté, les moyens d'aval notamment en termes de prise en charge et de soins au long cours restent pauvres. Les centres de soins sont régulièrement amenés à mettre en place des systèmes de listes d'attente, avec plus ou moins de rationnel et de dangers selon les critères de ces listes. Certaines équipes sélectionnent en priorisant les situations les plus graves ou critiques, en sachant que les situations plus légères ou modérées vont avoir tendance à s'aggraver dans l'intervalle.

Il est urgent que les hautes instances sanitaires et politiques prennent conscience de cette situation dramatique, et qui représente un véritable enjeu de santé publique pour l'avenir. Car au-delà de l'alliance nécessaire au travail thérapeutique, il s'agit plus fondamentalement de la question du sens porté par la pédopsychiatrie, et de la manière dont elle intervient auprès des jeunes patients en souffrance et de leurs familles. Un sens qui est parfois largement questionné par les soignants qui ne le perçoivent plus dans des contextes de prises en charge qui ne leur permettent pas de déployer de manière correcte et satisfaisante leurs compétences soignantes. Il s'agirait donc ici de recréer de l'alliance sur des niveaux bien plus élevés que celle qui se joue entre les soignants et les familles ; un lien d'alliance et de confiance qui concernerait davantage le rapport des soignants aux institutions,

puis des institutions aux décideurs. Le caregiving du caregiving étant une idée essentielle pour aboutir à des résultats positifs.

PARTIE 2 : Enquête réalisée dans les services de soins pédopsychiatriques du CHS Mazurelle de la Roche-Sur-Yon

INTRODUCTION

L'évaluation de la qualité du lien qui existe entre les soignants et les parents dans le cadre des soins de pédopsychiatrie a été à l'origine de ce projet d'enquête de terrain. Comme ce qui a pu être évoqué précédemment dans le développement théorique sur le sujet, la question des histoires personnelles de chacun en amont de la rencontre, du vécu émotionnel dans l'espace interpersonnel, et du contexte dans lequel cette relation se tisse initialement puis dans la durée d'un éventuel suivi, ont été les 3 axes principaux de l'élaboration de cette évaluation. Ces facteurs me paraissaient effectivement importants à explorer concrètement, afin de soulever certaines hypothèses concernant les rouages de cette relation, mais également pour dégager certaines pistes de travail qui pourraient être intéressantes à exploiter ou à évaluer dans des travaux ultérieurs ; toujours dans cette idée d'améliorer la qualité du lien parents-soignants, et donc par conséquence de favoriser l'alliance thérapeutique.

I) Méthodologie

A- Présentation des questionnaires

Cette enquête a été réalisée au moyen de 2 types de questionnaires différents : le premier était adressé aux soignants de pédopsychiatrie (**ANNEXE 2**), et le second aux parents des enfants pris en charge (**ANNEXE 1**). Chaque questionnaire comportait une première page explicative de présentation de l'enquête et de ses objectifs. Il s'agissait de 2 fiches de présentation distinctes, afin d'adapter le propos selon qu'il s'agisse d'un soignant ou d'un parent. Ces questionnaires ont ensuite été construits en plusieurs parties, en reprenant globalement les dimensions suivantes :

- les données socio-démographiques de la personne interrogée
- les a priori et bagages antérieurs en amont de la rencontre
- le vécu émotionnel dans la relation sous différents angles et dans une approche concrète
- les pistes d'amélioration potentielles dans la pratique clinique

Les questions posées ont été élaborées sur un modèle de questions à choix multiples pour la plupart, afin de favoriser une passation courte et simple puisqu'il s'agissait d'une démarche volontaire et autonome, en particulier pour les parents ; l'idée étant de recueillir le plus grand nombre de questionnaires possible. Certaines questions faisant appel à la subjectivité ont été construites sous forme d'échelles d'intensité ou de fréquence, en laissant à chaque fois une ouverture possible par le biais d'une ligne « Autre » où la personne pouvait inscrire un autre choix, avec la possibilité de coter cette nouvelle proposition. Plusieurs espaces de commentaires libres étaient également inclus dans ces questionnaires.

A noter que ces questionnaires ont été conçus de manière empirique, avec comme base l'expérience personnelle que j'ai pu avoir au cours de mes différents stages en service de pédopsychiatrie, et les différents questionnements qui ont pu me traverser dans ma pratique. L'idée du double questionnaire pour interroger le lien parent-soignant, qui m'est apparue comme une évidence pour explorer ce qui se passe dans la relation, reprend finalement la même démarche que celle de l'échelle d'alliance thérapeutique WAI (Work Alliance Inventory) qui s'adresse à la fois au patient et au thérapeute pour évaluer la qualité du lien thérapeutique.

B- Préambule de l'enquête

Une information orale a été délivrée auprès des soignants des différents services de soins concernés par l'étude. Ceci s'est fait au travers d'un temps de présentation des questionnaires et du travail de thèse en général, avec un temps dédié aux éventuelles interrogations des soignants, notamment pour éclaircir le mode de recueil pour eux et pour les parents. Une adresse e-mail a été laissée à disposition en cas de questions au cours du déroulement de l'étude. Aucune demande spécifique n'a été reçue durant la période de recueil.

C- Lieux et modes de recueil

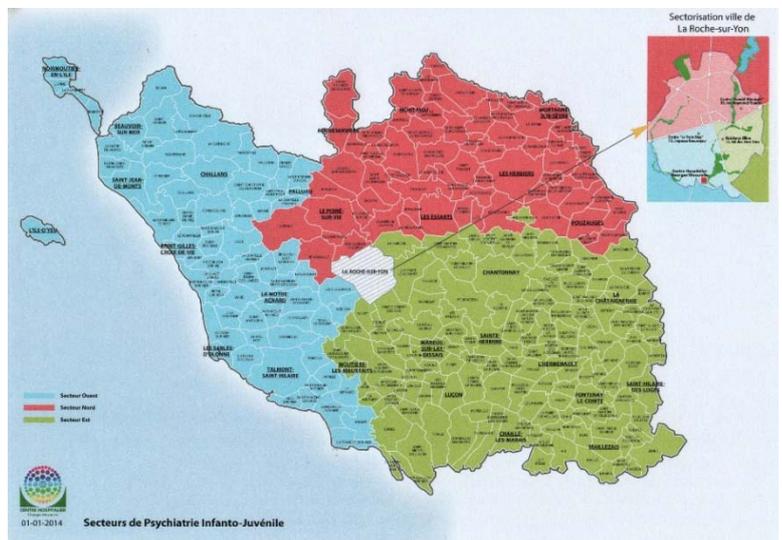
Les 2 questionnaires ont été réalisés sur un format papier. Les questionnaires « Soignants » ont été distribués dans les services de soins auprès des professionnels. Les questionnaires

« Parents » ont quant à eux été mis à disposition dans les salles d'attente des différents lieux de soins avec une boîte de recueil dédiée.

Dans la première page explicative du questionnaire, il était indiqué qu'il s'agissait d'une enquête anonyme et basée sur le volontariat. Concernant les questionnaires « Parents », il était également précisé que les soignants du service intervenant auprès de l'enfant n'auraient pas connaissance de leurs réponses, afin de limiter d'éventuelles craintes à ce sujet. Par ailleurs, les consignes avaient été données aux soignants de ne pas demander aux parents de remplir le questionnaire, mais de les laisser libres, et de simplement pouvoir répondre à leurs interrogations s'ils en avaient.

L'enquête a été réalisée au sein de Centre Hospitalier George Mazurelle de la Roche-sur-Yon, dans 3 pôles de psychiatrie infanto-juvénile sur les 4 existants (l'un des pôles ayant refusé la réalisation de l'enquête dans ses services de soins). Voici la liste des différents services ayant participé à l'enquête (NB : il s'agit de l'ancienne sectorisation de pédopsychiatrie de l'établissement en vigueur jusqu'en février 2021) :

- le pôle Ouest : le centre de consultation Bloc Ouest, le CMP du Train Bleu, l'HDJ du Petit Prince, l'unité d'hospitalisation complète du Petit Hans (La Roche sur Yon) ; le CMP et l'HDJ des Charmettes (Challans) ; le CMP et l'HDJ de Jean Itard (Les Sables d'Olonne).
- le pôle Est : le centre de consultation Bloc Est, l'HDJ La Vague (La Roche sur Yon) ; le CMP de Fontenay-le-Comte ; le CMP-CATTP de la Chataigneraie.
- le pôle intersectoriel de l'Adolescent : l'unité d'hospitalisation complète du Centre de Soins pour Adolescents, l'HDJ pour adolescents, et le CMP-CATTP Louis Lumière (La Roche sur Yon).



A noter que les questionnaires n'ont pas pu être recueillis sur tous les services de soins du pôle Est. La diffusion ayant été confiée au secrétariat avec un nombre de boîtes de recueil qui s'est avéré insuffisant, elle n'a malheureusement été faite que de manière partielle dans ce secteur.

D- Période de recueil

Les questionnaires ont été recueillis sur une période de 10 mois, allant de janvier à octobre 2020. A noter un nombre de questionnaires « Parents » complétés probablement très inférieur au nombre qui pouvait être attendu théoriquement sur cette période. En effet, dans le contexte de la crise COVID, à partir du mois de mars 2020, les services de soins ont été dans l'obligation de retirer les boîtes et les questionnaires mis à disposition des parents dans les salles d'attente afin de répondre aux nouvelles règles sanitaires imposées par le gouvernement.

E- Modalités d'analyse des réponses

Pour rappel, cette étude qualitative n'avait pas pour objectif de mettre en cause tel ou tel facteur comme étant directement lié à la qualité de la relation entre parents et soignants. Il s'agissait surtout de repérer les tendances de manière exploratoire, et de pouvoir en dégager certaines hypothèses. Les données ont été analysées de manière à être converties en pourcentage de réponses, afin de mettre en évidence une répartition des personnes interrogées selon des groupes de réponses. A noter qu'une analyse en sous-groupes a pu être réalisée pour le questionnaire « Parents ». Enfin, le choix a été fait de prendre en compte les questionnaires incomplets, puisqu'ils pouvaient représenter une part non négligeable de la totalité des questionnaires recueillis, avec des données partielles qui restaient malgré tout pertinentes à traiter.

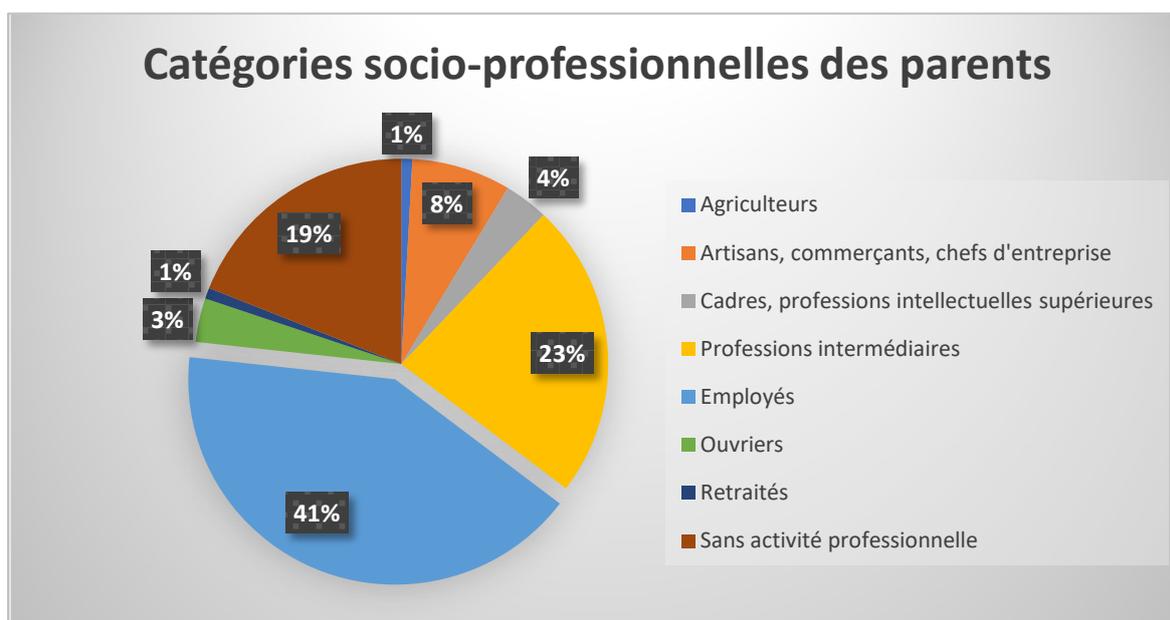
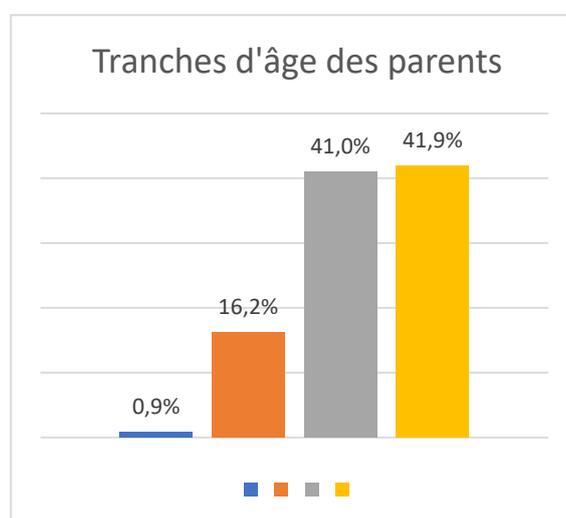
II) Résultats de l'enquête

A- Analyse des questionnaires « Parents »

a. Critères socio-démographiques

L'enquête réalisée auprès des parents a comptabilisé un total de 118 réponses. Parmi les principaux résultats (**ANNEXE 3**), il est à noter une sur-représentation significative des mères qui ont répondu à hauteur de 85,6%. 3 assistants familiaux et 1 tante ont également répondu à ce questionnaire. La moyenne d'âge des parents est de 42,5 ans, avec des extrêmes allant de 24 à 68 ans.

La moyenne d'âge des enfants concernés par la prise en charge en pédopsychiatrie pour les parents interrogés est de 11,6 ans, avec des extrêmes allant de 1 à 18 ans. Les familles avec 2 enfants (dont l'enfant soigné) sont les plus représentées à hauteur de 46,2%. La catégorie professionnelle la plus fréquemment retrouvée chez les parents interrogés est celle des employés, avec en 2ème position la catégorie des professions intermédiaires.



b. Antécédents et regard des parents sur la pédopsychiatrie

Il ressort de cette enquête un résultat intéressant : la moitié des parents interrogés (50,4%) disent avoir déjà bénéficié de soins psychologiques ou psychiatriques, avec près de 60% de vécu positif de ces soins pour eux-mêmes. Plusieurs hypothèses peuvent être faites à partir de ce résultat. Tout d'abord, la fréquence des antécédents psychiatriques chez les parents d'enfants pris en charge en pédopsychiatrie serait plus élevée que dans la population générale, ce qui reprendrait des faits déjà bien connus (7). La 2^{ème} hypothèse serait de dire que les parents ayant déjà fait l'expérience d'un suivi psychologique ou psychiatrique (en particulier lorsque celui-ci a été positif) seraient potentiellement plus sensibilisés à la fois aux difficultés psychiques de leurs enfants, à la nécessité des soins, et seraient également probablement davantage informés sur le réseau de soins disponibles.

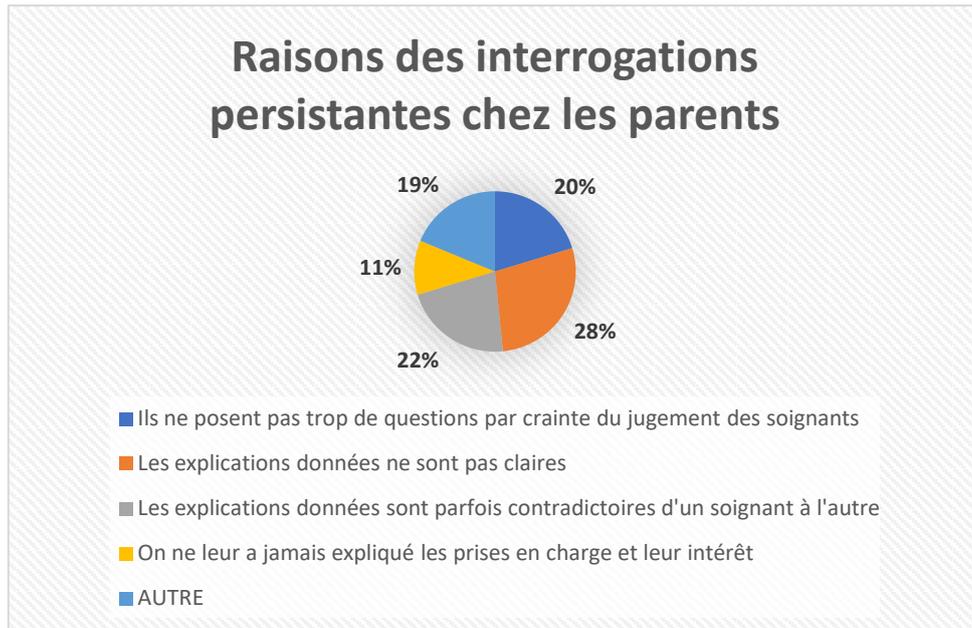
Ensuite, concernant les connaissances et les a priori sur la pédopsychiatrie, 85,5% des parents interrogés disent avoir déjà entendu parler de la psychiatrie infanto-juvénile avant d'y avoir recours. (NB : A noter une réponse assez surprenante, celle d'un assistant familial de l'ASE n'ayant jamais entendu parler de la pédopsychiatrie). Enfin, on retrouve parmi les réponses affirmatives une image positive concernant la pédopsychiatrie représentée dans plus de la moitié des cas (52,9%), contre un taux bien inférieur à 11,5%, concernant une image négative. Le reste des parents n'a pas exprimé d'a priori particulier sur cette question.

c. Le vécu des parents dans le parcours de soins

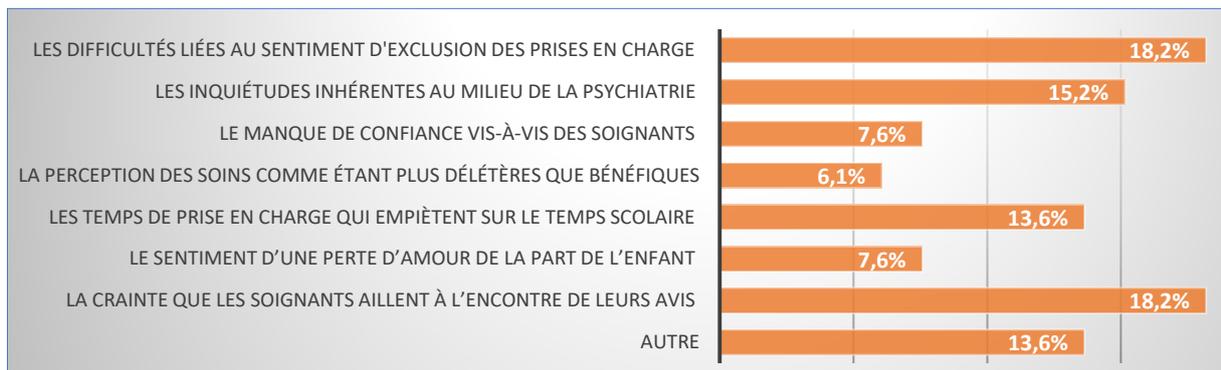
Concernant la pertinence des soins et des prises en charge, les $\frac{3}{4}$ des parents disent y être favorables et comprendre totalement l'intérêt pour leur enfant ; $\frac{1}{4}$ des parents disent le comprendre de manière partielle. A noter 2 réponses sur les 117 qui stipulent ne pas comprendre du tout l'intérêt des soins proposés.

Pour ce qui est des interrogations des parents au sujet des soins et des prises en charge, près de la moitié des parents (46,2%) dit avoir encore des questions. Dans les propositions concernant les raisons de ces questionnements persistants, les parents mentionnent en premier lieu le fait que les explications fournies par les soignants ne leur paraissent pas suffisamment explicites. Puis viennent ensuite de manière équivalente la réserve de certains parents à poser des questions par crainte d'être jugés, et le fait que les explications données leur paraissent contradictoires entre les différents discours des professionnels. Enfin, environ 1 parent sur 10 indique ne jamais avoir reçu d'explications concernant les soins mis en place et leur intérêt. A noter une part non négligeable de réponses « Autre » dans les raisons pouvant expliquer les interrogations persistantes. Les commentaires laissés par les parents sont malheureusement davantage liés au motif de leurs questionnements plutôt qu'aux circonstances pouvant les expliquer dans leurs échanges avec les soignants.

Raisons des interrogations persistantes chez les parents



Enfin, les parents ont pu exprimer des difficultés à confier leur enfant pour les prises à charge dans 1/3 des cas, avec parmi eux 1 parent sur 6 qui affirme présenter ces difficultés de manière systématique. Voici les explications qui ont été retenues par les parents concernant les raisons de ces difficultés :



Parmi les réponses « Autre », les parents ont pu mettre en avant des difficultés générales de séparation en lien avec une relation fusionnelle avec leur enfant, la crainte de ne pas être présents physiquement pour lui « *en cas de besoin* », ou encore la crainte de ce que pourrait dire l'enfant durant les temps de soins en l'absence du parent et qui pourrait générer un jugement de la part des soignants.

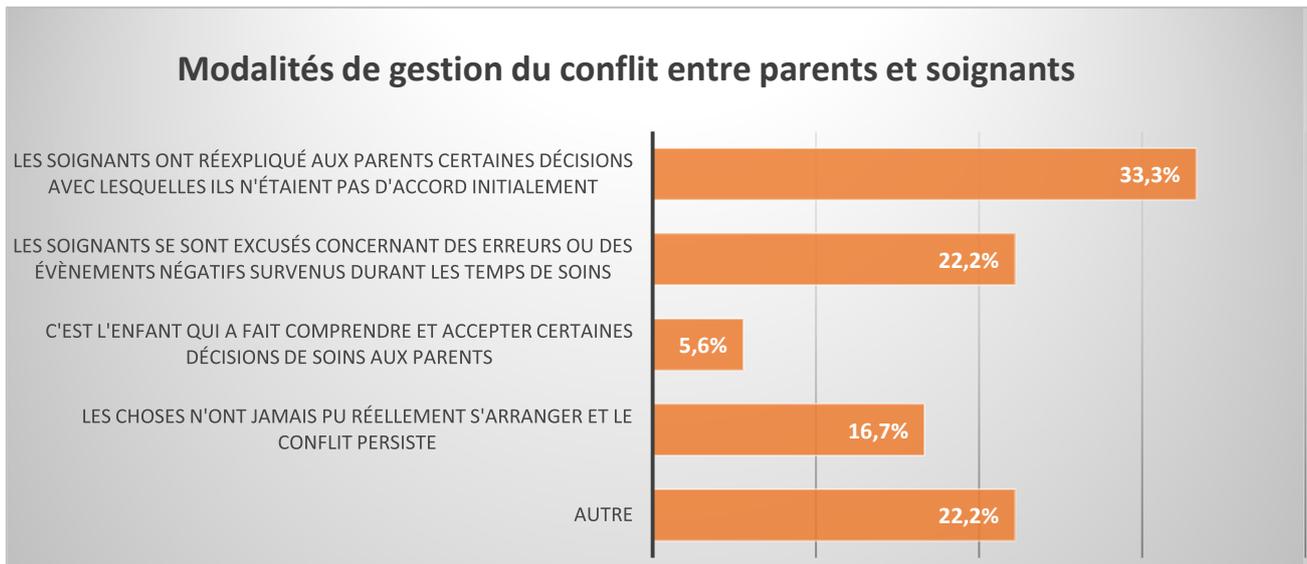
d. [Le vécu des parents dans leur relation avec les soignants](#)

Dans cette dernière partie, les parents ont été interrogés sur leur satisfaction vis-à-vis de la fréquence des rendez-vous et des entretiens avec les soignants. Les $\frac{3}{4}$ des parents se disent satisfaits par la fréquence des échanges avec les infirmiers et/ou éducateurs spécialisés qui s'occupent de l'enfant durant les temps de soins. La satisfaction concernant la fréquence des entretiens avec les professionnels paramédicaux (psychologues, orthophonistes, etc.) et les médecins est légèrement plus faible, estimée pour l'un et l'autre à environ 60%.

La question a été posée aux parents de savoir s'ils se sentaient pris en compte dans les décisions de soins au sujet de leur enfant. Les 2/3 des parents ont répondu avoir l'impression que leur avis était à chaque fois pris en considération par les soignants, contre un peu moins de 30% pour les parents ayant l'impression de ne pas être pris en compte à chaque fois. 7% des parents (soit 9 réponses sur les 117) ont pu répondre avoir le sentiment de ne jamais avoir été inclus dans les décisions de soins pour leur enfant.

Une autre question concernait l'impression des parents, à un moment ou à un autre du parcours de soins, d'avoir été jugés par les soignants comme étant de « mauvais parents ». Il est intéressant de noter près d'un tiers de réponses positives. Et parmi ces réponses positives, 88% précisent une impression ponctuelle, et près de 12% (soit 4 réponses sur les 34 positives) indiquent un vécu fréquent à ce sujet.

Enfin, une dernière question venait interroger la survenue d'un éventuel conflit actuel ou passé entre les parents et les soignants. Lorsqu'on demande aux parents s'ils ont déjà ressenti de la colère à l'encontre des professionnels, on obtient une majorité de réponses négative à 87,2%, avec néanmoins plus de 10% de réponses positives. Une question supplémentaire était posée pour connaître les modalités de gestion du conflit, dont voici les résultats :



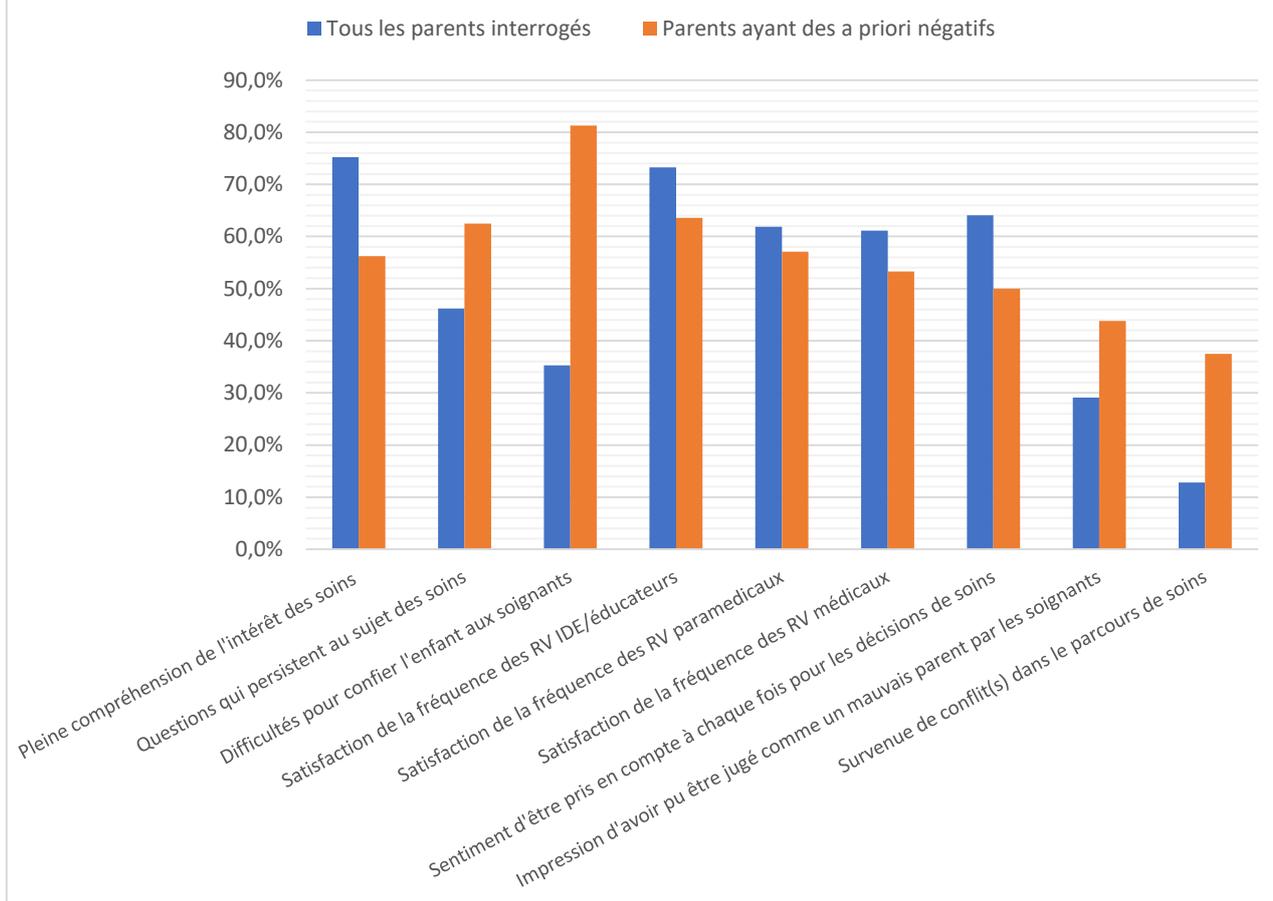
Parmi les circonstances « Autre » précisées par les parents concernant la gestion du conflit, on note plusieurs réponses intéressantes : le changement d'équipe soignante, des temps de discussion et d'échange qui ont été augmentés, ou encore l'intervention d'un tiers extérieur.

e. [Analyse des résultats en fonction des « a priori négatifs » des parents](#)

Une analyse complémentaire a été réalisée, en mettant en avant le facteur « a priori négatif » des parents, afin d'observer s'il pouvait avoir une influence sur les résultats concernant les différents champs de l'alliance explorés plus haut. Pour cela, les réponses du groupe de parents ayant répondu avoir déjà eu un suivi psychologique ou psychiatrique avec un vécu négatif ont été analysées, ainsi que celles des parents ayant répondu avoir une image négative de la pédopsychiatrie avant d'initier les soins pour leur enfant. Ce groupe concernait 16 parents, et a été comparé aux résultats de la totalité des parents interrogés. **(ANNEXE 4)**

On retrouve comme résultats une proportion de réponses plus élevée au niveau de tous les indicateurs qui vont dans le sens d'une alliance thérapeutique potentiellement plus faible.

Comparatif des réponses du groupe "Parents avec a priori négatifs" avec celles de la totalité des parents interrogés



Dans le groupe « Parents avec a priori négatifs », la pleine compréhension de l'intérêt des soins est estimée à 56,3 % contre 75,2% dans le groupe total (soit - 18,9%). Les questions sur les soins persistent à 62,5% contre 46,2% (soit + 16,3%). Les difficultés systématiques ou ponctuelles à confier l'enfant sont estimées à 81,3% contre 35,3% (soit + 46%). A noter des résultats plutôt similaires concernant la satisfaction sur la fréquence des rendez-vous avec les différents soignants (différentiels inférieurs à 10%), avec néanmoins des taux de satisfaction qui tendent à être moindre dans le groupe de parents avec a priori négatifs. Le sentiment d'être pris en compte à chaque fois dans les décisions est estimé à 50% contre 64,1% dans le groupe total (soit - 14,1%). A noter qu'en revanche, l'impression de ne jamais être pris en compte dans les décisions concerne une proportion similaire à celle de l'ensemble des parents interrogés, aux environs de 7%. L'impression d'avoir déjà été jugé comme un mauvais parent de manière ponctuelle ou régulière par les soignants est estimée à 43,8% contre 29,1% (soit + 14,7%). Enfin, la survenue d'un conflit dans le parcours de soins est estimée à 37,5% contre 12,8% (soit + 24,7%).

f. [Commentaires supplémentaires](#)

Au travers des commentaires laissés par les parents au niveau des différents champs libres du questionnaire, on retrouve des réflexions récurrentes, dont voici les principales idées générales :

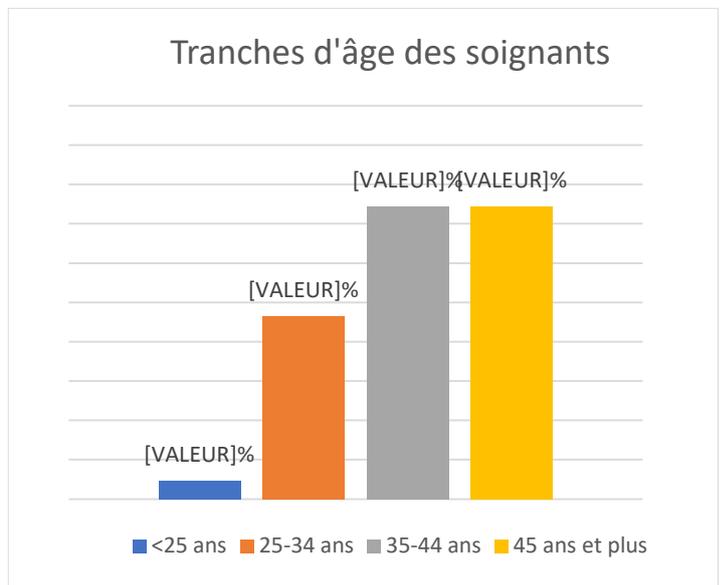
- un sentiment d'inutilité et d'incapacité à aider leur enfant
- un désir de pouvoir participer au processus thérapeutique, notamment au travers de conseils concrets applicables à la maison, ou au travers d'une participation relative aux soins
- une attente de retours et d'échanges plus réguliers au sujet de leur enfant concernant les soins et l'évolution clinique.

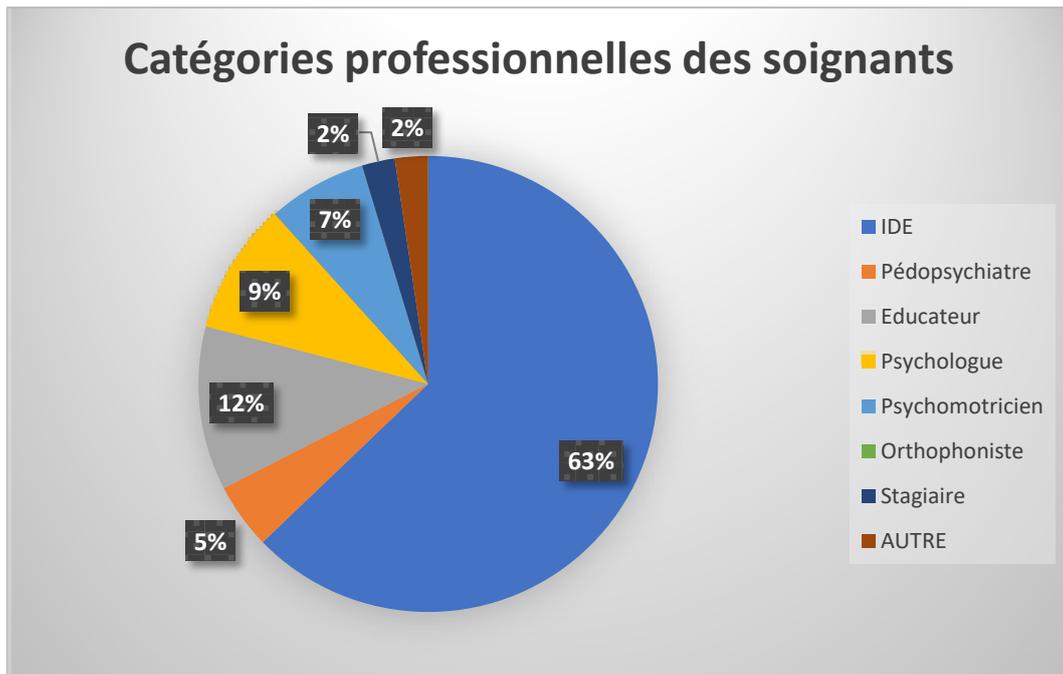
B- Analyse des questionnaires « Soignants »

a. Critères socio-professionnels des soignants

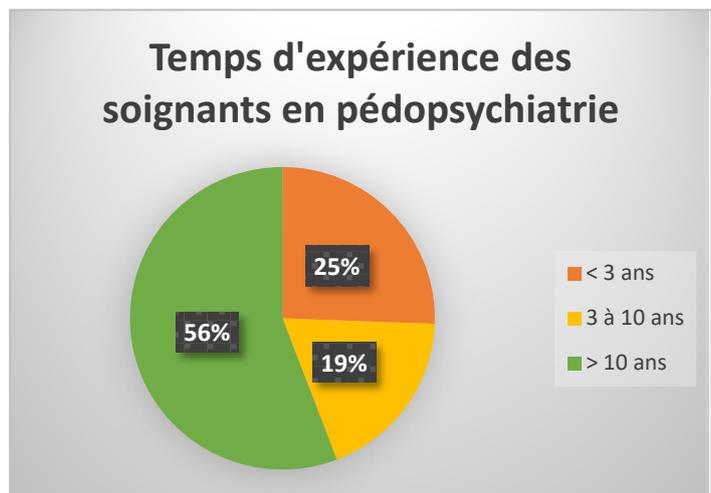
L'enquête réalisée auprès des soignants a comptabilisé 43 réponses (**ANNEXE 5**). Parmi les soignants ayant participé à l'étude, les $\frac{3}{4}$ sont des femmes (74,4%). La moyenne d'âge des soignants est de 41,1 ans, avec des extrêmes allant de 23 à 58 ans.

La catégorie professionnelle la plus représentée est celle des infirmiers à 62,8%, ce qui correspond effectivement à l'effectif le plus élevé en général dans les services de soins en pédopsychiatrie sur l'hôpital Georges Mazurelle. Elle est suivie par la catégorie professionnelle des éducateurs spécialisés qui représente 11,6% des soignants interrogés.





Concernant le temps d'expérience des soignants, on retrouve une moyenne de durée d'expérience de 11,1 ans, avec des extrêmes allant de 1 mois à 38 ans. A noter que la proportion des expériences supérieures à 10 ans représentent plus de la moitié des réponses des soignants (56%). Les lieux d'exercice sont répartis de manière quasi-égale entre unité d'hospitalisation temps plein, hôpital de jour, et centre médico-psychologique ; services de soins qui correspondent de fait aux 3 principaux lieux de distribution des questionnaires.



Les soignants ont été interrogés pour savoir si le processus de contre-transfert avait déjà été mentionné au cours de leur formation. 60,5% d'entre eux ont répondu que cette notion leur avait été enseignée très clairement ; 30,2% ont répondu en avoir déjà entendu parler mais de manière superficielle ; et 1 seul soignant (infirmier) a répondu ne pas avoir eu connaissance de cette notion durant sa formation.

Enfin, une dernière question portait sur le statut parental des soignants. Les $\frac{3}{4}$ des soignants interrogés ont effectivement déclaré avoir des enfants. Et parmi eux, 81,3% ont affirmé que l'accès à la parentalité avait pu faire évoluer leur regard sur les parents des enfants soignés en pédopsychiatrie. Voici les principaux commentaires mentionnés concernant la manière dont cette expérience personnelle a pu occasionner du changement dans leur relation avec les parents :

- une meilleure compréhension des difficultés à être parent, avec une attitude moins jugeante à leur égard
- une meilleure perception de la souffrance que peuvent générer les troubles psychiques de l'enfant chez les parents

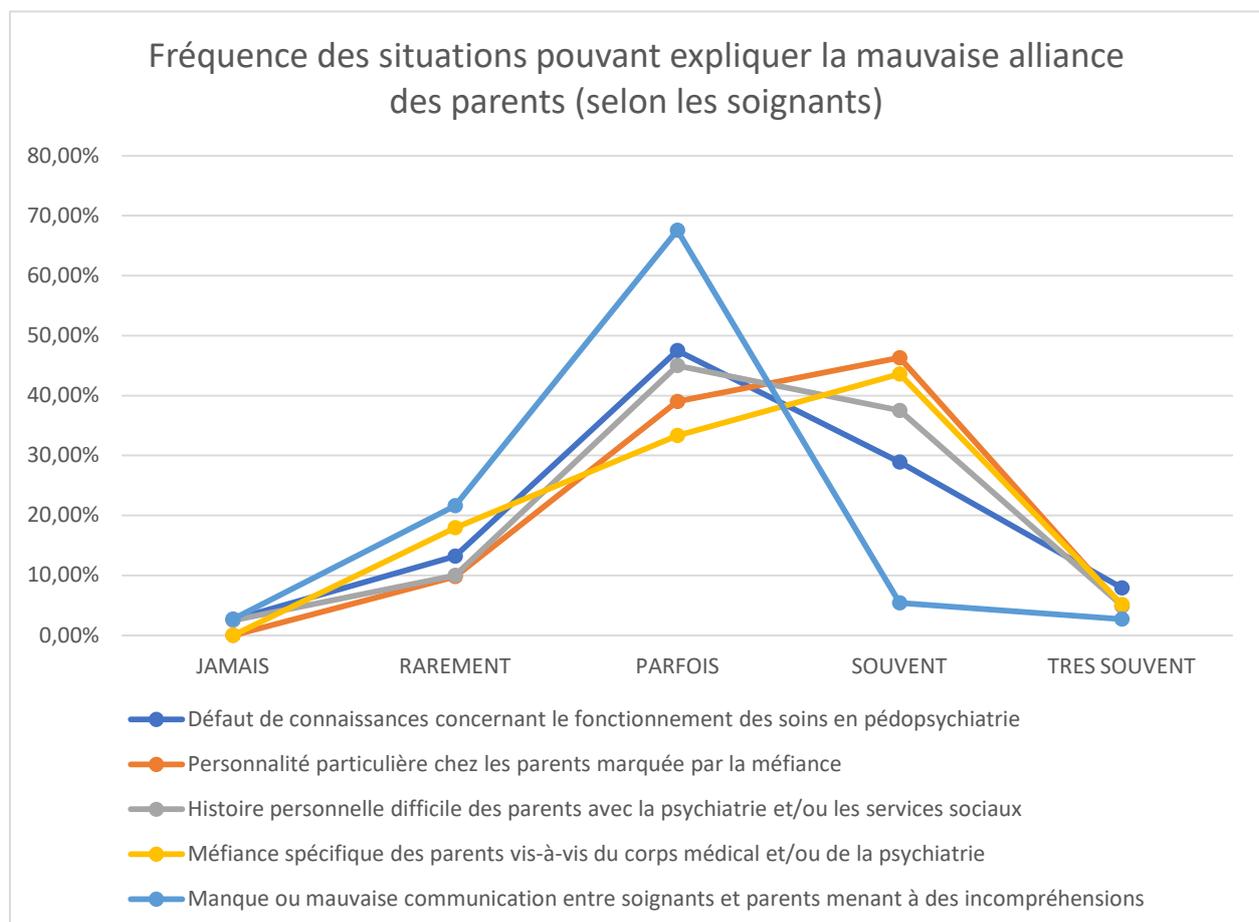
- le développement d'une meilleure empathie, davantage d'écoute et de bienveillance à l'égard des parents
- l'expérience parentale du soignant permet également une proximité avec les parents, la mise en place d'une guidance parentale et éducative plus aisée

A noter 1 seule réponse qui va dans le sens d'un changement plutôt négatif, avec un soignant qui évoque davantage d'incompréhension pour lui concernant l'attitude des parents qui ne suivent pas les préconisations des professionnels.

b. Le vécu des soignants dans la question de l'alliance avec les parents

Lorsqu'on interroge les soignants pour savoir s'ils ont déjà rencontré des difficultés d'alliance avec les parents dans leur pratique pédopsychiatrique, de manière assez prévisible, la réponse est positive pour la très grande majorité d'entre eux à hauteur de 93%. Parmi les 3 soignants ayant déclaré ne jamais avoir rencontré de problématique d'alliance avec les parents, 2 d'entre eux étaient (comme on pouvait s'y attendre) des soignants de faible expérience : un interne avec 5 mois d'expérience, et une étudiante infirmière en stage depuis 1 mois. La 3^{ème} réponse négative est plus étonnante, puisqu'elle concerne celle d'une psychomotricienne de 30 années d'expérience.

La question suivante portait sur les hypothèses des soignants concernant les causes éventuelles d'une mauvaise alliance thérapeutique avec les parents, en les catégorisant selon leur fréquence dans la pratique. Voici un diagramme résumant ces résultats :



On remarque que la quasi-totalité des hypothèses proposées se situent entre des fréquences allant de « Parfois » à « Souvent ». Et concernant les hypothèses des raisons répertoriées comme étant « Souvent » en cause dans les difficultés d’alliance avec les parents, voici les 4 plus importantes classées selon un taux décroissant de réponses :

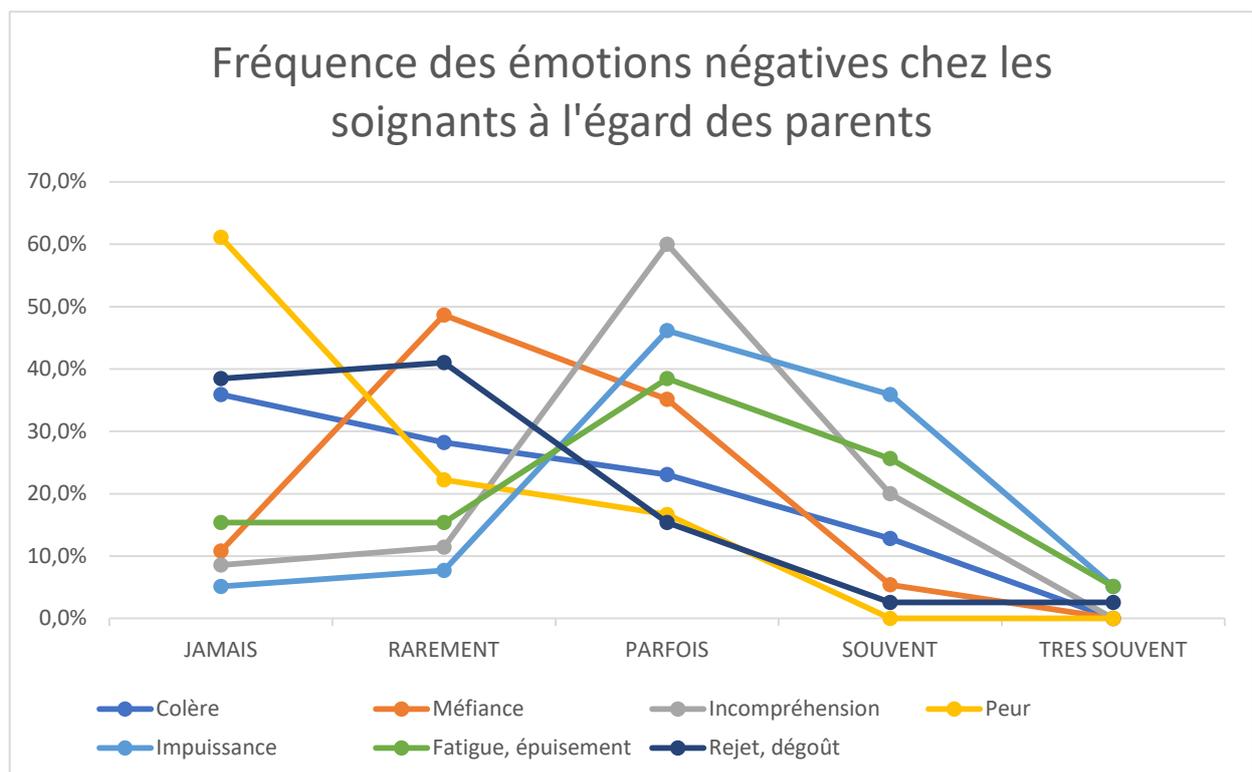
- la personnalité des parents marquée par la méfiance (46%)
- la méfiance spécifique des parents vis-à-vis du corps médical ou de la psychiatrie (44%)
- l’histoire personnelle difficile des parents avec la psychiatrie et/ou les services sociaux (37,5%)
- le défaut de connaissances du fonctionnement des soins de pédopsychiatrie (28,9%).

Quand on prend la 5^{ème} hypothèse en lien avec un manque ou une mauvaise communication de la part des soignants vis-à-vis des parents, on peut voir qu’elle est majoritairement classée comme survenant « Parfois » dans un peu plus de 2/3 des réponses.

Dans les commentaires laissés par les soignants dans les champs libres concernant d’autres hypothèses qui pourraient expliquer une mauvaise alliance, voici les principales réponses données :

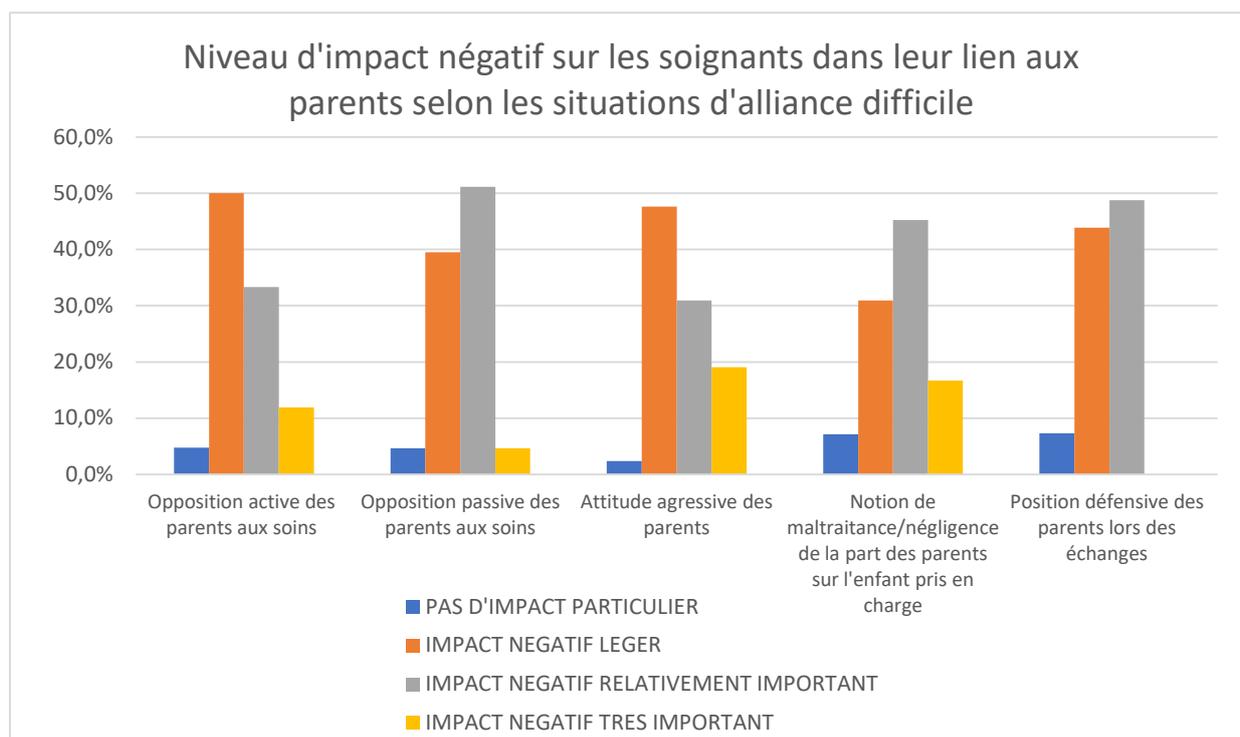
- les soins imposés selon un suivi judiciaire spécifique
- le positionnement des parents qui pensent qu’il s’agit uniquement de la responsabilité des professionnels de résoudre les difficultés de leur enfant
- lorsque les parents présentent des difficultés cognitives
- la profession des parents lorsqu’ils sont eux-mêmes soignants
- les différences culturelles et/ou la barrière de la langue
- l’ancienneté des troubles de l’enfant et un parcours de soins long qui peut générer de l’épuisement chez les parents.

Concernant les émotions négatives que les soignants ont déjà pu éprouver dans la relation avec les parents, voici un diagramme résumant les proportions des réponses données :



En ce qui concerne les émotions qui reviennent « Souvent », on peut les classer selon la fréquence décroissante suivante : l'impuissance, la fatigue, l'incompréhension, la colère, la méfiance, le rejet, et enfin la peur (qui ne comptabilise aucune réponse). Aucune autre émotion n'a été mentionnée dans la catégorie « Autre ».

Enfin, la dernière question de cette partie du questionnaire concernait le niveau d'impact négatif chez les soignants vis-à-vis de certaines attitudes des parents, et dont la plupart pouvait à la fois révéler, mais également induire ou entretenir des difficultés d'alliance avec eux (excepté la situation de maltraitance parentale).



On peut voir que la situation la plus fréquemment retrouvée comme ayant un impact négatif très important est celle de l'agressivité des parents (à hauteur de 19%) suivie de la notion de maltraitance et/ou de négligence de la part des parents sur l'enfant (16,7%). De manière plus étonnante, on peut observer que l'attitude d'opposition active aux soins induit globalement un niveau d'impact moindre que celle de l'opposition passive aux soins, à hauteur de 45,2% contre 55,9% si on cumule les taux de réponses avec impact relativement important et très important. Enfin, comme on pouvait s'y attendre, on retire également de ces résultats que l'ensemble de ces situations a globalement un impact négatif sur les soignants dans les relations avec les parents, avec des réponses qui indiquent l'absence d'impact qui sont toutes inférieures à 8%.

c. Pistes de réflexion pour favoriser l'alliance

La dernière partie du questionnaire soignant posait la question d'éventuelles pistes concernant l'amélioration des relations avec les parents. Là encore, des hypothèses de stratégies ont pu être proposées dans le questionnaire, afin de voir lesquelles avaient pu être expérimentées dans la pratique des soignants, et lesquelles leur paraissaient les plus pertinentes à mettre en place.

La discussion de la situation en équipe est la stratégie qui semble la plus communément établie en pratique, réunissant un taux de 83% des réponses lorsqu'on cumule les fréquences « Souvent » et « Très Souvent ». Elle représente également le moyen le plus efficace selon les soignants, à hauteur de 38,7%. L'augmentation du nombre d'entrevues a été tentée pour un peu plus de la moitié des soignants interrogés. Elle représente également la 2^{ème} option considérée comme la plus efficace à 22,6%. On retrouve un résultat intéressant, à savoir la question de la mise en place de groupes de parents. D'après les résultats, elle représente la stratégie la moins expérimentée en pratique, puisqu'elle comptabilise un taux de réponses proche de 90% des fréquences cumulées « Jamais » et « Rarement » utilisée. Alors qu'à contrario, elle prend la 3^{ème} place des options qui seraient potentiellement les plus efficaces selon les soignants pour améliorer leurs relations avec les parents, à hauteur de 17,2%. Elle est d'ailleurs mentionnée à plusieurs reprises dans les commentaires libres. Pour ce qui est de l'expression des émotions négatives aux parents (dans une perspective de métacommunication), la remise d'outils explicatifs, ou le relais vers d'autres professionnels, ces stratégies ont été principalement classées dans les fréquences « Jamais » ou « Rarement » utilisées, et représentent des options peu efficaces selon les soignants, avec un taux inférieur à 10% des réponses pour chacune de ces propositions.

Parmi les autres moyens qui pourraient permettre une amélioration de l'alliance, voici un résumé des principales propositions des soignants interrogés :

- la mise en place de binômes soignants dans les entretiens avec les parents
- l'augmentation des temps d'échanges avec les parents, notamment via des appels téléphoniques réguliers
- le développement de l'approche systémique dans la pratique incluant donc les parents de manière plus importante dans le suivi et les soins
- des entretiens médicaux programmés à l'avance avec les parents sous une forme de « calendrier » afin de permettre un point régulier avec eux
- la mise en place de visites à domicile
- l'emploi d'un langage clair, adapté, et transparent vis-à-vis du diagnostic, des soins, des perspectives d'évolution et de suivi
- une attention particulière portée sur les premiers temps de rencontre avec les parents.

d. Intérêt des soignants pour le sujet

Seulement 1/3 des soignants interrogés indique avoir appris quelque chose sur son positionnement ou ses réactions vis-à-vis des parents en remplissant ce questionnaire ; ce qui reviendrait à dire que les 2/3 restant seraient pleinement conscients de leur place et de leur vécu à ce sujet. Néanmoins, la totalité des soignants se dit intéressée par l'approfondissement de cette question du lien soignants-parents. Ils précisent que cette démarche serait motivée dans 2/3 des cas par des objectifs d'amélioration de l'efficacité des soins pour l'enfant, et d'un renforcement de leurs capacités à faire face aux situations les plus difficiles avec les parents.

DISCUSSION

Au terme de cette étude, on retire tout d'abord des éléments intéressants concernant la perception des parents dans leur relation avec les soignants, avec notamment l'idée que les a priori négatifs des parents vis-à-vis des soins pourraient constituer un élément important à prendre en

compte et à interroger de manière précoce, puisqu'il semble jouer un rôle dans le développement ultérieur d'une relation de moins bonne qualité avec les soignants. L'identification de cette particularité chez les parents pourrait permettre d'anticiper d'éventuelles difficultés d'alliance initiales ou futures. Cela pourrait se faire notamment grâce à une adaptation plus spécifique des soignants dans leur positionnement, par exemple au moyen d'une attention plus grande à cette particularité et d'efforts plus importants dans la mise en place de conditions suffisamment sécurisées pour les parents ; ceci dans l'idée qu'ils puissent se sentir entendus, compris, et rassurés vis-à-vis des soins proposés, soins qui auraient ainsi davantage de chance de se déployer pleinement par la suite.

Avec les questionnaires destinés aux soignants, on observe également des résultats intéressants dans cette question de l'alliance avec les parents. Tout d'abord, la parentalité du soignant semble représenter un élément non négligeable dans ses capacités à entrer en lien avec les parents des enfants en soins. Il s'agirait en quelque sorte d'un statut que l'on pourrait quasiment qualifier d'atout, notamment dans les capacités d'empathie qui semblent davantage développées dans ce contexte. Par ailleurs, on note que certaines situations cliniques semblent de fait plus à même d'induire des difficultés d'alliance, cette fois-ci du côté des soignants (attitude agressive des parents, notion de maltraitance, etc.). L'identification de ces situations particulières pourrait permettre là encore d'anticiper les choses, en permettant au soignant d'être davantage attentif à son vécu contre-transférentiel ; ceci afin que les émotions dites « négatives » ne viennent pas participer à la mauvaise qualité du lien avec les parents, mais représentent au contraire un outil sémiologique dans la pratique clinique, dans la perspective de ce que nous avons pu développer précédemment.

Enfin, que ce soit par le biais des commentaires laissés par les parents ou les soignants, il semble se dégager des pistes finalement similaires vis-à-vis des perspectives d'amélioration de l'alliance. Les questions d'augmentation des occasions d'échange autour de l'enfant, d'une information délivrée par les professionnels qui devrait pouvoir se faire de manière plus régulière et explicite, ou encore d'une réflexion autour d'une implication plus forte des parents dans le processus du soin, semblent prépondérantes.

Les résultats de cette enquête sont évidemment à relativiser du fait de nombreux biais potentiels. Tout d'abord, on peut mentionner le biais de sélection, en particulier vis-à-vis des questionnaires « Parents ». Cela s'explique par la logique d'une participation laissée libre et volontaire, avec le risque d'une absence de représentativité. La question de la motivation à répondre au questionnaire peut alors se poser, que ce soit du côté des parents qui ont possiblement souhaité exprimer leur satisfaction dans leurs liens avec les soignants, ou au contraire avec certains parents qui ont possiblement profité de cette enquête pour exprimer leur mécontentement sur le sujet. Par ailleurs, on peut évidemment pointer le fait que les échantillons du côté parents comme soignants restent relativement faibles. Enfin, la méthodologie globale concernant l'enquête pourrait être remise en cause, avec une construction empirique des questionnaires, le recours régulier à des questions fermées à choix multiples avec un possible effet de suggestion sur les participants, ou encore une analyse de questionnaires incomplets.

Néanmoins, malgré ces nombreux biais, il est important de rappeler qu'il s'agissait avant tout d'un travail exploratoire, qui a permis de s'intéresser à un sujet encore peu étudié, et qui paraît pourtant essentiel en pratique pédopsychiatrique. La question des pistes mentionnées pour une amélioration des relations parents-soignants pourrait représenter une perspective de recherche intéressante, notamment au travers de la mise au point d'enquêtes de satisfaction à destination des parents, et ce dans les différentes dimensions citées, avec l'emploi d'une méthodologie qui serait davantage codifiée et reconnue.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous avons pu explorer un certain nombre de dimensions de la relation parents-soignants dans le cadre spécifique de la psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, et comprendre davantage les enjeux de cette relation pour le processus thérapeutique. Il s'agit là d'une réflexion éminemment parcellaire et non exhaustive, puisque nous sommes en train de parler de relations humaines. Néanmoins, on peut y voir de mon point de vue l'intérêt d'une (re)mise en question du côté des professionnels, dont je fais moi-même partie. Ce questionnement incessant vis-à-vis de notre posture soignante me paraît essentielle et indispensable à notre pratique, dans cette perspective éthique qui de mon point de vue précède le soin. Et concernant cet aspect spécifique de l'alliance thérapeutique avec les parents, nous pouvons en retirer un certain nombre de pistes de réflexion, et d'éléments pratiques potentiels à mettre en place en clinique.

Je terminerai ce propos par une image concernant ma représentation des soins de pédopsychiatrie à l'égard de l'enfant et ses parents : celle du jardinier qui prend effectivement soin de ses fleurs, mais qui pour cela ne doit pas négliger de prendre soin de la terre dans laquelle elles prennent racines... De même, l'alliance est également une autre fleur qui mérite toute notre attention et tous nos bons soins, et qui ne peut se faire que jour après jour, avec patience, bienveillance, et intelligence.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire « Parent »

Chers Parents,

Je me présente : je m'appelle Laura BARREAU, et je suis actuellement interne en pédopsychiatrie. En tant qu'étudiante en médecine, je dois réaliser un travail de recherche pour achever ma formation. Et le sujet que j'ai choisi, c'est vous. Pour être plus précise, il s'agit de votre relation avec nous, soignants. Ce qui m'intéresse particulièrement, c'est la confiance que vous pouvez nous accorder ou non concernant les soins proposés à votre enfant.

Etant moi-même jeune mère, je comprends parfaitement la difficulté et l'angoisse que cela peut provoquer de demander de l'aide pour son enfant, et de s'en remettre à quelqu'un d'autre pour cela (*Est-ce la bonne solution ? Mon enfant va-t-il m'en vouloir ? Comment va-t-on nous regarder ? Sommes-nous des mauvais parents ? ...*). D'un autre côté, en tant que médecin, je trouve cela difficile de faire face à la réaction parfois négative de certains parents vis-à-vis de soins dont je suis intimement convaincue qu'ils pourraient aider leur enfant.

Voilà tout l'enjeu de mon travail de recherche qui, je l'espère, pourrait apporter quelques pistes concrètes pour pouvoir répondre au mieux à votre demande et à vos besoins. Car finalement, Parents comme Soignants, nous avons tous le même objectif : le bien-être de votre enfant.

Je vous remercie sincèrement pour les quelques minutes que vous prendrez pour répondre à ce questionnaire de 15 items que je vous propose. Sachez enfin que vos réponses resteront parfaitement **anonymes** et que l'équipe soignante qui vous suit n'en aura absolument pas connaissance !

Très bonne continuation à vous.

Cordialement,

Laura BARREAU.

NB : Si vous êtes les parents d'un même enfant, vous pouvez faire le choix de remplir ce questionnaire à 2 (en cochant 2 cases à la 1^{ère} question), ou bien le remplir séparément.

NB' : Si vous êtes assistants familiaux, vous pouvez également répondre à ce questionnaire si vous le souhaitez, en précisant depuis combien de temps vous accueillez l'enfant.

PARTIE 1 : A propos de vous

1- Vous êtes :

- la mère
- le père
- quelqu'un d'autre (*précisez*) :

2- Quel âge avez-vous ? ans

3- Quel âge à votre enfant ? ans

4- A-t-il des frères et sœurs ?

- Oui
- Non

Si oui, quel(s) âge(s) ont-ils ?

5- Quelle est votre profession ?

.....

PARTIE 2 : Votre regard sur le monde « psy »

6- En ce qui vous concerne, avez-vous déjà personnellement bénéficié de soins psychologiques ou psychiatriques dans votre vie ?

- Oui
- Non

Si oui, quel a été votre vécu par rapport à cela :

- plutôt positif
- plutôt négatif
- autre (précisez si vous le souhaitez)

7- Aviez-vous déjà entendu parler de la pédopsychiatrie (psychiatrie pour les enfants) avant d'y avoir recours ?

- Oui
- Non

Et si oui, quelle image en aviez-vous avant de la découvrir ?

- une bonne image
- une image négative
- ni l'un ni l'autre

PARTIE 3 : Votre point de vue sur les soins pour votre enfant

8- Comprenez-vous l'intérêt des soins et des prises en charge que nous proposons à votre enfant ?

- Oui, tout à fait
- Parfois, mais pas toujours
- Non, jamais

9- Avez-vous encore des questions qui persistent concernant les prises en charge actuelles pour votre enfant ?

- Oui
- Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) selon vous ? (cochez les items, plusieurs choix possibles) :

| | |
|--|--|
| <i>a- Je ne pose pas trop de questions, car j'ai peur d'être jugé(e) par les soignants ou le médecin</i> | |
| <i>b- Je pose des questions, mais les explications que l'on me donne ne sont pas claires pour moi</i> | |
| <i>c- Les explications que l'on me donne sont parfois contradictoires d'un soignant à l'autre</i> | |
| <i>d- On n'a jamais pris le temps de m'expliquer l'intérêt des soins</i> | |
| <i>Autre (précisez si vous le souhaitez)</i> | |

10- Est-ce difficile pour vous de confier votre enfant pour les prises en charge proposées ? (consultation seul, groupe hôpital de jour, hospitalisation, ...) :

- Oui, à chaque fois
- Parfois, mais pas toujours
- Non, jamais

Si oui ou parfois, pour quelle(s) raison(s) selon vous ? (cochez les items, plusieurs choix possibles) :

| | |
|---|--|
| <i>a- Je n'apprécie pas de me sentir exclu(e) des prises en charge de mon enfant</i> | |
| <i>b- Le milieu de la psychiatrie me fait peur</i> | |
| <i>c- Je ne ressens pas une pleine confiance envers les soignants qui s'occupent de mon enfant</i> | |
| <i>d- J'ai l'impression que les soins lui font plus de mal que de bien</i> | |
| <i>e- Je préférerais qu'il soit à l'école plutôt qu'en prise en charge avec les soignants</i> | |
| <i>f- J'ai l'impression qu'il m'aime moins ou qu'il me déteste depuis que j'ai accepté les soins pour lui</i> | |
| <i>g- Je crains qu'on fasse quelque chose avec quoi je ne suis pas d'accord</i> | |
| <i>Autre (précisez si vous le souhaitez)</i> | |

PARTIE 4 : Votre lien avec les soignants

11- Pensez-vous que le nombre de rendez-vous avec les soignants pour parler de votre enfant soit suffisant ?

- Avec les infirmiers / éducateurs : Oui Non
- Avec les autres soignants (psychologues, orthophonistes, ...) : Oui Non
- Avec le médecin : Oui Non

12- Avez-vous l'impression d'être pris en compte par les soignants concernant les décisions de soins pour votre enfant ?

- Oui, à chaque fois
- Parfois, mais pas toujours
- Non, jamais

13- Avez-vous déjà eu l'impression d'être jugé par certains soignants comme étant un mauvais parent ?

- Non jamais
- Oui parfois
- Oui très souvent

14- Y a-t-il déjà eu des conflits ou de la colère entre vous et les soignants concernant les décisions de soins et le déroulement des prises en charge ?

- Oui
- Non

Si oui, comment les choses ont-elles pu s'arranger ? (cochez la ou les items, plusieurs réponses possibles)

| | |
|--|--|
| <i>a- Les soignants m'ont réexpliqué certaines décisions avec lesquelles je n'étais pas d'accord, mais qui semblaient finalement légitimes avec du recul</i> | |
| <i>b- Les soignants se sont excusés concernant des erreurs ou des événements négatifs durant les soins ou les prises en charge, et qui ont pu me choquer ou me blesser</i> | |
| <i>c- C'est mon enfant qui m'a fait comprendre et accepter certaines décisions des soignants, ce qui m'a permis d'être moins en colère contre eux</i> | |
| <i>d- Les choses n'ont jamais pu réellement s'arranger, le conflit persiste et je ressens toujours de la colère envers certains soignants</i> | |
| <i>Une autre manière nous a aidé (précisez si vous les souhaitez)</i> | |
| <i>.....</i> | |

15- Avez-vous des propositions à nous faire pour améliorer les relations entre nous ?

.....

Un grand MERCI pour vos réponses !

ANNEXE 2 : Questionnaire « Soignant »

Le lien « Parents – Soignants » en Pédopsychiatrie : quels ressorts relationnels et quels enjeux autour de l'enfant soigné ?

Bonjour,

Je m'appelle Laura BARREAU, et je suis interne en 3ème année de psychiatrie. J'ai passé l'ensemble de mes premiers stages au CHS Mazurelle, dont 1 an dans le service Ouest de pédopsychiatrie, et 6 mois au Centre de Soins pour Adolescents avec quelques journées à la Maison Départementale des Adolescents. Peut-être avons-nous déjà travaillé ensemble ?...

La question de l'alliance avec les parents, c'est-à-dire la confiance qu'ils nous accordent vis-à-vis des soins que l'on peut proposer à leur enfant, est pour moi l'une des bases du soin, sans laquelle on ne peut travailler. Cette question est également l'une des plus complexes et des plus récurrentes à laquelle j'ai été confrontée dans les services de soins. Et c'est pour cela que j'ai choisi ce sujet pour mon travail de thèse, au travers de l'analyse de ce qui peut se passer dans la relation entre les soignants et les parents.

Le questionnaire que je vous propose a pour objectif de recueillir des données sur votre lien avec les parents d'enfants dont vous assurez les soins. Il comporte 16 questions, et les quelques minutes que vous prendrez pour y répondre me permettraient d'appuyer ou d'infirmer certaines des hypothèses que je fais concernant cette thématique. Cela me permettrait également d'ébaucher des idées de mesures possibles à mettre en place pour améliorer cette relation de confiance avec les parents qui, j'en suis convaincue, est essentielle et primordiale en pédopsychiatrie.

Sachez enfin que ce questionnaire destiné aux soignants est couplé avec un autre questionnaire, destiné aux parents, afin de recueillir leurs impressions concernant l'expérience relationnelle qu'ils font avec vous. Car l'hypothèse première que je pose au commencement de ce travail, c'est que la relation de confiance qui s'établit entre le parent et le soignant est un lien qui se tisse et se construit des deux côtés, et non pas seulement du côté des parents. Une confiance qui ne peut être fondée que sur un respect mutuel et un accordage relationnel progressif, et ce dans l'intérêt de l'enfant soigné.

Merci d'avance pour vos réponses !

Laura BARREAU.

PARTIE 1 : A propos de vous et de votre travail

1- Vous êtes :

- Un homme Une femme

2- Quel âge avez-vous ? : ans

3- Quel est votre fonction soignante ?

- Infirmier Psychomotricien
 Pédopsychiatre Orthophoniste
 Educateur Stagiaire (préciser votre formation et l'année
d'étude) :
 Autre (précisez :)

4- Depuis combien de temps exercez-vous dans le milieu de la pédopsychiatrie ? (*temps d'expérience total, même si votre activité a été discontinuée*)

.....

5- Dans quel type de structure travailler vous actuellement ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Hospitalisation temps plein
 Hôpital de jour
 Centre médico-psychologique
 Pédopsychiatrie de liaison
 Maison départementale des adolescents
 Autre (précisez :)

6- Durant votre formation, vous a-t-on déjà fait mention du contre-transfert ?

- Oui, très clairement Oui, mais très brièvement Non

7- Etes-vous parent vous-même ?

- Oui Non

Si oui, votre regard a-t-il changé ou évolué sur les parents des enfants soignés en pédopsychiatrie ?

Oui

Non

Si oui, dans quel sens et dans quelle mesure ?

.....
.....
.....
.....

PARTIE 2 : A propos de l'alliance avec les parents

8- Avez-vous déjà été personnellement confronté à des difficultés d'alliance avec les parents d'enfants soignés dans votre structure ?

Oui

Non

9- Si oui, quelles raisons principales identifiez-vous dans les difficultés d'alliance avec les parents ? (cochez selon la fréquence) :

| | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Très Souvent |
|---|--------|----------|---------|---------|--------------|
| <i>a- Défaut de connaissances des parents du fonctionnement du soin en pédopsychiatrie</i> | | | | | |
| <i>b- Type de personnalité particulière chez les parents (ex : personnalité marquée par la méfiance, par le besoin de contrôle, etc...)</i> | | | | | |
| <i>c- Histoire personnelle difficile des parents avec les services de soins psychiatriques et/ou les services sociaux</i> | | | | | |
| <i>d- Méfiance générale des parents vis-à-vis du corps médical et du milieu psychiatrique en particulier</i> | | | | | |
| <i>e- Mauvaise coordination des intervenants et/ou défaut de communication entre les soignants menant à des incompréhensions chez les parents</i> | | | | | |
| <i>Autre ? (précisez)</i> | | | | | |

10- Dans le cadre de votre travail, avez-vous déjà rencontré des situations où vous avez pu ressentir des émotions négatives à l'égard des parents ?

Oui

Non

11- Si oui, de quels émotions ou sentiments s'agissait-il ? (cochez selon la fréquence)

| | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Très souvent |
|------------------------------------|--------|----------|---------|---------|--------------|
| <i>Colère</i> | | | | | |
| <i>Méfiance</i> | | | | | |
| <i>Incompréhension</i> | | | | | |
| <i>Peur</i> | | | | | |
| <i>Impuissance</i> | | | | | |
| <i>Fatigue, épuisement</i> | | | | | |
| <i>Rejet, dégoût</i> | | | | | |
| <i>Autre ? (précisez)</i> | | | | | |

12- Quels sont les cas de figure qui ont le plus d'impact négatif sur vous, et donc qui peuvent altérer votre lien avec les parents ? (cochez selon le niveau d'impact)

| | Pas d'impact particulier | Impact léger | Impact relativement important | Impact très important |
|---|--------------------------|--------------|-------------------------------|-----------------------|
| <i>a- Opposition active des parents aux soins proposés (ex : refus clairement exprimé, remise en cause des soins ou de votre compétence soignante, ...)</i> | | | | |
| <i>b- Opposition passive aux soins (ex : non-respect des préconisations, rupture de suivi sans explication, ...)</i> | | | | |
| <i>c- Agressivité verbale (ou physique) des parents à votre égard ou envers vos collègues</i> | | | | |
| <i>d- Notion de maltraitance et/ou de négligence passée ou actuelle des parents vis-à-vis de l'enfant soigné</i> | | | | |
| <i>e- Position défensive des parents qui entraînent de grandes difficultés de communication avec vous lors des entrevues</i> | | | | |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|
| Autre ? (précisez) | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|

PARTIE 3 : Quelles pistes pour améliorer la relation de soins avec les parents ?

13- Quels types de stratégies avez-vous déjà adopté seul ou avec vos collègues pour tenter d'améliorer les relations avec les parents ? (cochez selon la fréquence)

| | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Très souvent |
|---|--------|----------|---------|---------|--------------|
| a- Situation discutée en équipe ou avec un collègue à la recherche de solutions | | | | | |
| b- Expression de vos sentiments négatifs aux parents pour espérer une réaction constructive de leur part | | | | | |
| c- Augmentation du nombre d'entrevues avec les parents à visée informative concernant les soins et l'évolution de leur enfant | | | | | |
| d- Outils explicatifs remis aux parents (ex : documents sur les soins, brochures sur les médicaments, ...) | | | | | |
| e- Mise en place de groupes de parents à visée informative, préventive, et thérapeutique | | | | | |
| f- Relai à un autre collègue ou à une autre équipe | | | | | |
| Autre ? (précisez) | | | | | |

Laquelle ou lesquelles de ces stratégies vous paraissent les plus efficaces ? (plusieurs réponses possibles) :

- a d
 b e
 c f Autre

14- Avez-vous d'autres idées pour améliorer les relations avec les parents d'enfants soignés ?

.....
.....
.....
.....
.....

PARTIE 4 : Pour aller plus loin

15- Avec ce questionnaire, avez-vous appris quelque chose sur votre propre positionnement et vos propres réactions vis-à-vis des parents d'enfants soignés dans votre structure ?

Oui Non

Précisez si vous le souhaitez :

.....
.....

16- Aimerez-vous approfondir la question du lien soignant-parent au travers de formations internes ou externes ?

Oui Non

Si oui, pour quelles raisons ? (cochez ; plusieurs réponses possibles)

| | |
|---|--|
| <i>a- Pour améliorer le climat relationnel avec les parents au quotidien</i> | |
| <i>b- Pour espérer augmenter l'efficacité des soins mis en place pour les enfants</i> | |
| <i>c- Pour améliorer votre propre bien-être au travail</i> | |
| <i>d- Pour réussir à faire aux situations les plus difficiles avec les parents</i> | |
| <i>Autre raison ? (Précisez)</i> | |

MERCI beaucoup pour votre participation !

NB : Si vous souhaitez que je vous fasse parvenir les résultats de cette enquête et l'ensemble de mon travail de recherche, n'hésitez pas à m'en faire la demande (laura.barreau@hotmail.fr).

ANNEXE 3 : Résultats principaux des questionnaires « Parents »

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | Commentaires |
|-----------------------|--------------|--------------------|--------------------------------|---|
| 1) Identité du parent | Mère | 101 | 85,6% | Parmi les personnes aut 3 assistants familiaux et tante |
| | Père | 13 | 11,0% | |
| | Autre | 4 | 3,4% | |
| | TOTAL | 118 | 100,0% | |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | | |
|------------------|--------------|--------------------|--------------------------------|-------------|---|
| 2) Âge du parent | < 25 ans | 1 | 0,9% | Moyenne | 4 |
| | 25 à 34 ans | 19 | 16,2% | Âge minimal | 2 |
| | 35 à 44 ans | 48 | 41,0% | Âge maximal | 6 |
| | ≥ 45 ans | 49 | 41,9% | | |
| | TOTAL | 117 | 100,0% | | |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | | |
|--------------------|--------------|--------------------|--------------------------------|-------------|---|
| 3) Âge de l'enfant | < 5 ans | 5 | 4,2% | Moyenne | 4 |
| | 5 à 9 ans | 33 | 28,0% | Âge minimal | 2 |
| | 10 à 14 ans | 44 | 37,3% | Âge maximal | 6 |
| | ≥ 15 ans | 36 | 30,5% | | |
| | TOTAL | 118 | 100,0% | | |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|--|--------------------|--------------------|--------------------------------|
| 7) Les parents ont-ils déjà entendu parler de la pédopsychiatrie avant d'y avoir recours ? | Oui | 100 | 85,5% |
| | Non | 17 | 14,5% |
| | TOTAL | 117 | 100,0% |
| Si oui, quelle image de la pédopsychiatrie avaient les parents avant d'y avoir recours ? | Bonne image | 55 | 52,9% |
| | Image négative | 12 | 11,5% |
| | Ni l'un ni l'autre | 37 | 35,6% |
| | TOTAL | 104 | 100,0% |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|---|----------------------------|--------------------|--------------------------------|
| 8) Les parents comprennent-ils l'intérêt des soins et des prises en charge pour leur enfant ? | Oui, tout à fait | 88 | 75,2% |
| | Parfois, mais pas toujours | 27 | 23,1% |
| | Non, jamais | 2 | 1,7% |
| | TOTAL | 117 | 100,0% |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|--|-----|--------------------|--------------------------------|
| 9) Les parents ont-ils encore des questions concernant les prises en charge de leur enfant ? | Oui | 1 | 0,9% |
| | Non | 116 | 100,0% |
| Si oui, quelles sont les raisons des questions qui persistent pour les parents ? | | | |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | |
|--|---|--------------------|--------------------------------|-------|
| 11) Les parents pensent-ils que le nombre de rendez-vous avec les soignants sont suffisants pour parler de leur enfant ? | Avec les IDE / Educateurs spécialisés | Oui | 63 | 73,3% |
| | | Non | 23 | 26,7% |
| | TOTAL | 86 | 100,0% | |
| | Avec les paramédicaux (psychologues, orthophonistes, ...) | Oui | 60 | 61,9% |
| | | Non | 37 | 38,1% |
| | TOTAL | 97 | 100,0% | |
| | Avec les médecins | Oui | 55 | 61,1% |
| | | Non | 35 | 38,9% |
| | TOTAL | 90 | 100,0% | |

10) Est-ce difficile pour les parents de confier leur enfant pour les prises en charge avec les soignants ?

Si oui, quelles sont les raisons pour lesquelles les parents expliquent les difficultés à confier leur enfant pour les temps de soins ?

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|---|----------------------------|--------------------|--------------------------------|
| 12) Les parents ont-ils l'impression d'être pris en compte dans les décisions de soins concernant leur enfant ? | Oui, à chaque fois | 75 | 64,1% |
| | Parfois, mais pas toujours | 33 | 28,2% |
| | Non, jamais | 9 | 7,7% |
| TOTAL | | 117 | 100,0% |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|--|-------------------|--------------------|--------------------------------|
| 13) Les parents ont-ils déjà eu l'impression d'être jugés comme étant de mauvais parents ? | Non, jamais | 83 | 70,9% |
| | Oui, parfois | 30 | 25,6% |
| | Oui, très souvent | 4 | 3,4% |
| TOTAL | | 117 | 100,0% |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|---|-----|--------------------|--------------------------------|
| 14) Les parents ont-ils déjà perçu de la colère ou du conflit entre eux et les soignants concernant les décisions de soins ou le déroulement des prises en charge ? | Oui | 15 | 12,8% |
| | Non | 102 | 87,2% |
| TOTAL | | 117 | 100,0% |

| | | Nombre de réponse | Taux de réponses (pourcentage) |
|---|--|-------------------|--------------------------------|
| S'il y eu résolution de conflit, comment les parents pensent-t-ils que les choses ont pu s'arranger ? | Les soignants ont réexpliqué aux parents certaines décisions avec lesquelles ils n'étaient pas d'accord initialement | 6 | 33,3% |
| | Les soignants se sont excusés concernant des erreurs ou des évènements négatifs survenus durant les temps de soins | 4 | 22,2% |
| | C'est l'enfant qui a fait comprendre et accepter certaines décisions de soins aux parents | 1 | 5,6% |
| | Les choses n'ont jamais pu réellement s'arranger et le conflit persiste | 3 | 16,7% |
| | AUTRE | 4 | 22,2% |
| TOTAL | | 18 | 100,0% |

ANNEXE 4 : Analyse des marqueurs d'alliance en fonction des « a priori négatifs » des parents

| | | Tous les parents interrogés | Parents ayant des a priori négatifs | Variable (pourcentage) |
|--|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| 8') Les parents comprennent-ils l'intérêt des soins et des prises en charge pour leur enfant ? | Oui, tout à fait | 75,2% (88) | 56,25% (9) | -18,95% |
| | Parfois, mais pas toujours | 23,1% (27) | 37,5% (6) | +14,4% |
| | Non, jamais | 1,7% (2) | 6,25% (1) | +4,6% |
| <i>TOTAL</i> | | 117 | 16 | |

| | | Tous les parents interrogés | Parents ayant des a priori négatifs | Variable (pourcentage) |
|---|-----|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| 9') Les parents ont-ils encore des questions concernant les prises en charge de leur enfant ? | Oui | 46,2% (54) | 62,5% (10) | +16,3% |
| | Non | 53,9% (63) | 37,5% (6) | -16,4% |
| <i>TOTAL</i> | | 117 | 16 | |

| | | Tous les parents interrogés | Parents ayant des a priori négatifs | Variable (pourcentage) |
|--|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| 10') Est-ce difficile pour les parents de confier leur enfant pour les prises en charge avec les soignants ? | Oui, à chaque fois | 6,0% (7) | 18,75% (3) | +12,75% |
| | Parfois, mais pas toujours | 29,3% (34) | 62,5% (10) | +33,2% |
| | Non, jamais | 64,7% (75) | 18,75% (3) | -45,95% |
| <i>TOTAL</i> | | 116 | 16 | |

| | | | Tous les parents interrogés | Parents ayant des a priori négatifs | Variable (pourcentage) | |
|---|---|--------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|----|
| 11') Les parents pensent-ils que le nombre de rendez-vous avec les soignants sont suffisants pour parler de leur enfant ? | Avec les IDE / Educateurs spécialisés | Oui | 73,3% (63) | 63,6% (7) | -9,7% | |
| | | Non | 26,7% (23) | 36,4% (4) | +9,7% | |
| | <i>TOTAL</i> | | | 86 | 11 | |
| | Avec les paramédicaux (psychologues, orthophonistes, ...) | Oui | 61,9% (60) | 57,1% (8) | -4,80% | |
| | | Non | 38,1% (37) | 42,9% (6) | +4,8% | |
| | | <i>TOTAL</i> | | | 97 | 14 |
| | Avec les médecins | Oui | 61,1% (55) | 53,3% (8) | -7,80% | |
| | | Non | 38,9% (35) | 46,7% (7) | +7,8% | |
| | | <i>TOTAL</i> | | | 90 | 15 |

| | | Tous les parents interrogés | Parents ayant des a priori négatifs | Variable (pourcentage) |
|--|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| 12') Les parents ont-ils l'impression d'être pris en compte dans les décisions de soins concernant leur enfant ? | Oui, à chaque fois | 64,1% (75) | 50% (8) | -14,10% |
| | Parfois, mais pas toujours | 28,2% (33) | 43,75% (7) | +15,55% |
| | Non, jamais | 7,7% (9) | 6,25% (1) | -1,45% |
| <i>TOTAL</i> | | 117 | 16 | |

| | | Tous les parents interrogés | Parents ayant des a priori négatifs | Variable (pourcentage) |
|---|-------------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| 13') Les parents ont-ils déjà eu l'impression d'être jugés comme étant de mauvais parents ? | Non, jamais | 70,9% (83) | 56,25% (9) | -14,65% |
| | Oui, parfois | 25,6% (30) | 37,5% (6) | +11,9% |
| | Oui, très souvent | 3,4% (4) | 6,25% (1) | +2,85% |
| <i>TOTAL</i> | | 117 | 16 | |

| | | Tous les parents interrogés | Parents ayant des a priori négatifs | Variable (pourcentage) |
|--|-----|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| 14') Les parents ont-ils déjà perçu de la colère ou du conflit entre eux et les soignants concernant les décisions de soins ou le déroulement des prises en charge ? | Oui | 12,8% (15) | 37,5% (6) | +24,7% |
| | Non | 87,2% (102) | 62,5% (10) | -24,70% |
| <i>TOTAL</i> | | 117 | 16 | |

ANNEXE 5 : Résultats principaux des questionnaires « Soignants »

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|---------------------|-------|--------------------|--------------------------------|
| 1) Sexe du soignant | Homme | 11 | 25,6% |
| | Femme | 32 | 74,4% |
| TOTAL | | 43 | 100,0% |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | | |
|--|------------|--------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------|
| 4) Temps d'expérience en pédopsychiatrie | < 3 ans | 11 | 25,6% | Moyenne | 11,1 ans |
| | 3 à 10 ans | 8 | 18,6% | Temps d'expérience le plus court | 1 mois |
| | > 10 ans | 24 | 55,8% | Temps d'expérience le plus long | 38 ans |
| TOTAL | | 43 | 100,0% | | |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | | |
|--------------------|----------------|--------------------|--------------------------------|-------------|-----------------|
| 2) Âge du soignant | <25 ans | 1 | 2,3% | Moyenne | 41,1 ans |
| | 25-34 ans | 10 | 23,3% | Âge minimal | 23 ans |
| | 35-44 ans | 16 | 37,2% | Âge maximal | 58 ans |
| | 45 ans et plus | 16 | 37,2% | | |
| TOTAL | | 43 | 100 | | |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|--------------------|---------|--------------------|--------------------------------|
| 5) Lieu d'exercice | HTP | 19 | 30,6% |
| | HDJ | 21 | 33,9% |
| | CMP | 19 | 30,6% |
| | Liaison | 0 | 0,0% |
| | MDA | 0 | 0,0% |
| | AUTRE | 3 | 4,8% |
| TOTAL | | 62 | 100,0% |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|---------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------------|
| 3) Profession du soignant | IDE | 27 | 62,8% |
| | Pédopsychiatre | 2 | 4,7% |
| | Educateur | 5 | 11,6% |
| | Psychologue | 4 | 9,3% |
| | Psychomotricien | 3 | 7,0% |
| | Orthophoniste | 0 | 0,0% |
| | Stagiaire | 1 | 2,3% |
| | AUTRE | 1 | 2,3% |
| TOTAL | | 43 | 100,0% |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|---|---------------|--------------------|--------------------------------|
| 6) Connaissance du principe de contre-transfert | Oui | 26 | 60,5% |
| | Plus ou moins | 16 | 37,2% |
| | Non | 1 | 2,3% |
| TOTAL | | 43 | 100,0% |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|---|-----|--------------------|--------------------------------|
| 7) Le soignant est-il parent lui-même ? | Oui | 32 | 74,4% |
| | Non | 11 | 25,6% |
| TOTAL | | 43 | 100,0% |
| Si oui, son regard a-t-il évolué sur les parents des enfants soignés en pédopsychiatrie ? | Oui | 26 | 81,3% |
| | Non | 6 | 18,8% |
| TOTAL | | 32 | 100,0% |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|--|-----|--------------------|--------------------------------|
| 8) Les soignants ont-ils déjà été confrontés a des difficultés d'alliance avec les parents ? | Oui | 40 | 93,0% |
| | Non | 3 | 7,0% |
| TOTAL | | 43 | 100,0% |

| | | JAMAIS | | RAREMENT | | PARFOIS | | SOUVENT | | TRES SOUVENT | | TOTAL |
|---|---|---|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|-------|
| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | |
| 9) D'après les soignants, quelles sont les raisons principales qui expliquent les difficultés d'alliance avec les parents ? | Défaut de connaissances concernant le fonctionnement des soins en pédopsychiatrie | 1 | 2,60% | 5 | 13,20% | 18 | 47,50% | 11 | 28,90% | 3 | 7,90% | 38 |
| | Personnalité particulière chez les parents, marquée par la méfiance | 0 | 0% | 4 | 9,80% | 16 | 39,00% | 19 | 46,30% | 2 | 4,90% | 41 |
| | Histoire personnelle difficile des parents (avec la psychiatrie et/ou les services sociaux) | 1 | 2,50% | 4 | 10% | 18 | 45% | 15 | 37,50% | 2 | 5% | 40 |
| | Méfiance générale des parents vis-à-vis du corps médical et/ou de la psychiatrie | 0 | 0% | 7 | 17,95% | 13 | 33,33% | 17 | 43,59% | 2 | 5,13% | 39 |
| | Manque ou mauvaise communication avec eux menant à des incompréhensions | 1 | 2,70% | 8 | 21,62% | 25 | 67,57% | 2 | 5,41% | 1 | 2,70% | 37 |
| | AUTRE | <i>Désinvestissement de l'enfant : PARFOIS (1)</i> <i>Soins imposés (suivi judiciaire) : PARFOIS (1)</i> <i>Quand les parents pensent que c'est exclusivement aux professionnels de résoudre les difficultés : SOUVENT (1), non coté (1)</i> <i>Parents ayant des difficultés cognitives : non coté (1)</i> <i>Parents eux-mêmes soignants : non coté (1)</i> <i>Différences culturelles, Barrière de la langue : non coté (1)</i> <i>Troubles anciens avec suivi long qui génère de l'épuisement chez les parents : TRES SOUVENT (1)</i> | | | | | | | | | | |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|---|-----|--------------------|--------------------------------|
| 10) Les soignants ont-ils déjà éprouvé des ressentis négatifs à l'égard des parents ? | Oui | 41 | 95,3% |
| | Non | 2 | 4,7% |
| TOTAL | | 43 | 100,0% |

| | | JAMAIS | | RAREMENT | | PARFOIS | | SOUVENT | | TRES SOUVENT | | TOTAL |
|---|----------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|-------|
| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | |
| 11) Et si oui, quels types d'émotions négatives les soignants ont-ils déjà ressenties ? | Colère | 14 | 35,9% | 11 | 28,2% | 9 | 23,1% | 5 | 12,8% | 0 | 0,0% | 39 |
| | Méfiance | 4 | 10,8% | 18 | 48,6% | 13 | 35,1% | 2 | 5,4% | 0 | 0,0% | 37 |
| | Incompréhension | 3 | 8,6% | 4 | 11,4% | 21 | 60,0% | 7 | 20,0% | 0 | 0,0% | 35 |
| | Peur | 22 | 61,1% | 8 | 22,2% | 6 | 16,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 36 |
| | Impuissance | 2 | 5,1% | 3 | 7,7% | 18 | 46,2% | 14 | 35,9% | 2 | 5,1% | 39 |
| | Fatigue, épuisement | 6 | 15,4% | 6 | 15,4% | 15 | 38,5% | 10 | 25,6% | 2 | 5,1% | 39 |
| | Rejet, dégoût | 15 | 38,5% | 16 | 41,0% | 6 | 15,4% | 1 | 2,6% | 1 | 2,6% | 39 |
| AUTRE | Aucune réponse autre | | | | | | | | | | | |

| | | PAS D'IMPACT PARTICULIER | | IMPACT NEGATIF LEGER | | IMPACT NEGATIF RELATIVEMENT IMPORTANT | | IMPACT NEGATIF TRES IMPORTANT | | TOTAL |
|--|--|--------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------|
| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | |
| 12) Quel est le niveau d'impact négatif sur les soignants en fonction des difficultés relationnelles qu'ils rencontrent avec les parents ? | Opposition active des parents aux soins | 2 | 4,8% | 21 | 50,0% | 14 | 33,3% | 5 | 11,9% | 42 |
| | Opposition passive des parents aux soins | 2 | 4,7% | 17 | 39,5% | 22 | 51,2% | 2 | 4,7% | 43 |
| | Attitude agressive des parents | 1 | 2,4% | 20 | 47,6% | 13 | 31,0% | 8 | 19,0% | 42 |
| | Notion de maltraitance/négligence de la part des parents sur l'enfant pris en charge | 3 | 7,1% | 13 | 31,0% | 19 | 45,2% | 7 | 16,7% | 42 |
| | Position défensive des parents lors des échanges | 3 | 7,3% | 18 | 43,9% | 20 | 48,8% | 0 | 0,0% | 41 |
| AUTRE | Manque d'authenticité : non coté (1) | | | | | | | | | |

| | | JAMAIS | | RAREMENT | | PARFOIS | | SOUVENT | | TRES SOUVENT | | TOTAL |
|--|---|--|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|-------|
| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) | |
| 13) Quels types de stratégies les soignants ont-ils déjà mis en place pour tenter d'améliorer leur relation avec les parents ? | Discussion de la situation en équipe | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 7 | 17,1% | 17 | 41,5% | 17 | 41,5% | 41 |
| | Expression des émotions négatives aux parents dans une perspective de métacommunication | 13 | 31,7% | 15 | 36,6% | 12 | 29,3% | 1 | 2,4% | 0 | 0,0% | 41 |
| | Augmentation du nombre d'entrevues avec les parents à visée informative et d'échange | 2 | 5,1% | 9 | 23,1% | 20 | 51,3% | 7 | 17,9% | 1 | 2,6% | 39 |
| | Outils explicatifs remis aux parents | 12 | 31,6% | 14 | 36,8% | 8 | 21,1% | 4 | 10,5% | 0 | 0,0% | 38 |
| | Mise en place de groupes de parents | 22 | 57,9% | 12 | 31,6% | 4 | 10,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 38 |
| | Relai vers un autre collègue ou une autre équipe de soins | 3 | 7,9% | 19 | 50,0% | 13 | 34,2% | 3 | 7,9% | 0 | 0,0% | 38 |
| | AUTRE | Situations évoquées en analyse de la pratique : non coté (1) Davantage d'appels téléphoniques : non coté (1) Supports type génogramme : non coté (1) | | | | | | | | | | |

| | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|---|----|--------------------------------------|--------------------------------|
| | | Discussion de la situation en équipe | 36 |
| Expression des émotions négatives aux parents dans une perspective de métacommunication | 4 | 4,3% | |
| Augmentation du nombre d'entrevues avec les parents à visée informative et d'échange | 21 | 22,6% | |
| Outils explicatifs remis aux parents | 7 | 7,5% | |
| Mise en place de groupes de parents | 16 | 17,2% | |
| Relai vers un autre collègue ou une autre équipe de soins | 8 | 8,6% | |
| AUTRE Groupe de parents | 1 | 1,1% | |
| TOTAL | | 93 | 100% |

| 15) Le questionnaire a-t-il permis aux soignants d'apprendre quelque chose sur leur positionnement ou leurs réactions vis-à-vis des parents ? | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|---|----|--------------------|--------------------------------|
| | | Oui | 15 |
| Non | 27 | 64,3% | |
| TOTAL | | 42 | 100,0% |

| 16) Les soignants sont-ils intéressés pour approfondir la question du lien soignants-parents ? | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|--|---|--------------------|--------------------------------|
| | | Oui | 43 |
| Non | 0 | 0,0% | |
| TOTAL | | 43 | 100,0% |

| Et si oui, pour quelles raisons les soignants souhaitent-ils approfondir la question du lien soignants-parents ? | | Nombre de réponses | Taux de réponses (pourcentage) |
|--|----|--|--------------------------------|
| | | Pour améliorer le climat relationnel avec les parents au quotidien | 23 |
| Pour espérer augmenter l'efficacité des soins mis en place pour l'enfant | 40 | 35,7% | |
| Pour améliorer leur bien-être au travail | 13 | 11,6% | |
| Pour réussir à faire face aux situations les plus difficiles avec les parents | 36 | 32,1% | |
| TOTAL | | 112 | 100% |

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Ainsworth, Mary D. Salter, et al. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum, 1978, p. 18-391.
- (2) Al Allo, Nahla. « L'influence des loyautés familiales en consultation de pédopsychiatrie ». *ERES*, n° 56, Mars 2012, p. 90-97.
- (3) Bachelard, Maximilien. « L'alliance thérapeutique ». *L'aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin*, 2012.
- (4) Bachelor, Alexandra, et Ramzi Salamé. « Participants' perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy ». *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, vol. 9, n° 1, 2000, p. 39-53.
- (5) Balint, Mickaël. *Le médecin, son malade et la maladie*. 1957.
- (6) Bioy, Antoine, et Maximilien Bachelart. « L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques ». *Perspectives Psy*, vol. Vol. 49, n° 4, 2010, p. 317-26.
- (7) Bonnot, Olivier. *Troubles psychiatriques des parents et santé mentale de l'enfant*. Octobre 2007.
- (8) Boszormenyi-Nagy, Ivan. *Invisible Loyalties: reciprocity in Intergenerational Family Therapy*. 1er édition, Routledge, 1973.
- (9) Bouvet, Michel. *Travail avec les parents d'enfants en soins à l'hôpital de jour*. Janvier 2006, p. 40-46.
- (10) Bowlby, John. *A secure base Parent -child attachment and healthy human development*. Basic Books, 1988, p. 12-205.
- (11) Branchu, et al. *Évaluation du fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ)*. IGAS, 2018.
- (12) Brazelton, Thomas Berry. « Comportements et compétences du nouveau-né ». *Psychiatrie de l'Enfant*, Lavoisier, 1981, p. 375-96.
- (13) Brisch, Karl Heinz. *Treating attachment disorders: from theory to therapy*. Guilford Press, 2002, p. 26-294.
- (14) Collot, Edouard. *L'alliance thérapeutique : fondements et mise en oeuvre*. 2011.

- (15) Delion, Pierre. « Autisme, pédopsychiatrie et actualité ». *Le Coq-Héron*, vol. 229, n° 2, Août 2017, p. 54-62.
- (16) Denis, Paul. « Incontournable contre-transfert ». *Revue française de psychanalyse*, vol. 70, n° 2, 2006, p. 331-50.
- (17) Despland, J. N., et al. « Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation ». *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, vol. 10, n° 3, 2001, p. 155-64.
- (18) Despland, J. N. « Evaluation of psychotherapy treatments ». *L'Encéphale*, vol. 32 Pt 2, Décembre 2006.
- (19) Di Blasi, Z., et al. « Influence of context effects on health outcomes : a systematic review ». *Lancet*, vol. 357, n° 9258, Mars 2001, p. 757-62.
- (20) DiCaccavo, Antonietta. « Working with parentification: implications for clients and counselling psychologists ». *Psychology and Psychotherapy*, vol. 79, n° Pt 3, Septembre 2006, p. 469-78.
- (21) Domin, Jean-Paul. « Chapitre 4 : Entre bio-pouvoir et gouvernementalité, l'émergence d'un consommateur de soins chez Michel Foucault ? ». *Michel Foucault et la consommation*, p. 75-92, 2018.
- (22) Dumaret, A. C., et al. « Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol. 59, n° 5, Août 2011, p. 289-98.
- (23) Elvins, Rachel, et Jonathan Green. « The conceptualization and measurement of therapeutic alliance : an empirical review ». *Clinical Psychology Review*, vol. 28, n° 7, Octobre 2008, p. 1167-87.
- (24) Eubanks-Carter, Catherine, et al. « Alliance ruptures and resolution ». *The therapeutic alliance : an evidence-based guide to practice*, The Guilford Press, 2010, p. 74-94.
- (25) Favez, Nicolas, et al. *Naître et grandir au sein de la triade le développement de l'alliance familiale*. De Boeck Supérieur, 2014.
- (26) Frémontier, Michèle. « Ethique et société. Après l'annonce, vivre au quotidien ». *Gestions Hospitalières*, n° 523, Février 2013, p. 106-07.
- (27) Freud, Anna. *Le normal et le pathologique chez l'enfant estimations du développement* . 1965.
- (28) Freud, Sigmund. *Etudes sur l'hystérie*. 1895.

- (29) Freud, Sigmund. *L'interprétation du rêve*. 1899.
- (30) Freud, Sigmund. *Abrégé de psychanalyse*. 1938.
- (31) Gadeau, Ludovic. « Voies de l'alliance thérapeutique ». *Le Divan familial*, vol. N° 9, n° 2, 2002, p. 137-50.
- (32) Gandillot, Sophie, et al. « A comparative study of depressed vs psychotic mothers with their infants ». *Devenir*, vol. 24, n° 2, Juillet 2012, p. 141-69.
- (33) Gaston, Louise. « The concept of the alliance and its role in psychotherapy: theoretical and empirical considerations ». *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, vol. 27, n° 2, 1990, p. 143-53.
- (34) George, Carol, et Judith Solomon. « The caregiving system: a behavioral systems approach to parenting ». *Handbook of Attachment Theory and Research*, Décembre 2015.
- (35) Golse, Bernard, et al. « L'intersubjectivité: un paradigme du processus thérapeutique ». *Enfances et Psy*, n° 62, 2014, p.10-15.
- (36) Greenson, RR. *The working alliance and the transference neuroses*. 1965.
- (37) Grenouilloux, A. « Savoir, pouvoir, éthique en psychiatrie ». *Éthique & Santé*, vol. 12, n° 2, Juin 2015, p. 130-37.
- (38) Guédeney, Nicole, Martine Morales-Huet, et al. « Apports de la théorie de l'attachement aux traitements conjoints parents-bébés : à propos de la construction du cadre et du niveau possible des interprétations. » *L'attachement, de la théorie à la clinique*, p. 61-72, 2007.
- (39) Guédeney, Nicole, Martine Lamour, et al. « Les ressentis négatifs du thérapeute. Partie 1: un outil sémiologique ? » *Devenir*, vol. 20, Avril 2008, p. 293-318.
- (40) Guédeney, Nicole, Sandra Rusconi Serpa, et al. « Les ressentis négatifs du thérapeute. Partie 2 : Quelles stratégies thérapeutiques ? » *Devenir*, vol. 21, Janvier 2009, p. 7-29.
- (41) Guédeney, Nicole. « Les racines de l'estime de soi: apports de la théorie de l'attachement ». *Devenir*, vol. 23, n° 2, Juillet 2011, p. 129-44.
- (42) HAS (Haute Autorité de Santé). *Autisme et autres troubles envahissants du développement interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. Recommandations de bonnes pratiques, Mars 2012.
- (43) HAS (Haute Autorité de Santé). *Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie - Note de cadrage*. Avril 2021.
- (44) Hervé, Marie-Joëlle, et al. « Adaptation d'une échelle d'alliance thérapeutique au contexte des consultations mère-nourrisson ». *Devenir*, vol. 20, n° 1, mars 2008, p. 65-85.

- (45) Hilburn-Cobb, Cathron. « Adolescent psychopathology in terms of multiple behavioral systems: the role of attachment and controlling strategies and frankly disorganized behavior ». *Attachment issues in psychopathology and intervention*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2004, p. 95-135.
- (46) Holmes, Jeremy. *The search for the secure base Attachment theory and psychotherapy*. Brunner-Routledge, 2001, p. 14-183.
- (47) Horwath, et Greenberg. *Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis*. 1991, p. 139-49.
- (48) Horvath, Adam O., et Lester Luborsky. « The role of the therapeutic alliance in psychotherapy ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 61, n° 4, 1993, p. 561-73.
- (49) Horvath, Adam O. « Research on the Alliance Knowledge in Search of a Theory ». *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, vol. 28, n° 4, Juillet 2018, p. 499-516.
- (50) INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). *Nomenclature PCS 2003*. Janvier 2003.
- (51) INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). *En 2014, un quart de la population qui déménage change de département*. Juin 2017.
- (52) Kant, Emmanuel. *Critique de la faculté de juger*. 1790.
- (53) Kapp, Carole, et al. « Qualités psychométriques du Consumer satisfaction questionnaire (CSQ-8) et du Helping alliance questionnaire (HAQ) ». *Sante Publique*, vol. 26, n° 3, Juillet 2014, p. 337-44.
- (54) Kobak, Roger, et Toni Mandelbaum. « Caring for the caregiver: an attachment approach to assessment and treatment of child problems ». *Attachment processes in couple and family therapy*, Guilford Press, 2003, p. 144-64.
- (55) Kouchner, Bernard, et al. « Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». *Légifrance*, 2002.
- (56) Laplanche, Jean, et Jean-Bertrand Pontalis. *Vocabulaire de la psychanalyse*. 2007.
- (57) Le Goff, Jean-François. « Chapitre 5 : Parentification et loyautés ». *L'enfant, parent de ses parents : parentification et thérapie familiale*, 1999, p. 121-38.
- (58) Le Goff, Jean-François. « Chapitre 6 : Loyautés clivées ». *L'enfant, parent de ses parents parentification et thérapie familiale*, 1999, p. 139-49.

- (59) Le Run, Jean-Louis. « Intersubjectivité et empathie: les miroirs, la musique et la danse ». *Enfances Psy*, vol. 62, n° 1, Décembre 2014, p. 16-28.
- (60) Leridon, Henri. « Évolution de la famille en France ». *Ordres et désordres dans la sexualité, la conjugalité, la parentalité*, 2019, p. 17-28.
- (61) Letissier, Anna. *Sélectionner un outil de mesure de l'alliance thérapeutique fiable et reproductible chez l'adulte: méthode de consensus par RAND/UCLA*. Thèse de médecine, Faculté de Brest, 2014.
- (62) Liotti, Giovanni. « Trauma, dissociation, and disorganized attachmentthree strands of a single braid ». *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, vol. 41, n° 4, 2004, p. 472-86.
- (63) Luborsky, L., et al. « Therapist success and its determinants ». *Archives of General Psychiatry*, vol. 42, n° 6, Juin 1985, p. 602-11.
- (64) Marvin, Robert, et al. « The circle of security project : attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads ». *Attachment & Human Development*, vol. 4, n° 1, Avril 2002, p. 107-24.
- (65) Mesman, Jessica. « Disturbing observations as a basis for collaborative research ». *Science As Culture*, vol. 16, Septembre 2007, p. 281-95.
- (66) Minuchin, Salvador. *Familles en thérapie*. 1979.
- (67) Norcross, John C. *Psychotherapy relationships that worktherapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press, 2002, p. 12-452.
- (68) Perrin-Costantino, Charlotte. « L'insolence du symptôme: Introduction ». *Cliniques*, vol. 21, n° 1, Mai 2021, p. 14-23.
- (69) Picard, Dominique, et Edmond Marc. « Chapitre 12: Aux fondements de l'approche systémique ». *Les fondements des psychothérapies*, 2014.
- (70) Robbins, Steven B. « Attachment perspectives on the counseling relationship comment on Mallinckrodt, Gantt, and Coble (1995) ». *Journal of Counseling Psychology*, vol. 42, n° 3, 1995, p. 318-19.
- (71) Rodgers, R. F., et al. « L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique ». *L'Encéphale*, vol. 36, n° 5, Octobre 2010, p. 433-38.
- (72) Safran, Jeremy D., et al. « Repairing alliance ruptures ». *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, vol. 38, n° 4, 2001, p. 406-12.
- (73) Schmit, Gérard, et Anne-Catherine Rolland. « Travail avec les parents dans la consultation en pédopsychiatrie ». *Perspectives Psy*, vol. 45, n° 1, 2006, p. 25-32.

- (74) Scovern, Albert W. « From placebo to alliance the role of common factors in medicine ». *The heart and soul of change : what works in therapy*, 1999, p. 259-95.
- (75) Simard, Benjamin. *Élaboration et validation d'un outil de mesure bref et modernisé de l'alliance thérapeutique: le Questionnaire Intégratif de l'Alliance Thérapeutique (QIAT)*. Thèse de médecine, Faculté de Laval, 2020.
- (76) Slade, Arietta. « Parental reflective functioning : an introduction ». *Attachment & Human Development*, vol. 7, n° 3, Septembre 2005, p. 269-81.
- (77) Smith, et al. « The Benefits of Psychotherapy ». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 21, n° 3, 1980, p. 315-20.
- (78) Speltz, Matthew, et al. « Attachment in preschoolers with disruptive behavior: a comparison of clinic-referred and nonproblem children ». *Development and Psychopathology*, vol. 2, Janvier 1990, p. 31-46.
- (79) Stern, Daniel. « Micro-analyse de l'interaction mère-nourrisson ». *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. 26, n° 1, 1983, p. 217-35.
- (80) Stern, Daniel. *Le moment présent en psychothérapie. Un monde dans un grain de sable*. 2003.
- (81) Sturm, Gesine, et al. « Improve the therapeutic alliance of children and families in intercultural situations ». *L'Autre*, vol. 17, n° 2, Novembre 2016, p. 223-33.
- (82) Trappeniers, Éric. « Chapitre 13 : Pour une approche relationnelle en thérapie familiale ». *Les fondements des psychothérapies*, 2014.
- (83) Tursz, Anne. « Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte: approche épidémiologique de santé publique ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1, Juillet 2013, p. 32-50.
- (84) Tyrrell, Christine L., et al. « Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: the importance of attachment states of mind ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 67, n° 5, 1999, p. 725-33.
- (85) Whisman, Mark A. « Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression ». *Psychological Bulletin*, vol. 114, n° 2, 1993, p. 248-65.
- (86) Winnicott, Donald. *La haine dans le contre-transfert*. 1947.
- (87) Winnicott, Donald. « L'enfant dans le groupe familial ». *Conversations ordinaires*, 1966.
- (88) Winnicott, Donald. *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. 1971.

- (89) Wolfe, Barry E., et Marvin R. Goldfried. « Research on psychotherapy integration recommendations and conclusions from an NIMH workshop ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 56, n° 3, 1988, p. 448-51.

Articles et pages Internet :

- (90) Définition du mot « Empathie ». *Dictionnaire de français Larousse*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>
- (91) « ECN 2021 : retour sur les spécialités qui font carton plein auprès des internes ». *L'Etudiant*, Octobre 2021.
<https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/ecn-2021-retour-sur-les-specialites-qui-font-carton-plein-aupres-des-internes.html>
- (92) « Historique de la fonction de représentant des usagers ». *Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse*. Novembre 2007.
<https://www.chu-toulouse.fr/historique-de-la-fonction-de-representant-des>
- (93) « Quand les patients notent leurs médecins sur Google ». *La Croix*, Mars 2019.
<https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Sciences-et-ethique/Quand-patients-notent-medecins-Google-2019-03-19-1201009789>

« Tout ce que je sais, c'est que je ne sais rien. »

Socrate

NOM : BARREAU

PRENOM : Laura

Titre de Thèse :

« L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE AVEC LES PARENTS : UN ENJEU MAJEUR DU SOIN EN PEDOPSYCHIATRIE »

RESUME

Dans ce travail de thèse, il est question d'appréhender le concept d'alliance thérapeutique avec les parents dans le cadre des soins en pédopsychiatrie. Pour cela, une première partie de notre propos sera consacrée à l'exploration des différentes dimensions de cette notion d'alliance de manière générale, puis appliquée dans le lien avec les parents en pédopsychiatrie, au travers de bases et d'hypothèses théoriques, de regards cliniques, ainsi que d'une réflexion d'abord centrée sur la relation parents-soignants, et ensuite élargie au contexte du soin. Dans une seconde partie, nous reprendrons les résultats d'une enquête de terrain réalisée dans les services de pédopsychiatrie du CHS George Mazurelle (La Roche sur Yon), étude qui s'est appuyée sur des questionnaires adressés à la fois aux parents et aux soignants, dans l'idée d'évaluer la qualité du lien parents-soignants et de soulever des pistes concrètes d'améliorations possibles.

MOTS-CLES

ALLIANCE THERAPEUTIQUE ; PEDOPSYCHIATRIE ; PARENTS ; SOIGNANTS ; RELATION D'AIDE ; PROCESSUS THERAPEUTIQUE ; ENFANT ; RELATION DE CONFIANCE ; OBJECTIFS DE SOINS ; CADRE DE SOINS ; RENCONTRE ; EMPATHIE ; COMMUNICATION ; ECOUTE ; COMPREHENSION ; EMOTIONS ; REPRESENTATIONS ; RIVALITE ; CONFLIT ; PSYCHOTHERAPIES ; TRANSFERT ; CONTRE-TRANSFERT ; INTERSUBJECTIVITE ; LOYAUTES ; SYSTEME D'ATTACHEMENT ; ACCORDAGE AFFECTIF ; SYSTEMIE ; NEURONES MIROIRS.