

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N° 142

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de PSYCHIATRIE

Par Perrine DESWERT

Née le 29 septembre 1983 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2012

SOINS A DOMICILE EN PEDOPSYCHIATRIE

Du bébé à l'adolescent. Quelle pratique et quels supports théoriques ? A partir d'une étude descriptive en secteurs de pédopsychiatrie des Pays de Loire.

Président : Monsieur le Professeur Olivier Bonnot

Membres du Jury : Madame la Professeure Véronique Gournay

Monsieur le Professeur Jean-Marie Vanelle

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Patrick Malinge

Liste des abréviations

AED : aide éducative à domicile

AEMO : aide éducative en milieu ouvert

AFFOBEB : association francophone des formateurs à l'observation du bébé selon Esther Bick

AFREE : association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement

CDAPH : commission départementale d'aide pour le handicap

DAEU : diplôme d'accès aux études universitaires

DIM : département d'information médicale

HAD : hospitalisation à domicile

INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé

MDPH : maison départementale pour le handicap

PAIO : permanence d'accueil d'information et d'orientation

PHRC : protocole hospitalier de recherche clinique

PMI : protection maternelle et infantile

SAD : soin à domicile

SESSAD : service d'éducation spécialisée et de soins à domicile

TED : trouble envahissant du développement

TISF : technicien de l'intervention sociale et familiale

VAD : visite à domicile

Table des matières

INTRODUCTION	7
1 PREMIER CHAPITRE : RECHERCHE SUR LA PRATIQUE DES SOINS A DOMICILE EN PAYS DE LOIRE. ETUDE DESCRIPTIVE A PARTIR D'UN AUTO-QUESTIONNAIRE	9
1.1 RECHERCHE SUR LES SOINS A DOMICILE EN PAYS DE LOIRE	9
1.1.1 <i>But de l'étude</i>	9
1.1.2 <i>Lieu de l'étude</i>	9
1.1.3 <i>Matériel et méthode de l'étude</i>	10
1.1.4 <i>Résultats des auto-questionnaires</i>	10
1.1.4.1 D'un point de vue général :.....	10
1.1.4.2 Des équipes dédiées au soin à domicile.....	11
1.1.4.3 Réponses par questions	12
1.1.5 <i>Limites et biais de l'étude</i> :	20
1.1.5.1 Concernant les limites de cette étude :	20
1.1.5.2 Concernant les biais de ce type d'étude :	21
1.2 EN RESUME	22
2 DEUXIEME CHAPITRE : EXPERIENCE PARTICULIERE DU SOIN A DOMICILE DANS UN SECTEUR DE PEDOPSYCHIATRIE A TRAVERS TROIS CAS CLINIQUES : CHEZ LE BEBE, L'ENFANT ET L'ADOLESCENT.	23
2.1 CADRE DES SOINS A DOMICILE	24
2.2 A PROPOS DES SITUATIONS CLINIQUES.....	25
2.3 PREMIERE SITUATION CLINIQUE : LE CAS DE THOMAS, 15 MOIS	26
2.3.1 <i>Première consultation</i>	26
2.3.2 <i>La première rencontre à domicile</i>	29
2.3.3 <i>Synthèse des rencontres suivantes</i>	31
2.3.3.1 Histoire familiale.....	32
2.3.3.2 Réflexions sur les symptômes	33
2.3.4 <i>Epilogue</i>	35
2.3.5 <i>Hypothèses psychopathologiques</i>	35
2.3.6 <i>Conclusion</i>	39
2.4 DEUXIEME SITUATION CLINIQUE : LE CAS DE SIMON, 7ANS.....	39
2.4.1 <i>Présentation</i>	39
2.4.2 <i>Parcours de soins</i>	42
2.4.3 <i>Le soin à domicile</i>	46
2.4.4 <i>Déroulement du soin à domicile</i>	46
2.4.5 <i>Epilogue</i>	50
2.4.6 <i>Analyse psychopathologique</i>	51
2.4.6.1 Temps d'alliance et de contenance.....	51
2.4.6.2 Temps d'intégration des limites, de la construction des enveloppes.....	52
2.4.6.3 A travers les réunions de reprise	52
2.4.6.4 Au niveau psycho-dynamique/ développemental :	53
2.4.6.5 Au niveau familial.....	55
2.4.6.6 Au niveau trans-générationnel :	56
2.4.7 <i>Conclusion</i>	57
2.5 TROISIEME SITUATION CLINIQUE : LE CAS DE VALERIE, 14ANS.....	58

2.5.1	<i>Présentation</i>	58
2.5.2	<i>Quelques éléments d'histoire</i>	59
2.5.3	<i>Début du Soin à domicile</i> :.....	60
2.5.4	<i>Durant le Soin à domicile</i>	61
2.5.5	<i>Epilogue</i>	64
2.5.6	<i>Analyse psychopathologique</i>	64
2.5.6.1	D'un point de vue psycho-dynamique :	64
2.5.6.2	Au niveau familial.....	65
2.5.7	<i>Conclusion</i>	66
2.6	EN RESUME	67

3 TROISIEME CHAPITRE : HISTORIQUE, MODELES THEORIQUES ET APPLICATIONS PRATIQUES..... 68

3.1	HISTORIQUE	68
3.2	QUI VA AU DOMICILE ? QUI FAIT QUOI ? LES DIFFERENTS CADRES ET PROFESSIONNELS DU DOMICILE.....	69
3.2.1	<i>Dans le champ social</i>	70
3.2.2	<i>Dans le champ éducatif</i>	70
3.2.3	<i>Dans le champ judiciaire</i>	71
3.2.4	<i>Dans le champ médico-éducatif : les SESSAD</i>	71
3.2.5	<i>Dans le champ pédiatrique</i>	72
3.2.6	<i>Dans le champ pédopsychiatrique</i>	72
3.3	QUELQUES MODALITES PRATIQUES AU DOMICILE.....	73
3.3.1	<i>Contexte de développement</i>	73
3.3.2	<i>Modalités pratiques</i>	73
3.4	UN POINT SUR LES EQUIPES MOBILES.....	75
3.5	EQUIPES MOBILES/ SOINS A DOMICILE.....	77
3.6	DES EXPERIENCES PRATIQUES PIONNIERES :	78
3.6.1	<i>Dans le champ thérapeutique et préventif</i>	78
3.6.1.1	Aux Etats-Unis	78
3.6.1.2	En France	81
3.6.1.3	Pour récapituler :	84
3.6.2	<i>Dans le champ de la formation</i>	84
3.6.2.1	En Angleterre : Esther Bick et l'observation du nourrisson	84
3.7	LES DIFFERENTES APPROCHES DU SOIN A DOMICILE.....	86
3.7.1	<i>Application du modèle de Fraiberg</i>	87
3.7.2	<i>Application de la méthode d'observation du bébé selon Esther Bick</i>	89
3.7.2.1	Les applications thérapeutiques de la méthode d'observation du bébé selon E. Bick : Didier Houzel et Pierre Delion.....	90
3.7.2.2	Critique de la méthode et limites.....	93
3.7.2.3	Réflexion épistémologique sur l'observation.....	94

4 QUATRIEME CHAPITRE : COMMENT FONCTIONNE LE SOIN A DOMICILE ?..... 96

4.1	PLACE DU SOIN A DOMICILE : A L'INTERFACE DE LA PREVENTION ET DU CURATIF	96
4.1.1	<i>Définitions</i>	96
4.1.2	<i>Une position charnière</i>	96
4.2	LES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU SOIN A DOMICILE.....	97
4.2.1	<i>Indications</i>	97
4.2.2	<i>Contre-indications</i>	98
4.2.3	<i>En résumé</i>	99
4.3	LES PARTICULARITES SELON L'AGE	100

4.3.1	<i>Chez les moins de 3 ans</i>	100
4.3.2	<i>Chez l'enfant</i>	100
4.3.3	<i>Chez l'adolescent</i>	100
4.4	LE DOMICILE	101
4.4.1	<i>La clinique au domicile</i>	101
4.4.2	<i>Le Chez –soi : habitat et intimité</i>	102
4.4.3	<i>Le domicile comme métaphore de la psyché</i>	104
4.4.4	<i>Le domicile comme représentation des liens familiaux</i>	104
4.4.5	<i>Impact sur la relation de soins</i>	105
4.4.5.1	Définition du soin	105
4.4.5.2	Implications pour le soin à domicile	106
4.4.6	<i>Pourquoi aller à domicile ?</i>	107
4.4.7	<i>Un geste intrusif ?</i>	107
4.5	LE MANDAT DE SOINS.....	108
4.6	ATTITUDE DU PROFESSIONNEL.....	109
4.7	LE CADRE COMME FONCTION TIERCE.....	109
4.7.1	<i>Les trois temps : Recevoir-Contenir-Penser</i>	111
4.7.2	<i>Hypothèses des mécanismes de fonctionnement des différents temps du soin</i>	113
4.7.2.1	La fonction du récit.....	113
4.7.2.2	Lien entre mise en récit et théorie des pratiques	114
4.7.2.3	Le groupe de reprise ou supervision :	114
4.7.2.4	Un travail d'équipe : la groupalité	115
4.8	IMPORTANCE DU CADRE INSTITUTIONNEL.....	116
4.9	QUELQUES APPROCHES EXPLICATIVES DU FONCTIONNEMENT GLOBAL DES SOINS A DOMICILE	117
4.9.1	<i>Abord psychodynamique</i>	117
4.9.1.1	Un processus de contenance, de tri et de requalification.....	117
4.9.1.2	Une figure du délogement pour l'aménagement de la limite et de la séparation.....	118
4.9.1.3	Ingérer ou s'ingérer	119
4.9.1.4	Le modèle du soin du rêve et du jeu	119
4.9.2	<i>Abord systémique</i>	122
4.9.2.1	Rappel historique	122
4.9.2.2	Bases et concepts de la théorie systémique	123
4.9.2.3	Théorie des systèmes	124
4.9.2.4	Théorie de la communication	125
4.9.2.5	Crise et symptôme	125
4.9.2.6	Notion de mythe familial.....	125
4.9.2.7	Notion de contexte	126
4.9.2.8	Systémie et soin à domicile.....	126
4.10	TRAVAIL DE LA CONSULTATION EN PARALLELE.....	127
4.11	QUESTIONS DIVERSES.....	127
4.11.1	<i>Le jeu dans le soin à domicile</i>	128
4.11.2	<i>Place du père</i>	128
4.11.3	<i>Conjugalité et soins à domicile</i>	129
4.11.4	<i>Comment termine-t-on le soin ?</i>	129
4.12	LA FORMATION DES PROFESSIONNELS ET SON IMPACT SUR LES SOINS	130
4.13	LIMITES DU SOIN A DOMICILE.....	131
4.14	A L'ERE DE L'EVALUATION.....	132
4.14.1	<i>La littérature</i>	132
4.14.2	<i>Les études anglo-saxonnes</i>	132
4.14.3	<i>Un outil d'évaluation environnementale : HOME</i>	134
4.14.4	<i>Limites et critiques, proposition pour les études à venir</i>	136
4.15	UNE RECHERCHE EN FRANCE CAPEDP.....	137
4.15.1	<i>But de l'étude</i>	137
4.15.2	<i>Matériel et méthode</i> :.....	137

4.15.3	<i>Cadre des visites à domicile</i>	138
4.15.4	<i>Objectifs</i>	138
4.15.5	<i>Modalités d'interventions</i>	139
4.15.6	<i>Supervision</i>	140
4.15.7	<i>Premiers résultats</i>	140
4.15.7.1	Contexte.....	140
4.15.7.2	En chiffres.....	141
CONCLUSION		144
ANNEXES		146
REFERENCES INDEXEES DANS LE TEXTE		148
BIBLIOGRAPHIE		154

Introduction

« *Ce que je suis, ce sont les liens que je tisse avec les autres.* » Albert Jacquard

Aller à domicile mais quelle drôle d'idée ! Durant notre formation de médecin nous bâtissons nos capacités diagnostiques et thérapeutiques dans le cadre rassurant de l'hôpital ou du bureau de consultation dans lequel nous avons tous nos outils à disposition. Mais la psychiatrie et d'autant plus la pédopsychiatrie nous paraît avoir une place à part, nous avons peu besoin d'exams complémentaires ou de techniques interventionnelles et nous sommes notre propre outil diagnostique et thérapeutique dans le travail de la relation transférentielle et contre-transférentielle qui s'institue. Cette position particulière est possible grâce à la collaboration avec nos collègues pédiatres qui nous renseignent par leurs différentes compétences et exams (pédiatrique, neuro-pédiatrique, génétique...) sur la possible organicité des troubles présentés par l'enfant. Pourquoi alors ne pas travailler dans le milieu naturel des patients et de leurs parents afin de comprendre avec eux les symptômes qui les font souffrir et expérimenter les solutions qu'ils peuvent apporter ?

Dans cette optique la politique de secteur mise en place dans les années 70 oriente la pratique psychiatrique vers l'ambulatorio et vers le domicile, cette orientation est reprise dans les récents Plan Santé mentale de 2005-2008 et 2008-2011.

C'est à partir d'une expérience personnelle de travail à domicile avec des enfants et des parents durant l'internat qu'a émergé un questionnement autour de cette modalité de soins. Aller à domicile donnait une autre dimension à la clinique et à l'abord des patients. Il m'apparaissait alors que les éléments anamnestiques, cliniques, psychopathologiques auxquels nous avons accès en consultation étaient une infime partie de la problématique qui nous permettait certes d'ébaucher quelques hypothèses psychopathologiques, mais rien en comparaison de ce que le domicile permettait de comprendre. Cela me renvoyait à l'image de l'iceberg que l'on utilise souvent pour décrire le conscient et l'inconscient, la consultation n'était que la partie émergée de cet iceberg. Aller au domicile ouvrait d'autres perspectives.

Le travail à domicile m'est alors apparu intéressant d'un point de vue diagnostique mais également thérapeutique. Il permet de travailler la psychopathologie du quotidien, ce que Selma Fraiberg appelait « *la psychothérapie sur la table de cuisine* ».

Plusieurs questions se posaient alors :

Qui va au domicile ? Quelles particularités a le travail à domicile dans le champ de la pédopsychiatrie ?

Quand aller au domicile ? Comment ? Pour quelles indications ? Pour quels objectifs ?

Cette pratique était-elle répandue ? Existait-il des consensus, des points communs sur cette pratique ou une diversité des approches ?

Sur quelle histoire et quels concepts se fondaient le travail à domicile ?

Qu'apportait le domicile dans le processus diagnostique et thérapeutique ?

Notre travail tente donc de répondre à l'ensemble de ces questions. Nous avons fait le choix d'aborder le sujet à partir de la pratique puis dans un second temps de le formaliser au niveau théorique. Dans un premier chapitre nous rendons compte d'une étude descriptive réalisée en Pays de Loire au sujet de la pratique des soins à domicile. Cette étude nous éclaire sur la réalisation pratique de ce mode de soins en secteur de pédopsychiatrie. Dans un deuxième chapitre, à travers la description de trois situations cliniques de soins à domicile allant du bébé à l'adolescent, nous abordons de façon concrète le dispositif. Dans le troisième chapitre nous détaillons le contexte historique de développement et quelques expériences pionnières. Nous présentons les différentes modalités pratiques de travail à domicile et les modèles théoriques qui fondent le soin à domicile. Dans le quatrième et dernier chapitre nous abordons le fonctionnement du soin à domicile, les réflexions et les recherches en cours.

1 Premier Chapitre : Recherche sur la pratique des soins à domicile en Pays de Loire. Etude descriptive à partir d'un auto-questionnaire.

1.1 Recherche sur les soins à domicile en Pays de Loire

1.1.1 But de l'étude

Suite à l'ensemble de ces interrogations au cours de notre travail, nous nous sommes questionnés sur la façon dont était pratiqué le travail à domicile en secteur de pédopsychiatrie. Pour en avoir une représentation qualitative, au moins local, nous avons adressé un auto-questionnaire (cf. annexe) sur la pratique de soin à domicile dans les secteurs de pédopsychiatrie de la région Pays de Loire.

A travers cet auto-questionnaire nous voulions savoir si cette modalité de soins était une pratique isolée de certaines équipes de soins sensibilisées par l'observation du bébé selon Esther Bick (cf. chapitre 3) ou si elle était répandue. Quels étaient le cadre et la mise en pratique de ce travail au domicile ? Quels étaient les modèles théoriques qui étayaient ces pratiques? Quelles étaient les réflexions institutionnelles autour de ce mode de soin ?

1.1.2 Lieu de l'étude

L'étude s'est donc déroulée au niveau des secteurs de pédopsychiatrie des Pays de Loire de mars 2012 à mai 2012.

La sectorisation de la psychiatrie publique adulte est effective depuis la circulaire du 15 mars 1960 et la sectorisation de pédopsychiatrie depuis la circulaire du 16 mars 1972(1)(2). La sectorisation a été mise en place dans le but de proposer à la population sur un territoire une offre de soin de proximité non stigmatisante.

La région Pays de Loire comporte 16 secteurs :

-La Loire atlantique (44) est divisée en 5 secteurs : Nantes ouest, Nantes est, Nantes sud, St Nazaire et Blain (Nantes Nord)

- Le Maine et Loire(49) est divisé en 4 secteurs : Angers ouest/ Angers est/ Saumur/ Cholet
- La Sarthe(72) est divisée en 3 secteurs : secteur ouest/secteur est/secteur nord
- La Mayenne(53) est composé d'un secteur : Laval
- La Vendée (85) est divisée en 3 secteurs : secteur ouest/ secteur est / secteur nord

1.1.3 Matériel et méthode de l'étude

Après avoir contacté les secrétariats des différents secteurs, nous avons adressé un auto-questionnaire par courrier aux médecins référents des 16 secteurs de pédopsychiatrie de la région Pays de Loire avec pour consigne de le remplir et/ou de le transmettre aux unités de leur secteur ayant, à leur connaissance, une pratique du soin à domicile.

L'auto-questionnaire se composait de 13 questions d'ordre qualitatif dont l'objet était le cadre général du soin à domicile et les modalités de réalisation de la visite au domicile.

1.1.4 Résultats des auto-questionnaires

1.1.4.1 D'un point de vue général :

Nous avons reçu 21 réponses à la suite de l'envoi du questionnaire.

Le taux de réponse est : 1,3, ceci s'explique par la pratique de soins à domicile sur plusieurs unités fonctionnelles au sein d'un secteur.

Ce taux de réponse montre aussi l'intérêt des médecins pour ce type de soins au niveau théorique et pratique, le questionnaire a « circulé » dans les secteurs.

Le nombre de réponses se répartit de la façon suivante :

secteur	44	49	53	72	85
I01	0	1	1	1	1
I02	2	1		0	1
I03	6	2		0	1
I04	3	1			
I05	0				

Tableau : nombre de réponse par secteur après envoi d'un questionnaire

Il existe une pratique du travail à domicile dans tous les départements de la région Pays de Loire : en Loire Atlantique(44), en Vendée(85), dans le Maine et Loire(49), dans la Sarthe(72) et en Mayenne(53).

Quatre secteurs n'ont pas répondu. Nous avons appris, par l'intermédiaire de la réponse du secteur 72I01, qu'il n'y avait pas de pratique de soins à domicile dans les secteurs 72I02 et 72I03.

1.1.4.2 Des équipes dédiées au soin à domicile

Il existe des équipes de professionnels dédiées aux soins à domicile dans certains départements :

Dans le Maine et Loire(49) sur le secteur de Cholet, il existe, au sein de la sous-unité de périnatalité SIPHAD (service d'intervention précoce à l'hôpital et au domicile) des professionnels allant au domicile pour des indications de travail mère-bébé. Ces professionnels sont soit des psychomotriciennes qui accompagnent les parents dans l'installation de leur environnement pour l'adapter aux difficultés de leur enfant, soit des infirmières qui interviennent dans le cas de troubles psychiatriques qui touchent les parents (mères déprimées ou angoissées, familles carencées ou à problème multiple, pathologie psychotique).

Dans la Sarthe(72), le secteur Ouest a, depuis 2009, un service thérapeutique de soins spécialisés à domicile : le STSSAD avec une équipe dévolue spécialement à ce travail qui est limité dans le temps de 1 à 9 mois. Cette équipe a pour objectif d'aider les parents à s'approprier leur rôle et être capable de soutenir une démarche de soin. Le travail à domicile est basé sur la réalité externe familiale afin d'amener, en consultation, au travail de la réalité interne, c'est-à-dire un travail sur les représentations. Ils ont comme indications : les familles déstructurées précaires et immatures et les familles structurées mais avec une fragilité de la fonction parentale. Il dispose également d'une équipe mobile psychopédagogique.

En Mayenne, il existe un groupe ressource de soin à domicile dans le cadre de l'ULPP (unité de liaison en périnatalogie).

Dans les autres départements il n'y a pas d'équipe dédiée aux soins à domicile mais il s'agit de professionnels ayant des temps de soin à domicile parmi leurs autres activités sur les centres médico-psychologiques : consultation d'accueil, groupe thérapeutique, hôpital de jour. Notamment en Loire Atlantique(44), le secteur de pédopsychiatrie 2 dispose du Centre Nantais de la parentalité qui est un centre de consultation pour les 0- 3ans. Les troubles qui ne peuvent pas être pris en charge en consultation, sont évalués et suivis à domicile par une équipe composée d'infirmières et de puéricultrices.

1.1.4.3 Réponses par questions

Question 1 : Intitulé du soin à domicile : Comment est-il nommé ? Soin à domicile, visite à domicile, travail à domicile, équipe de soin mobile à domicile ?

Sur les 21 réponses 12 personnes (57%) ont répondu visite à domicile (VAD), 9(43%) personnes soin à domicile (SAD), il est aussi employé les termes de travail à domicile ou observation au domicile.

Plusieurs médecins interrogés font la différence entre la visite à domicile dans un but d'observation et d'évaluation et le soin à domicile qui s'installe dans la durée avec des objectifs de soins définis.

La diversité des dénominations nous interroge :

Nommons-nous les choses différemment mais faisons-nous la même chose ?

Est-ce une habitude de langage de parler de visite à domicile, dérivée de la psychiatrie adulte et de la politique de secteurs des années 70 ? Cette politique qui a, par

exemple, défini à La Roche-sur- Yon des infirmiers visiteurs. Ceux-ci ne faisaient que du domicile à la fois en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie.

Nous avons, dans l'idée au départ de différencier les visite à domicile qui nous apparaissaient être une prise en charge ponctuelle dans un but d'évaluation et de soutien , du soin à domicile qui nous semblait être une prise en charge plus longue avec des objectifs précis, la mise en place d'un cadre plus fixe (horaire, personne présente) avec des reprises permettant de travailler une problématique dans le contexte familial au quotidien.

Dans la suite de ce travail, nous utiliserons le terme de soin à domicile comme défini précédemment.

Question 2 : Comment se pose l'indication ? (systématique, situation d'urgence ou de crise, protocole)

D'après les réponses il existe deux façons de poser l'indication d'un SAD ou VAD : soit en consultation médicale, soit en réunion d'équipe.

Toutes les situations sont évoquées : un contexte d'urgence, intégration dans un protocole au niveau d'un service, sur mesure selon la situation familiale et les symptômes présentés, de façon systématique pour un autre service.

Ce qui ressort est la souplesse de l'utilisation de ce mode de soins.

Question 3 : Y a-t-il un médecin consultant de l'enfant et un médecin référent de l'équipe de soins à domicile ?

Sur les 21 réponses, 7(33%) médecins évoquent l'existence d'une équipe de soins à domicile individualisée au sein du secteur. Dans les autres cas il n'y a pas d'équipe de soin à domicile définie.

Question 4 : Lien entre le médecin posant l'indication et le soignant allant au domicile ? (consultation conjointe, réunion de reprise ...)

Le lien entre le médecin posant l'indication et le soignant au domicile s'effectue en consultation conjointe.

Il existe ensuite selon les unités plusieurs types de rencontre entre le médecin et le soignant allant au domicile :

- des reprises individuelles concernant le médecin consultant et le soignant allant au domicile
- des réunions de reprise qui ne concernent que le soin à domicile et ses objectifs
- des réunions de synthèse où le soin à domicile est évoqué parmi l'ensemble de la prise en charge

Il est également fait mention de temps informels quand il y a des inquiétudes, une situation urgente dont il faut parler.

Question 5 : Indications : travail mère-bébé ? Selon l'âge de l'enfant ou l'adolescent ? Selon quels troubles ?

Les indications citées dépendent de la population accueillies sur les unités de soins : bébé, enfant, ou adolescent.

Il se dessine trois types d'indication : des indications cliniques selon un âge et un type de pathologie, des indications sociales ou parentales mais également des indications qu'on pourrait qualifier de modalité thérapeutique soit comme travail de l'alliance (affiliation), soit comme alternative à d'autres prises en charge non efficaces.

Les indications cliniques sont : (nombre de fois citées)

- En psychiatrie du nourrisson :
 - Travail mère bébé (1)
 - Trouble de la relation mère-enfant (7)
 - Retard de développement (1)
 - Trouble envahissant du développement (4)

- En psychiatrie de l'enfant et l'adolescent :
 - Trouble psychotique (2)
 - Angoisse de séparation (1)

- Dysharmonie(1)
- Trouble de personnalité (1)
- Trouble du comportement (2)
- Trouble des relations familiales (2)
- Repli chez l'adolescent (2)

- Indications sociales ou parentales :

- Parents avec pathologie psychiatrique (dépression, psychose) : (3)
- Familles à problèmes multiples, carences : (5)

Les indications de modalité thérapeutique sont :

- Guidance parentale (3)
- Soutien à la parentalité (1)
- Soutien familiale (2)
- Alliance (1)
- Amener vers une hospitalisation (2)
- Observation, évaluation (3)
- Troubles peu mobilisables en consultation (1)
- Difficulté éducative (1)

Il apparait donc que le type d'indication est large et peu spécifique, il dépend de la population accueillie selon l'âge et les troubles présentés.

Toutes structures de soin confondues, quelques indications sont citées plus souvent : troubles de la relation mère bébé, famille à problèmes multiples, trouble envahissant du développement, parents avec pathologie psychiatrique.

Question 6 : Comment les soins sont-ils présentés à la famille ?

Les médecins ont répondu de deux manières en précisant le cadre de la présentation des soins et la manière dont ils procédaient.

Les soins sont présentés en consultation médicale.

En Mayenne il existe une plaquette distribuée en maternité qui explique le travail à domicile dans le cadre de l'unité de liaison en psychologie périnatale (ULPP).

Les mots employés pour présenter les soins à domicile sont :

« Mieux comprendre et mieux aider », « aider dans le lien à partir de l'observation », « soin de la relation », « mieux connaître le bébé et l'enfant, le découvrir dans son milieu naturel » « Chercher à comprendre et ne pas faire à la place de »...

Question 7 : Comment les objectifs de soins sont-ils définis ?

Les médecins ont répondu en précisant leur cadre de définition et leur contenu. La consultation médicale et la réunion de CMP sont les lieux de leur définition.

L'ULPP du secteur de Mayenne a élaboré les objectifs du soin à domicile à la création de l'unité.

Deux types d'objectifs de soin sont indiqués :

-Les objectifs généraux du soin : observation des interactions, création de l'alliance, travailler la demande.

-Les objectifs spécifiques élaborés avec les parents selon la situation clinique. Ils sont définis au départ et font l'objet de réévaluation au cours du soin.

Question 8 : Horaires, fréquence, sur ou hors temps scolaire ?

En majorité les médecins ont répondu que le soin avait lieu à une fréquence hebdomadaire (9 fois), tous les 15 jours (1 fois), variable (6 fois), de trois fois par semaine à une fois tous les deux mois (1 fois).

Ce qui ressort est la souplesse et l'adaptabilité aux disponibilités familiales avec l'idée, quand c'est possible, que les deux parents puissent être présents. Un des médecins interrogés parle de co-création du cadre entre le soignant venant au domicile et les parents.

La fréquence est fonction de la gravité symptomatologique et du cadre de soin prédéfini : par exemple les équipes ayant comme référence l'observation du bébé selon E. Bick proposent, comme dans cette pratique, une fréquence au moins hebdomadaire.

La question du soin à domicile sur ou hors temps scolaire est évaluée selon l'âge de l'enfant et selon les troubles présentés, des exemples sont cités de soin à domicile sur les temps scolaire dans le cas de phobie scolaire ou d'adolescents repliés chez eux.

Question 9 : Avec qui s'effectue le soin ? (présence d'un ou des deux parents ? place du père ? place de la fratrie ?...)

Dans les réponses on retrouve la présence de la mère seule avec l'enfant dans le cas des troubles des interactions mère bébé et pour les enfants en bas âge.

La présence des pères est sollicitée mais en pratique difficile à obtenir, ils sont moins disponibles du fait de leur travail ou parce qu'ils rentrent à des heures tardives. Les soignants essaient dans la mesure du possible de s'adapter à ces horaires pour pouvoir travailler avec le couple parental.

Pour les enfants et les adolescents, le soin s'effectue plus avec les deux parents, la dimension familiale devient plus importante avec l'âge.

Etonnamment aucun secteur ne donne d'éléments de réponse concernant les parents séparés alors qu'en pratique des parents isolés ou séparés sont suivis.

La fratrie est en général peu conviée sauf si un travail particulier est effectué à ce niveau. Elle peut être présente au niveau du domicile mais pas directement concernée par le soin. En pratique la fratrie « s'invite » souvent lors des visites.

Pour les secteurs Nord et Ouest de la Roche-sur-Yon, le travail à domicile s'effectue seulement avec les parents dans le cadre d'enfants hospitalisés en HDJ ou à temps plein pour des troubles psychotiques, des dysharmonies ou des TED. Il s'agit, pour ces secteurs, d'un travail de soutien à la parentalité. Le soignant référent de l'enfant sur la structure hospitalière est le « porte-parole » de l'enfant auprès de ses parents.

Question 10 : Référence soignante : qui va au domicile ? (IDE, éducateur, psychologue, psychomotricien, psychiatre... ?)

La référence soignante dépend des personnels présents et de l'orientation théorique et pratique du service (orientation thérapeutique, éducative ou sociale).

Dans un secteur (secteur 72I01) ce sont seulement des éducateurs qui vont au domicile, dans un autre seulement les infirmiers, dans un autre encore il existe des binômes infirmier-assistante sociale.

Les soignants allant au domicile sont majoritairement des infirmiers DE ou psychiatriques ou des puéricultrices (56%), puis des éducateurs spécialisés (18%), des éducateurs jeunes enfants (18%) et des psychomotriciennes (8%). Les psychologues ou psychiatres sont cités de façon exceptionnelle.

Question 11 : Quel cadre autour des visites ? Réunion de reprise ? Si oui avec qui ? Et à quelle fréquence ?

Il est à noter une différenciation entre la réunion de reprise qui correspond à l'élaboration du travail à domicile en équipe et les réunions de synthèse qui concernent l'ensemble de la prise en charge où le soin à domicile peut être évoqué comme un des éléments de celle-ci.

Il existe différents types de cadres autour des visites à domicile selon les secteurs :

-des visites à domicile et une réunion de reprise hebdomadaire des visites par une équipe spécifique composée généralement d'un médecin référent des soins à domicile ou consultant de l'enfant, d'un psychologue, de l'intervenant au domicile (IDE, éducateur, psychomotricienne, assistante sociale). A ces reprises s'associent des réunions de synthèse durant lesquelles le soin à domicile est évoqué parmi les autres éléments de la prise en charge.

- des visites à domicile et une supervision individuelle, hebdomadaire ou plus espacée, du soignant allant au domicile par le médecin consultant ou un des psychologues du service et des réunions de synthèse comme citées précédemment.

-des visites à domicile sans reprise et des réunions de synthèse seulement durant lesquelles le soin est évoqué parmi les autres éléments de la prise en charge, ces réunions peuvent être hebdomadaires ou plus espacées.

Question 12 : Existe-t-il des groupes de travail, une réflexion institutionnelle autour de ce mode de soins ?

Sur les 21 réponses, 12 (57%) médecins déclarent un travail institutionnel autour de cette modalité de soins soit dans le cadre de réunions institutionnelles, groupe de travail ou formation continue spécifique à la question du soin à domicile (83%), soit dans le cadre non spécifique d'un groupe de travail sur les bébés ou d'un groupe de périnatalité (17%).

Question 13 : Références théoriques utilisées (observation du bébé selon E.Bick ? modèle systémique ?...)

Les références théoriques citées par les médecins et qui sous-tendent leur pratique du soin à domicile sont :

() : Nombre de fois citées

-observation du bébé selon E. Bick (11)

-modèle systémique (5)

-travaux de Pr Didier Houzel sur l'application thérapeutique de l'observation selon E. Bick (1)

-référence de thérapie familiale psychanalytique (2)

-référence aux travaux de Loczy (1)

-guidance parentale (1)

-références psychanalytiques (4)

- référence large biopsychosociale chez l'adolescent(1)

-dynamique de groupe(1)

-modèle multidimensionnel : pédopsychiatrique, éducatif, sociologique, psycho dynamique (1)

Il existe une diversité des modèles théoriques qui sous-tendent cette pratique de soins. Certains soignants sont formés à l'observation du bébé mais certains praticiens remarquent que les professionnels ne sont pas forcément formés à un modèle en particulier, ils se basent sur une solide expérience du travail en pédopsychiatrie et au domicile.

Dans les commentaires libres :

Certains notent la pertinence de ce travail en particulier dans les indications de travail mère bébé, les troubles envahissants du développement et les familles carencées ayant peu recours aux soins mais ils déplorent un défaut de formation, de moyen ou un manque de travail institutionnel autour de cette pratique.

1.1.5 Limites et biais de l'étude :

Comme dans toute étude descriptive qualitative, les résultats dépendent du savoir et de la perspective de l'analysant. Notre savoir se base sur la pratique en secteur de pédopsychiatrie, la littérature concernant les soins à domicile et différents courants théoriques en pédopsychiatrie (psycho-dynamique, systémique...). Notre perspective était d'avoir une représentation de l'utilisation du soin à domicile et de ses modalités pratiques à un niveau régional : les secteurs pédopsychiatriques des Pays de Loire.

1.1.5.1 Concernant les limites de cette étude :

Il est à noter que le petit nombre de participants ne nous permet certainement pas d'atteindre le niveau de saturation des réponses.

Il est à noter également qu'il existe une surreprésentation des réponses concernant la Loire Atlantique pouvant s'expliquer par deux facteurs :

-un nombre plus important de secteurs et donc d'unités fonctionnelles par rapport aux autres régions

-une connaissance réciproque des professionnels des secteurs du 44 qui a pu favoriser la réponse aux questionnaires (internat au CHU de Nantes) et le fait d'être en lien par le travail avec plusieurs unités fonctionnelles faisant du soin à domicile.

1.1.5.2 Concernant les biais de ce type d'étude :

-un biais de recrutement : pour les raisons citées ci-dessus

-un biais d'information : les secteurs qui font du soin à domicile vont être plus motivés à répondre que ceux qui n'en font pas.

-un biais d'interprétation : l'analyse des questionnaires ayant été faite par une seule personne.

Malgré ces biais, cette étude nous donne une géographie des soins à domicile en secteur de pédopsychiatrie dans les Pays de Loire. Nous ne nous attendions pas à autant de pratique de cette modalité thérapeutique et à autant de praticiens motivés par la question.

Cette étude pourrait être la base pour formaliser un questionnaire d'évaluation en mesure quantitative.

1.2 En résumé

Le soin à domicile est une **prescription médicale**, il se déroule dans le temps avec des **objectifs généraux** d'alliance, d'évaluation et des **objectifs spécifiques** définis selon les troubles et réévalués au cours du soin.

Les soignants allant au domicile sont en majorité **des infirmiers et des éducateurs spécialisés ou de jeunes enfants**.

Le lien entre le médecin consultant et le soignant allant au domicile se fait selon différents cadres et à différentes fréquences : **supervision individuelle et synthèse, groupe de reprise et synthèse ou synthèse seule**.

Le soin peut être un travail mère-enfant, parents-enfants, parfois familial. Les **modèles théoriques** qui étayent cette pratique sont **divers mais cernés**.

2 Deuxième chapitre : Expérience particulière du soin à domicile dans un secteur de pédopsychiatrie à travers trois cas cliniques : chez le bébé, l'enfant et l'adolescent.

A l'occasion de ma dernière année de stage d'internat dans un centre médico-psychologique de pédopsychiatrie concernant la métropole nantaise , j'ai été amenée dans le cadre d'une pratique de secteur à m'intéresser de plus près au soin à domicile comme outil thérapeutique dans les prises en charge : sa place dans la stratégie thérapeutique , son déroulement, ses effets.

Dans l'histoire de ce secteur, l'idée de ce type de soin a émergé d'un constat dans les années 70 et 80. En observant les enfants hospitalisés pour des troubles du développement et des interactions, les équipes médicales se sont demandées s'il était possible de prévenir l'apparition de ces troubles en s'intéressant de plus près et de façon précoce à ces enfants. En accord avec la politique de secteur se mettant en place à la même époque, les soignants sont donc allés à domicile afin d'accompagner et d'aider ces familles dans leur milieu naturel. Dans cette optique des membres des équipes soignantes éducatrices et infirmières ont bénéficié de temps consacrés aux soins à domicile.

Actuellement ce secteur est divisé en plusieurs sous unités fonctionnelles : la petite enfance pour les 0- 5ans, l'enfance pour les 6-12ans et les adolescents pour les 13-20 ans. Deux éducatrices font du soin à domicile sur la petite enfance, une puéricultrice et une éducatrice sur l'enfance, deux infirmiers chez les adolescents.

Pour chaque sous-unité il existe une réunion de reprise hebdomadaire constituée d'un médecin (si possible non consultant des situations), des soignants allant au domicile, d'un(e) psychologue. Il existe également une réunion institutionnelle de soin à domicile tous les deux mois avec toutes les unités du secteur se déroulant autour de présentation de situation clinique de soins à domicile ou de questionnement autour de point particulier : place des membres de la famille, durée du soin, terminaison du soin, contexte multiculturel...

En tant qu'interne j'ai participé pendant une année aux réunions de reprise des sous-unités petite enfance, enfance et adolescent ainsi qu'aux réunions institutionnelles.

Pour ce secteur en 2007, 79 enfants ont bénéficié d'un soin à domicile, 724 interventions à domicile étaient comptabilisées au niveau du DIM, ce qui correspondait à 9.2 interventions par enfant et par an soit 2400 heures, une intervention correspondant à 3h : transport, soin, écrit, réunion.

Dans ce chapitre nous décrivons dans un premier temps le cadre du soin à domicile, puis nous illustrerons cette pratique par trois cas cliniques.

2.1 Cadre des soins à domicile

Le soin à domicile est réalisé sur prescription médicale ou d'un psychologue après information sur les modalités et les objectifs du soin ainsi que le recueil de l'accord des parents. Une consultation conjointe du prescripteur et du soignant allant au domicile est également effectuée afin que chacun fasse connaissance.

Parallèlement au travail à domicile en lui-même, des consultations médicales ou avec le psychologue consultant ont lieu une fois par mois, et une consultation conjointe prescripteur-soignant allant au domicile a lieu tous les trois mois.

Le soin à domicile :

Il est composé de trois temps

- Le temps du domicile :

Le soignant se rend à domicile. Le soin a toujours lieu le même jour et à la même heure en présence d'un ou des deux parents et de l'enfant. La rencontre dure en moyenne une heure ou parfois plus longtemps, en particulier pour les adolescents lorsque le climat conflictuel est trop important. Il est alors nécessaire de partir après avoir réussi l'apaisement des tensions, en y donnant du sens et en diminuant les sentiments de culpabilité de honte qui peuvent surgir chez les uns ou les autres. Des événements ou ressentis très douloureux peuvent être abordés : il est nécessaire alors de restaurer l'enfant, les parents ou les deux.

- Le temps de la prise de notes :

Il est le moyen de mémoriser ce qui s'est passé, le moyen de mettre à distance les émotions ressenties lors de la rencontre. C'est lors de la première formulation écrite que parfois apparaissent « après-coup » des lapsus à l'écrit, des confusions dans les dires ou le déroulement du soin à domicile. La charge émotionnelle ou le degré d'angoisse peuvent être projetés.

- Le temps de la réunion de reprise :

Il s'agit d'un travail de compréhension et d'élaboration dans un après-coup. Il permet l'analyse du transfert ainsi que celle du contretransfert du soignant. Il donne au soignant allant à domicile un cadre sur lequel il peut s'appuyer pour travailler les hypothèses définies lors de cette réunion.

Nous allons maintenant à travers trois cas cliniques de soin à domicile illustrer sa place au niveau de la stratégie thérapeutique, ses particularités selon les âges, ses effets et ses limites dans la pratique. C'est dans la troisième partie de ce travail que nous formaliserons et théoriserons cette pratique.

2.2 A propos des situations cliniques

Les soins à domicile pouvant souvent se dérouler sur plusieurs années(3-4ans), il ne m'était pas possible d'avoir des situations cliniques terminées pour tous les cas. Les cas du bébé et de l'adolescente m'ont donc été transmis à travers les écrits des séances à domicile par une infirmière ayant une grande expérience du soin à domicile. La situation de l'enfant a été suivie « en direct » puisque le soin n'a duré qu'un an et j'ai pu comprendre le processus de ce travail à domicile en participant de façon hebdomadaire aux réunions de reprise et en travaillant les comptes rendus des séances à domicile.

A noter : Pour le respect de la confidentialité les prénoms ont été modifiés. Nous conviendrons d'appeler l'intervenant à domicile par le terme soignant. Il peut s'agir d'infirmier, d'éducateur spécialisé ou jeunes enfants.

A travers ces trois illustrations cliniques très différentes, nous allons pouvoir explorer les différentes facettes du soin à domicile selon l'âge des patients et selon les troubles présentés :

- Pour le bébé Thomas, nous sommes dans le contexte de troubles des interactions mère-bébé suite à une très grande prématurité. Le type de travail se rapproche de l'observation du bébé selon E.Bick (cf. chapitre 3). Cette méthode se conçoit par

l'absence de langage oral et c'est à travers l'observation du langage corporel et de la relation mère-enfant qu'un travail est possible.

- Pour l'enfant Simon, il s'agit de trouble du langage et du comportement. La position du soignant est différente, plus active autour d'un temps de jeu et d'un temps d'élaboration en famille. Le travail est à la fois individuel et familial par la mise en mot des émotions, la recherche de liens au niveau trans-générationnel, le travail de différenciation au sein de la fratrie.
- Pour Valérie adolescente, nous sommes dans un contexte de trouble des conduites : fugue, vols, conduites sexuelles à risque et prise de toxiques. Le rôle du soignant dans un premier temps est d'ouvrir un espace de dialogue entre les parents et l'adolescente, redonner la parole et une place à chacun pour amener à la compréhension du sens des conduites.

2.3 Première situation clinique : le cas de Thomas, 15 mois

*« C'est la chaude loi des hommes,
Du raisin ils font du vin,
Du charbon ils font du feu,
Des baisers ils font des hommes. »*

Pouvoir tout dire, Paul Eluard

2.3.1 Première consultation

La première rencontre avec Thomas D. et ses deux parents a lieu à la consultation médico-psychologique avec la psychologue consultante. Mme D. vient sur les conseils de son médecin généraliste pour son bébé Thomas de 15 mois qui présente une constipation opiniâtre très importante puisqu'il doit subir des lavements. Le père de Thomas a fait une fois un lavement puis a refusé, trouvant cela beaucoup trop difficile pour son fils et pour lui-

même. Les lavements se font alors à l'hôpital. Mme D. fait part de ses difficultés avec son bébé. Elle paraît déprimée et fatiguée; elle parle doucement et bas. Elle pleurera en racontant la naissance de Thomas, premier enfant du couple.

Thomas est un enfant désiré par ses deux parents. La grossesse a été difficile pour Mme D., elle vomissait beaucoup et se sentait fatiguée avec rétrospectivement des doutes sur son réel désir d'enfant.

Vers le quatrième mois de grossesse, Mme D. a présenté des saignements. Son médecin l'a mise au repos et lui a conseillé de bouger le moins possible. Malgré cela, elle a continué son travail comme animatrice de centre aéré et dit même avoir fait le contraire de ce qui lui a été conseillé, être devenue très active. Son mari, au cinquième mois de grossesse, prend position face à l'attitude de sa femme et lui dit d'arrêter ses activités.

Thomas naît à cinq mois et demi de grossesse, il pèse alors 800g. Mme D. dit que c'est sa faute, qu'elle aurait dû se reposer.

Au moment de la consultation pour les deux parents, l'âge de Thomas n'est pas de 15 mois mais 12 mois, ils parlent en âge corrigé et enlèvent à son âge réel de naissance les trois mois manquants de la grossesse. Il s'agit du temps également passé à l'hôpital du fait de la très grande prématurité de Thomas.

Thomas passera trois semaines dans le service de réanimation puis deux mois en néonatalogie. Du service de réanimation Mme D. a plutôt un bon souvenir. Elle dit « *on était bien entouré, on pouvait prendre Thomas dans les bras* ». En néonatalogie, elle dit qu'elle ne pouvait pas s'occuper de Thomas, elle n'avait pas le droit de le prendre, ni de lui donner son bain, seulement le changer.

Un élément semble important quant à cet écart au niveau du ressenti de Mme D., au-delà de la possible réalité d'une différence de pratique entre deux services, Mr D. est très présent auprès de Thomas et de sa femme durant les trois semaines qui ont suivi l'accouchement, il devra ensuite s'absenter pour terminer un livre qu'il est en train d'écrire.

Mme D. semble incapable, à ce moment-là de faire le lien entre la présence de son mari et son vécu par rapport aux services hospitaliers. Elle dit ressentir beaucoup d'agressivité contre les médecins : « *on donnait trop à manger à Thomas, et en plus de la caféine. Il avait des transfusions* ».

Mme D. voulait allaiter son enfant, ce qui n'a pas été possible : « *je tirais mon lait pour Thomas mais c'était difficile ; ça a duré 1 mois après je n'en avais plus assez* ». Elle dit que le changement de lait a été compliqué, que Thomas a commencé à avoir des problèmes de

constipation, qu'il était ballonné et avait des coliques . Dix jours après sa sortie il fera une entérocolite et sera à nouveau hospitalisé.

Le retour définitif à la maison a été difficile. « *Dès qu'il gémissait, j'allais le voir. J'avais l'impression qu'il y avait un gros nuage noir au-dessus de nos têtes* ». Elle ajoute que parfois et même actuellement elle peut être agressive vis-à-vis de Thomas : « *Quand il se réveille la nuit, je lui dis arrête de gueuler comme ça, je le secoue* ».

Elle se demande ce qu'elle peut faire dans ces moments-là, ce que Thomas veut. Elle ajoute que le lendemain elle a oublié et c'est son mari qui lui raconte ce qui s'est passé. Mme D. me dit qu'elle est très inquiète et a l'impression qu'à tout instant, il peut y avoir un accident et que Thomas va mourir.

Lors de cette première consultation Thomas est sur les genoux de sa maman, le dos appuyé contre elle et tourné vers le consultant, Thomas accroche facilement le regard et sourit. Il paraît beaucoup plus petit que son âge avec un aspect fragile : il a le teint assez pâle, avec quelques cheveux blonds clairsemés et de grands yeux bleus qui scrutent attentivement tout ce qui l'entoure. Au bout d'un court moment, il commence à bouger les bras et les jambes et Mme D. le pose sur la moquette. Là il commence à se déplacer à quatre pattes assez doucement (il ne marche toujours pas à cette époque). Il explore les jeux en prenant des objets durs qu'il porte systématiquement à la bouche. A un moment Thomas arrête de bouger et s'allonge sur le côté, il ramène les jambes contre son ventre. Mme D. le voit et dit qu'il est en train de faire caca ; elle le prend sur ses genoux. Thomas arrête ses mouvements, se détend dans les bras de sa maman et lui sourit, mais il ne fera pas caca. Mme D. le reposera par terre lorsqu'il recommencera à bouger ses bras et ses jambes dans un rythme soutenu et tonique.

Vers la fin de la rencontre, Thomas ira sur un matelas où se trouve plusieurs coussins et peluches ; il s'allonge sur le matelas et cale son dos contre un gros coussin. Il se met à sucer son pouce tout regardant sa maman et le consultant. Cette séquence amène Mme D. à parler de l'endormissement de son fils qui souvent, se balance de droite à gauche ou parfois ramène ses jambes et suce son pouce.

Suite à cette première rencontre, Mme D. dira plus tard, que pour elle, « *c'était comme si Thomas naissait à nouveau* ». Après ce rendez-vous elle ira se promener dans un parc avec

Thomas, chose qu'elle n'avait jamais fait seule auparavant. Elle décrira un moment agréable durant lequel Thomas est en kangourou et s'endormira.

Après avoir parlé de Thomas et de sa maman lors d'une réunion d'équipe, il sera décidé de leur proposer une aide par du soin à domicile pour un travail parents bébé dans le quotidien des interactions. Le cadre de rencontre leur sera expliqué lors d'une consultation avec la psychologue et le soignant allant au domicile : rencontre à domicile toutes les semaines durant une heure et des consultations tous les mois et demi avec la psychologue.

2.3.2 La première rencontre à domicile

Elle aura lieu quinze jours après le premier rendez-vous. Le père de Thomas sera absent ce jour- là mais présent à toutes les autres rencontres. L'heure choisie par les parents avec le soignant sera le matin, à peu près à l'heure du bain.

Extrait de la première séance au domicile à partir des notes du soignant :

« Lorsque j'arrive, Mme D. est installée dans la cuisine assise tenant dans ses bras Thomas qui boit son biberon, il semble détendu, ses jambes sont allongées sur les genoux de sa maman, l'une tendue, l'autre un peu repliée.

Thomas ne tient pas le biberon, il l'effleure de temps en temps. Avec l'autre main il accroche un doigt de sa maman. Mme D. explique que Thomas s'est réveillé plusieurs fois dans la nuit et qu'il a pleuré ; elle lui a donné le biberon mais il s'est réveillé à nouveau. Il hurlait par moments et Mme D. ne savait pas quoi faire.

Après le biberon, pendant lequel Thomas a bien regardé sa maman dans les yeux et où tout le monde semblait détendu, Mme D. commence à préparer le bain et fait couler l'eau dans une petite baignoire qu'elle place par terre.

Pendant ce temps, elle a posé thomas par terre, sur un tapis. Lorsque Mme le pose, Thomas grimace et geint un peu. Mme D. attribue cela à quelque chose de physique, les coliques. Je me pose plutôt la question de son insatisfaction à être posé par terre après ce bon moment passé dans les bras de sa maman.

Dans le bain, Thomas est assis, il y a quelques petits objets dont une sorte de fil plastique que Thomas ne lâchera pas durant tout le bain. Mme D. ne touche pas directement son enfant, elle le lave avec une petite éponge et fait couler l'eau sur son corps. Son autre main est proche du dos de Thomas mais ne le touche pas. A un moment, Thomas s'arrête de jouer avec le fil et devient tout rouge, semble pousser. C'est à ce moment-là que Mme D. lui dit « je vais te sortir de l'eau car il n'y a plus d'eau chaude ».

Quand Thomas est pris dans les bras de sa maman, il se met à pleurer, Mme D. pense qu'il a peut-être mal au ventre. Je sens Mme D. mal à l'aise face aux pleurs de son enfant ; elle prend une serviette pour l'entourer et le sécher mais Thomas continue de pleurer.

Nous nous dirigeons vers le canapé. Mme D. dit « c'est à chaque fois pareil ; il se met toujours à pleurer et déteste être enveloppé dans la serviette » ; elle fait référence à la couveuse qui l'enfermait et où elle ne pouvait pas avoir de contact direct avec lui. Elle me raconte qu'une fois à l'hôpital, elle avait eu envie de prendre Thomas contre elle et de le mettre contre son corps à même la peau mais elle n'a pas osé le faire.

Thomas est allongé sur le divan, il pleure, remue les jambes et les bras, et repousse ainsi la serviette. Mme D. prend alors Thomas contre elle. Quand Thomas est contre elle, tourné vers moi, il continue de pleurer. Je lui parle en lui disant qu'il n'a pas l'air très content de sortir du bain, qu'il avait l'air de s'y sentir bien. Il s'arrête de pleurer, me regarde et suce son pouce.

Mme D. le repose sur le divan pour l'habiller ; Thomas recommence à pleurer. Mme lui parle en le regardant : « je vois bien que tu n'es pas content mais il faut bien que je t'habille ». Elle retire la serviette et lui fait des baisers sur le ventre. Thomas s'arrête de pleurer et se met à rire comme sa maman. Puis Mme D. l'habille en lui parlant.

Après le bain et l'habillage, Mme D. tiendra Thomas pour qu'il marche. C'est lui-même qui lui signifie son désir de marcher ; étant debout en appui contre le divan, il pousse quelques petits cris et prend la main de sa maman en la tirant un peu. Mme D. lui prend les mains et Thomas pousse son corps en avant montrant ainsi son désir de marcher.

Thomas paraît beaucoup plus tonique que lors de la première consultation, il se met debout de lui-même, peut plier ses jambes en étant en appui et marche avec facilité en étant tenu par sa maman. »

Je me retrouve devant Thomas et Mme D., Thomas tente de la suivre en rigolant, Mme D. dit qu'il aime faire cela avec son papa. Mme D. évoque à nouveau l'hôpital, elle n'avait

jamais donné le bain ou le biberon : « dès qu'il a commencé à téter et à boire son biberon il est sorti ».

Très souvent lui reviennent en mémoire les images où Thomas était à l'hôpital avec des tuyaux et des sondes. Mme D. parle d'un album photos qu'ils ont de toute cette période et elle est sur le point d'aller le chercher. Vue l'heure la soignante lui propose de le regarder ensemble à la prochaine rencontre. De plus Thomas montre des signes de fatigue : il baille, se frotte les yeux et a ralenti son rythme d'activité.

Les rencontres suivantes seront jalonnées de faits, d'éléments sur l'histoire de Mr et Mme D. et d'associations sur eux-mêmes en observant le comportement et les besoins de Thomas.

2.3.3 Synthèse des rencontres suivantes

Au cours des rencontres, Thomas aura, pendant presque tout le temps de la présence du soignant quelque chose dans la main, des objets bien particuliers : des fils, dans le bain, en se déplaçant à quatre pattes, les fils du téléphone et aussi un autre jeu : un petit animal avec une ficelle que Thomas s'amuse à tirer vers lui puis il s'en éloigne et retire ensuite sur le fil, l'objet venant alors à lui.

Dans l'ensemble, la soignante a le sentiment que les contacts corporels entre la maman et Thomas sont difficiles : Mme D. semble soit dans un contact corps à corps avec Thomas collé et tourné vers l'extérieur, sans échanges de regard, soit Thomas bouge seul avec une grande attirance pour des jeux permettant le mouvement et qui font du bruit.

Le moment durant lequel nous regardons ensemble l'album photo sera rempli d'émotions pour Mr et Mme D., Mme se souvenant de l'accouchement. « On me l'a pris tout de suite, je n'ai même pas pu le toucher ». « C'est peut-être pour cela que j'ai du mal à le prendre dans le bain, il faut que je le touche. » Mr D. lui pensait que son enfant était mort au moment de la naissance. Puis quand il l'a vu dans la couveuse, avec les « tuyaux » il a pensé à son père qui trois ans auparavant avait eu un infarctus et comme son fils avait des « tuyaux » partout. Ils parleront alors de tous ces tuyaux qui entouraient leur bébé. « Il était tellement petit qu'il aurait pu tenir dans une boîte à sucre ».

Ce qui a été important pour eux à ce moment-là, c'est le soutien de leurs amis. Pour annoncer la naissance de Thomas, ils ont écrit un poème qui expliquait la prématurité de celui-ci.

Tous les deux exprimeront leurs difficultés par rapport aux pleurs de Thomas : *Mr D. avait tendance à fuir ces pleurs, Mme D. parfois le secouait en se disant « je vais le tuer ». Elle avait envie de mettre sa main sur sa bouche et de l'étouffer, ressentant en même temps beaucoup de culpabilité. Ils montraient là tous leurs sentiments d'impuissance, de culpabilité et d'angoisse face à un bébé trop petit.*

2.3.3.1 Histoire familiale

Au cours des rencontres suivantes, tous les deux évoqueront leurs relations avec leurs propres parents, frère et sœur.

Un jour, Mme D. voyant Thomas contre son coussin et suçant son pouce, me dit qu'elle est pareille. Elle a toujours son coussin de petite fille et suce son pouce. Elle avait arrêté quand elle a rencontré son mari, a recommencé quand elle était enceinte et continue depuis. Pendant la grossesse, elle avait souvent des moments comme ceux-là et elle en profite encore quand Thomas dort. Elle se rend bien compte qu'elle n'est pas dans la relation quand elle est comme ça et que c'est vraiment un temps pour elle. Mr D. est énervé par ce comportement car, quelques, fois elle parle en même temps mais il ne comprend rien, Mme D. de rajouter : « avec ma sœur on parlait comme ça c'était un code. »

Sa sœur était l'ainée, elle est partie de la maison quand Mme D. avait 16 ans « ça a été une catastrophe ». « Quand je lui ai écrit pour lui dire que j'étais enceinte, elle m'a répondu que j'avais tort, ça m'a fait mal ». Il y a eu un arrêt dans leur relation pendant trois mois. Sa sœur devait venir la voir avant son accouchement mais cela n'a pas eu lieu du fait de la prématurité de Thomas. Mme D. dit que la relation avec sa sœur est importante, elle précise que celle-ci n'a pas d'enfant et est en difficulté dans son couple.

De ses parents, Mme D. dira que son père est très religieux et fait partie des témoins de Jéhovah. Elle évoque qu'elle faisait beaucoup de colères enfant et que son père lui donnait des claques ou des douches froides. Par rapport à sa mère, elle dit ne ressentir aucun amour vis-à-vis d'elle, que celle-ci empêchait son père de parler et qu'elle était bête. Pour Mme D. la religion était vécue comme quelque chose de dangereux « *le monde, la vie pouvaient s'arrêter du jour au lendemain* », « *il n'y avait pas d'ouverture sur le monde extérieur, c'était très culpabilisant.* »

Monsieur D. commencera à parler de lui enfant, en disant qu'il était anorexique jusqu'à six ans. Il évoquera cela en se demandant si les pleurs de Thomas la nuit ne sont pas une sensation de faim et si sa femme donne assez à manger à Thomas le soir. Puis il ajoutera : « *j'ai arrêté le jour où ma mère m'a dit :tu ne prends pas ton petit déjeuner tant pis pour toi, moi je le prends* ». « *A partir de ce moment-là, j'ai commencé à manger normalement.* »

Lorsque Mr D. évoque cela, Thomas est sur ses genoux. Nous sommes autour de la table. Thomas prend du pain posé sur la table et le donne à son père, ce qui surprend les deux parents qui se mettent à rire et Mr D. remercie son fils.

Mr D. enchainera en disant que ses parents réussissent avec Thomas ce qu'ils n'ont pas réussi à faire avec lui et son frère aîné de sept ans. Il dira que son père qui était militaire était rigide mais avait de l'humour en pensant au final que c'était quelqu'un d'angoissé. Une phrase lui revient, ses parents leur ont dit à lui et à son frère : « *quand vous aurez des enfants, ce sera un miracle et nous ferons un pèlerinage.* »

Mr D. ajoute que Thomas est très important pour sa mère et que cela se passe bien, « *Avec nous(Mr et son frère), il n'y avait jamais de sentiments dits, pas d'affection* ».

2.3.3.2 Réflexions sur les symptômes

La constipation de départ s'inscrit dans un ensemble d'autres symptômes comme les troubles du sommeil, les difficultés de séparation et d'accordage.

Le soin à domicile permet de travailler l'ensemble de ces points.

- Au sujet de la constipation :

Mr D. se pose de la question de Thomas qui ne peut pas faire caca et se retient, comme lui s'empêchait de manger face à sa mère. A partir de ce moment-là, les deux parents mettront Thomas sur le pot.

- Au sujet des interactions parents- enfant

Les parents pourront dire qu'ils ont toujours l'impression de surveiller Thomas car ils ont toujours peur qu'il tombe malade.

De manière plus globale, Mme D. semble très attentive à tous les changements de position de Thomas. Elle dit qu'à chaque fois qu'il change de position, il se met à pleurer. Elle pense

que dès qu'elle le prend il pleure. En fait de façon répétitive, il arrivera souvent que Thomas se mette à pleurer quand Mme D. le prend ou l'éloigne d'elle mais dans une sorte d'inadéquation entre ce dont a besoin Thomas à un instant donné et ce que Mme D. ressent. L'impression est que Mme D. le prend ou l'éloigne d'elle en fonction de ses propres besoins et non en réponse à ceux de Thomas et ce sans pouvoir expliquer les changements. Ceci semble créer chez Thomas un décalage entre ses demandes et les réponses données.

Tout au long des rencontres et face à cette répétition, Mme D. en faisant ce travail de différenciation entre elle et son enfant, pourra être de plus en plus dans une identification de ses besoins à lui. Petit à petit Thomas sera moins dans une recherche de mouvement, marchant moins, et demandera plus souvent à venir sur les genoux de sa maman ou de son papa, sans avoir besoin de fuir presque tout de suite la relation.

Par contre, Thomas manifesterait beaucoup de colère et ce presque à la moindre frustration : dans ces cas-là, il s'arc-boute, jette les objets et pleure. Les parents pourront mieux contenir et soutenir Thomas dans ses colères, en s'adressant à lui de façon directe, en lui parlant et ils constateront alors que souvent Thomas alors de pleurer et les écoute. En même temps que sont apparues les colères, Thomas peut aller sur le pot et faire caca, il n'a plus de gestes de frottement et de frottement comme au début de l'observation.

- Au sujet des troubles du sommeil

Durant les nuits, Thomas se réveille toujours mais beaucoup moins souvent. Mr ou Mme D., en allant le voir, pouvait le rassurer, le calmer et il se rendormait. Pour Mr D. il ne s'agissait plus de douleurs ou de malaises physiques, mais de la peur d'être seul ; lui-même enfant, avait besoin de la lumière et que la porte soit ouverte. Cette interrogation sur les capacités de Thomas à être seul les amènera à parler de leur attitude quand il confie Thomas à des amis. Dans ce cas-là ils partent en douce, sans se faire voir, craignant la réaction de Thomas, ses pleurs et leurs difficultés à y faire face. Après cette évocation, ils pourront montrer leur départ à Thomas. Dans le même temps, le langage se développera et Thomas pourra appeler ses parents et vocalisera beaucoup plus. De plus Thomas pourra manifester son désaccord en faisant non de la tête.

2.3.4 Epilogue

L'arrêt du soin à domicile se fera suite au projet de Mr D de rejoindre son frère en Amérique du Sud pour travailler avec lui auprès de jeunes toxicomanes.

Le couple avait déjà eu le projet de quitter la France, insatisfaits de leur vie. Ils constataient cependant que depuis quelques temps ils sortaient plus et trouvaient à nouveau du plaisir dans leur quotidien. Mr D. laissait transparaître son ambivalence : « *En même temps là-bas je retrouverai mon frère qui m'a toujours soutenu* ». Puis il ajoute que le livre qu'il a écrit commence à avoir des effets sur sa vie professionnelle « *c'est maintenant que l'on me demande d'écrire des articles alors qu'on va partir* ».

Ils ajouteront qu'ils se sentent moins angoissés par rapport à leur enfant et ont le sentiment de mieux comprendre ses demandes et donc de mieux répondre à ses besoins. Ils regrettent que ce travail s'arrête maintenant et pensent qu'ils auraient dû faire la démarche plus tôt pour Thomas et pour eux-mêmes.

Ce départ à l'étranger est l'occasion d'un échange important entre Mme D. et son père qui lui écrit une lettre. Mme D. a des angoisses par rapport à la mort éventuelle de son père quand elle sera en Amérique latine.

Les angoisses de mort projetées sur Thomas au début du soin à domicile semblent alors se reporter sur le père de Mme D.

2.3.5 Hypothèses psychopathologiques

Les réunions de reprise ont permis de se décaler du symptôme constipation et de travailler sur les interactions entre Thomas et ses parents. Un travail de différenciation et d'individuation a pu s'engager grâce en partie à l'exploration des parties infantiles des deux parents. Nous voyons à l'œuvre deux fonctions du soin à domicile que décrit D. Houzel (3) (cf. chapitre 3) :

-L'identification à la fonction observante : c'est en voyant la soignante observer les interactions que la maman se met alors à observer Thomas et à réfléchir sur son fonctionnement et leur relation

- le tri de confusion des générations : en évoquant avec les parents leur histoire infantile, ils peuvent différencier ce qui s'est passé pour eux et ce qu'ils vont construire avec leur enfant. Il permet aussi que les parties infantiles des parents ne soient pas en rivalité avec l'enfant.

Chacun des membres de la famille a pu faire son chemin durant le soin à domicile qui a duré 3 mois :

- Du côté de Thomas

Les différents symptômes présentés par Thomas posent des questions :

-Comment comprendre les mouvements de fouissement, de frottement, de resserrements corporels et de balancement ainsi que la constipation?

Il peut peut-être s'agir d'une auto-sensorialité, moyen pour Thomas de se ressentir face parfois à un défaut de contenant de la part de ses parents éprouvés par la grande prématurité et ayant entraîné des difficultés dans la mise en place de la fonction parentale. Le symptôme de constipation semble être une forme d'agrippement interne comme le décrit E.Bick(4)(5) dans les processus d'identification adhésive par agrippement : « le besoin d'un objet contenant semble, dans l'état non intégré du tout premier âge, produire une recherche frénétique d'un objet, lumière, voix, odeur ou autre objet sensoriel, qui puisse retenir l'attention et par là être vécu momentanément au moins comme tenant les parties de la personnalité ensemble. »

-Que penser des choix de Thomas par rapport à son goût et l'accrochage répété à des fils ?
Un autre moyen de s'agripper mais celui-ci réel ?

Les fils ou tuyaux seront des termes souvent évoqués par les parents décrivant leur bébé à l'hôpital. Des images reviennent du service de réanimation faisant penser aux réminiscences d'un état de stress post traumatique. Ces tuyaux sont angoissants et mettent à mal leur capacité de penser.

- Du côté de Mme D.

-Comment comprendre son ambivalence face à la maternité ?

En devenant mère Mme D. quitte son statut de fille par rapport à sa mère, elle acquiert une nouvelle place. L'image qu'elle donne de sa mère nous évoque la difficulté pour Mme D. de s'identifier à une mère « suffisamment bonne » et affectueuse et qui laisse en même temps une place au père de l'enfant. Pendant la grossesse l'identification à une autre femme est nécessaire soit à la mère d'origine, soit à une femme qui aura su transmettre son expérience comme le décrit Monique Bydlowski(6). L'identification est ici difficile par rapport à cette mère défaillante et à cette sœur qui est en difficulté pour avoir des enfants. Se profile déjà ici ce que S. Lebovici(7) a décrit dans la transmission du mandat des générations précédentes : « l'enfant incarne le lien du vivant tissage avec les ascendants ».

-Est-elle capable, au moment de la naissance de Thomas, d'assumer le changement de statut de fille à mère ?

L'hyperactivité du début de la grossesse montre l'ambivalence de Mme D. par rapport à cette grossesse, elle persiste dans cette conduite paradoxale et provocante malgré les conseils de son médecin et de son conjoint.

La grossesse très courte empêche ce que M. Bydlowski(6) décrit comme « un artisanat bercé d'un récit ». La gestation associe ainsi un double processus : édification biologique du fœtus selon les lois de la génétique et de l'embryogenèse et rêverie intérieure de la jeune femme chez laquelle l'événement se déroule. Cette expérience intérieure et créatrice est unique et en même temps inspirée de l'apprentissage auprès de modèles féminins cette double origine en fait une narration. Cette narration est ici amputée par la prématurité

De plus la prématurité de Thomas entraîne des difficultés dans l'identification narcissique à cet enfant. Comment se reconnaître dans cet être incomplet ? Ne renvoie-t-il trop bien la culpabilité et/ou l'incapacité à être mère ?

La prématurité empêche également ce que Stern(8) a appelé l'accordage affectif, cette capacité de la mère à comprendre et répondre aux besoins de son enfant. Cet empêchement est dû à l'immaturation de l'enfant, aux contraintes techniques (hospitalisation, couveuse, scope...)

-Comment s'interroger face à son vécu de l'hôpital ?

Dans un premier temps elle semble dire sa difficulté et son angoisse face à la séparation d'avec son bébé, mais aussi la rivalité ressentie par rapport aux personnels de l'hôpital. Ce n'est pas elle qui s'occupe de son bébé. Le fait d'enlever trois mois à l'âge de Thomas n'est-il pas un moyen de signifier qu'ils n'ont pu être les parents à part entière que lorsque celui-ci est sorti de l'hôpital ? De plus il semble que, dans les soins prodigués à Thomas, elle se retrouve en contradiction avec les idées religieuses importantes de son père.

Au vu de ces éléments, il semble que Mme D. traverse une crise d'identité faite d'ambivalence et de sentiments contradictoires : Mme D. se doit de se situer en tant que mère et en même temps faire un travail de différenciation et d'identification de ses propres parties infantiles qui émergent face à son enfant.

- Du côté de Mr D.

« Quand vous aurez des enfants, ce sera un miracle. On fera un pèlerinage. »

Cette phrase ne renvoie-t-elle pas à l'image d'un homme incapable d'être père ? Comment dépasser cette image et faire appel à sa capacité d'être père ?

C'est en se souvenant de cette phrase que Mr D. peut se positionner en tant que père comme pour annuler le message prémonitoire de cette annonce. Il permet de repositionner chacun dans la filiation, lui comme fils de ses parents et ses parents comme grands parents de son fils.

Mr D. doit aussi faire face aux représentations de lui enfant : enfant refusant la nourriture face à sa mère et dans une famille où les sentiments ne pouvaient pas être exprimés. Il fait le lien entre le refus de se nourrir et le refus de son fils d'aller à la selle comprenant alors les enjeux relationnels qui peuvent exister entre parents et enfant.

2.3.6 Conclusion

Cette expérience de soin à domicile semble montrer le **phénomène d'identification** que les parents ont vécu face à la **fonction d'observation** du soignant pour leur enfant.

Cette observation et les associations qu'elle déclenche permettent aux parents et à Thomas de contenir et de penser les angoisses ressenties face à cette naissance.

Cette **fonction de contenance** des émotions et des angoisses permet à chacun : père, mère et bébé, d'accéder à une plus grande sécurité interne. Ceci semble permettre à Mr D. et Mme D. de mettre en œuvre leurs capacités d'identification aux besoins et aux demandes de leur enfant.

Elle permet également un **accès aux parties infantiles** des deux parents et un **travail sur la rivalité** possible entre ces parties et l'enfant.

C'est en expérimentant avec la soignante leurs difficultés et leurs ressources dans leur milieu habituel qu'un changement est possible.

2.4 Deuxième situation clinique : Le cas de Simon, 7ans

« Qu'est-ce que signifie apprivoiser ? C'est une chose trop oubliée. Ça signifie créer des liens. »

«Voici mon secret. Il est très simple : on ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux. »

Le petit prince – Antoine de Saint Exupéry

2.4.1 Présentation

Simon A. et Matthieu A. sont jumeaux, âgés de 2ans et 9 mois en février 2008 lorsqu'ils sont reçus pour la première fois en consultation d'accueil sur le centre de consultation médico-psychologique par une éducatrice. Le motif de la consultation est : trouble du langage et trouble du comportement.

Ils sont les derniers d'une fratrie de quatre. Ils ont une sœur aînée de 8ans Sarah et une sœur de 5ans Léa. Leurs deux parents sont ensemble et travaillent : la maman comme professeur des écoles à temps partiel et le papa comme fonctionnaire.

A cette époque les enfants sont gardés par une assistante maternelle à mi-temps et vont en halte-garderie 1 journée par semaine.

Lors de cette consultation d'accueil, les parents ont repéré que leurs enfants ne parlent pratiquement pas ou jargonnet ensemble, ils évoquent leurs difficultés pour gérer leurs deux enfants à la fois. Ces derniers sont intolérants à la frustration et aux limites, ils peuvent être agressifs entre eux et avec leurs sœurs.

Au décours de cette consultation d'accueil, il est d'abord proposé un soutien concret avec la venue d'une TISF par le biais de la PMI et les parents sont orientés vers une association de parents de jumeaux : « jumeaux et plus ».

La maman prend contact à nouveau en avril 2008 elle précise ne plus avoir d'aide de la caisse d'allocation familiale pour une TISF, cette aide s'étant arrêtée au 1 an des jumeaux. Elle reste en contact avec l'association « jumeaux et plus ».

En juillet 2008 commence une consultation mère-enfants hebdomadaire avec la psychologue de l'unité. Au cours de ces consultations vont émerger des éléments de l'histoire de Simon et Matthieu depuis leur tout premier développement.

Ce n'est qu'à la quatrième consultation que la maman de Simon et Matthieu va aborder les éléments traumatiques entourant la naissance des jumeaux. Simon et Matthieu sont nés à terme d'une grossesse monochoriale, bi-amniotique très surveillée nécessitant une échographie tous les quinze jours et pour laquelle le risque d'un syndrome transfuseur transfusé est important. L'accouchement est traumatique, la maman va présenter une hémorragie de la délivrance grave qui va nécessiter une hystérectomie d'hémostase en urgence, des transfusions et un transfert en réanimation sur le CHU. La maman va rester trois jours en réanimation. Les jumeaux sont alors séparés de leur mère. La maman peut dire alors « *j'ai commencé à déprimer, j'ai demandé à partir pour les rejoindre* ».

Simon est arrivé en premier et Matthieu douze minutes après, il était mal positionné, il est resté un peu en couveuse. Les deux bébés allaient bien mais les parents décrivent des angoisses de mort massives lors de la naissance. Le papa peut dire qu'il a cru qu'il allait perdre sa femme.

Le retour à la maison s'est effectué après 15 jours d'hospitalisation, le couple a reçu l'aide d'une TISF pendant un mois. La maman décrit un grand état de fatigue, elle a également reçu de l'aide de sa famille et de son entourage, la maman dira que beaucoup de personnes différentes se sont alors occupés des jumeaux.

La maman n'a pas d'explication sur les difficultés de ses enfants : « ils ont toujours été grognons ». Elle peut décrire des enfants sensibles au changement, avec des angoisses au moment des séparations. Elles parlent de difficultés similaires pour les 2 garçons, ils mordent et ils jettent. Les jumeaux doivent commencer l'école en septembre 2008. Les parents sont dans l'attente que le langage puisse se développer et les troubles s'apaiser dans le cadre scolaire.

Pour la suite du cas clinique nous allons nous intéresser plus particulièrement à Simon car c'est pour lui que des soins à domicile vont être indiqués. Nous parlerons de Matthieu dans les relations avec son frère.

Au niveau du développement pour Simon :

La maman peut décrire Simon comme un enfant réservé, méfiant, parfois coléreux et provocateur, mais pouvant également être câlin et sociable avec ses copains. Il est curieux et ouvert face aux apprentissages mais fatigable et en difficulté pour les règles de la vie en collectivité.

- Au niveau du langage :

La maman peut dire que Simon n'a jamais babillé, les mots « *papa* » « *maman* » et « *bébé* » sont apparus dans sa deuxième année. Il a dit son prénom lors de la petite section.

- Au niveau moteur :

Simon est latéralisé du côté droit. L'acquisition de la marche s'est faite dans les normes entre 12- 18 mois. Simon fait du vélo avec roulettes à l'âge de 3 ans et acquiert également la propreté diurne et nocturne.

2.4.2 Parcours de soins

Des consultations mère–enfants avec une psychologue vont se dérouler de juillet 2008 à juillet 2009. Le papa va être hospitalisé en février 2009 pour un syndrome dépressif en clinique privée. Le psychiatre du papa prend contact avec la psychologue pour s'assurer du suivi des enfants. Le papa ne vient alors qu'à un rendez-vous en avril 2009.

Lors de ces consultations, les enfants sont souvent tendus avec un visage fermé. Ils apparaissent indifférenciés et très fusionnels entre eux mais aussi dans la relation avec leur maman. Ils se ressemblent beaucoup dans une identification adhésive, permutent leur place et leur rôle pendant les phases de jeu. La distinction entre les deux enfants est difficile.

Ils ont peu de langage mais savent se faire comprendre, ils sont souvent silencieux, répondent peu aux sollicitations, ils semblent très méfiants. Ils chuchotent, ne s'adressent pas directement à la psychologue. Ils ne s'interpellent pas non plus entre eux, ne se nomment pas, ils semblent néanmoins communiquer et se comprendre sans parler. Ils montrent de l'intérêt pour la dinette, les voitures et les personnages.

Ils montrent petit à petit de la rivalité entre eux, voulant souvent l'objet de l'autre. Ils montreront alternativement (jamais en même temps) des colères à la frustration, de la toute puissance et des comportements de maîtrise importants.

A partir de janvier 2009 et jusqu'en juillet 2009 des consultations conjointes psychologue-éducatrice se mettent en place afin de travailler la différenciation entre les deux enfants.

Ces consultations permettent l'amorce de jeux de faire semblant d'abord avec l'adulte puis entre eux. Ils jouent des scénarii autour de la colère et de l'agressivité. Ils se détendent, sont sensibles à l'humour et à la théâtralisation ce qui fait penser qu'un espace transitionnel (Winnicott) est possible. Ils s'intéressent également au dessin surtout des formes fermées suggérant des enveloppes et des contenants. Le langage est de plus en plus présent et les enfants amorcent aussi des tentatives de compromis. Le changement reste fragile et les améliorations sont fluctuantes d'une séance à l'autre.

Les parents ne constatent pour leur part pas d'amélioration dans le quotidien et la maman semble se décourager.

Parallèlement à ces consultations, un bilan orthophonique est indiqué pour les deux enfants en avril 2009 et une prise en charge orthophonique en libéral débute pour Simon en septembre 2009 à raison de deux séances par semaine.

Pour Simon l'évaluation du langage met en évidence un trouble de parole très important s'associant à un retard de langage et une compréhension du langage oral ainsi qu'une attention auditive diminuée. L'orthophoniste indique que les résultats doivent être relativisés car on note des différences très significatives quand Simon est dans l'opposition par rapport à l'acceptation de l'épreuve. Simon est dans le refus quand on lui impose quelque chose. Le travail proposé est d'abord de développer le plaisir du langage et de la communication de façon spontanée avant de travailler de manière plus ciblée.

Après ces mois de consultation, même si les choses ont évolué au niveau de la différenciation des jumeaux et de leur accès à une aire transitionnelle, les troubles du langage restent importants et le quotidien demeure compliqué avec de nombreuses colères. Un bilan des consultations est réalisé avec la famille, plusieurs propositions leur sont faites :

- soin à domicile et travail au niveau familial car cette dimension est peu accessible en consultation, le papa vient peu en consultation et l'hypothèse est faite que les troubles présentés par les enfants sont peut-être le symptôme de difficultés non élaborées au niveau familial.

- groupe thérapeutique : afin de soutenir les tentatives de séparation/ individuation et la souplesse du jeu relationnel. Il est proposé un groupe de psychomotricité à Matthieu et un groupe expression à Simon

Les parents sont d'accord pour les groupes thérapeutiques mais refusent le soin à domicile, ils ne se sentent pas prêts pour que quelqu'un vienne chez eux. Un relais de référence est également fait avec le médecin pédopsychiatre du service car la psychologue prend de nouvelles fonctions dans un autre lieu de soins en juillet 2009. Des consultations médicales mensuelles se mettent en place afin de poursuivre le travail avec les parents.

Simon participe alors au groupe « des petits mousses » d'octobre 2009 à juillet 2010 durant 32 séances. Ce groupe est animé par 2 psychomotriciennes et accueille 4 enfants de 4 ans scolarisés en moyenne section. Il se compose d'un temps d'accueil et d'échange autour de la table avec le support d'un livre, un temps de dessin, un temps de jeu dans l'espace de la

salle avec la médiation du matériel mousse et un temps de détente. Au départ Simon présente une inhibition importante, des difficultés à la séparation.

Les évolutions notées au cours des séances :

Simon peut aller chercher les autres enfants et est content de jouer avec eux. Il est beaucoup plus à l'aise dans les mises en jeu corporelles que dans l'expression verbale qui reste compliquée. Il peut avoir des moments de complicité avec d'autres enfants mais peut apparaître aussi vite perdu quand il est déstabilisé par un enfant qui se positionne différemment de ce qu'il attend ou n'est pas d'accord avec lui. Simon s'efface devant l'affirmation des autres enfants sans pouvoir parler mais il peut demander l'aide de l'adulte. Il répond davantage aux sollicitations, il peut être dans les mots avec le support du livre, du jeu et du dessin. Le jeu reste pauvre et la pensée lente par rapport à son âge. Il a du plaisir à jouer avec les enfants mais reste en difficulté pour se positionner face à eux et pour jouer dans l'échange.

Les consultations médicales se déroulent mensuellement afin de poursuivre le travail avec les parents. Les parents sont de leur côté en difficulté à la fois psychique et somatique. La maman est hospitalisée par rapport à des complications gynécologiques de son accouchement, le papa est quant à lui opéré d'un ménisque qui se complique d'une infection à staphylocoque doré (mai 2010).

D'autres difficultés somatiques vont émailler les consultations, le papa va petit à petit présenter un syndrome douloureux chronique. Il est en difficulté pour venir en consultation et s'occuper de ses enfants. Il est en attente d'une invalidité et il évoque un diagnostic de fibromyalgie, des hospitalisations en centre de la douleur sont prévues.

La situation au domicile reste difficile ainsi qu'à l'école, les jumeaux continuent à faire des colères, les sœurs aînées souffrent de la situation. Les parents décrivent un sentiment de honte. Des éléments trans-générationnels sont interrogés : l'origine biblique des prénoms de tous les enfants. Le papa a été très pratiquant jusqu'à ses 18 ans, il est allé en centre de formation théologique dans le but d'être religieux mais a finalement rencontré sa future femme et décidé de se marier. La question de la faute est en filigrane « *qu'est-ce que j'ai fait au bon Dieu pour mériter ça ?* ».

Un bilan psychologique est demandé afin d'affiner la compréhension du fonctionnement psychique de Simon en janvier 2011. Simon est alors âgé de 5ans et 6 mois. Deux tests sont réalisés le Rorschach et le test de patte noire. Le compte rendu indique :

« Simon est un enfant inhibé, distant qui aura besoin du matériel pour se détendre et investir la relation. Il accepte sans aucune difficulté les 2 épreuves proposées. Ses problèmes de langage ont inévitablement minimisé ses compétences et appauvri son discours. L'analyse des protocoles montre que Simon est un garçon qui a une bonne représentation de soi et des autres et une bonne adaptation à la réalité. Une fragilité narcissique et une inhibition du mouvement libidinal sont en outre observées dans les protocoles. En effet au rorschach, son protocole dense semble répondre massivement à une angoisse de vide et de perte d'objet. Quant au test de patte noire, ce sera la mise à distance de tout mouvement libidinal en particulier de l'agressivité et de la rivalité qui sera au premier plan. On remarque également que les relations à l'autre sont possibles, que certains affects, en particulier dépressifs, sont exprimés. »

Le bilan conclut que *« Simon a besoin de s'affirmer et de s'autonomiser en se servant dans un premier temps de l'étayage et de l'aide des adultes pour lever l'inhibition et évacuer les angoisses, les tensions qui à certains moments, l'envahissent. »*

Au niveau scolaire Simon est suivi par une équipe éducative depuis la grande section de maternelle pour l'aider par rapport à son retard de langage et à ses difficultés pour entrer en relation avec ses pairs. Une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) a été mise en place pour l'aider à se sécuriser dans la classe et l'accompagner dans les apprentissages.

A la rentrée 2011, Simon est en CP, la situation devient catastrophique à l'école. Simon tape, hurle et fait des colères très violentes.. Il a frappé et mordu la maitresse qui n'a pas réussi à le maîtriser, ni à le sortir de la classe même avec l'aide de l'AVS.

L'école n'accepte plus Simon en classe. Une équipe de suivi de scolarisation a lieu. Il est écrit que *« Simon ne montre pas de difficulté cognitive mais un trouble important du comportement, malgré l'accompagnement de 12h par semaine par l'AVS .Il est décidé que Simon sera seulement accueilli tous les matins de 11H 15 à 12H. Une ritualisation de l'accueil est mise en place avec, dans un coin de la classe, un tipi, la lecture d'un livre. Il peut commencer alors son travail dans la classe avec l'AVS, des supports visuels sont favorisés pour suppléer le langage et un protocole est mis en place en cas de crise. »*

L'équipe de suivi de scolarité évoque d'autres formes de scolarisation : CLIS (classe d'intégration scolaire) ou ITEP (institut thérapeutique éducatif et pédagogique) ainsi que l'accompagnement par un SESSAD (service d'éducation et de soin à domicile).

En consultation médicale le soin à domicile est de nouveau indiqué et proposé aux parents qui l'acceptent. Un traitement par ATARAX® sirop(hydroxyzine de dichlorhydrate) est également prescrit à la dose de 2 cuillères à café le matin après un bilan pré-thérapeutique comportant ECG et ionogramme sanguin.

2.4.3 Le soin à domicile

L'éducatrice rencontre la famille en septembre 2011 en consultation conjointe avec le médecin pédopsychiatre dans le contexte de crise cité précédemment. Les parents sont en grande détresse psychique : la maman est déprimée, le papa est arrêté depuis plusieurs mois, le diagnostic de fibromyalgie a été confirmé.

Le soin à domicile va s'organiser autour d'un rendez-vous hebdomadaire le mardi de 10h à 11h en présence de Simon et un de ses 2 parents.

Les objectifs posés avec les parents sont :

- aide à la compréhension des troubles du comportement de Simon dans son milieu naturel, de son fonctionnement à l'autre pour l'aider à se socialiser en famille et à l'école
- accompagner un retour vers l'école
- travail sur la gémellité et la différenciation entre Simon et Matthieu dans un deuxième temps.

2.4.4 Déroulement du soin à domicile

Le soin à domicile a eu lieu de septembre 2011 à juillet 2011 et comprend au total 28 séances découpées en deux temps : 17 séances avec Simon et sa maman et 11 séances avec Simon, son frère jumeau Matthieu et leur mère.

Le soin se déroule dans le salon du domicile autour de la table. La maison est spacieuse et accueillante. La famille habite en milieu rural.

Le papa sera présent au domicile mais restera dans une autre pièce, l'éducatrice ne le voit pas. Il fera deux apparitions lors de la deuxième séance pour dire qu'il est d'accord pour le

soin à domicile mais qu'il n'y participera pas et à la 11^{ème} séance au cours d'un jeu pour dire qu'il sort du domicile.

Simon a dans un premier temps besoin d'intégrer le cadre du soin à domicile dans le temps et l'espace. Il fait des allers et retours entre sa chambre et le salon. Etre dans son milieu naturel lui permet de se réfugier dans sa chambre si la tension est trop forte. La maman est au départ en difficulté pour se positionner, elle dit avoir peur de bloquer des choses. Elle est rassurée par les paroles du soignant qui lui indique de faire comme d'habitude. La première séance permet de poser le cadre du soin et de faire mieux connaissance. La maman évoquera dès cette séance la naissance des jumeaux et son traumatisme.

A la deuxième séance Mr est là mais il quitte rapidement la pièce disant en avoir parlé avec son épouse. Simon montre comment il peut investir ce temps, il choisit un jeu de société : « le loup et les trois petits cochons », Simon est compétent. Le départ du soignant est difficile, Simon montre beaucoup de violence, il jette tout et s'enferme dans sa chambre. Quand la soignante vient lui dire au revoir il lui jette des objets et lui crache dessus. L'éducatrice repose le cadre, cette colère ne l'empêchera pas de revenir.

C'est Simon qui ouvre la porte à la troisième séance, il a choisi et réfléchi au jeu avant l'arrivée de l'éducatrice. La soignante remet des mots sur la séance précédente, elle explique comment la colère peut être du chagrin ou de la tristesse quand le jeu s'arrête ou que quelqu'un part. Elle amène Simon et sa maman à réfléchir sur les façons de faire autrement. A partir de cette séance, la montre de la soignante servira pour marquer le cadre du temps et Simon s'appuiera beaucoup dessus. C'est une montre à l'effigie du petit Prince. Simon peut aller alors 15 min de plus à l'école chaque jour.

A la quatrième séance, le comportement de Simon est modifié, il reste toujours imprévisible et variable mais Simon ne fait plus de crise aussi importante. Lors d'une frustration, il s'isole maintenant : il part dans sa chambre. A l'école ou au centre de loisirs, il se réfugie dans une petite tente. Un travail sur le comportement et les émotions s'élabore. Simon utilise la mise à distance physique dans un premier temps. Simon, sa maman et la soignante réfléchissent aux crises de Simon comme pouvant être des manifestations d'angoisse ou de chagrin. L'école a mis en place des pictogrammes pour exprimer les émotions.

A la séance suivante avec l'aide de la soignante la maman fait le rapprochement entre l'arrêt du traitement par ATARAX (a perdu l'ordonnance de renouvellement) et le fait que Simon refasse quelques crises. Cette prise de conscience appuie l'hypothèse des colères comme manifestation d'une angoisse non exprimable. Un travail autour des émotions s'initie : comment Simon peut-il s'exprimer autrement que par des colères pour dire son ressenti ? Comment peut-il se mettre à distance quand il sent la colère monter pour que l'autre soit moins persécuteur et qu'il puisse continuer à penser ? Le soin s'organise maintenant entre un temps de jeu de société que Simon choisit et un temps de discussion avec la maman. Simon arrive de mieux en mieux à gérer la frustration de perdre, il s'appuie sur le temps et sur les propositions que peuvent lui faire la soignante ou sa mère.

La sixième séance est l'occasion d'un jeu symbolique avec des Playmobil. Simon a défini trois catégories : les chevaliers et policiers gentils pour lui, des personnages pour sa mère, les méchants (dragon, cheval et oiseau) pour la soignante. Simon est dans la maîtrise du scénario et des autres joueurs. Le scénario se déroule autour d'attaques entre les méchants et les gentils. Simon accepte et supporte que le dragon qui crache du feu explose tout, la maman propose de faire la paix et réconcilier tout le monde. Simon parle de faire une fête d'anniversaire, il choisit le dragon. Il est sensible à l'humour de la situation : le dragon est en difficulté pour souffler ses bougies puisqu'il crache du feu.

Au fur et à mesure qu'il expérimente les émotions (tristesse, plaisir, colère) dans du jeu à la maison, le langage s'organise, il peut exporter ces bonnes expériences à l'école. A la séance suivante Simon est fier d'annoncer qu'il va à l'école de 10h15 à 12h30 et le jeudi toute la matinée.

Durant les séances 8, 9, 10,11 Simon aura besoin de retourner dans sa chambre ou de s'enfermer dans la salle de bain avec de la musique, mais il n'éclate plus dans la violence. La soignante lui dit qu'elle sait qu'il peut maintenant faire autrement. Le temps d'école augmente encore. Au cours de ces séances Simon a besoin de maîtrise et de rituels pour être rassuré. Il propose souvent le même jeu de société, les jeux symboliques restent compliqués. Il s'appuie beaucoup sur le repère du temps.

Du côté des parents Mme A. s'appuie bien sur ce travail autour de la compréhension du comportement de Simon, perçu non pas seulement comme des colères mais comme des manifestations d'une angoisse ou d'une émotion qu'il ne sait pas exprimer. L'aide de la soignante lui permet de « décoder » son petit garçon afin de transformer ce qui l'agite pour

qu'il expérimente une solidité ailleurs que dans la maîtrise. Elle reprend petit à petit à son compte le travail sur les émotions et peut verbaliser pour Simon mais aussi pour elle-même ses difficultés. C'est à partir de la douzième séance que la maman peut dire sa tristesse et son agacement de la situation familiale, les colères des enfants et l'état de santé du papa.

Une consultation conjointe a lieu après cette séance, Simon s'est opposé en classe et s'est réfugié dans la tente, ses parents ont dû venir le chercher. La soignante prendra contact avec l'AVS pour voir comment l'école peut s'adapter au changement de comportement de Simon et le valoriser afin d'éviter un retour en arrière. Mme A. dira ensuite : « *il faut avoir confiance dans les capacités de Simon pour que ce soit possible* ».

Dans les séances 13 et 14, Simon est fier de montrer son emploi du temps signé par le directeur, la maîtresse, l'AVS, les parents et lui-même. Il va maintenant à l'école tous les matins et une après-midi. Il va, petit à petit, être moins dans la maîtrise : se déguiser en petit cochon de la maison de briques lors du soin à domicile ou faire un petit spectacle. Il est difficile pour la maman d'avoir confiance dans ses progrès, elle a peur d'un retour en arrière.

L'amélioration du comportement de Simon s'accompagne d'une dégradation de l'état du père, celui-ci reste coucher lors du soin à domicile, les douleurs sont majeures et il est de moins en moins capable de s'occuper de ses enfants. Mr A. passe de nombreux examens médicaux et une hospitalisation en centre de la douleur est programmée. Simon fait attention à son père et dira plusieurs fois « *chut* » en s'approchant de la chambre. Toute la famille est dans une dynamique de protection et paraît étonnée quand la soignante demande des nouvelles.

La séance 15, dans le contexte de l'hospitalisation du papa, sera l'occasion de travailler la question de la présence, absence et de la façon dont on peut penser à l'autre sans qu'il soit là. En parallèle, le comportement de Matthieu se dégrade à l'école, il fait de nombreuses crises. Il est alors décidé de modifier le cadre du soin et d'intégrer Matthieu au soin à domicile. L'idée se travaille sur quelques séances.

La dégradation du comportement de Matthieu et les éléments travaillés pendant le soin sur l'absence/ présence font écho avec l'hospitalisation du papa au centre de la douleur. Matthieu paraît marquer par son comportement son inquiétude pour son papa. La maman se défend de la situation en se focalisant sur l'organisation matérielle.

C'est à partir de la dix-huitième séance que Matthieu sera présent, la rivalité fraternelle se joue dans la relation à l'éducatrice. Mme A. est entre les larmes et l'énervement pendant le soin. La soignante prend le temps de parler de la santé de chacun, parle de soins pour Monsieur A. et pose la question d'une dépression. Avec l'arrivée de Matthieu les alliances se déplacent, avant Simon était toujours en alliance avec sa maman contre l'éducatrice, maintenant les jumeaux font alliance contre les adultes. C'est à cette séance que la soignante verra les sœurs aînées pour la première fois.

A la séance suivante Mme A. s'effondre, les jumeaux et les grandes sœurs n'arrêtent pas de dire des gros mots et le papa va mal, Mr A. est sorti de l'hôpital mais le bénéfice de l'hospitalisation n'a duré que quelques jours. L'agressivité n'est plus agie mais verbale, cela est insupportable pour la maman. Elle parle de son métier : « j'enseigne et je conseille les autres et je n'en suis même pas capable pour mes propres enfants ». C'est l'occasion d'une séquence de jeu de société durant laquelle il y a beaucoup d'agressivité entre les jumeaux dans un langage incompréhensible. Simon est en position de force et se moque de Matthieu. La soignante doit intervenir : comment Simon peut-il aider son frère dans le jeu ? Simon trouve l'idée de faire des équipes.

Devant l'état de la maman et la situation familiale l'éducatrice propose une consultation avec le médecin pédopsychiatre.

A la séance 20, Mme A. se sent mieux d'avoir mis les choses à plat, elle a eu une discussion avec Mr A. pour qu'il se soigne. Mr A. n'est pas au domicile ce jour-là, il est parti pour prendre rendez-vous avec son employeur. Les deux frères alternent des allers retours dans l'espace et dans leur positionnement, quand l'un est frustré l'autre joue et inversement mais de façon souple et parfois avec de l'humour.

A la 21ème séance Mme A. va mieux. Il est question de la rivalité entre les frères et les sœurs par rapport à leur mère : « *quand c'est pas les frères, c'est les sœurs* ». Il est alors question de la position du papa comme tiers. Comment peut-il intervenir malgré son état douloureux ?

2.4.5 Epilogue

Simon, malgré sa difficulté parfois à supporter la présence de son frère, montre sa faculté à continuer de penser et à réfléchir malgré les comportements colériques de Matthieu. Il est

aussi confronté à de nouvelles réactions de celui-ci qui peut commencer à émettre des choix, des désirs, contre l'avis de son jumeau. Le soin à domicile a permis des progrès notables quant au comportement et au développement du langage pour Simon, les effets sont moins importants pour Matthieu. L'ensemble de la situation clinique montre le caractère familial de la problématique, les symptômes semblent se déplacer entre les sujets masculins et s'exprimer au niveau du corps de façon diverses (agitation, douleur). Il n'a pas été possible de travailler cette question avec le papa qui était soit alité, soit hospitalisé. Les objectifs de soins définis au préalable ont été remplis : travail sur la compréhension des colères, aide au retour à l'école, début de travail sur la gémellité. Il semble maintenant qu'un travail en thérapie familiale soit nécessaire, ce point a été abordé par le psychologue du centre de la douleur avec le papa et lors d'une consultation médicale au centre de consultation avec la maman. Le soin et la rééducation orthophonique doivent également perdurer en individuel pour les deux enfants.

2.4.6 Analyse psychopathologique

2.4.6.1 Temps d'alliance et de contenance

Simon va au départ tout le temps passer par sa mère avant de parler à l'éducatrice puis au fur et à mesure va pouvoir rentrer directement en contact. L'alliance se crée, il investit le temps du soin en ayant réfléchi et préparé un jeu avant chaque séance.

Dès la deuxième séance Simon montre sa colère avec l'éducatrice dans une situation de transition, de départ, de perte. La mise en mot et la position de l'adulte le rassure, sa toute-puissance ne détruit pas le lien. C'est le cadre du soin à domicile qui permet que l'éducatrice revienne, il met Simon en confiance, ce cadre fait tiers. L'éducatrice reviendra quoi qu'il arrive, le cadre est préalable. Ce n'est pas selon la volonté de l'éducatrice ou celle de Simon.

Simon a besoin également du repère du temps à travers la montre de la soignante il pourra s'appuyer dessus. C'est aussi une autre partie du cadre qui est extérieur et s'impose à lui, à sa mère et à la soignante.

Le cadre du soin dans ses déterminants de temps et de lieu permet une fonction contenante.

2.4.6.2 Temps d'intégration des limites, de la construction des enveloppes

Nous voyons également comment c'est la mise en mot des émotions qui permet petit à petit à Simon de trouver la bonne distance. Il a besoin dans les premières séances de pouvoir partir et aller dans un lieu rassurant sa chambre, ce que permet le domicile et qui serait impossible en consultation. Au fur et à mesure, Simon acquiert des stratégies pour pouvoir, malgré la frustration, trouver des moyens de rester dans la relation sans avoir à s'éloigner spatialement. La limite entre lui et l'autre est plus claire.

Les stratégies que Simon expérimente dans la mise à distance au domicile, il va pouvoir s'en servir en classe. Au fur et à mesure les temps de scolarisation augmentent à nouveau. Il est fier lorsqu'il peut montrer à l'éducatrice son nouvel emploi du temps. Des contacts ont eu lieu entre l'éducatrice et l'école afin que celle-ci puisse aussi intégrer le changement de comportement et le manifester de façon concrète.

Au travers du jeu, Simon va pouvoir intégrer les règles : chacun son tour, gagner, perdre. Il a besoin de jeux à règles, là encore un cadre qui fait tiers et qui lui permet d'expérimenter l'attente, la défaite. Le jeu symbolique reste compliqué avec des comportements de maîtrise importants.

Le travail fait sur la reconnaissance des émotions pour Simon va s'effectuer de façon parallèle chez la maman. C'est elle qui tient toute la maisonnée sans rien dire, elle est en difficulté pour se positionner dire ses choix. Elle va pouvoir ensuite dire ses difficultés, s'effondrer lors d'une séance et se positionner alors pour demander à son mari qu'il se prenne en charge.

2.4.6.3 A travers les réunions de reprise

Tout au long des réunions de reprise hebdomadaires, différents axes ont pu se dégager permettant de travailler les objectifs du soin, d'appuyer et d'adapter la position du soignant allant au domicile. Plus particulièrement, dans le cas de Simon, plusieurs hypothèses ont été travaillées selon différents modèles théoriques, sur un plan individuel ou familial :

2.4.6.4 Au niveau psycho-dynamique/ développemental

Simon consulte au départ pour des problèmes de comportement à type de colère et des troubles du langage de type expressif. L'expression clinique était également une inhibition majeure dans la relation à l'autre.

A travers l'ensemble du parcours de soin de Simon et plus particulièrement avec le soin au domicile, on se rend compte du lien entre les troubles du comportement et les troubles du langage. En effet Simon est dans une difficulté de pouvoir communiquer avec les autres ce qu'il ressent ou de ce qu'il souhaiterait. Le travail sur la mise en mot des émotions réalisé au travers de certaines séances du soin à domicile nous montre comment il permet à Simon de créer de la distance par rapport à l'autre, comment il n'est plus impacté par le discours ou les émotions de l'autre, comment il peut alors comprendre ce qu'il ressent et en miroir ce que l'interlocuteur peut aussi éprouver.

Durant cette évolution, nous nous sommes référés au texte d'Anzieu(9) sur le corps de la pulsion, celui-ci décrit comment la pulsion va se structurer comme un langage, comment le syntagme verbal : sujet-verbe-complément permet une représentabilité de la pulsion, cette représentabilité de la pulsion va permettre également la création des enveloppes psychiques, du Moi-peau. Il nous apparaît que celui de Simon est au départ fragile , on le voit dans cette nécessité de se protéger en classe en allant dans le tipi comme si celui-ci permettait une enveloppe protectrice contenant des mouvements pulsionnels internes et des mouvements externes pouvant potentiellement être ressentis comme des attaques.

A travers le langage c'est aussi la différenciation par rapport à son jumeau, cet autre lui-même. Il est noté plusieurs fois au cours de consultation comment il est difficile de différencier physiquement Simon et Matthieu, mais aussi comment ceux-ci peuvent s'intervertir dans le jeu. Simon et Matthieu peuvent aussi se parler dans un langage cryptophasique incompréhensible pour les autres, les excluant alors de la relation. La maman était aussi parfois en peine pour les différencier. L'équipe a pu parfois avoir la représentation d'un psychisme pour deux corps, ce qui nous faisait penser à ce placenta pour deux poches.

Ainsi en mettant en mot leurs émotions, ils peuvent s'individuer l'un par rapport à l'autre dans cette configuration gémellaire où le double existe.

- Au niveau narcissique et objectal

Simon paraît avoir une insécurité interne. Quel bon objet a pu être intégré dans les suites de cette naissance traumatique avec cette maman fatiguée et peut-être déprimée ? Quel lien a-t-il pu créer dans la variabilité et la discontinuité des personnes qui se sont occupées de lui ?

Le test projectif confirme cette impression : « *fragilité narcissique et inhibition du mouvement libidinal* », « *angoisse de vide et de perte d'objet* ».

- Au niveau de la séparation individuation

Celle-ci est actée dès le tout début de vie des jumeaux quand ils sont séparés de leur mère, il existe ensuite des angoisses de séparation massives vécues par les parents et les enfants.

La jumeauté intervient également. Les jumeaux, couple imaginaire, mettent le couple parental à l'épreuve. La jumeauté peut poser problème selon la structuration du lien du couple parental. En cas d'organisation autour de la problématique œdipienne, les fantasmes d'indifférenciation et d'auto engendrement, de fusion ou rivalité, de haine peuvent se jouer dans l'espace transitionnel. Cependant en cas d'organisation sur un mode narcissique prévalent, les défenses contre des angoisses primitives d'arrachement et d'engloutissement sont telles que la famille met en place de puissantes défenses symbiotiques pour se protéger. La croissance est sous l'emprise d'un fonctionnement groupal qui empêche tout mouvement de différenciation entre les enfants et entre les membres de la famille.(10)

- Au niveau œdipien

Simon exprime des grossièretés envers les parents, cela nous fait évoquer l'expression encore présente de la phase sadique anale. Le passage à une problématique plus œdipienne paraît difficile et nous nous posons la question de la possibilité de l'élaboration d'un conflit œdipien avec ce papa qui est souffrant ? Comment pouvoir attaquer ce père qui est déjà couché ?

- la mise en place des instances

Dans la 14^{ème} séance Simon choisit de se déguiser en petit cochon de la maison de brique, il a même construit une brique avec l'aide de sa maman.

Bruno Bettelheim dans *Psychanalyse des contes de fées*(11) place ce conte dans la problématique du principe de plaisir contre le principe de réalité. Sur le plan interne les actions des trois petits cochons montrent le progrès qui va de la personnalité dominée par le ça à une personnalité influencée par le surmoi, mais surtout contrôlée par le moi. Les deux plus jeunes cochons vivent selon le principe de plaisir et construisent vite pour pouvoir aller jouer, le troisième cochon plus âgé se comporte en accord avec le principe de réalité, il remet son désir de jouer à plus tard et agit conformément à son aptitude à prévoir ce qui peut arriver. L'enfant même petit comprend que les trois héros ne sont qu'un seul et même personnage à trois stades différents de la vie. Les trois petits cochons influencent la pensée de l'enfant quant à son propre développement, sans même lui dire ce qu'il doit faire, en lui permettant de tirer lui-même ses conclusions. Simon est en train d'intégrer principe de plaisir et principe de réalité ainsi que les instances d'un Moi influencé par le Surmoi.

2.4.6.5 Au niveau familial

Il existait un fantasme important de la part de l'équipe soignante de quelque chose d'un secret mortifère au niveau familial. Aller à domicile a permis de voir une maison vivante où chacun avait sa place où les limites étaient posées. Les troubles du comportement n'apparaissent pas dans le contexte d'une carence éducative mais vraiment comme expression d'une autre problématique. Nous les avons expliqués plus haut par les troubles d'expression des affects de l'enfant, mais ils nous apparaissent aussi pouvoir être, dans une dimension systémique, le symptôme d'une problématique familiale.

Plusieurs hypothèses ont été formulées :

- un état de stress post traumatique familial : après la naissance des jumeaux, la famille est comme sidérée, les processus de penser paraissent bloquer sans élaboration et construction d'une histoire possible. Madame dira que les

anniversaires des jumeaux étaient vécus comme des « *commémorations* » de la naissance traumatique.

- Des enfants symptôme d'une dépression familiale avec des troubles du comportement comme expression de défenses maniaques permettant de lutter contre un effondrement de la famille en la gardant vivante.

2.4.6.6 *Au niveau trans-générationnel*

-une parole absente ou défaillante, y a-t-il nécessité de taire des éléments trans-générationnels? Un secret ?

Il existe des antécédents similaires chez le papa de trouble du langage et trouble du comportement dans l'enfance, la sœur aînée Sarah a été suivie pour une inhibition et un mutisme extra familial. De plus la parole et la conflictualité sont impossibles: les parents ne se mettent pas en colère, ils acceptent beaucoup. Cette conflictualité psychique impossible s'exprime dans le corps : pour les enfants dans l'agir et pour le père dans la douleur. Si la parole ne circule pas les symptômes eux sont mouvants. Il y a un effet « vases communicants » entre les membres de cette famille : quand les enfants vont mieux, le papa se dégrade.

- des prénoms qui parlent ? :

L'ensemble des prénoms donnés aux enfants est d'origine biblique et sont extraits plus particulièrement de la Genèse dans l'ancien testament(12). Pour les deux aînées les prénoms donnés correspondent à des femmes qui sont en difficulté pour avoir des enfants, l'une d'elle aura des jumeaux, l'une est la nièce de l'autre et cette nièce aura comme époux l'un des jumeaux.

Il existe une dimension incestuelle certainement inconsciente dans le choix et le lien entre les différents prénoms. Racamier le qualifie de cette façon : « ce qui, dans la vie psychique individuelle et familiale, porte l'empreinte de l'inceste non-fantasmé, sans qu'en soient nécessairement accomplies les formes génitales ».(13)

2.4.7 Conclusion

Le domicile comme partenaire de la démarche thérapeutique

Pour la famille, il est le cadre naturel dans lequel le patient peut être actif avec son fonctionnement propre, ses règles et l'accès à ses ressources. Il nous apparaît différent du cadre de la consultation où le patient est en quelque sorte obligé de déposer le négatif sans avoir accès à ses ressources (on va rarement voir son médecin parce que ça va bien).

Pour le soignant, le domicile permet de se dégager de certaines représentations ou fantasmes construits dans la consultation, il permet de travailler à partir de la richesse des actions observées.

Le jeu créateur d'un espace transitionnel

A travers cette situation de soin à domicile on peut voir comment verbaliser les émotions dans le cadre du jeu a permis de créer de la limite et de la différenciation dans un espace plus souple et moins « attaquant » que la réalité. C'est surtout à travers des jeux avec des règles qui permettent de donner un cadre rassurant défini par lui-même et non par d'autres personnes que l'expérience émotionnelle a pu être intégrée sans être vécue de façon persécutrice ou angoissante.

L'accès à la dimension familiale

Le cadre du domicile permet d'appréhender sur un temps donné les liens entre les membres de la famille et la place de chacun.

2.5 Troisième situation clinique : le cas de Valérie, 14ans

« *La perte d'une illusion est toujours plus douloureuse qu'une perte matérielle* »

Correspondance – Valérie

2.5.1 Présentation

Valérie et sa mère consultent au centre de consultation pour adolescents en février 2004 pour un refus scolaire évoluant depuis novembre 2003. Valérie est alors âgée de 14 ans et en troisième technologique. Il s'agit d'une consultation d'accueil et elles sont reçues par une infirmière. La maman peut dire : « *A part l'école, tout va bien à la maison* ». Valérie et sa mère, avant de venir à la consultation pour adolescent, ont été reçues deux fois à l'unité Espace, unité d'hospitalisation à temps complet. Il leur a été fait une proposition d'hospitalisation que Valérie et sa mère ont refusée, Mme parlant de cela comme d'une punition. Valérie a également consulté deux autres médecins psychiatres en libéral de février à août 2003.

La consultation avec le médecin pédopsychiatre a lieu en mars 2004. Le père est partant pour le suivi mais il viendra peu aux consultations à cause de son travail.

Lors des premières consultations, Valérie parlera de son refus d'aller à l'école, refus qu'elle explique par une professeure de mathématiques qui lui faisait peur en classe de 4^{ème} parce qu'elle parlait trop fort. Elle n'évoquera pas d'autres problèmes que la scolarité. Or il y a beaucoup d'autres difficultés qui apparaîtront dans les propos de la maman. Celle-ci est inquiète car : Valérie s'enferme dans sa chambre ou dans la salle de bain, inverse son rythme nyctéméral, elle se met à manger et fumer la nuit, parfois du cannabis. Elle fugue aussi la nuit pour retrouver ses amis. Valérie sera très en colère après sa mère. Elle dira « *j'en ai marre que maman raconte tout à tout le monde, je ne peux rien lui dire sans qu'elle raconte tout* », puis une fois calmée elle pourra parler de ses angoisses, ses états de crise qui la débordent et la colère qui l'envahit. Le seul moyen de s'apaiser est de fuir hors de la maison, retrouver ses copains et copines car elle ne peut pas rester seule dans sa chambre.

Au niveau thérapeutique il est d'abord proposé à Valérie un groupe de psychodrame afin qu'elle puisse à travers une médiation par le corps et le jeu mettre des mots sur ses émotions et ressentis. Valérie participe à un premier groupe de psychodrame de novembre 2004 à août 2005. Elle débutera un deuxième groupe en novembre 2005 mais ne fera que quelques séances.

Du premier groupe de psychodrame, il est fait le compte rendu suivant : « *Valérie est discrète dans les échanges, elle est toujours restée en retrait. Par contre elle a toujours accepté de jouer des rôles de femme : professeure, mère en position d'autorité et d'organisation. Valérie était peu dans une position affective. Elle est restée défensive sur ses difficultés personnelles qu'elle n'a pas voulu évoquer sur le groupe. Elle s'est positionnée comme ayant une vie adulte à l'extérieur. Valérie a eu une fonction régulatrice dans le groupe, composant avec chaque adolescent de façon apaisante.* »

Une proposition d'un soin à domicile est faite devant la persistance des passages à l'acte et mises en danger, l'absence de reprise scolaire, le peu d'efficacité d'une prise en charge individuelle et le faible accès à la dynamique familiale (le papa venant peu aux consultations). Il apparaît en synthèse pluridisciplinaire l'importance de travailler cette dynamique au domicile en présence de Valérie et de ses deux parents.

Le soin à domicile débute en juin 2004 à raison d'une séance toutes les semaines jusqu'à la troisième année, puis à partir de la troisième année tous les quinze jours, puis tous les mois avant l'arrêt en 2008.

2.5.2 Quelques éléments d'histoire

Valérie a été adoptée à l'âge de 5 mois par ses parents, elle est d'origine Mauricienne. Valérie vit avec ses deux parents dans la campagne proche de Nantes. Elle a un frère Paul âgé de 34 ans et deux sœurs Patricia âgée de 32 ans et Claire âgée de 24 ans.

Elle dira « *je suis la petite dernière et je n'ai vécu qu'avec ma sœur qui a dix ans de plus que moi... j'avais 8- 9 ans quand elle est partie de la maison.* » Elle a connaissance de quelques bribes de son histoire « *je sais que ma mère biologique était très jeune, qu'elle m'a*

laissée dans une case avec un biberon et qu'on m'a trouvée là, puis j'ai été mise dans un orphelinat... juste quand papa et maman ont cherché à adopter une petite fille. »

Au début du soin à domicile elle dira que ses problèmes ont débuté à 13 ans avec « *cette professeure de maths qui lui a pris la tête* ». Elle ajoutera également qu'en 4^{ème} elle a perdu une copine qu'elle connaissait depuis sa petite enfance, cette jeune fille a été confiée à une tante et a déménagé car sa mère était décédée dans un accident de voiture.

Au niveau de la présentation générale Valérie est extrêmement jolie, la peau mate, en général maquillée avec soins.

2.5.3 Début du Soin à domicile

Au moment où le soin à domicile commence, l'atmosphère et les relations entre Valérie et ses parents sont très conflictuelles. De ce fait Valérie ne mange pas avec eux, passe la majeure partie de son temps soit dans sa chambre en écoutant de la musique, soit dehors avec ses amis. Très vite Valérie montre qu'elle a beaucoup de mal à accepter les contraintes, celles-ci sont en général formulées et posées par le papa et madame, suivant les réactions de Valérie, les remet en cause ou les annule mais pas directement : « *On verra...* », « *On en reparlera...* ».

Dès que Mr se permet de faire des remarques ou interdits, Valérie se met en colère. A maintes reprises la soignante verra Valérie en colère criant sur ses parents et tapant devant sa mère mettant la soignant en position de questionner cet acte auprès de Valérie. Quand Valérie s'énerve, elle a beaucoup de mal à se calmer devant ses parents et la soignante, elle a besoin de prendre de la distance et part en claquant la porte.

Ce besoin de résistance, de repli pour les adolescents est rendu possible car ils sont chez eux ils peuvent se ressourcer ou interrompre la rencontre en se réfugiant dans leur chambre. Le besoin de ce jeu de l'absence- présence et de mise à distance dans la relation est rendu possible par le cadre du domicile. Cette fuite « *pour ne pas péter les plombs* » est le premier moyen pour Valérie de fuir la relation, il correspond à la distance qu'elle n'arrive pas à faire sur le plan psychique. Le deuxième moyen utilisé par Valérie est l'écrit. Elle va écrire quand elle ne peut pas parler, elle part et revient en déposant un mot puis repart à nouveau parfois.

A cette période, le soin à domicile est le seul moment où Valérie et ses parents se rencontrent et se parlent.

2.5.4 Durant le Soin à domicile

Les thèmes des conflits entre Valérie et ses parents abordés au cours du soin vont faire écho à l'histoire infantile et conjugale des parents ainsi qu'à celle de la mère biologique de Valérie.

Valérie paraît être dans l'agir pour ne pas penser et calmer ses angoisses : elle s'étourdit la nuit dans la musique et dans des fêtes, elle a des consommations de toxiques : cannabis et alcool. Elle se met en danger en arborant des tenues provocantes et a des relations sexuelles non protégées. Elle est enceinte en août 2004 et a recours à une IVG.

Ses relations avec ses différents petits copains sont conflictuelles, elle peut se montrer tyrannique allant parfois jusqu'à se battre avec eux. Valérie pourra dire de la relation avec ses petits copains : « *les petits copains c'est comme ma mère, pas comme mon père* »

Valérie est également dans l'incapacité de tenir et d'investir le scolaire ou une formation indiquant des difficultés dans les processus de séparation/ individuation. Elle dirait son inquiétude qu'il arrive quelque chose à sa mère : « *j'ai l'impression que ma mère va mourir* » ou sa peur de partir de la maison : « *il faudrait que quelqu'un d'autre m'accompagne* ». Ce sentiment d'abandon va faire écho au niveau trans-générationnel avec l'histoire de Monsieur. Il évoquera le sentiment d'abandon éprouvé à l'âge de 6 ans lors d'un séjour de 2 mois dans une ferme sans ses parents et l'insécurité qu'il ressentait face aux problèmes d'alcoolisme de son père.

C'est après l'IVG, que Valérie va parler de son adoption en disant « *une mère ne peut pas laisser son bébé comme ça* », c'est la première attaque de cette mère biologique. Mme en parlera également lors d'une séance, alors que Valérie n'est pas encore arrivée. Elle évoquera que la mère biologique de Valérie aurait été prostituée, enceinte à 16 ans. Ces apartés encombrant la relation et en même temps le soignant dira à la maman le besoin de restituer à Valérie les éléments de son histoire. Dans un premier temps, Mme lui montre le document d'adoption mais elle a découpé la phrase où il est évoqué que sa mère biologique était prostituée.

Cet élément de l'histoire fait d'une part collusion avec les propos de Monsieur qui pourra dire, pendant le soin à domicile, que les femmes sont des objets sexuels et les hommes uniquement dans la recherche de relation sexuelle avec les femmes. Valérie réagira en disant « *je ne suis pas un objet...* ». D'autre part il sous entendra que Valérie fait payer ses charmes pour rentrer en boîte de nuit.

De plus il sera évoqué une curieuse coïncidence entre l'histoire de la mère biologique et adoptive de Valérie, enceinte elle aussi à 16 ans et Mr âgé de 18 ans ayant été mis à la porte de chez lui par ses parents à l'annonce de cette grossesse.

Ces différents éléments rejoignent ce que Valérie agit : grossesse jeune mais également prostitution (dans un écrit postérieur à la prise en charge elle évoquera s'être prostituée).

Un autre aspect important du soin à domicile pour les adolescents est d'avoir une représentation de leur cadre de vie.

Dans le cas de Valérie, il s'agit d'une maison isolée dans la campagne dans laquelle elle a peur seule. Le soignant apprendra qu'ils ont été cambriolés deux fois. Cet endroit isolé limite aussi les possibilités d'autonomie au niveau des transports pour Valérie et renforce la dépendance à ses parents.

Les parents ont une exploitation agricole. La proximité géographique entre le domicile et leur activité d'élevage fait qu'on ne sait jamais où ils sont. Cela entraîne un sentiment d'insécurité. Ils doivent parfois travailler de nuit. Quand Valérie était petite, elle pouvait dormir dans la paille dans le hangar.

Durant le soin à domicile il y a eu de nombreuses allées et venues : clients, familles, sœur de Valérie avec les petits enfants, des appels téléphoniques pour le travail. Mme dira « *je ne supporte pas d'être seule* », se décrivant comme hyperactive et anxieuse « *je suis toujours inquiète pour mes enfants et petits-enfants* ». Dans son histoire, Mme décrit un père alcoolique, qu'elle a toujours connu malade, mort jeune d'un cancer de l'estomac et un frère hémiparétique à 30 ans dont elle s'est beaucoup occupée. Elle est également famille d'accueil pour une jeune du secours populaire, Valérie dira qu'elle ne veut plus que cette jeune vienne, l'accueil de cette jeune fille se terminera pendant le soin à domicile.

Le soignant éprouvera la difficulté de penser : absence de l'un, présence de l'autre, place de chacun. Après plusieurs séances interrompues par des visites, appels, le cadre a besoin

d'être reposé car le soignant est entraîné et ressent ce vécu de discontinuité, d'agitation, d'absences imprévues. Les allées et venues fournissent de l'excitation, il y a toujours du mouvement de part et d'autre. Le soignant se posera la question de ce que Valérie a ressenti petite.

Ces éléments permettent de travailler sur l'importance de la distance relationnelle avec Valérie. Cette importance de la distance est ressentie par le soignant. Valérie peut être dans un grand rapport de séduction et amener l'autre à se dévoiler et à ne plus être à sa place. Cela posera la question de la relation de Valérie avec les femmes. Valérie pourra dire qu'une professeure lui a parlé de sa vie personnelle (a adopté des enfants) et qu'elle ne comprend pas pourquoi. Il existe une grande complicité entre Valérie et sa mère par le toucher, les rires. Valérie, durant certaines des séances, a pu être sur les genoux de sa mère comme une toute petite fille.

La question des places et des lieux se joue à travers le soin à domicile. Au début le soin à domicile a lieu dans la cuisine. Chacun a la même place à chaque séance. A une séance, un petit copain s'est assis à la place de Mme, Valérie a hurlé en lui disant que c'était la place de sa mère. Quand le conflit entre Valérie et ses parents a diminué et quand le climat s'est apaisé, le soin à domicile a migré autour de la table du salon avec chacun sa place : Mr en bout de table, Valérie entre ses deux parents, le soignant à côté du père. Valérie n'était plus dans la même distance corporelle par rapport à sa mère et plus proche de son père mais dans une bonne distance.

Des éléments de la petite enfance de Valérie ont également été abordés :

Valérie a été très adulée bébé et choyée comme « une princesse » diront ses parents, elle dormait souvent dans leur lit. La maman décrit un maternage très collé et un papa qui était dans cette même position et jouait peu son rôle de tiers. L'entrée à l'école a été difficile avec une difficulté pour se séparer, Valérie pleurait au départ de sa maman et à son retour elle était très en colère, elle s'attaquait alors à ses vêtements et à ceux de sa mère en les découpant.

2.5.5 Epilogue

Tout au long du soin à domicile, Valérie n'a pas été en capacité de retourner durablement au collège. Le rôle du soignant a également été de soutenir les projets de formation. De nombreux projets ont été envisagés : orientation sur le PAIO (permanence d'accueil, d'information et d'orientation) pour un apprentissage en coiffure, passage du bac adulte DAEU (diplôme d'accès aux études universitaires). Elle s'est également inscrite en cours de soutien le samedi matin à la faculté de Nantes mais n'y a jamais été. Valérie avait le projet de s'inscrire après l'obtention du bac en fac de lettre à Lyon.

Le soin à domicile a permis à Valérie de réussir à verbaliser ses angoisses. Elle a pu dire sa peur du regard des autres, sa mauvaise image d'elle-même faisant paradoxalement tout pour être regardée. Au fur et à mesure la possibilité de mettre des mots et de renouer une communication a permis la diminution des passages à l'acte. Valérie et ses parents ont pu dialoguer à nouveau, les limites ont été posées et entendues. Le père a pu prendre une place de tiers et affirmer sa position.

Des tentatives d'aménagement de séparation ont été pensées : à l'âge de 18 ans Valérie est partie vivre avec un compagnon sur Angers pendant 2 ans puis est revenue chez ses parents, un espace dans les combles de la maison a été aménagé pour que Valérie ait son lieu personnel.

2.5.6 Analyse psychopathologique

Ce cas illustre les différents mécanismes de réaménagement physique, psychique et relationnel dans « l'après coup » de l'adolescence, dans le contexte particulier de l'adoption.

2.5.6.1 *D'un point de vue psycho-dynamique*

Les réaménagements dans l'après coup à l'adolescence sont dépendants des premiers aménagements au niveau narcissique, œdipien et du processus de séparation-individuation.

La situation d'adoption ne nous permet pas de savoir les conditions de l'établissement du narcissisme (quels soins Valérie a reçu, quel holding et quelle continuité ?) et pose question sur la formation d'un objet interne solide et d'une relation objectale de qualité.

Au niveau œdipien, il apparaît que le père a été en difficulté pour se positionner comme tiers séparateur, en étant plutôt dans un rôle maternant et très fasciné par sa petite fille projetant sur elle des fantasmes de séduction féminine.

Au niveau du processus de séparation individuation, la séparation paraît compliquée à aménager, la famille semble pouvoir fonctionner soit collée, soit coupée. La problématique de séparation-individuation entre Valérie et ses parents semble se rejouer d'une part dans l'adoption et les peurs d'abandon mais également au niveau trans-générationnel avec des séparations non aménagées dans l'enfance et l'adolescence des deux parents.

Dès la petite enfance Valérie présente des angoisses de séparation en allant à l'école, angoisse de séparation partagée par la mère « *je ne peux jamais être seule* ».

L'adolescence est aussi un passage pour penser par soi-même, temps durant lequel s'instaure l'espace psychique personnel dans le processus de subjectivation. Cette étape paraît compliquée pour Valérie, penser pour se séparer n'est pas possible et les troubles externalisés en sont le révélateur.

2.5.6.2 Au niveau familial

Quelques hypothèses :

Le processus de l'adolescence en lui-même vient questionner la capacité de se séparer. Les différentes manifestations comportementales présentées par Valérie peuvent être comprises comme le symptôme d'une séparation impossible. Des angoisses de séparation sont réactivées et mises en exergue par l'abandon et les éléments trans-générationnels de l'histoire parentale : sentiment d'abandon dans l'enfance, mise à la porte du domicile familial à l'âge de 18 ans pour le père, impossibilité d'être seule pour la mère, problématique de dépendance avec addiction à l'alcool chez les grands-parents paternels et maternels.

La difficulté de séparation peut se jouer également à un autre niveau, Valérie est la dernière enfant du couple vivant au domicile et on peut faire l'hypothèse d'un « syndrome du nid vide » pour cette maman qui ne peut pas être seule.

Les agirs de Valérie ne permettent-ils pas de garder ses parents ensemble ?

Dans l'histoire de cette famille, le couple conjugal a été très rapidement un couple parental. Les deux parents ont été obligés de quitter le domicile de leurs parents et de se marier car Mme était enceinte. La conduite de Valérie mobilise ses deux parents autour d'elle.

2.5.7 Conclusion

Le soin à domicile est pertinent chez l'adolescent quand la symptomatologie présentée paraît dépendre de la problématique familiale. Il permet **d'articuler les symptômes de l'adolescent à l'environnement familial** où le trans-générationnel se déploie dans la répétition de situation plus ou moins traumatique de l'histoire des parents.

Il permet d'entrevoir les places, les fonctions, les types de lien et mode de transaction entre les membres de la famille ainsi que l'espace et les limites pour chacun.

Il amène à une **meilleure compréhension du fonctionnement psychique des adolescents et de leurs parents**. Un des objectifs est que cette compréhension appartienne en premier lieu à l'adolescent et à sa famille.

Il s'agit d'un **travail entre la représentation de choses et la représentation de mots dans l'espace du quotidien**. L'adolescent et la famille ont à faire leur chemin à travers leurs dires, leurs agirs vers une **représentation psychique, symbolique**.

Celle-ci va être ou non introjectée pour que leurs vies avancent, évoluent et que la souffrance baisse, s'efface. Quand cette représentation est impossible les résistances, le déni nous montrent que le système doit rester immuable par peur d'un effondrement.

Le soin à domicile permet **l'accompagnement du processus de séparation et de subjectivation** propre à l'adolescence. Il peut viser à dégager l'adolescent d'une place, d'une fonction de représentations qui l'enferment et l'empêchent d'avancer.

2.6 En résumé

A travers ces trois situations cliniques nous notons :

- l'importance du **cadre et de la répétition** chaque semaine des séances
- l'importance du travail avec la famille dans son **milieu habituel**,
- un **accès facilité** pour les familles : pas besoin de se déplacer, un dispositif pratique quand il y a plusieurs enfants en bas âge ou dans le cas d'adolescent n'ayant pas recours aux soins
- plus l'âge augmente, plus **la dimension familiale** est prévalente dans le travail
- plus l'âge augmente et plus le soin est long, les symptômes peuvent être plus enkystés. Plusieurs niveaux d'intervention s'entremêlent : individuel et familial
- plusieurs mécanismes sont en jeu: un travail individuel et familial, une fonction observante et contenante, un travail des parties infantiles et des **contenus trans-générationnels**
- la pratique du soin **s'adapte aux stades évolutifs** : observation pour le bébé, jeux pour l'enfant, travail du sens pour l'adolescent

3 Troisième chapitre : Historique, modèles théoriques et applications pratiques

Dans ce troisième chapitre nous aborderons l'historique des soins à domicile aux USA et en Europe à travers les expériences de S. Fraiberg et E. Bick.

Nous verrons à quelle place s'inscrit le soin à domicile dans ses liens avec les réseaux de soins et les autres partenaires allant au domicile.

Nous définirons les différentes modalités du travail à domicile à travers : la visite à domicile, le soin à domicile, l'hospitalisation à domicile et les équipes de soins mobiles.

A travers les écrits de D. Houzel et P. Delion nous verrons comment la méthode d'Ester Bick peut être appliquée dans le travail à domicile par son cadre et son déroulement en analogie avec le processus de penser décrit par W. Bion.

3.1 Historique

Pour nous plonger dans l'histoire des soins à domicile, il nous faut remonter aux années 50 dans un premier temps. C'est à cette époque, dans l'élan humaniste d'après-guerre et parce que beaucoup de malades mentaux sont morts de faim dans les asiles, qu'un mouvement de « désinstitutionnalisation » s'amorce.(14)

L'analogie entre les asiles et les camps de concentration a marqué les esprits. Les mouvements des droits de l'homme et des usagers défendant les conditions de soins du malade et la découverte des neuroleptiques et des psychotropes permettent de penser les soins différemment. L'ensemble de ces changements entraîne un développement de service dans la communauté. (14)

En France, par la circulaire du 15 mars 1960, c'est la sectorisation de la psychiatrie qui se déploie avec un transfert des prises en charge de l'hôpital vers l'ambulatoire. Un autre aspect pousse à cette modification de l'offre de soins, c'est la prise de conscience de l'effet iatrogène de certaines hospitalisations prolongées entraînant une désocialisation et une stigmatisation des patients.

Pour la pédopsychiatrie le processus de « désinstitutionnalisation » de grande ampleur s'effectue dans les années 70 avec la circulaire du 16 mars 1972, confirmée par celle du 9

mai 1974 qui crée les intersecteurs de psychiatrie infanto juvénile. Les intersecteurs deviennent ensuite des secteurs par la loi du 31 décembre 1985(1)(2).

Les découvertes sur le développement psychique de l'enfant modifient la façon de penser le soin. Les professionnels s'orientent dans une dynamique de prévention de l'apparition de ces troubles en gardant au maximum l'enfant dans son milieu naturel.

Aux Etats Unis, des programmes de prévention à domicile voient le jour. En 1975 à Ann Arbor dans le Michigan, SelmaFraiberg(15), à partir de son expérience avec les enfants aveugles, développe le Child Development Project qui a pour objectif de prévenir l'apparition de troubles psychiques chez les enfants de familles à risque. A Washington en 1987, Greenspan travaille également avec des familles à risque social.

En France en 1975, Myriam David (16)(17)(18) crée l'unité de soins à domicile du 13 ème arrondissement de Paris , elle met en place un suivi au domicile qui s'adresse aux familles à risque psychique et qui sont en difficulté pour faire appel ou tolérer une présence médicale .

On peut déjà noter qu'il existe des disparités importantes dans l'utilisation de l'intervention à domicile tant d'un point de vue historique que clinique.

L'ensemble de ces projets ont pour objectif de favoriser les interventions de la psychiatrie infanto juvénile au sein de la collectivité.

3.2 Qui va au domicile ? Qui fait quoi ? Les différents cadres et professionnels du domicile

De nombreux professionnels, d'origine et de champ de compétence différents, peuvent aller à domicile : acteurs du domaine médical, social, éducatif représentés respectivement par les infirmiers, les assistantes sociales, les travailleurs familiaux, les éducateurs.

Mais en pratique, une question se pose : qui fait quoi ? Il nous apparaît important de préciser le statut, la fonction et le domaine d'intervention de chacun.

3.2.1 Dans le champ social

Deux catégories professionnelles interviennent : les travailleurs sociaux et familiaux et les assistantes sociales.

Les TISF(19) travailleurs sociaux et familiaux, sont des professionnels employés souvent en période périnatale (cf. cas de Simon dans le chapitre 2), ils exercent un travail de prévention précoce, de soutien et d'accompagnement, ils aident dans l'organisation quotidienne, pour les soins et l'éducation, pour le soutien et l'aide aux démarches administratives. La spécificité de leur travail s'articule autour de « faire », « faire avec » et « faire faire ». Ces professionnels sont financés dans le cadre des missions d'actions sociales différenciées de prévention : missions déléguées par les caisses d'allocation familiale et les caisses d'assurance maladie pour les familles rencontrant des difficultés ponctuelles, missions de prévention et de protection de l'enfance déléguées par les services de protection maternelle et infantile ou d'aide sociale à l'enfance.

Les assistantes sociales dans le cas d'évaluation sociale et de missions ponctuelles.

3.2.2 Dans le champ éducatif

Les éducateurs peuvent aller au domicile dans le cas d'une AED : action éducative à domicile, mesure dont dispose le président du conseil général depuis de la loi N°86-17 du 6 janvier 1986 qui applique au secteur sanitaire et social la loi de décentralisation du 2 mars 1982. Cette mesure se substitue à l'AEMO (20) administrative créée en 1959. Il s'agit d'une prestation d'aide sociale à l'enfance mise en œuvre avec l'accord des parents ou à leur demande. Elle consiste en un soutien matériel et éducatif à la famille en situations de carence éducative, de difficultés relationnelles, de conditions qui mettent en danger la santé, la sécurité, l'entretien, l'éducation ou le développement de l'enfant. Depuis l'adoption de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance l'AED est en principe la mesure prioritaire quand des problèmes éducatifs peuvent être résolus dans le cadre familial, cette mesure est subordonnée à l'accord des parents et ceux-ci peuvent y mettre un terme s'ils le souhaitent.

3.2.3 Dans le champ judiciaire

Des éducateurs peuvent aller au domicile dans le cas d'une AEMO(20) : aide éducative en milieu ouvert, mesure de protection de l'enfant vivant dans son milieu naturel, créée par l'ordonnance du 23 décembre 1958, ordonnée en application de l'article 375 du code civil par le juge pour enfant souvent dans les suites d'un signalement.

3.2.4 Dans le champ médico-éducatif : les SESSAD

Ce sont les services d'éducatifs spéciaux et de soins à domicile. Ils sont définis par le décret 89-798 du 27 octobre 1980 et l'annexe XXIV qui précisent leur statut, leur nature et leurs missions. Ces structures font partie du secteur médico-éducatif et interviennent dans le champ du handicap. Elles ont comme rôle le soutien à l'intégration scolaire. Par intervention à domicile, il est entendu les lieux où l'enfant vit et où il exerce ses activités. Depuis la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées, la demande de SESSAD est faite par les parents auprès de la MDPH (maison départementale pour le handicap) et c'est la CDAPH (commission départementale d'aide pour le handicap) qui se prononce pour l'orientation. Les SESSAD peuvent être indépendants ou dépendre d'un établissement. Ils sont composés d'équipe pluri professionnelle et multidisciplinaire : médecins, psychologues, éducateurs, rééducateurs : psychomotricien, orthophoniste.... L'action visée est thérapeutique et rééducative à travers les soins, la rééducation et la réadaptation.(21)

Il existe plusieurs types de SESSAD :

- des SESSAD pour des jeunes avec des déficiences intellectuelles
- des SESSAD accompagnant des jeunes avec des troubles psychologiques à type de troubles du comportement perturbant la socialisation et l'accès aux apprentissages (cette orientation est envisagée par l'école dans le cas de Simon (situation clinique n°2), elle impliquerait une reconnaissance de handicap pour l'enfant)
- des SESSAD pour jeunes déficients moteurs
- les services de soins à domicile (Ssad) pour les jeunes polyhandicapés
- des services d'accompagnement familial et d'éducation précoce (Safep) pour les enfants déficients sensoriels de la naissance à trois ans, des services de soutien

à l'éducation familiale et à la scolarisation (Ssefs) pour les enfants avec déficit auditif et les services d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à la scolarisation (Saaas) pour les jeunes avec déficit sensoriel.

3.2.5 Dans le champ pédiatrique

La PMI(22), protection maternelle et infantile, système de protection de la mère et de l'enfant créée en France par l'ordonnance du 2 novembre 1945. Son objectif est de s'assurer que tout enfant bénéficie de soins nécessaires à un développement physique, psychomoteur, affectif et social harmonieux. De façon concrète les professionnels de la PMI assurent un suivi médical de l'enfant et dispensent des conseils en matière d'alimentation, de sommeil et d'éducation, de modes d'accueil. Les équipes sont composées de médecins, puéricultrices ou sages-femmes et exercent soit au niveau des centres médicaux sociaux, soit se rendent au domicile. Ils aident aussi à la mise en place des droits sociaux et prestations familiales, conseillent sur le déroulement de la grossesse et la préparation à l'accouchement, l'accueil du nouveau-né, son mode de garde et les soins de puériculture.

3.2.6 Dans le champ pédopsychiatrique

Les visites et le soin(1) à domicile font partie à part entière de la politique de secteur, mouvement vers l'ambulatorio et vers une psychiatrie dans la communauté. Différents professionnels peuvent aller à domicile infirmiers, éducateurs, psychomotriciens avec des objectifs définis au préalable en consultation pédopsychiatrique : travail des interactions, soutien à la parentalité, travail de la dynamique familiale. Les indications sont nombreuses selon les troubles et l'âge du sujet, nous allons les évoquer plus loin. De plus dans le contexte actuel, le travail au domicile réalisé par un soignant permet une plus grande disponibilité qu'un travail de consultation car le nombre de pédopsychiatres n'est pas assez important et les consultations sont surchargées. Quelques chiffres un peu anciens confirment cette situation : en 1997 une équipe médicale en secteur infanto juvénile a en moyenne 3, 5 ETP de praticien hospitalier pour 45,6 ETP non médical : infirmiers, psychologue, assistante sociale. Dans le même temps les effectifs d'enfants et d'adolescents suivis par les secteurs de pédopsychiatrie ont augmenté de 68% entre 1988 et 1997, celui des moins de 5 ans de 84%.(2)

3.3 Quelques modalités pratiques au domicile

Actuellement en pratique et dans la littérature nous retrouvons plusieurs pratiques de soins à domicile.

3.3.1 Contexte de développement

Les pratiques à domicile se développent ces dernières années et on y trouve plusieurs facteurs explicatifs :

-Tout d'abord les données de l'OMS qui montrent que 40% des malades, y compris ceux qui présentent des symptômes aigus sévères, se présentant ou adressés en hospitalisation peuvent être pris en charge dans des contextes thérapeutiques alternatifs dès lors que leur coopération est effective ou peut être obtenue avec le soutien de leur proche et de leur réseau.

-La littérature montre que le traitement ambulatoire ou même à domicile est comparable en efficacité et en efficience à l'hospitalisation y compris pour les symptômes aigus. Ce traitement est préféré par les patients et les associations, il est bien accepté par les familles si le transfert de charge vers eux qu'il implique est négocié.

- les données du plan santé 2005-2008(23) concernant les enfants et les adolescents qui recommandent de favoriser une organisation des soins centrée sur les enfants et les adolescents en tenant compte de leur environnement et prévoit de renforcer les moyens aussi bien en hospitalisation complète qu'en amont et en aval de celle-ci dans le cadre d'alternatives à l'hospitalisation et du dispositif ambulatoire.

3.3.2 Modalités pratiques

Actuellement il existe plusieurs modalités de travail à domicile :

-Les visites à domicile (VAD):

Banalises et pratiquées dans d'autres spécialités comme en médecine générale pour les personnes ne pouvant pas se déplacer, elles permettent l'évaluation et le renouvellement d'ordonnance. En psychiatrie adulte, réalisées par des infirmiers de secteur, généralement

dans le cas de patients psychotiques, elles ont pour objectif de maintenir le lien, d'accompagner, d'évaluer et d'aider à la prise du traitement.

-Le soin à domicile (SAD):

Nous le différencions des visites à domicile quand il s'inscrit dans la durée avec des objectifs psychothérapeutiques plus complexes de travail des liens. En pratique dans le langage et à travers la recherche sur la pratique du soin à domicile en Pays de Loire du chapitre 1 le terme de visite à domicile est employé même lorsqu'il s'agit de soin à domicile. La visite à domicile est en quelque sorte l'unité élémentaire et c'est l'ensemble de ces visites et leur dynamique thérapeutique qui définit le soin à domicile. Ce travail s'effectue au long cours sans limite de temps préalable mais il existe un cadre précis qui fait la thérapeutique. Le travail peut s'effectuer à partir de la relation transféro-contre-transférentiels et des éléments trans-générationnels au niveau familial.

-L'hospitalisation à domicile (HAD) :

Cette pratique est beaucoup utilisée en gériatrie, en soins palliatifs ou en pédiatrie dans les cas de maladie chronique. Elle est définie comme une alternative à l'hospitalisation en établissement de santé avec hébergement. Elle permet d'assurer au domicile des soins médicaux et paramédicaux coordonnés et continus. Ce mode de soin est certifié par la Haute Autorité de Santé et défini par des critères légaux selon la circulaire DHOS/O n°2004-44 du 4 février 2004(24). En psychiatrie infantile-juvénile l'HAD est définie par :

- au moins trois visites d'un soignant par semaine,
- une permanence 24h/24 ou 7j/7 pour une continuité des soins,
- une évaluation médicale toutes les semaines en consultation ou à domicile.

-Les équipes mobiles de soins à domicile

Ces équipes se basent sur le concept moderne de la crise vu comme le débordement des mécanismes de défense du moi et incluant également la notion systémique de rupture d'équilibre entre un sujet/ une personne et son environnement (famille, travail, réseau et système de soins). Dans ce contexte leur dispositif est mobilisable et peut se rendre au domicile du patient.

3.4 Un point sur les équipes mobiles

Les premières interventions au domicile par des équipes mobiles sont référencées en France en 2006 par l'équipe de Guedj et Gallois à Sainte Anne(25) et à l'étranger le travail de Querido à Amsterdam en 1968 , de Scott à Londres en 1973, la FamilyTreatment Unit de Denver en 1964 et le Daily Living Program à Londres en 1994. Ces interventions ont en commun la prise en charge de l'urgence et la vision globale du patient.(14)

Aux USA en 2004 il existe 700 équipes mobiles mais on en trouve également en Italie, en Australie, au Québec, au Canada, en Scandinavie, au Japon. En Grand Bretagne, le programme NHS(NationalHealth System) permet la création de 335 équipes mobiles en 2001.

Toutes ces équipes fonctionnent le plus souvent dans des contextes de crise, en situation d'urgence. Leur organisation est complexe et variée et rend les comparaisons difficiles.

En France plusieurs unités ont des équipes mobiles de soin à domicile :

En psychiatrie adulte, le projet Eric« équipe rapide d'intervention de crise »sur le sud des Yvelines(26)est un dispositif mobile créé en 1994 par le Dr Kannas qui fonctionne 24H/24 et 7J/7, assurant urgences et post urgences psychiatriques sur cette zone géographique.

En pédopsychiatrie il existe actuellement de façon non exhaustive plusieurs dispositifs :

-A Lille depuis 2003 une équipe mobile existedans le cadre de l'ESPM Lille métropole crééepar le Dr Garcin.

-A Brest une équipe mobile dans le service du Dr Maria Squillantequi utilise l'observation du bébé selon E. Bick(27)

-A Rennes une équipe mobile est détachéeà partir du service universitaire de pédopsychiatrie du Pr Tordjman

La place de cette stratégie dans le dispositif de soins est particulière, elle est à l'articulation entre possibilité de demande de soins et la formulation d'une réponse.Cette pratique parait particulièrement appropriée pour les adolescents car la demande de soin est parfois compliquée par des difficultés d'autonomie, des problèmes d'accessibilité et des difficultés économiques.

La problématique souvent retrouvée est l'absence de préparation aux hospitalisations qui entraîne des mesures coercitives dans la prise en charge et une absence d'implication du jeune dans les soins. On constate que l'urgence est finalement le principal mode d'accès à une prise en charge et qu'elle n'est pas adaptée pour un accrochage thérapeutique, se pose alors la question du repérage de la crise en amont.

Comme on l'a vu plus haut le Plan Santé du 27 février 2008(23) encourage la création d'équipe mobile. L'objectif principal des équipes mobiles est de restaurer les capacités du patient afin qu'il reprenne son fonctionnement normal dans les meilleurs délais.

Le déplacement au domicile permet des résultats notables en matière de prévention secondaire, elle conforte dans leurs actions les intervenants de première ligne comme le médecin généraliste. Le soignant à domicile est porteur du cadre institutionnel dans les interventions hors cadre. Cette modalité thérapeutique se fonde sur l'idée que la mobilité d'une équipe entraîne la mobilité psychique. Pour être efficace il est nécessaire que cette pratique s'articule avec les réseaux d'amont et d'aval, ce modèle de représentation des liens peut alors entrer en résonance avec les pathologies du lien social et familial.

Les objectifs généralement retrouvés chez les équipes mobiles sont (14): répondre à l'urgence et à la crise, développer l'apprentissage de solutions et ressources chez les patients et leur entourage, maintenir l'adolescent à domicile dans des conditions individuelles et socio familiales acceptables, promouvoir l'alliance thérapeutique.

« Le contexte de l'intervention est vu comme une ressource et non comme un problème, la réponse est graduée dans le temps et dans l'espace pour rompre le tout ou rien. »

Dans un livre paru en 2009 en collaboration avec Vincent Garcin (28), le Pr Sylvie Tordjman décrit son expérience des équipes mobiles dans la région rennaise(29). Cette équipe mobile a été créée en 2005, c'est une équipe pluri professionnelle composée de 12 personnes (pédopsychiatre, psychologues, interne en médecine, infirmiers, éducateurs spécialisés, cadre socio-éducatif, secrétaire, psychanalyste). Cette équipe fonctionne en réseau, ce sont les partenaires du réseau qui alertent et font la demande. Cette équipe se déplace en binôme avec un camping-car aménagé en bureau mobile. Les rencontres avec les adolescents s'effectuent à domicile ou près du domicile : collège et lycée pour travailler la non demande réelle ou apparente. Les deux indications principales sont la dépression et les conduites d'agression verbale et physique, le but est la prévention du suicide et de la violence(29).

L'intérêt du lieu de consultation mobile est la neutralité de l'espace qui donne le choix à la famille de recevoir ou non chez elle. La palette de possibles espaces de consultation permet de discuter du prochain espace de consultation, outil important dans la mobilisation du jeune et de sa famille ainsi que dans la progression de l'évolution thérapeutique des interventions.

Les binômes changent de la façon suivante AB puis BC puis CD, un thérapeute du binôme précédent reste d'une fois sur l'autre, cela permet un invariant au sein des discontinuités. Le nombre de consultation est au maximum de 10. Ce changement de binômes et le nombre limité de consultation a plusieurs fonctions (29) :

- permettre à la famille de se montrer différemment selon les intervenants, permettre la mobilisation des représentations parentales, du jeune, des équipes et des partenaires institutionnels,

- créer un effet de surprise et la baisse des défenses auprès du jeune et de la famille

- permettre le croisement des regards entre les différents professionnels pour éviter une représentation unique, partielle et réductrice,

- faire des liens, échanger, créer un espace transitionnel ; la mise en scène des liens entre les différents intervenants va constituer le dispositif thérapeutique sur lequel le jeune va s'adosser pour accéder à une représentation des liens et utiliser sa propre potentialité à les développer. La mise en scène d'une dynamique d'équipe mobilise la dynamique familiale,

- le référent d'un adolescent est l'ensemble de l'équipe, cela permet d'être plusieurs dans les situations difficiles,

- permettre que le transfert soit dirigé vers une équipe et non un médecin, ce qui facilite la mise en place des relais et l'arrêt de la prise en charge. L'arrêt est annoncé dès la première consultation et fait partie du cadre.

3.5 Equipes mobiles/ Soins à domicile.

Les équipes mobiles sont orientées vers l'adolescent, le travail se réalise en contexte de crise, il peut être considéré comme une alternative à l'hospitalisation sur un temps donné et limité pour accrocher les soins en ambulatoire quand c'est possible ou comme un travail préalable à l'hospitalisation. Le fonctionnement est basé sur la mobilité et sur la « dilution du transfert » dans l'équipe.

Il nous apparaît que le soin à domicile fonctionne de façon différente, il peut avoir lieu dans un contexte de crise mais pas seulement. Il s'agit d'un travail sur le long terme effectué par un soignant référent dans un cadre précis, le travail s'effectue à partir de l'élaboration du transfert et du contretransfert sans dilution et sans limite de temps.

Dans ce travail nous allons développer le soin à domicile.

3.6 Des expériences pratiques pionnières :

3.6.1 Dans le champ thérapeutique et préventif

3.6.1.1 Aux Etats-Unis

3.6.1.1.1 Selma Fraiberg ou la « kitchentherapy »

En 1975 dans le Michigan, Selma Fraiberg (15), travailleuse sociale et psychothérapeute, part du constat que les désordres émotionnels les plus sévères et les plus résistants de l'enfant peuvent être rapportés au désordre du développement et aux conflits survenant lors des deux premières années de vie : le manque d'expérience sensorielle, les obstacles à l'attachement et le conflit entre le bébé et ses partenaires.

3.6.1.1.1.1 Le Child Development Project

A partir de son expérience sur le développement des enfants aveugles, S. Fraiberg a développé un programme de recherche et d'enseignement sur la santé mentale infantile « Le Child Development Project » pour les enfants de 0 à 3 ans. Ce programme s'appuyait sur une équipe pluridisciplinaire. En travaillant avec les parents et l'enfant, l'idée était de diminuer le double risque : menace de l'attachement et retard de développement.

Le pivot central de ce programme était l'observation à domicile par un soignant afin d'obtenir une meilleure appréciation des capacités de l'enfant et de ses parents, de la qualité de leur interaction dans l'environnement familial et le climat de la maison. Selma Fraiberg notait l'importance de la présentation du travail aux parents, ce qu'elle appelait « l'invitation aux parents » et l'importance également du transfert initial. Le domicile permettait l'évaluation des domaines de fonctionnement entravés, des capacités motrices et cognitives conservées, des points forts et des faiblesses des parents.

L'action se basait sur des actes concrets et sur le registre émotionnel. La première phase d'évaluation était fondée sur l'alliance thérapeutique et c'était à partir d'action sociale que le transfert et le contre transfert étaient analysés pour permettre un « effet thérapeutique mutatif ».

Une prise de note était réalisée après chaque séance afin d'enregistrer, aussi fidèlement que le permet la mémoire, un récit détaillé de chaque séance. Des enregistrements vidéo étaient également effectués ponctuellement. L'évaluation complète au domicile était réalisée sur 5 à 7 séances au domicile et une échelle de développement était faite sur le centre à Ann Arbor.

Les professionnels se réunissaient ensuite, le thérapeute référent de l'enfant et une équipe de supervision avec un superviseur consultant. Selon l'évaluation, les différentes possibilités thérapeutiques étaient :

- une orientation vers d'autres services

- un traitement bref de moins de 6 mois en cas d'évènements extérieurs de crise et de bonnes capacités des parents.

- une guidance développementale associée à un traitement de soutien au domicile, soit dans les cas de bonnes capacités parentales mais de complications néonatales ou de maladie chronique du bébé, soit dans les cas d'handicap émotionnel grave chez le bébé et chez des parents avec une capacité limitée de gérer les conflits internes et un travail d'interprétation ni faisable, ni indiqué.

- une psychothérapie nourrisson-parent quand le bébé paraissait être le représentant de figures appartenant au passé ou un aspect du moi parental répudié ou nié

Ces traitements n'étaient pas indiqués en cas de carence trop grave, de maltraitance ou de retard mental non lié à la qualité éducative des parents.

3.6.1.1.1.2 Techniques de soins

Les principes du traitement étaient : la focalisation sur le lien parents-enfants, la double temporalité des traitements conjoints. Les parents étaient vus comme des partenaires dans le soin. Trois techniques étaient utilisées : la guidance développementale, le traitement de soutien et la psychothérapie proprement dite.

S. Fraiberg(15) précisait qu'on pouvait tenter d'expliquer séparément les méthodes de guidance et la psychothérapie mais cela était souvent difficile car les éléments étaient parfois fortement imbriqués pour ne pas dire fusionnés.

-la méthode de guidance développementale et le traitement de soutien consistaient en une éducation continue non didactique afin de faciliter l'épanouissement de la relation entre parents et enfants et afin d'amener les parents à comprendre les besoins de leur bébé et les moyens dont ils disposent comme parents pour encourager cet épanouissement. La guidance de développement devait progresser simultanément dans deux directions : aider les parents à apprendre le langage des bébés et découvrir les blocages psychologiques de cet apprentissage.

-la psychothérapie parents nourrisson procédait en identifiant les conflits psychologiques qui font obstacle au développement par la mise en lumière de la source des conflits et leur interprétation. Elle permettait de libérer le bébé des distorsions et des déplacements d'émotions qui l'avait englouti dans la névrose parentale. « *On examine le passé et le présent pour les délivrer ainsi que leur bébé de vieux fantômes qui ont envahi la nursery* ». Le travail thérapeutique consistait entre un va et vient entre le présent et le passé.

Le modèle d'intervention de Selma Fraiberg combinait des notions cliniques issues des champs de la psychiatrie et de la psychanalyse, les notions de transfert et contre transfert, la cohérence de la relation, la réponse empathique, la pratique des travailleurs sociaux, la coordination des services, la visite à domicile et la valeur des ressources de la famille. Cet ensemble intensif et global de stratégies visait à soutenir le développement et les relations pour réduire le risque de retard mental, d'abus ou de négligences.(30)

3.6.1.1.1.3 En résumé

Pour S.Fraiberg les modalités de traitement sont d'être en présence du bébé pour comprendre quelles interactions se jouent ou non. Il s'agit aussi d'aider le bébé et les parents en même temps car aucun bébé ne peut attendre la résolution d'une névrose parentale qui bloque son propre développement. Il est possible de ramener le bébé à la normale même si les parents n'ont pas complètement résolu leurs conflits personnels. Les modifications sont aidées par les puissants courants de développement. Il n'est pas facile d'expliquer en même temps les changements qui se produisent chez les parents. Ce ne sont pas des changements fondamentaux dans la personnalité mais des changements dans la capacité à s'occuper du bébé. Le bébé est le catalyseur, il fournit à ses parents de

puissantes motivations de changement positif. Il réveille les parties infantiles, les émotions enfouies.(30)

S. Fraiberg(15) voit le domicile comme une thérapie non conventionnelle. Il existe une modification du rôle du professionnel qui va au domicile. Cela ne veut pas dire qu'il modifie son comportement professionnel, mais aux yeux du patient le thérapeute est devenu un invité chez lui alors que dans une thérapie conventionnelle le patient est le visiteur dans le bureau du thérapeute et tous les objets dans ce cadre témoignent du professionnalisme et le définissent. Quand le thérapeute quitte le cadre du bureau pour devenir thérapeute dans une salle de séjour ou une cuisine il doit se redéfinir pour les patients, il est « un invité professionnel ». Il se fait appeler par son titre formel ; il présente une attitude empathique et professionnelle. Il existe alors un transfert envers le thérapeute adulte positif comme négatif, c'est l'analyse de ce transfert qui permet dans un contexte de guidance de restaurer l'alliance en cas de transfert négatif. Le transfert ouvre la voie aux parents de l'examen de leurs sentiments conflictuels, il délivre le bébé du passé conflictuel de ses parents. S. Fraiberg parle alors du bébé comme objet de transfert.

3.6.1.1.2 Greenspan à Washington

Il s'agit d'un programme mis en place en 1987 dans une banlieue défavorisée de Washington. Deux soignants étaient assignés à chaque famille : le « primary clinician » désigné pour le soin psychothérapique à la mère et l' « infant specialist » qui s'occupait du jeune enfant. L'accent était mis sur les mesures d'accompagnement et la nécessité de proposer à ces mères et ces bébés exposés aux conditions néfastes un centre d'accueil à temps partiel hors de chez eux.(30)(31)

3.6.1.2 En France

3.6.1.2.1 L'unité de soins spécialisés à domicile par Myriam David

Myriam David(16)(17)(18) a été formée au travail psychothérapeutique au JJ Putnam Children Center de Boston entre 1946 et 1950 par Mme Beata Rank précédant Selma Fraiberg et Frances Tustin. De retour en France son action s'est centrée sur les

jeunes enfants, le processus d'attachement, de séparation -individuation et la recherche de facteurs de carence dans les familles et les institutions.

En 1959 S. Lebovici lui propose un poste en PMI dans le 13^{ème} arrondissement de Paris, puis soutient en 1966 la création d'un placement familial et c'est en 1975 qu'a lieu l'ouverture de l'unité spécialisée de soin à domicile pour jeunes enfants. Forte de ces différentes expériences, Myriam David crée donc une approche thérapeutique concernant la souffrance des nourrissons dans des familles démunies et en difficulté pour faire appel ou tolérer les soins psychiatriques, elle pense des stratégies d'interventions plus à même de s'adapter à la diversité des situations pathologiques en particulier dans les situations spécifiques d'accès à la parentalité et de premier développement du bébé.

Le centre de l'action était fondée sur la prévention par le soin précoce du nourrisson, de ses parents, de l'accès à la parentalité et du lien père/mère/ enfant. Les familles concernées par l'action étaient les familles à risque psychique et social. Chez ces parents, la crise d'identité lors d'une nouvelle naissance liée à la régression psychique et à la désinhibition pulsionnelle habituelle activait des angoisses très archaïques.

Les idées fondatrices de Myriam David étaient :

- Travailler avec l'enfant réel pour se dégager de l'impact émotionnel de récit d'histoires surchargées d'événements traumatiques
- Prendre en charge le bébé dans la concrétude de son environnement maternel, familiale et social
- Penser les actions en tenant compte de l'environnement

Le but de l'unité de soins à domicile était d'alléger l'impact de la pathologie parentale, de suivre l'évolution des processus de développement, d'accompagner le temps de la séparation si elle doit avoir lieu en cas de placement. Un des outils de soin était une équipe mobile susceptible de se déplacer dans les différents lieux de vie fréquentés par l'enfant. Des professionnels étaient formés à l'observation du bébé. Les références utilisées étaient la psychanalyse, la psychothérapie systémique, les recherches sur les interactions et la tiercéité, les études d'EmiPikler à Loczy en Hongrie. A domicile le travail s'effectuait en binôme, pour éviter la contagiosité et maintenir le cadre du traitement dans les situations complexes. La demande de soins était majoritairement effectuée par les travailleurs médico-sociaux adressés à un infirmier coordinateur. Les enfants admis avaient entre 0 et 18 mois

Cette unité de soins à domicile existe toujours, depuis 1983 elle est dirigée par F. Jardin qui a succédé à Bruno Rebillaud.

3.6.1.2.2 Programme de recherche en Seine Saint Denis par S. Stoleru

En Seine saint Denis en 1981 débuta un programme thérapeutique dirigé par S. Stoleru(30)(32), il avait pour cadre institutionnel l'institut des sciences psychosociales et neurobiologiques de Bobigny dirigé par S. Lebovici et Ph. Mazet et la protection maternelle et infantile de ce département.(30)

Il était associé à un programme de recherche qui portait sur les troubles de la parentalité dans les familles en détresse psychologique et sociale, ainsi que sur l'évaluation et l'élaboration d'une approche psychothérapique mère-bébé réalisée au domicile de familles à problèmes multiples.

Sept psychothérapies mère-bébé au domicile furent engagées dès la période de la grossesse, le contact avec ces femmes avait pu être pris par l'intermédiaire des sages-femmes de PMI.

Cette expérience a permis de comprendre certains des mécanismes psychopathologiques et défensifs à l'œuvre chez ces familles, il a permis de se dégager d'une pratique institutionnelle dans les murs et « d'une conception normative et rigide de la demande et du cadre ».

3.6.1.2.3 Unité de la petite enfance des Ve et VI e arrondissements

Cette approche a également été développée à l'Unité de la Petite Enfance des Ve et VIe arrondissement à Paris dirigée par N. Guedeney dans les années 90.

Ces travaux montrent que la mise en œuvre du travail à domicile dans les familles à problèmes multiples ne doit être faite que si l'indication a été murement réfléchie et discutée. Les conditions de cette mise en œuvre sont : l'existence en amont de lien de partenariat entre professionnels de la petite enfance, une pratique régulière des VAD avec un aménagement du cadre, une présence du bébé profondément mobilisatrice, un travail actif du maintien de la relation thérapeutique.(32)

3.6.1.3 Pour récapituler :

L'ensemble de ces expériences à domicile aussi bien aux USA qu'en France concernent surtout les interactions parents bébé dans les familles carencées ou à risque psychosocial.

Des caractéristiques communes peuvent être dégagées :

- Un travail en réseau
- Le domicile est vu comme lieu ressource de mobilisation des compétences, il permet de se dégager du principe de la demande et du cadre habituel
- Un travail dans la concrétude de l'environnement habituel
- Une régularité et une continuité pour un maintien du lien et la création d'une alliance
- Un travail dans une double temporalité parents/ enfants
- La présence du bébé mobilisatrice du changement
- Des techniques thérapeutiques mélangeant guidance développementale et abord des problématiques parentales pouvant retentir sur le développement de l'enfant

3.6.2 Dans le champ de la formation

3.6.2.1 En Angleterre : Esther Bick et l'observation du nourrisson

En 1948 Esther Bick, psychanalyste d'enfant, travaille à la Tavistock clinique à Londres. A la demande de Bowlby, elle commence à enseigner l'observation aux psychothérapeutes d'enfants, puis en 1960 pour les étudiants de première année de la société britannique de psychanalyse, « *cela augmenterait la compréhension de l'étudiant pour la conduite non verbale de l'enfant, pour son jeu* ». (5)

Suite à sa pratique, E. Bick (4) a écrit cinq articles en tout dont un à titre posthume. Elle formalise une synthèse de la méthode en 1963, méthode de formation destinée aux étudiants souhaitant devenir psychanalyste d'enfant, reprise ensuite par Martha Harris. La méthode d'observation commence à faire son apparition en France dans les années 80 introduite par Michel et Geneviève Haag, d'autres observateurs se forment : Annick Maufrais du Chatelier, Cléopâtre Athanassiou. L'observation essaime en France dans la région de Lyon et Montpellier, en Europe : en Belgique avec Rosella Sandri, en Espagne avec Perez-Sanchez, en Amérique latine... Des associations se créent l'AFFOBEB : association francophone des formateurs à l'observation du bébé selon Esther Bick. Au

niveau international de nombreux colloques ont lieu : Bruxelles en 1991, Toulouse en 1994, Barcelone en 1996 et Lisbonne en 1998. Le prochain congrès international sur le sujet se déroulera à Dakar en octobre 2012.

Cette méthode qui va s'appeler observation du bébé selon Esther Bick se déroule, d'après sa créatrice, de la façon suivante : une phase d'observation, une phase d'écrit et un séminaire de supervision

3.6.2.1.1 La phase d'observation

« Le psychothérapeute d'enfant en formation se rend dans la famille une fois par semaine depuis la naissance jusqu'aux environs de la deuxième année de l'enfant, chaque observation dure normalement une heure ». Aux parents, il était donné l'explication suivante : « l'observateur souhaitait avoir une certaine expérience des bébés dans le cadre de sa formation ».(5)(4)(33)

« L'observateur doit trouver une position qui introduise aussi peu que possible de distorsions dans ce qui se déroule, il a à permettre à certaines choses de se passer et à résister à d'autres », il doit « se sentir suffisamment à l'intérieur de la famille pour en vivre l'impact affectif, mais non pas conduit à agir aucun des rôles projetés sur lui, tels que donneurs de conseils, ou teneur d'un registre d'approbations ou de désapprobations. Il a à laisser les parents, plus particulièrement la mère lui déterminer sa place dans la maisonnée, à sa façon à elle. »(5)(33)

Ce que dit encore Esther Bick « ce qui est fondamental à enseigner-ce que l'observation est-c'est de ne sauter à aucune conclusion, de venir avec une tabula rasa : VOUS NE SAVEZ PAS, voilà tout : c'est la règle numéro un pour l'observateur. »(4)

« Et le point numéro deux pour l'observateur est d'être seulement un receveur, être là pour recevoir, se laisser simplement emplir, déverser en soi, ne jamais demander un changement quel qu'il soit, ni quoi que ce soit, ne pas interférer, car si vous changez la situation, vous n'observez pas la situation telle qu'elle est... »((5)(4)

3.6.2.1.2 La phase d'écrit

« Prendre des notes pendant l'observation se révéla bientôt inapproprié et même perturbant car l'attention flottante s'en trouve entrecoupée et l'étudiant empêché d'être à l'aise pour répondre aux demandes affectives de la mère ».(4) Le plus tôt possible après être revenu de l'heure d'observation, l'observateur doit rédiger un compte rendu de la totalité de ce dont il se souvient, sans discrimination, y compris du côté de son vécu personnel, on doit employer les mots de tous les jours sans utiliser de concepts spécialisés.

3.6.2.1.3 La phase de supervision

Le séminaire écoute l'observateur lire tous ses comptes rendus, lui pose de nombreuses questions, et au travers d'échanges le sens apparaît. La Lecture des observations déploie dans l'appareil psychique de chacun des participants une aptitude au partage émotionnel contre transférentiel dans le groupe qui éclaire en retour des aspects restés refoulés dans une première approche du matériel : « il (l'observateur) ne doit pas permettre que sa conduite soit dominée par ses sentiments qui à y regarder de près sont souvent intensifiés par des projections de la part de membres de la famille. Tandis que l'analyse de l'étudiant s'occupera de beaucoup de tout cela. Le séminaire au moins peut découvrir certaines des projections qui sont à l'œuvre en lui et qui intensifient ses propres conflits internes. »(4)

Pour E.Bick cette méthode avait trois niveaux : l'intérêt du bébé et de ses parents, l'intérêt de l'observateur, l'intérêt de la recherche.

3.7 Les différentes approches du soin à domicile

Il apparaît donc à travers la littérature deux courants dans le soin à domicile :

- les applications du modèle de Fraiberg dans la littérature anglo-saxonne et qui a été exporté en France par MyriamDavid
- les applications de l'observation selon E. Bickdont P. Delion et D.Houzel sont les initiateurs

Ces applications sont surtout développées au départ pour le travail au domicile des interactions mère-bébé, nous verrons plus loin que les indications se sont élargies avec la pratique.

3.7.1 Application du modèle de Fraiberg

Weatherston(34) réalise une revue de la littérature en 2003 et recense des travaux qui, dans la lignée de Selma Fraiberg, se sont intéressés aux tentatives d'aborder le développement du bébé dans des contextes de soins familiaux.

Les principes fondamentaux sont :

- L'observation attentive, l'écoute empathique
- La relation de soins « nourissante » avec le parent pour qu'il puisse mieux élever son enfant et répondre à ses besoins
- L'intérêt pour les sentiments, le comportement et les expériences passées

La méthode comporte

- Un soutien émotionnel
- Une assistance concernant les ressources matérielles
- Une guidance de développement de l'enfant
- Une psychothérapie nourrisson parents

L'adaptation du modèle de Fraiberg dans des études permet :

- La réceptivité de la mère aux besoins du nourrisson
- L'utilisation de techniques de soins permettant d'accroître l'empathie
- La diminution des cas d'abus ou négligences, la promotion des compétences parentales

L'étude de Lieberman, Weston et Pawl en 1991(35)

Ils se sont focalisés sur les relations précoces d'attachement chez des couples mère- bébé hispanophones.

Ils ont sélectionné des enfants à partir de la « Strange situation » pour définir trois groupes. Des bébés avec un attachement anxieux ont été répartis par tirage au sort entre un

groupede cas et un groupe contrôle.Des bébés avec un attachement secure ont défini un deuxième groupe contrôle.

Les bébés ont été observés à domicile pendant un an, une heure par semaine. Les thérapeutes bénéficiaient d'une supervision intensive. L'intervention était centrée sur les interactions, l'attention, une guidance développementale et le développement de la relation d'attachement.La relation entre la mère et le thérapeute était déterminante dans la capacité de la mère à penser et à exprimer ses sentiments envers son bébé.

Après 12 mois une évaluation vidéo d'une séquence de séparation a été réalisée.Les résultats n'ont pas montré d'attachement secure, mais il existait un effet d'amélioration sur l'empathie maternelle, une baisse des comportements évitants ou résistants, une instauration positive d'un lien d'attachement.

Le programme STEEP (Step toward effective enjoyable parenting)(36)

Ce projet de recherche de l'université du Minnesota consistait en un soutien à 74 femmes de famille à haut risque psychique et social pendant leur grossesse et la première année de vie de leur bébé. Il était composé de visites à domicile et d'uneparticipation à un groupe parents bébé. Le travail se fondait sur l'insight des expériences précoces et sur une guidance développementale dans le présent.

Le but était de renforcer la pratique de soin maternel, de favoriser la compréhension de la mère pour son bébé, d'encourager une relation d'attachement.

Les résultats à 24 mois montraient que les parents du groupe traité avaient amélioré la compréhension des pleurs du bébé, avaient un sentiment positif d'eux-mêmes et étaient moins dépressifs, des jouets plus intéressants étaient présentés à l'enfant et la maison était plus organisée autour du bien-être de l'enfant.

D'autres études de cas dans la littérature fournissent uneillustration des circonstances appropriées à la mise en place des programmes de visites à domicile et des différentes manières que les cliniciens ont d'effectuer leur travail.

Dans sa revue de la littérature Weatherston retrouve comme points communs à l'ensemble de ces études :

- La relation thérapeutique comme instrument de changement
- Le bébé présent toute la durée de l'intervention
- observer et interpréter le développement du bébé
- Anticiper les changements et guider les parents
- souligner aux parents les accomplissements et les besoins propres du bébé
- aider les parents à prendre plaisir dans la relation
- créer des opportunités d'interaction et d'échange
- permettre aux parents de prendre des initiatives
- Identifier la capacité des parents à prendre soin du bébé
- s'interroger au sujet des pensées et sentiments du parent en rapport avec la présence et les soins du bébé, modifier la responsabilité de la parentalité
- être à l'écoute du passé tel qu'il est exprimé dans le présent
- permettre aux conflits de s'exprimer en les identifiant, les contenant et en parlant
- prendre en charge les histoires parentales d'abandon, de séparation, de perte en tant que ces expériences affectent la relation qui s'instaure avec le nourrisson

L'intervention à domicile est à chaque fois multifocale, elle s'intéresse au(x) :

- comportement du bébé
- comportement des parents
- travail des représentations
- interactions

3.7.2 Application de la méthode d'observation du bébé selon Esther Bick

Dans un article de 1994(33) B. Golse parle de l'éthique inhérente à cette méthode et de la théorie qui la fonde. Pour l'auteur il existe des aspects techniques et éthiques qui dépendent directement du cadre conçu par E. Bick qui donnent un potentiel thérapeutique à son application.

-la disjonction des trois temps de la séance qui permet le déploiement d'un éprouvé émotionnel pendant la séance et assure un freinage de la pensée pour éviter d'élaborer de façon précipitée sur un mode défensif

-le travail en groupe conçu comme une possibilité de rêverie, au sens de W.Bion, du matériel observé par l'observateur. Le travail groupal incarne le concept bionien de théorie en attente. Il permet, grâce aux formations diverses et aux affinités théoriques différentes des participants du groupe, de limiter au maximum le risque d'autoréférence, d'éviter de découvrir ce que l'on sait déjà à la lumière d'un seul modèle ;

- la neutralité de l'observateur

-le fait de ne pas accentuer le fantasme de disqualification parentale. Golse reprend une formulation d'Oscar Wilde « donner des conseils est une mauvaise chose en donner des bons est une catastrophe ».

Cette méthode permet de prendre en compte l'individualité de chaque enfant dans son processus de maturation et de croissance psychique. Elle n'essaie pas d'utiliser des modèles généraux qui sont vrais en général mais ne peuvent entièrement s'appliquer au niveau individuel. Le cadre bisexuel de l'observation à la fois contenant dans le registre maternel et limitant dans le registre paternel rappelle celui des enveloppes psychiques. Il est caractérisé par sa malléabilité et sa narrativité par l'inscription et la capacité de mémoire de l'observateur et du groupe dans son ensemble.

3.7.2.1 Les applications thérapeutiques de la méthode d'observation du bébé selon E. Bick : Didier Houzel et Pierre Delion

3.7.2.1.1 Description

Par définition la méthode d'observation du bébé se déroule à domicile, des praticiens ont eu alors l'idée de l'appliquer de façon thérapeutique. Didier Houzel,(3)(37)(38)(39)(40) et Pierre Delion(41)(33)médecins pédopsychiatre français ont défini ces applications.

Deux circonstances les ont orientés vers l'application thérapeutique de l'observation des nourrissons : dépister précocement l'autisme et les psychoses précoces et prévenir l'apparition de troubles psychiatriques dans des contextes de carences ou de parentalité pathologique.

Ces deux médecins fondent leur modalité d'application sur différentes bases théoriques :

Pour D. Houzel c'est la découverte de l'importance de la fonction d'attention, dans le recueil d'éléments concernant la communication du bébé, le soutien aux efforts de développement psychique et de l'entourage dans ses relations avec le bébé, qui l'a poussé à utiliser cette méthode. L'enjeu est d'extraire le plus rapidement l'enfant de son processus psychopathologique.

Didier Houzel entend par observation, l'utilisation de son attention consciente et inconsciente. Il étaye son propos sur les écrits de Freud et Bion.

Freud au cours de ses évolutions théoriques a insisté sur un point essentiel de l'attention, son aspect actif « *qui va à la rencontre des impressions des sens au lieu d'attendre passivement leur apparition* ».

W.Bion en 1970(43) définit l'attention comme la matrice dans laquelle viennent se réunir les éléments du psychisme et où ils peuvent se combiner ensemble dans un tout cohérent. L'attention de W.Bion est dynamique et interpersonnelle. Il définit la capacité de rêverie de la mère qui permet de transformer les messages inconscients en éléments pensables.

D. Houzel définit l'attention inconsciente comme les souvenirs oniriques qui viennent à l'analyste à l'écoute des propos de son patient, fruits d'une pensée observante mais à un niveau inconscient. Pour l'auteur cette attention inconsciente est à l'œuvre dans l'observation, elle suppose que l'observateur accepte de se laisser pénétrer par des messages qu'il ne comprend pas grâce à ce que W.Bion a appelé la capacité négative, c'est-à-dire la capacité à tolérer de ne pas comprendre, à supporter le non-sens.

La fonction d'attention consciente et inconsciente définit la position de l'observateur, attitude d'écoute, d'empathie, d'observation, de réceptivité sans tri ou sélectivité. Cela suppose un travail psychique soutenu par des séances de supervision.

Pour P.Delion, c'est l'idée d'une pensée observante. Il s'inspire de l'expérience de Geneviève Haag avec les enfants autistes, à partir du parallèle entre l'absence de langage chez les enfants autistes et chez les bébés :« *un des aspects fondamentaux de la méthode est d'accompagner de sa pensée observante un bébé qui se développe dans l'interaction avec ses parents et ainsi de le voir s'approprier progressivement les moyens de passer du geste à la parole pour satisfaire ses besoins, ses demandes, partager ses émotions et s'affilier à la communauté des « parlêtres »* ».

D. Houzel définit le cadre du traitement. L'enfant est adressé en consultation, ce qui différencie du cadre de l'observation selon E. Bick. « *Le traitement à domicile est un traitement à part entière avec son cadre propre, le thérapeute ne sert pas d'intermédiaire entre parent et consultant il y a des contacts entre les deux lors des consultations mais chacun a son cadre propre* ». Le consultant revoit l'enfant et les parents de façon régulière afin d'évaluer l'évolution et d'aborder les conflits familiaux dans des consultations thérapeutiques.

Les avantages de l'application thérapeutique de cette méthode sont nombreux et divers : une réponse rapide pour des enfants jeunes, le contexte du milieu naturel qui permet aux parents la maîtrise, l'aménagement du cadre et au thérapeute une position de réceptivité et d'attention, un aspect pratique par rapport à l'emploi du temps des mères et à leur disponibilité, l'apport de renseignements sur la genèse des troubles du développement psychique.

3.7.2.1.2 Implications

P. Delion définit des conditions contextuelles à cette pratique et les modifications qu'elle entraîne sur la représentation du travail avec les enfants. Il décrit l'importance de cultiver des rapports complémentaires dans le cadre d'une psychiatrie de secteur, de pratiquer une formation continue intensive, de donner place aux réflexions sur le fonctionnement des services pour faciliter les initiatives et l'autonomie relative des soignants.

« Grace à cette méthode avec les enfants autistes ou psychotiques, le travail du sens qui peut émerger nous change de l'intérieur, nous retrouvons l'enfant à la séance suivante, notre être au monde avec lui a changé. Nous avons reçu une part du message adressé. »

L'application de cette méthode permet de garder l'attention psychique et le sens de la fonction de groupe nécessaire à la poursuite des soins. Elle modifie notre point de vue sur la fonction de la présence et de l'attention à l'autre, notamment en ce qui concerne un bébé et ses alliés naturels et culturels.

« Cette méthode a aussi entraîné un changement de point de vue en ce qui concerne la pensée individuelle, groupale et collective des soins aux enfants, elle est venue confirmer l'importance de la thérapie institutionnelle. Elle implique les qualités de souplesse de l'équipe soignante, de la permanence des institutions, de la hiérarchie subjectale et non pas

statutaire, du respect de l'historicité, du repérage de constellations transférentielles qui font partie de la boîte à outils du psychothérapeute qui accepte de prendre en charge sur ses épaules psychiques les troubles des enfants et de leur famille. Elle entraîne le développement d'une psychiatrie dans la cité la plus préventive possible et la possibilité pour les parents de récupérer leurs capacités parentales. »

3.7.2.2 Critique de la méthode et limites

Cette méthode d'observation fait l'objet de critique, pas forcément dans son application thérapeutique, mais dans ce qu'elle permet de comprendre du fonctionnement psychique et dans son appartenance à la psychanalyse.

Pour B.Cramer et S.Lebovici, seul ce qui peut être objectivement observé a une valeur. Soucieux de la validité de ce qui est vu, ils souhaitent faire le pont entre la psychanalyse et les études expérimentales.

Pour André Green toute observation n'aurait pour perspective que la connaissance de « l'enfant réel de la psychologie », l'enfant de la psychanalyse est lui reconstruit.

Les défenseurs de la méthode dont D.Mellier(43)(44), docteur en psychologie à l'université de Lyon explique que cette démarche n'a pas pour but de voir directement l'inconscient et que l'observateur qui utilise son propre appareil psychique comme « chambre d'enregistrement » n'a pas pour objectif de tout retenir. Il se rappelle les faits grâce à son inconscient avec des oublis et des retours en arrière, des après coups. Il se sert de ce cadre pour être réceptif à des contenus. D.Mellier précise que l'approche analytique concerne la démarche de l'observation et non le bébé lui-même. Annick Comby(45) parle de l'approche analytique de l'observation.

Le regard de l'observateur témoigne de sa propre présence psychique, il tente d'avoir une fonction contenante, il aide à penser.

L'utilisation thérapeutique de la méthode et de ses autres nombreuses utilisations posent une autre question « fait-on vraiment de l'observation du bébé comme définit par E. Bick ? »

Pour cela Régine Prat (46) se base sur les applications qui retiennent les critères fondamentaux de la méthode et surtout sur le fait d'être formé à cette méthode. Elle tente une classification entre application et extension de la méthode.

La classification se fonde sur un continuum en fonction du nombre de critères remplis et du degré de modification pour chaque critère.

Les critères fondamentaux sont :

- 1- le but : formation
- 2- l'objet : bébé et sa famille
- 3- la non interférence
- 4- le déroulement de la méthode : séance, compte rendu, supervision
- 5- le lieu : domicile

3.7.2.3 Réflexion épistémologique sur l'observation

En réponse aux critiques D. Houzel (47) propose une réflexion épistémologique sur la méthode d'observation et décrit un paradoxe de l'observation.

L'observation voudrait se libérer de toute interprétation et de toute infiltration émotionnelle « *dès que les faits doivent être traduits dans le langage, nous découvrons que chaque mot est entouré d'un halo d'affect* » (4)(5). L'observateur ne peut recueillir des données que par le truchement de son psychisme et il ne peut les expliciter qu'à travers une certaine forme d'interprétation.

Il différencie d'abord les observations expérimentales des observations psychanalytiques. L'observation expérimentale permet de mettre en évidence tel ou tel phénomène prévu par une hypothèse théorique qui sert de support et de référence à l'expérimentation afin qu'on puisse affirmer le lien de cause à effet. Une difficulté intervient car l'épistémologie moderne a montré qu'il n'y a pas d'observation possible sans que l'observateur n'ait une théorie dans laquelle il puisse recueillir les données de ses observations.

D. Houzel propose alors une théorie du cadre.

Les théories du psychisme ne portent pas sur le psychisme en soi mais sur le ou les cadres qui nous permettent de l'explorer, pour la psychanalyse c'est la métapsychologie qui fait fonction de théorie. D.Houzel y reconnaît trois postulats fondamentaux

- Il existe des processus de pensée inconscients
- Le psychisme est organisé en instances
- Il est animé d'une dynamique qui s'exprime dans les phénomènes de transfert et de contre transfert.

L'observation psychanalytique se définit également par le cadre mais ce sont les limites même du cadre qui font l'objet de l'attention : les limites spatio-temporelles, les limites contractuelles, les limites psychiques qui dépendent des capacités de réceptivité de l'observateur. A l'intérieur de ce cadre va se passer l'inattendu, c'est la fonction de ce cadre de créer cet espace.

La méthode d'observation du bébé selon Ester Bick nous donne un cadre de travail à domicile et c'est ce cadre qui permet la création d'un espace thérapeutique. Ce n'est pas le contenu mais le contenant.

4 Quatrième Chapitre : Comment fonctionne le soin à domicile ?

A travers l'étude descriptive du chapitre 1, la pratique clinique et la littérature on s'aperçoit que le soin à domicile fait intervenir plusieurs théories et pratiques. Carel(48), à travers son expérience de la mise en place d'un soin à domicile, parle d'un procédé de métissage entre la psychothérapie individuelle, la thérapie familiale et l'observation attentive des bébés selon E. Bick, chacune de ces trois types d'expériences inspirant plus particulièrement certaines formes du fonctionnement mental du thérapeute en séance à domicile.

Nous allons maintenant définir sa place dans la stratégie de soins, ses indications et contre-indications, les particularités de l'intervention au domicile, la relation de soin et le travail qui s'y opèrent, l'attitude du professionnel, le travail institutionnel qui l'entoure et les supports théoriques utilisées.

4.1 Place du soin à domicile : à l'interface de la prévention et du curatif

4.1.1 Définitions

Les différents types de prévention :

La prévention primaire veille à prévenir l'apparition des maladies par la réduction des risques, soit en modifiant les comportements ou les expositions, soit en améliorant la résistance.

La prévention secondaire comprend les méthodes de détection et de traitement des changements pathologiques précliniques afin d'enrayer l'évolution des maladies.

La prévention tertiaire veille à réduire l'impact de la maladie sur les fonctions, la longévité et la qualité de vie du patient.

4.1.2 Une position charnière

Dans le passage contextuel de la pédopsychiatrie à la santé mentale, le soin à domicile nous paraît être à l'interface entre la prévention primaire et secondaire et le curatif, il peut s'agir d'un travail de prévention primaire ou secondaire sur les interactions mère bébé pour accompagner les premiers développements et éviter la constitution de troubles psychiques ou

d'un travail de prévention secondaire dans le cas des signes précoces de troubles envahissants du développement pour éviter des boucles interactives pathologiques. Les soins peuvent être curatifs quand les symptômes sont constitués.

Sa place dans la stratégie de soins est mobile, il peut être utilisé d'emblée comme dans la situation de Thomas ou après d'autres modalités de soin comme dans les cas de Simon et Valérie. Il peut permettre également d'amener vers d'autres soins : une entrée en hôpital de jour, une thérapie familiale, une thérapie de couple.

4.2 Les indications et contre-indications du soin à domicile

4.2.1 Indications

Les données de la littérature concordent avec les réponses retrouvées dans l'étude du chapitre 1.

Les expériences décrites précédemment de S. Fraiberg, M. David, Stoleru... concernent les interactions précoces dans les familles à risque psychosociale.

A.Carel (48) propose comme indications :

-les familles où la mère ou le père du fait d'une pathologie dépressive ou psychotique est en grande difficulté pour instaurer un lien précoce suffisamment bon avec le bébé.

-les familles où le bébé présente une affection somatique grave qui désorganise l'équilibre des investissements narcissiques et objectaux

-les familles où le bébé présente des symptômes de détresse psychique du type évitement relationnel du nourrisson.

P.Delion(41), dans le cadre d'un dispositif institutionnel sur Angers, pose l'indication pour les troubles autistiques débutants.

D.Houzel(39) définit le traitement à domicile comme une technique essentiellement adaptée à la psychiatrie du nourrisson de moins de trois ans, car plus l'enfant vieillit dit-il, plus il risque

de s'enfoncer dans des impasses psychopathologiques serrées dont seules des techniques thérapeutiques interprétatives ont des chances de le sortir.

Sa pratique l'amène à définir des indications pour les moins de trois ans, larges et concernant des processus pathologiques non fixés, mobilisables par des techniques non interprétatives :

- évolutions autistiques ou psychotiques,
- troubles fonctionnels sévères : troubles oro-alimentaires, troubles du sommeil,
- familles à problèmes multiples,
- prévention de la maltraitance,
- enfants de parents malades mentaux.

Guedj décrit pour les adolescents, comme indication principale, le repli au domicile entraînant la difficulté d'accéder à des soins.(25)

Nous avons également pu observer qu'en pratique le soin à domicile avait un intérêt dans les situations transculturelles où le recours « aux soins classiques » pouvait être compliqué pour ces familles. La venue d'un soignant au domicile était plus compréhensible et acceptée.

4.2.2 Contre-indications

S. Fraiberg contre indique la pratique à domicile dans le cas de carence trop grave, de maltraitance ou de retard mental non lié à la qualité éducative des parents.

D.Houzel définit également des contre-indications :

- les familles profondément déprimées qui risquent de ressentir l'attitude non directive comme dérisoire ou provocante,
- le mécanisme de déni avec des parents qui ne peuvent admettre la souffrance psychique de leur enfant et cherchent une explication organique aux troubles.

4.2.3 En résumé

Nous pouvons noter comme indications :

-Prévention et soins de la relation précoce mère/ enfants, parents/ enfants dans ses différentes formes de distorsions éventuelles

-Soins des troubles psychopathologiques précoces du nourrisson et du jeune enfant : alimentation, sommeil et comportement (cris, pleurs...)

-Accès aux dyades mère-bébé à haut risque et difficilement accessible aux traitements habituels

-Soins des pathologies du lien sous leurs diverses formes d'expression (carences affectives, attachement/ détachement, séparation/ individuation...)

-Prise en charge le plus précocement possible des enfants présentant des signes de trouble envahissant du développement, dépressions graves et les signes précurseurs d'autisme

-Aide aux familles en situation d'acculturation, multi ou transculturel, approche ethnopsychiatrie

-Soins pour l'adolescent reclus

Nous pouvons noter comme contre-indications :

-Les situations de maltraitance actée ou de carence trop importante

4.3 Les particularités selon l'âge

4.3.1 Pour les moins de 3 ans

Les soins à domicile pour les moins de trois ans concernent essentiellement les interactions précoces (prévention dans le cas de familles à problèmes multiples, prématurité...), les TED et les troubles fonctionnels.

Pour les bébés la méthode de l'observation selon Bick paraît vraiment être adaptée en l'absence de langage pour se rendre disponible aux interactions, à la construction psychique et à tout ce que le non verbal peut nous apprendre. Le cadre du domicile permet que le bébé soit rassuré et modifie moins son comportement que dans un espace extérieur.

4.3.2 Chez l'enfant

Plus l'enfant grandit, plus la dimension familiale devient prévalente. Le thérapeute devient plus actif, il pourra y avoir un temps de jeu. Le symptôme n'est plus seulement une problématique individuelle mais provoque aussi un retentissement familial et modifie les liens. Il peut créer des interactions pathogènes ou être le révélateur d'une problématique située ailleurs : problématique du couple parentale, parents avec une pathologie psychiatrique. Il est alors nécessaire d'orienter et de faire des liens avec d'autres intervenants : thérapeute de couple, psychiatrie adulte. Un travail autour de la parentalité et du fonctionnement psychique des parents peut être nécessaire. Il peut être une voie de prévention indispensable au trouble psychique de l'enfant.(49)

4.3.3 Chez l'adolescent

Le soin à domicile peut permettre de différencier une crise maturante, d'un dysfonctionnement familial ou une pathologie avérée.

La dédifférenciation des instances psychiques momentanément à l'œuvre dans le pubertaire entraîne parfois comme seul remède celui de l'explosion agie (cf. Le cas de Valérie) ou la réclusion quand des mouvements d'extériorisation/ projection attribuent à l'autre quel qu'il

soit la tension et la souffrance éprouvée. L'espace public peut alors être interpellé quand l'espace privé ne suffit plus.(25)

L'adolescent ne pouvant ni se différencier, ce qui est par nature un acte agressif, ni s'autonomiser, la réclusion à domicile s'instaure peu à peu comme mauvais compromis entre le rejet des fantasmes agressifs et œdipiens de l'adolescence et le maintien de la symbiose omnipotente de l'enfance. La famille opte, elle, plus ou moins consciemment pour une « aconflictualité tolérable ». L'installation progressive de répression interne, de dessaisissement des moyens d'adaptation, l'opposition, le défi, le repli la méfiance et la dépendance se déplacent des parents vers les modèles de soins et l'adolescent n'est pas en mesure de consulter un dispositif classique. Dans ce cas le soin à domicile permet une sémiologie importante du cadre de vie à l'adolescence : l'espace des parents, celui de l'adolescent mais aussi celui de leur non séparation.(25)

4.4 Le domicile

4.4.1 La clinique au domicile

Cette démarche ne va pas de soi. A travers son histoire, la médecine est passée d'une médecine classificatrice au XVIIIème siècle qui s'intéresse à la maladie par essence à une médecine clinique basée sur la recherche d'une combinaison de symptômes par l'examen clinique. Michel Foucault (50) en parle dans la Naissance de la clinique : « *la visibilité du champ médical prend une structure statistique et la médecine se donne pour champ perceptif non plus un jardin d'espèces , mais un domaine d'événements* ». Il ajoute ensuite « *du moment que la connaissance médicale se définit en termes de fréquence, ce n'est pas d'un milieu naturel qu'on a besoin, mais d'un domaine neutre, c'est-à-dire homogène en toutes ses parties pour qu'une comparaison soit possible* ».

Dans notre démarche clinique actuelle le patient est donc extrait de son milieu naturel en se rendant au cabinet de consultation ou à l'hôpital afin que le domaine soit le plus neutre possible pour réaliser notre observation médicale et que les effets de l'environnement soient neutralisés.

Notre mode de raisonnement diagnostique nous conduit à rechercher des symptômes par l'observation pour les regrouper en syndrome et les faire correspondre à une entité nosologique appartenant aux classifications nosographiques que nous avons apprises durant

nos études. L'ensemble de cette démarche exclut ce qui est non pathologique chez le sujet : sa culture, sa situation... même si les psychiatres ont une position particulière par rapport à ces dernières données et s'y intéressent.

En allant au domicile nous modifions donc notre cadre de réflexion habituel, l'endroit n'est plus neutre mais caractéristique du patient, le symptôme n'est plus « pur » mais connecté en temps réel avec son environnement.

Nous allons définir ce que le domicile peut nous apporter dans notre démarche diagnostique et thérapeutique

4.4.2 Le Chez –soi : habitat et intimité

Dans le Dictionnaire critique de l'habitat et du logement(51) est définie la notion de chez soi qui intègre l'habitation et l'un de ses modes majeurs d'expérience l'intimité.

L'habitat

Dans le champ des sciences sociales :

La fonction d'abri de l'habitat est une fonction passive, son but actif est de constituer une unité signifiante et pertinente au sein de l'espace social d'une culture, il existe des rapports d'interdépendance entre l'habitat et les aspects de la vie sociale.

L'habitat traduit la structure du système social : il définit le privé, la sociabilité et les liens de voisinage.

Les soins que l'habitant prend de l'espace habité sont la manifestation de la singularité d'être de l'habitant et de sa manière de se situer dans le monde. Les pratiques et rituels de l'habitation sont à la fois signifiants du sujet et producteurs de l'individu, l'agencement des objets du mobilier est en grande partie déterminé par le système relationnel d'une classe sociale.

La psychologie environnementale d'inspiration anglo-saxonne considère que l'expression spatiale se fonde sur le sentiment d'une identité spatiale. Ce sentiment représente l'intégration d'expériences concernant les dispositifs spatiaux et les relations que la personne a de son propre corps dans l'espace, certains lieux deviennent ainsi partie de soi.

L'habitat fait référence à la conscience de l'habitant de sa propre intériorité.

Dans le champ psychiatrique :

P.Cuynet(52) en 2000 définit 3 fonctions de l'habitat :

-de contenance : l'habitat est un lieu stable avec un dehors, un dedans grâce à des limites,

-de pare-excitation : les limites de l'habitat permettent une protection comme la limite de la peau corporelle en référence au Moi peau d'Anzieu,

- de conteneur : « *les traces projectives de soi, déposées à l'intérieur du logement (décoration, meubles) vont constituer une enveloppe de signification ou surface d'inscription. Cette fonction de conteneur favorise un travail d'élaboration sur l'imaginaire et les identifications nécessaires au sentiment d'identité* ».

A travers ces différents champs on peut se rendre compte qu'être au niveau de l'habitat c'est se situer au plus près de l'individu de sa manière d'être mais aussi de se représenter sa place, l'espace et l'investissement de celui-ci. Il nous donne une idée des différents espaces, de leurs limites et de leurs représentations. Comment sont définis les espaces publics : l'entrée, le salon, la salle à manger, les espaces privés : salle de bain, chambres. Où sommes-nous reçus ? Qu'avons-nous le droit de voir ? Ces données peuvent être d'importants leviers thérapeutiques auxquels nous n'avons pas accès en consultation classique.

La notion d'intimité

Elle traduit le sens et l'expérience même de l'habitat. Cette notion qui est une construction sociale a évolué au cours de l'histoire : du XVII^{ème} siècle où la confusion public-privé prévaut, à l'époque moderne où les nouvelles démarcations entre sphère publique et sphère privée correspondent à la définition de nouveaux idéaux : retrait personnel, sociabilité sélective et de convivialité, intimité familiale et domestique. La demeure se referme sur le cercle familial et celui des proches.

La maison est un intérieur, évoque ce qui a rapport au-dedans, dans l'espace compris entre les limites d'une maison ou d'un corps.

La notion d'intérieur renvoie, à travers la conscience que la personne a de sa capacité à se retirer en elle-même, au rapport du sujet avec le monde extérieur. Entre l'intérieur et le monde il y a les limites du corps et de la peau, de la même façon entre l'intérieur habité et le dehors il y a les murs de la maison.

L'intime évoque le retour vers soi, la conscience et la découverte du moi.

4.4.3 Le domicile comme métaphore de la psyché

L'analogie entre intérieur, intime renvoie au processus de capacité d'intériorisation, nous pouvons avoir alors accès dans la réalité à la capacité ou non du patient d'intérioriser des processus psychiques et nous pouvons avoir aussi accès à toute une clinique du contenu/ contenant, quelles limites sont construites avec quelle souplesse ou quelle rigidité ? Quelle zone de perméabilité entre l'intérieur et l'extérieur ? Est-il besoin de construire, renforcer l'enveloppe ou est-il besoin d'apporter du contenu ?

Cette clinique fait écho à ce qu'Anzieu(53) développe en décrivant un modèle de constitution de l'appareil psychique. Il décrit l'emboîtement originare des enveloppes constitutives de la psyché qui font l'appareil à penser les pensées, à contenir les affects et transformer l'économie pulsionnelle.

Les deux enveloppes psychiques sont le pare excitation et la surface d'inscription.(53)

Le pare excitation nommé ainsi par Freud interpose un obstacle entre le monde extérieur et la réalité psychique, il maintient dans un système fermé la montée pulsionnelle interne jusqu'au point où la décharge devient nécessaire.

La seconde enveloppe se situe à la superficie de l'appareil psychique, il s'agit d'une membrane sensible au sens sensoriel, support de projection d'images tactiles et visuelles qui peuvent soit devenir conscientes, soit s'associer à des pulsions.

Ces deux enveloppes ont une fonction de filtre.

Le développement de l'appareil psychique et du Moi passe par la différenciation progressive de ces deux enveloppes et par l'établissement entre elles d'articulations qui maintiennent en même temps un écart suffisant. Le libre jeu qui s'ensuit permet par exemple l'accès à l'aire transitionnelle.

4.4.4 Le domicile comme représentation des liens familiaux

En allant au domicile, on a une représentation dans la réalité du fonctionnement familial et des liens entre les membres de la famille. On peut observer comment les espaces sont

définis, comment chacun peut ou non avoir sa place, quelles limites existent ou non entre les membres?

Pierre Benghozi(54) utilise le domicile et sa représentation comme médiation en thérapie familiale, dans ce qu'il appelle les pathologies familiales à contenant généalogique, il propose ce qu'il nomme le « spaciogramme » c'est la projection sous la forme d'une représentation picturale de l'espace vécu et habité, la projection de l'espace psychique individuel et familial, la projection de l'organisation généalogique des liens psychiques. Cette représentation permet de travailler les liens familiaux.

Etre à domicile permet donc une représentation concrète des capacités de contenance du patient et de sa famille, des liens entre les membres de la famille, une observation naturelle de ce qui se passe au niveau personnel et interactionnel dans l'environnement habituel du patient afin d'apprécier la dimension individuelle ou relationnelle des symptômes. Partant de ces remarques quelles sont les implications de cette modification du cadre habituel de soin sur la relation de soins ?

4.4.5 Impact sur la relation de soins

4.4.5.1 Définition du soin

Frédéric Worms est professeur d'histoire de la philosophie contemporaine à l'université de Lille III et directeur du centre international d'étude de la philosophie française à l'ENS, il nous apporte un éclairage sur la définition du soin et de la relation de soin (35).

Le soin peut être défini par : « *toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales et cela par égard pour cet être même* ».

Deux éléments apparaissent : soigner quelque chose, un besoin, une souffrance mais aussi soigner quelqu'un dans une dimension intentionnelle et relationnelle.

Pour soigner, il ne suffit pas de pouvoir, il faut le vouloir et que ce soit adressé.

Il distingue deux concepts dans le soin : le concept parental et le concept médical du soin.

Le modèle médical correspond aux aspects techniques du soin.

Le modèle parental et la portée ontologique du soin apportent un éclairage important sur la relation qui se joue dans le cadre des soins à domicile. Le soin est premier parce qu'il répond tout d'abord à une vulnérabilité objective à l'origine, celle du nouveau-né, la continuation de l'existence du corps de celui-ci est impossible sans les soins.

4.4.5.2 Implications pour le soin à domicile

F. Worms (55)(56) nous dit qu'il n'y a pas un « sujet » du soin face à un « objet » du soin que serait le nourrisson par exemple, l'un et l'autre étant présumés exister avant le soin lui-même. Ce qui apparaît aujourd'hui à travers les études scientifiques, c'est que le sujet du soin a bien dû commencer lui aussi par en être l'objet au sens le plus matériel et vital qui soit.

Cela amène à voir dans le soin la genèse même des subjectivités individuelles, le geste de soin adressé à un corps vivant le constitue comme un sujet capable seulement ensuite de soigner et de se soigner.

Le soin préserve son objet mais crée son sujet, nous préserve comme des objets et nous crée comme des sujets dans une relation doublement individualisante.

Mais comme de la poule et l'œuf, comment le soin peut-il être à l'origine de la subjectivité s'il faut une attention subjective adressée pour qu'il soit possible ? La réponse à cette question désigne la dimension peut-être la plus fondamentale du soin, la dimension relationnelle. Le soin n'est pas d'abord une nécessité physiologique et organique au sens strict mais une nécessité relationnelle sans laquelle c'est un soi individuel qui n'existerait pas.

La psychanalyse et la théorie de l'attachement de Bowlby dans des domaines différents appuient cette réflexion :

En psychanalyse : S'il y a une thérapie des relations ou une thérapie de soi par les relations, c'est bien parce que le soi s'est constitué dans la relation sous sa forme la plus concrète et matérielle : le soin.

La théorie de l'attachement qui se définit par un besoin spécifique celui d'une relation adressée et individualisante au-delà des soins corporels vitaux même si on ne peut pas distinguer ces deux types de besoin dans les débuts de la vie d'un nourrisson.

Dans le soin à domicile la relation de soin nous paraît s'étayer sur un modèle parental du soin. C'est l'idée qu'en définissant comme objet des soins le patient en l'occurrence l'enfant

mais aussi ses parents, ceux-ci vont alors pouvoir être sujet de soin pour leur enfant, cette idée est particulièrement vraie dans le cadre de soin pour les interactions précoces chez les familles à risque psychosociale mais il peut aussi s'appliquer pour les TED, c'est aussi dans cette fonction subjectivante des soins que le soin à domicile se place, le patient et sa famille deviennent acteurs à travers le travail réflexif qui s'engage.

4.4.6 Pourquoi aller à domicile ?

- Pour premièrement ce que nous avons développé précédemment sur l'apport du domicile dans la compréhension du fonctionnement individuel et familial,

-Pour permettre d'aborder ce que Martine Lamour et M. Barroco(57) ont appelé la « sémiologie du quotidien », pour avoir accès à ce qui va mal, fait défaut mais aussi avoir accès aux ressources.

-Lorsqu'il existe une intrication entre une problématique individuelle et une dimension familiale.

-Pour permettre également de redéfinir la problématique en terme relationnel, cela peut être une manière de décentrer le patient désigné.

4.4.7 Un geste intrusif ?

E. Bick(4) dit « *contrairement à nos prévisions il n'a pas été difficile de trouver des mères acceptant volontiers un observateur. Les mères ont souvent indiqué explicitement à quel point elles apprécient d'avoir quelqu'un qui vienne régulièrement chez elle, avec qui elles puissent parler de leur bébé de son développement, et des sentiments suscités en elle.* »

Cette déclaration d'E.Bick a lieu dans le contexte périnatal et hors du champ de la pathologie mais en pratique il apparaît souvent que les parents invitent à venir voir comment les choses se passent à la maison.

Certains sociologues, dont ElianDjaoui(58), mettent cependant en garde contre l'intrusion que peut représenter l'intervention à domicile d'un point de vue général et la professionnalisation du registre de l'intime. Le lieu de vie devient territoire professionnel. Les réseaux de solidarité familiale qui étaient basés sur le registre socio-affectif du don et de la dette sont remplacés par des professionnels et deviennent prestations de service.

L'intime devient l'objet d'un savoir scientifique, normatif, transmissible et le professionnel un expert. Le logement devient l'objet d'une sémiologie de l'espace .Le domicile est un indicateur sociologique, il devient révélateur de pathologie et outil de traitement. « *Il est le lieu de jeux d'oppositions entre contrôle et aide, emprise et autonomisation, enfermement et contenance, formatage et formation, discrimination positive et stigmatisation.* »

En pratique lorsque l'indication d'un travail à domicile est posée, la proposition est faite aux parents. Ils sont informés du cadre des visites : le même soignant, à la même heure, toutes les semaines, le travail du groupe de supervision et la poursuite des consultations. Le soin à domicile est fait avec l'accord des parents après une information claire ; ils sont libres de refuser cette modalité de soin. C'est un travail en partenariat.A. Carel annonce le travail de cette manière à la famille : il s'agit d'un « *Travail destiné à ce que l'enfant réalise son potentiel de croissance psychique au sein de la famille* ».

L'intervention au domicile est une rencontre pour ne pas être un geste intrusif, ce n'est cependant pas une rencontre amicale, l'existence d'un cadre défini est nécessaire pour maintenir l'identité professionnel du soignant. La position est parfois instable mais elle génère de la créativité. Il est un « invité professionnel » comme le dit S. Fraiberg. Selon les modèles théoriques qui étayent la pratique de l'intervenant, sa position va se moduler.

4.5 Le Mandat de soins

Comme nous l'avons vu au chapitre 3, plusieurs professionnels dans des champs de compétence différents et pour des objectifs différents vont au domicile et ont en charge des familles. Qu'est-ce qui fait la particularité du travail à domicile en pédopsychiatrie ? Comment le professionnel peut-il se positionner ?

C'est la fonction soignante du professionnel qui agit dans la façon dont il va aborder la situation et la travailler. La notion de « mandat » rend compte de cette attitude particulière. Le professionnel reçoit un mandat de la part du médecin consultant : « le mandat de soigner », le professionnel est en position de soigner et agit comme tel, à la différence par exemple des professionnels dans le champ éducatif dans le cadre d'AED par exemple qui ont pour mandat d'éduquer.

Le patient est au courant de cette mission confiée par le médecin et connaît l'ensemble du dispositif, le soignant est aidé par une équipe qui l'aide à réfléchir

Dans le cadre de l'application thérapeutique de l'observation selon E. Bick, D.Houzel se pose la question de savoir en quoi le fait de venir voir l'enfant dans un but thérapeutique modifie l'attitude psychique du thérapeutesans pouvoir vraiment expliquer le mécanisme de cet effet « *Cela modifie quelque chose dans son esprit, plus l'attitude est proche de celle de l'observateur, meilleurs sont les effets thérapeutiques* ».

4.6 Attitude du professionnel

L'attitude du professionnel se module selon le cadre qui fonde sa pratique. Dans le cadre de l'application thérapeutique de l'observation selon E. Bick, le professionnel est dans une attitude la moins interventionniste possible pour ne pas modifier le système même si sa position est plus active que dans le cadre de l'observation dans un but de formation. Si l'on observe les choses d'un point de vue systémique et selon la seconde cybernétique, il n'est pas possible de ne pas modifier le système, le soignant au domicile fait partie du système et interagit avec ses membres.

Pour D.Houzel dans le cas de l'application thérapeutique de la méthode d'observation selon E. Bick il explique :

- « *Le thérapeute au domicile adopte une attitude proche de celle de l'observateur, il ne doit pas être muet, le silence peut être vécu comme angoissant et persécuteur. Il manifeste par la parole sa présence et son attention, c'est la fonction phatique du langage. Il n'a pas pour rôle de transmettre des informations, d'émettre un jugement ou de donner des conseils ou une interprétation* ».

-« *Il est important que le thérapeute dise ce qu'il observe de nouveau chez l'enfant, cela soutient les parents et favorise leur identification à la fonction observante. Il doit éviter les questions et les réassurances. Le thérapeute s'efforce également de ne pas agir à moins que l'enfant soit en position de danger, il doit éviter toute action qui le mettrait en rivalité par rapport au père ou à la mère* ».

4.7 Le cadre comme fonction tierce

Le cadre se compose de la consultation pédopsychiatrique qui pose l'indication du soin à domicile, de la consultation conjointe avec le soignant allant au domicile, du temps à

domicile (même jour, même heure, même soignant chaque semaine), du temps d'écrit et du temps du groupe de reprise.

Dans les cas de familles carencées, le cadre permet un repère, un lien et une continuité. Il est une fonction tierce qui crée un espace de différenciation. Ce sont la ritualité, la régularité qui donne sa dimension thérapeutique au dispositif.

Les caractéristiques du cadre font référence au cadre indispensable au développement de l'enfant :

-une fonction de maintenance

-une permanence du référent pour la possibilité de transfert

- une contenance par ses limites spatiale et temporelle

-un processus d'individuation et de subjectivation en s'adressant à l'enfant en particulier à l'intérieur de son milieu familial.

-des invariants : même jour, même heure, même soignant, des consultations à une fréquence définie et des changements dans le contenu de chaque séance. Cela nous paraît se rapprocher des microrhythmes et des macrorhythmes décrits par D. Marcelli(59)(60) : « *la répétition et le changement sont deux choses indispensables pour qu'un individu puisse naître psychiquement, croître et se développer, on perçoit que ces deux types de besoins ne se situent pas dans les mêmes domaines. On peut ainsi décrire le domaine des interactions de soin et le domaine des interactions ludiques* ».

« *Au plus intime de son organisation psychique, l'individu est ainsi estampillé par ce subtil mélange entre répétitions et changements, entre attentes confirmées et attentes trompées, entre macrorhythmes et microrhythmes, ce mélange constituant le rythme idiosyncrasique individuel qui fonde la subjectivité* ».

Ces différents rythmes aident à la construction du narcissisme, d'une représentation du temps, de l'espace et des liens surtout dans les familles à temporalité discontinue.

C'est à l'intérieur de ce cadre que vont pouvoir s'élaborer les problématiques amenées par le patient.

4.7.1 Les trois temps : Recevoir-Contenir-Penser

Même si les intervenants à domicile ne sont pas forcément formés à l'observation selon E. Bick ou ne se réclame pas de ce modèle, il apparaît que la pratique des soins se déroule très souvent autour de trois temps : le temps du domicile, le temps d'écrit et le temps de reprise ou supervision.

Pierre Delion(42) propose une compréhension théorique du fonctionnement du cadre de la méthode d'observation selon E. Bick qui peut s'appliquer aux trois temps du soin à domicile. Il précise que la fonction thérapeutique et enveloppante de l'observation peut aider à condition de ne pas tomber dans le déni de la pathologie familiale.

Cette méthode repose donc sur une approche triadique : observation, rédaction et élaboration/ supervision en groupe.

La réunion de reprise nommée matrice groupale par P. Delion permet d'accéder à différents niveaux du fonctionnement psychique de l'enfant observé en interaction transférentielle avec le soignant ainsi qu'un travail de détoxification. Quand l'observateur retourne à la maison, il sera dans une disposition d'esprit qui facilitera « l'accueil des choses en soi »

Les trois temps de l'observation correspondent aux trois fonctions que Freud a décrites en 1911 : l'attention, la mémoire et le jugement.(61)

-Le temps d'observation : Recevoir

C'est le temps du domicile où le soignant adopte cette position particulière décrite par E. Bick puis précisée dans les applications thérapeutiques par D.Houzel : se laisser imprégner de ce qui se passe sans construction théorique dans une attitude non directive mais une position un peu plus active que dans l'observation princeps, le soignant peut parler à partir de ce qu'il remarque chez l'enfant : ses progrès....mais s'abstient de conseils ou jugement.

P.Delion parle de **la fonction phorique** de cette étape qu'il considère comme la mise à disposition de l'appareil psychique de l'observateur ou du soignant pour des projections pathologiques. Le soignant est amené à exercer une fonction de holding au sens de Winnicott.

- **Le temps d'écrit : Contenir**

P.Delion(41) le décrit à travers la **fonction sémaphorique**, c'est la mise en récit de ce que l'on a observé, le retour sur les perceptions du domicile, l'ambiance, les interactions, les émotions ressenties. Il s'agit de discerner les mouvements émotionnels en soi, de faire le tri entre des éléments beta, oméga et la fonction alpha.

Les éléments beta et la fonction alpha sont définis par W.Bion(62) : les éléments beta sont définis comme des éléments bruts éprouvés par le bébé, la fonction alpha correspond à la capacité de transformer ses éléments brut en élément alpha, cette fonction alpha est réalisée par la capacité de rêverie de la mère, c'est-à-dire la transformation des cris et des pleurs en un sens (exemple : il a faim, il a soif, il veut dormir) qui permet à l'enfant de s'apaiser et d'acquérir pour lui-même cette capacité de transformation en introjectant les éléments alpha.

La fonction oméga est définie par Gianna Williams(63), psychothérapeute et formatrice à la Tavistok clinique de Londres. Elle a travaillé avec les jeunes filles anorexiques et a mis en évidence la fonction oméga. Il s'agit de l'introjection d'un objet imperméable et débordant de projections, au contraire de la fonction alpha qui permet de faire des liens et d'organiser la structure. La fonction oméga perturbe gravement le développement de la personnalité. La fonction parentale est parasitée et provoque un bombardement projectif pathologique qui conduit l'enfant à s'en protéger quand il le peut ou à en souffrir quand il est trop immature ou vulnérable. Cette fonction oméga peut contaminer également l'observateur, le groupe permet de faire le tri.

- **Le temps de reprise : Penser**

D'après l'étude du chapitre 1, le groupe est généralement composé du soignant allant au domicile, du médecin consultant ou référent des soins à domicile, d'un psychologue. Ce « groupe matriciel » réalise un travail de détoxication à la recherche du sens perdu, un passage de la représentation de choses seules aux représentations de choses liées avec des mots : une **fonction métaphorique**(41). Le fonctionnement du groupe de reprise peut être « métaphorisé » par l'image du prisme qui à partir de la lumière blanche donne le spectre des couleurs. Le récit d'une observation soumise à un groupe habitué à fonctionner ensemble permet d'extraire les éléments qui le constituent et qui n'apparaissent pas en première analyse.

Pour D.Mellier(43) il définit trois temps : s'inscrire, décrire et raconter

Il décrit deux temps de récit : le récit de l'observation et le récit construit autour de la lecture en séminaire.

L'attention se trouve stimulée soutenue et désintoxiquée par l'existence des deux temps de récit, ceux-ci ont un effet démultiplicateur sur l'attention : *« l'impression première de l'observateur est mise au travail, il pense à nouveau à la situation lors de sa description, la raconte et la pense ensuite dans le groupe, la mise en intrigue porte sur l'ensemble de ces moments »*.

4.7.2 Hypothèses des mécanismes de fonctionnement des différents temps du soin

4.7.2.1 La fonction du récit

J.Hochmann(64), pédopsychiatre et psychanalyste lyonnais, nous aide à comprendre comment le temps du récit est thérapeutique : *« Ce qui mesure la valeur d'un soin psychiatrique, c'est la capacité de ceux qui le dispensent à le mettre en récit »*.

Il utilise l'observation mère bébé comme un modèle théorique qui pourrait nous permettre de mieux comprendre les fondements de l'activité soignante en psychiatrie. Le soin maternel lui paraît fournir une excellente métaphore du soin psychiatrique. Il utilise également le modèle de Bion décrit plus haut.

Il précise la capacité de rêverie maternelle qu'il détaille en trois parties :

-un récit : une mise en récit de l'expérience que la mère vit avec son bébé, ce que Stern (8)(65) a appelé « les transmodalisations » : la traduction des mouvements du bébé par la mère qui entraînent l'organisation d'une séquence temporelle et causale,

-un récit destiné à un tiers : *« alors qu'elle s'absorbe dans les soins de son bébé, la mère se prépare à narrer ce qu'elle éprouve à un tiers, c'est l'organisation narrative faite pour attirer l'intérêt du destinataire »*,

-un récit qui est source de plaisir spécifique : le plaisir maternel de l'activité de rêverie est un plaisir de nature autoérotique, c'est le fonctionnement mental, la mise en ordre des événements, la constitution d'un récit qui sont à l'origine du plaisir. Ensuite *« Avec les mouvements créateurs d'un espace transitionnel l'enfant s'attribue auto érotiquement la capacité de se procurer le plaisir autoérotique de la rêverie maternelle »*.

J. Hochmann(64) fait ensuite l'homologie entre l'autoérotisme maternel et l'activité mentale du soignant : « *Comme la mère, le soignant rêve. Il accueille en lui les productions du patient et les transforme en événements porteurs de sens. Il les articule en un récit dont la qualité est de pouvoir être raconté aux autres d'abord et aux patients ensuite* ».

4.7.2.2 Lien entre mise en récit et théorie des pratiques

Pour que cette mise en récit fonctionne le soignant a besoin de théories de référence qui vont intervenir au moment du groupe de supervision : « *un travail soignant sans une théorie de référence est comme un corps de vertébré sans colonne : le soin psychiatrique est une activité intellectuelle* »(64). L'usage de la théorie implique la capacité à contenir les projections en se donnant le temps pour les comprendre et les élaborer, ce qui signifie la possibilité de maintenir en soi, pour un temps plus ou moins long, une zone d'inconnu, une non compréhension, tout en conservant une interaction avec les patients. « *Il implique aussi une relation à la théorie qui la respecte, la désire et la chérit comme un objet différent de soi et non comme un enjeu narcissique, un objet avec lequel on joue à faire semblant, à se raconter des histoires et à en fabriquer pour les raconter* ».

« *J'aurai aujourd'hui tendance à croire que c'est seulement dans la mesure où ça se raconte que c'est thérapeutique* ».

4.7.2.3 Le groupe de reprise ou supervision

Une « supervision » un peu comme celle de superman, comme si le groupe pouvait voir au-delà de l'information visuelle, voir en dedans.

Jean Pierre Vidal(66) nous donne un éclairage sur le fonctionnement du groupe de supervision, il décrit ce qu'il appelle les « redoublements emboîtés » ou qu'il définit comme les poupées russes, les tables gigognes ou « l'effet vache qui rit ». Le groupe de supervision regarde ou plutôt écoute ce que le soignant a déjà regardé ou écouté au domicile.

Le groupe crée une chambre d'échos avec résonance de ce qui se transmet : « *Le sens de ce qui se passe à un endroit n'est parfois accessible qu'à l'occasion d'un décentrement dans l'aménagement d'une chambre d'échos* »(67).

C'est le maillage des différents discours qui permet l'apparition d'un sens inédit : « *écouter le discours polyphonique et entendre ce qui se dit dans l'inter-discursivité associative* ». (67)

A.Comby(45) parle de l'association de points de vue qui se définit par un autre point de vue que celui de l'observateur ou des participants du groupe, elle parle de l'émergence d'un moment créatif chacun percevant la situation selon son identification.

Pour R.Sandri(68) il y a un parallèle entre la naissance de la vie psychique du bébé et le fonctionnement du groupe, celui-ci a une position de tiers qui permet de passer de l'impact émotionnel de la situation d'observation à un travail d'élaboration psychique. Le groupe est un interlocuteur privilégié et une présence pour l'observateur. Celui-ci va progressivement intérioriser la fonction de rêverie groupale comme s'il pouvait reconstituer le groupe au-dedans de lui. Elle fait également une analogie avec le théâtre, le récit de l'observation au domicile est le canevas de la pièce à jouer, et le groupe est acteur de la pièce avec un effet d'amplification, de grossissement et de déformation : « *c'est ainsi que la présentation sur la scène groupale peut devenir une représentation : le groupe avec ses acteurs interprètent dans le double sens du mot puisqu'il joue et essaie de comprendre le sens de la représentation* ».

4.7.2.4 Un travail d'équipe : la groupalité

Plusieurs groupes sont en présence : le groupe famille et le groupe soignant.

R.Kaës(69) et W.Bion(62) apportent un éclairage sur le fonctionnement des groupes :

Un groupe dispose de structures d'organisation et de processus psychiques qui lui sont propres.

R. Kaës s'est intéressé à l'étude des groupes, au rapport entre les sujets du groupe et aux effets du groupe sur la psyché des sujets. Il existe un agencement entre l'espace interne de chaque sujet et l'espace commun partagé.

Le groupe est l'ensemble des topiques appareillés de chaque membre du groupe. Les liens entre les membres du groupe reposent sur un accordage spécifique entre ces topiques leur économie et leur dynamique, l'accordage s'appelle « l'appareil psychique groupal », c'est l'arrangement combinatoire des psychés.

Le processus associatif groupal est un dispositif de relance et de transformation de l'activité du préconscient. Certaines représentations inconscientes qui n'ont pas trouvé les voies

d'accès vers le préconscient peuvent grâce à l'interdiscursivité groupale devenir disponibles et utilisables.

La situation de groupe met au travail les rapports que le sujet entretient avec ses propres objets inconscients, avec les objets inconscients des autres et avec les objets inconscients communs et partagés.

La situation de groupe est la confrontation à l'expérience d'appareillage des parties de soi que chacun doit abandonner, projeter ou rejeter en les liant avec celles d'autres dans les formations communes pour entrer dans le lien.

L'ensemble de ces caractéristiques du fonctionnement de groupe nous apprend comment le groupe famille et le groupe soignant fonctionnent. Le groupe famille peut s'étayer sur le groupe de supervision, son activité de relance et de transformation du préconscient.

4.8 Importance du cadre institutionnel

Nous avons vu à travers les différents temps du soin à domicile comment la place du soignant est à la fois riche en possibilité d'intervention et instable, comment les temps entourant la venue à domicile, que sont le temps d'écriture et de supervision, sont importants au maintien du soignant dans une attitude thérapeutique afin que ces derniers ne soient pas trop attaqués par des projections massives ou par un contre-transfert difficile à analyser seul. Tout le dispositif permet au soignant de rester soignant et créatif dans sa démarche de soins.

Un appareil institutionnel souple et fiable est nécessaire pour autoriser la créativité personnelle et la mise sur pied de projets individualisés, tout en apportant une marge suffisante de sécurité et de soutien mutuel.

« Les techniques de soins visent toutes à attirer les tendances profondes de la créativité, que la pathologie maintient dans un état de sidération plus ou moins profonde »(41), c'est tout le fonctionnement institutionnel qui autorise et protège cette créativité.

4.9 Quelques approches explicatives du fonctionnement global des soins à domicile

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, la particularité du domicile est l'exposition de soignants à de très importants investissements d'affect, moteurs de remarquables effets thérapeutiques, s'ils sont le fruit d'une régulation institutionnelle pour permettre de donner du sens aux vécus émotionnels observés.

La régulation institutionnelle est importante mais également les cadres théoriques qui sont utilisés. Dans la recherche du chapitre 1 plusieurs étaient cités : psychodynamique, observation du bébé, systémique ...

Nous allons aborder ici les deux modèles principalement cités : psychodynamique et systémique.

4.9.1 Abord psychodynamique

4.9.1.1 *Un processus de contenance, de tri et de requalification*

Didier Houzel(39)(3) propose une explication des processus thérapeutiques à l'œuvre dans le soin à domicile.

Les différents processus sont :

- **la fonction de réceptacle de la souffrance parentale** : cette fonction est en elle-même thérapeutique, théorisée par Bion qui parle de fonction contenante et de relation contenant / contenu. Elle offre aux parents un réceptacle psychique pour leur souffrance, ce qui leur évite d'utiliser leur enfant pour ce rôle, rôle qu'il ne peut assumer sans dommages considérables pour son propre développement.

- **la fonction de requalification des parents** : ceux-ci peuvent être la proie de fantasmes de disqualification. L'enjeu pour le thérapeute est de ne pas s'identifier aux instances inconscientes disqualifiantes des parents. Il ne doit pas se substituer à eux ou donner un avis autorisé.

- **la fonction de tri des confusions de générations** : pour parler avec un bébé l'adulte doit rentrer en contact avec ses propres « parties bébé » et en même temps rester en contact avec ses parties adultes de façon à être capable d'élaborer, de penser et de renvoyer au bébé des messages adéquats. Il arrive que le parent soit dans une identification projective avec ses propres parties bébé et qu'il perde le contact avec ses parties adultes, le parent devient alors le rival de son bébé, il y a confusion des générations. Le fait d'être réceptif à la souffrance des parents et à ce qu'elle peut contenir de détresse infantile contribue à ce tri des confusions de générations.

-**la fonction transitionnelle** : la rigueur du cadre fait de la situation quelque chose d'étranger à la vie familiale ordinaire, l'implication du thérapeute en fait quelque chose de rapidement familier. Ce jeu entre étranger et familier ouvre un espace au sein duquel peut se déployer une expérience partagée sans risque de fusion ou de confusion

4.9.1.2 Une figure du délogement pour l'aménagement de la limite et de la séparation

Pascal Roman(70) définit une métapsychologie du soin à domicile.

Il part d'une réflexion sur le fonctionnement des institutions, celles-ci fonctionnent sous le primat de certaines figures pour aménager certaines problématiques : la figure de l'otage pour aménager la violence, la figure du sacrifice dans la recherche d'un idéal, la figure de la perversion pour la différence, la figure du désespoir pour aménager la perte.

Il convient de penser ces figures de l'institution comme des formes d'emboîtement qui donnent sens à la complexité des liens qui se déploient dans l'institution.

Pascal Roman(70) propose la figure du délogement comme figure organisatrice de la limite et de la séparation, figure qui s'impose dans la pratique hors les murs du soin à domicile et qui nécessite de porter en soi le cadre de l'institution.

Cette figure peut être pensée sur le plan individuel, groupal et institutionnel : le délogement de soi à soi comme sujet, comme groupe et comme institution dans les différentes modalités de construction subjective et dans la confrontation à la dimension de l'altérité, dans le déploiement des liens intersubjectifs.

Cette métapsychologie du soin à domicile correspond au modèle de la topique freudienne :

-au niveau topique : aux différents lieux géographiques et institutionnels de rencontre et d'élaboration psychique (réunion de supervision, réunion de synthèse),

-au niveau économique : au mode d'investissement de ces différents lieux,

-au niveau dynamique : au potentiel de structuration des limites internes et externes, à la qualité et au maintien de la différenciation des espaces.

Le soin à domicile permet d'interroger la construction des limites et le mode d'habiter ses limites.

4.9.1.3 Ingérer ou s'ingérer

Lafay Amado(71) retourne en son contraire la peur de l'intrusion dont nous avons parlé plus haut en « avalé » et « ingéré ». Il pense que le soin à domicile peut prendre l'aspect dans le transfert d'une représentation cannibalique et fait un rapprochement entre « ingérer », « s'ingérer » et « ingérence ».

Par rapport à la situation habituelle de consultation où la personne vient voir le médecin, ce qui constitue une invitation implicite de la part du patient à s'introduire dans son histoire et dans son monde interne, à domicile l'inclusion est inverse. Le soignant est sur le territoire du patient d'où la perte de repères et l'importance du cadre pour faire figurer l'espace-temps et la fonction spécifique du thérapeute. L'ensemble est garant de l'espace de travail psychique.

« Quand l'ingérence est tempérée, l'expérience subjective est à la fois transformable et appropriable comme si le patient pouvait s'imprégner de l'expérience, l'introjecter et la faire sienne ».

4.9.1.4 Le modèle du soin du rêve et du jeu

A. Carel (48) prend le parti d'approfondir les processus à l'œuvre dans le soin à domicile en étudiant les quatre principaux modèles qui l'organisent : la loi, le soin, le jeu et le rêve, ces quatre piliers opérant toujours simultanément, chacun d'eux pouvant cependant exiger d'être travaillé de manière plus manifeste.

Il décrit ces processus à l'œuvre dans le soin à domicile de manière générale mais en particulier dans le cas des familles carencées ou dites à problèmes multiples.

Le modèle de la loi

Le modèle de la loi est surtout invoqué dans le soin à domicile pour les familles à problèmes multiples où le rapport à la loi est dysfonctionnel. Dans ces familles où la répétition des situations traumatiques et de disqualification de la fonction paternelle a déterminé un système de règles régi par : « *il est incestuel de s'attacher et mortel de se détacher* » et où à l'inverse l'attachement ne peut s'effectuer que sur le mode incestuel et le détachement sur le mode destructif.

Le soignant se trouve alors face à la répétition et l'intrication de conduites violentes destructives et incestuelles d'abandon et d'intrusion, de rupture et de capture, de clivage et de collage. Ce mode de fonctionnement pose parfois la question des limites du dispositif quand le soignant est rendu témoin de l'exposition de l'enfant à des dangers. Dans ces situations le soignant peut alterner des positions pouvant aller du signalement à tout prix à une complicité de déni quand il est touché par des éléments de l'histoire parentale. Le soignant va alors témoigner par ses propos et ses attitudes de la qualité de son rapport à sa loi interne et implicite, son surmoi, et à la loi externe explicite de son groupe thérapeutique d'appartenance.

Dans des situations extrêmes le signalement est parfois obligatoire et c'est alors souvent le soin à domicile qui s'arrête pour que le travail soit effectué dans le cadre d'une aide éducative, mais heureusement, souvent, c'est à l'intérieur du dispositif que peut se construire par cycles successifs le rapport à la loi. « *Il s'agit d'un travail délicat de doser fermeté interdictrice limitante et tendresse respectueuse* ».

Cette situation se rencontre dans les familles en détresse psychosociale mais aussi dans les familles ordinaires quand l'enfant a subi une épreuve douloureuse qui a entraîné l'inhibition de la fonction surmoïque et des capacités éducatives habituelles par la culpabilité, par la compassion et les vœux de réparation des parents envers leurs enfants. Aux troubles primaires de la maladie, viennent s'ajouter des troubles secondaires générés par la mise en suspens des compétences éducatives parentales.

Dans ce rapport à la loi et dans l'idée d'actualiser « la bonne censure », il émerge souvent durant le soin à domicile l'intérêt d'une interrogation sur l'histoire des figures parentales.

Le modèle du soin et du lien précoce

A. Carel fait le lien entre le dispositif à domicile, avec ses règles et ses liens interpersonnels, avec des sujets individués et ses groupes en étayage réciproque : le groupe famille et le groupe soignant, et la périnatalité psychique.

Il décrit une homologie entre l'arrivée d'un bébé dans une famille et le soin à domicile : un soignant va à domicile en lien avec un bébé et ses parents pour prendre soins d'eux, en référence à un tiers médecin et en étayage sur un groupe d'élaboration connecté au sein d'un réseau composé d'autres intervenants du socius.

L'auteur pense qu'instaurer le domicile comme scène principale de l'espace du soin est un acte de « narcissisation ».

Pour lui le soin à domicile repose sur un trépied : l'attention, l'attente et les attentions.

- **L'attention :**

Par le regard et par l'écoute, la préoccupation thérapeutique du soignant est de prendre en compte le matériel psychique, de s'attacher aux compétences et aussi aux faiblesses et détresse primaire dirigées en dedans et au dehors. L'attention est plurifocale. Elle joue un rôle dans la mise en place de l'articulation présence/absence, attachement/détachement dans les familles carencées où les interactions sont soit dans l'excès soit dans le lâchage. Le soignant en déplaçant son attention sur les différents personnes présentes au domicile constitue une préforme de l'absence qui n'équivaut pas à une rupture, il s'expérimente alors une forme adoucie d'absence en présence de l'autre, d'expérience qui fournit les bases de la capacité à être seul en présence de l'autre (Winnicott) et plus tard la base de l'attachement confiant comme de la séparabilité.

- **L'attente :**

C'est la manière pour le soignant de rappeler qu'il n'est ni omniscient, ni omnipotent. Ce sont la continuité d'être ensemble d'une séance à l'autre, de donner du temps à et pour chacun qui vont permettre de dénouer les troubles. C'est un éloge de la patience.

- **Les attentions**

A.Carel les définit comme les actes de soins en eux-mêmes.

Le modèle du jeu

Le jeu et ses règles permettent un terrain de symbolisation nécessaire au processus d'autonomisation. Il a une place particulière au sein du dispositif de soin à domicile dans les processus de transformation et de croissance psychique.

Dans les familles à risque psycho-social le registre du jeu fait l'objet d'une répression, il est soit trop excitant soit inhibé.

Apprendre à jouer, instaurer les règles du jeu héritières du surmoi, les limites qui garantissent que le jeu est plaisant et bon pour la symbolisation du sujet et ses liens.

Le modèle du rêvé et de la rêverie

Dans les familles bénéficiant du soin à domicile, le contact avec les matériaux psychiques est parfois très douloureux et donc vécu comme dangereux.

C'est donc d'abord dans le monde interne de la soignante que va s'effectuer le travail associatif et interprétatif selon le modèle de la capacité de rêverie maternelle (W.Bion) pour ensuite se déployer dans le travail d'inter-associativité et de narration au sein des groupes d'élaboration et de supervision.

Tout ce travail de transformation psychique en fonction alpha dans l'appareil psychique du sujet soignant et de son groupe va produire des effets dans la rencontre à domicile selon les registres de la loi, du soin précoce et du jeu de telle sorte qu'à certains moments privilégiés au cours des cycles successifs pourront être abordés sans trop de douleur des points sensibles du monde interne et de l'histoire

A.Carel parle de cela comme « *un travail interprétatif ordinaire qui ouvre le regard et l'écoute* »

4.9.2 Abord systémique

4.9.2.1 Rappel historique

Le début des théories systémiques date des années 1942-43 aux USA, période pendant laquelle des psychiatres européens, qui ont une formation psychanalytique, ont émigré. Aux Etats-Unis ils se confrontent à une approche où l'on pratique et vérifie après. D'autres

formes de travail apparaissent possibles, c'est notamment à partir du constat que le comportement du patient psychotique se modifie quand la famille vient le voir que s'initie le travail avec les familles.(72)

Murray Bowen travaille avec les familles puis Grégory Bateson, anthropologue, fait des recherches sur la communication entre les états vivants en général. Il va essayer de comprendre la communication en travaillant chez des familles dans lesquelles il y a un patient psychotique. Il obtient des crédits pour la recherche et travaille à Palo Alto, il décrypte la communication dans les familles « à transactions schizophréniques »

Issu du même courant Jay Haley a développé les thérapies brèves et stratégiques, Virginia Satir assistante sociale de formation est à l'origine du courant expérientiel et met en place un programme de formation des thérapeutes.

Don Jackson, psychiatre et psychanalyste, crée la première clinique de thérapie familiale aux USA, qui devient l'école de Palo Alto.

Paul Watzlawick reprend les travaux de G.Bateson et définit une logique de la communication.

En 1967 Bateson, Halley, Jackson travaillent « vers une théorie de la schizophrénie », ils vont regarder le comportement psychotique comme un problème, une réponse interactionnelle à un problème de communication : le double lien. La psychose est considérée alors comme une tentative pour essayer de sortir de cette communication en double lien que l'ensemble de la famille ne peut pas remettre en cause. Cette théorie est remise en question aujourd'hui.

4.9.2.2 Bases et concepts de la théorie systémique

Les fondements de la théorie systémique reposent sur deux piliers : la théorie des systèmes et la théorie de la communication.

Un système est un ensemble organisé d'éléments en interaction évoluant dans le temps en fonction du milieu et de la finalité, de telle sorte qu'une modification quelconque d'un de ces termes apporte une modification de son ensemble.

Il se définit alors un principe de feed back ou de rétroaction, l'effet rétroagit sur la cause, il peut exister un effet positif ou négatif selon qu'il augmente ou diminue le déséquilibre.

G. Bateson utilise cet effet dans l'interaction pour définir la circularité de l'information.

4.9.2.3 *Théorie des systèmes*

Les concepts clés régissant les systèmes sont :

- La totalité

Un système est différent de la somme des éléments qui le constituent.

- deux lois :

La première cybernétique : l'observateur est extérieur au système.

La deuxième cybernétique : l'observateur fait partie du système.

- un système de hiérarchie :

Une hiérarchie fonctionnelle : un système pour fonctionner va mettre en place une hiérarchie.

- des frontières et une notion de territoire :

Chaque élément du système et chaque sous système a besoin de délimiter son espace vital psychique et physique, les frontières vont d'étanches à inexistantes. Plus les frontières à l'intérieur du système sont inexistantes, plus elles sont étanches à l'extérieur et inversement.

- Une équifinalité

Il n'y a pas de lien direct de cause à effet. Les causes que l'on va rechercher à partir des effets sont une construction, on raconte une histoire, cela définit le constructivisme.

4.9.2.4 Théorie de la communication

Elle est constituée de 5 axiomes :

- on ne peut pas ne pas communiquer,
- toute communication comporte deux niveaux l'un le contenu du message, l'autre la définition de la relation de telle sorte que le deuxième englobe le premier et devient une méta-communication,
- une séquence interactionnelle est ponctuée, cette ponctuation est une définition de la relation,
- les humains utilisent deux modes de communication, l'un digital, l'autre analogique,
- toute interaction est soit complémentaire, si elle se fonde sur la recherche de la différence, soit symétrique si elle se fonde sur la recherche de l'égalité.

4.9.2.5 Crise et symptôme

Jay Haley dit que l'on peut changer sans prise de conscience. La prise de conscience n'a jamais permis le changement, c'est le processus dans lequel on est qui va permettre le changement.

Pour explorer l'influence des événements extérieurs sur le système, la notion de crise est définie par un moment de passage d'un état dans un autre, moment désagréable où on perd ses repères. Elle est indispensable pour qu'il y ait du changement.

Lorsqu'une crise survient, quelqu'un du système peut prendre un symptôme, il s'agit d'un moyen, d'une tentative d'aider le système à franchir cette étape. A l'origine le symptôme est une tentative de résolution, le problème constitue la répétition d'une tentative de solution. Il faut alors faire attention en intervenant de ne pas chroniciser la crise.

4.9.2.6 Notion de mythe familial

Les différents éléments d'un système ont des croyances communes pour fonctionner ensemble appelé mythe, le but du système est de préserver ce mythe.

4.9.2.7 *Notion de contexte*

Un système ne se comprend qu'en fonction du contexte où il s'inscrit.

4.9.2.8 *Systémie et soin à domicile*

Le soin à domicile est un système triangulaire comportant la famille /l' intervenant au domicile/ le médecin, il nécessite :

- Une clarification du contexte préalable
- Qui demande ? qui commande ?
- De la part de qui ?
- A qui ?
- Pour quoi faire ?

L'analyse du contexte préalable à l'intervention est importante afin par exemple d'éviter de venir remplacer un tiers absent qui risquerait d'avoir pour effet de maintenir l'équilibre et de rendre la crise impossible.

La porte d'entrée du système est l'enfant, c'est le patient identifié. L'intervenant fait partie du système. Les personnes présentes sont informées qu'on a besoin d'elles pour travailler.

La demande est multiple : il existe autant de demandes que de membres du système, le patient identifié n'a pas la même demande que les autres membres du système. Cette demande ne peut se construire que dans un contexte donné, un système d'interaction particulier.

Le but est de passer de la plainte aux symptômes puis au problème. Différentes techniques sont utilisées mais premièrement c'est l'affiliation du patient et de sa famille qui est nécessaire.

Dans le cadre de la seconde cybernétique l'observateur n'est pas neutre dans la situation qu'il observe, lors de la rencontre avec la famille. Le fonctionnement du système consiste en un jeu relationnel incluant la présence de l'observateur qui devient un partenaire actif de l'interaction.

Pour faire émerger les compétences au sein du système d'intervention, « *il ne s'agit pas de dire aux partenaires familiaux comment ils devraient faire différemment mais de s'interroger sur comment dans le moment que nous partageons nous pouvons faire différemment avec eux pour que s'ouvre pour tous des possibilités de vivre différemment les choses* »(73).

L'objectif, plus que de comprendre, faire une hypothèse ou conseiller le changement, est l'expérience de ce changement avec la famille au sein du jeu relationnel (cf. situation clinique 2). Expérimenter le changement peut être facteur de changement.

Dans la compétence des familles G.Ausloos(74) précise : « *les familles ont les compétences nécessaires pour effectuer les changements dont elles ont besoin à condition qu'on leur laisse expérimenter leurs auto-solutions et qu'on active le processus qui les y autorise* ».

4.10 Travail de la consultation en parallèle

Comme D.Houzel le souligne le soin à domicile est un dispositif global, il y a d'un côté le soin à domicile en lui-même et de l'autre côté les consultations. Chaque dispositif est autonome mais il existe des liens entre les deux dans les temps de supervision ou de synthèse ou lors des consultations conjointes. « *Le traitement à domicile est un traitement à part entière avec son cadre propre, le thérapeute ne sert pas d'intermédiaire entre parent et consultant il y a des contacts entre les deux lors des consultations mais chacun a son cadre propre* ».

Les consultations servent à faire des points sur l'évolution du soin à domicile, elles permettent d'évaluer, de repositionner le cadre, de redéfinir les objectifs.

Il apparaît que ce qui se passe en soin à domicile permet de nourrir le travail en consultation, d'enrichir la réflexion.

C'est l'ensemble du dispositif qui est thérapeutique, le soin à domicile et la consultation. Le travail à domicile ne peut exister en lui-même sans fonction tierce du médecin, du groupe de supervision.

4.11 Questions diverses

La pratique du soin à domicile amène plusieurs pistes de réflexion sur des sujets divers comme le jeu dans le soin à domicile, la place des pères dans le soin, le soin à domicile comme révélateur de problèmes au niveau du couple parental, la terminaison du soin.

Nous ne ferons que les aborder ici, elles mériteraient un travail à part entière.

4.11.1 Le jeu dans le soin à domicile

La question du jeu se pose dans l'organisation du contenu de la séance de soin à domicile. Tout comme en consultation de pédopsychiatrie le jeu est un moyen d'alliance et d'accès à des contenus inconscients chez l'enfant car c'est dans cette aire que l'enfant rassemble des objets ou phénomènes appartenant à la réalité extérieure et les utilise en les mettant au service de ce qu'il a pu prélever de la réalité interne. Winnicott(75) définit la psychothérapie en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute.

Il a aussi une autre fonction dans le soin, il permet un temps de partage entre les parents et l'enfant. Il permet aussi aux soignants d'évaluer la capacité que les parents ont de jouer avec leurs enfants, donne des renseignements sur la capacité de faire semblant d'avoir accès à une aire transitionnelle, cette aire où l'on n'est pas tout à fait dans la réalité psychique interne mais pas non plus dans le monde extérieur.

« C'est en jouant et seulement en jouant que l'individu enfant ou adulte est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière, c'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soin »(75).

Le jeu permet également d'acquérir les limites de temps et d'espace à travers les règles. Préforme du surmoi, il permet une subjectivation et une individuation dans la capacité à être seul en présence de l'autre. C'est donc lorsque le jeu n'est pas possible que le soignant vise à amener l'enfant et sa famille à un état où il est capable de le faire.

A.Carel(48) précise le moment où il lui semble important que le jeu prenne place dans le soin à domicile : *« C'est quand intervient le processus de séparation –individuation de l'enfant que se mettent en place alors un temps et un espace de jeu pour l'enfant, un des indicateurs de la nécessité de cette mutation est la modification de la qualité de plaisir dans le registre du soin ».*

4.11.2 Place du père

La place du père se pose de différentes manières, absence du fait d'une séparation, horaires de travail importants, ce sont souvent les mères qui sont présentes. Et même si le père est

présent comme on le voit dans la situation de Simon, il reste parfois en périphérie pour différentes raisons : maladie, attitude défensive... A nous alors d'essayer de leur faire comprendre que le changement ne se fera pas sans eux et qu'ils sont porteurs de solution comme le reste du système.

4.11.3 Conjugalité et soins à domicile

A travers la pratique on se rend compte souvent que le soin à domicile est le révélateur d'un problème au niveau de la conjugalité, c'est parfois l'enfant qui est désigné portant le symptôme des dysfonctionnements. Le soin à domicile en s'intéressant à celui-ci dans une dimension relationnelle permet de faire le tri entre ce qui se joue dans les relations de la famille et ce qui relève des difficultés propres de l'enfant. Dans l'expérience du secteur de pédopsychiatrie du chapitre 2, plusieurs soins à domicile se sont ainsi terminés sur la séparation du couple parental. Les enfants sont parfois, malgré eux, les porte-parole des difficultés conjugales de leurs parents.

4.11.4 Comment termine-t-on le soin ?

On pourrait répondre que le soin à domicile se termine quand les objectifs définis sont remplis mais on se rend compte que dans certaines situations la séparation est difficile aussi bien du côté de la famille que du côté du soignant. Comment être sûr que la famille va pouvoir continuer à réfléchir et être actrice du changement ? On se rappelle cette famille qui, le soin terminé, avait gardé le temps de soin à domicile pour se réunir en famille et discuter.

C'est surtout dans les familles à risques psycho-sociaux où le soin a pu durer des années que se pose la question de terminer de la bonne façon, A.Carel pose la question « *alors soin fini ou soin indéfini ? Un des meilleurs devenirs serait que les soignants du dispositif thérapeutique connaissent le destin de l'objet transitionnel : être relégué dans les limbes* ».

4.12 La formation des professionnels et son impact sur les soins

Dans la partie 1 de ce travail nous apprenons que les formations des soignants à domicile sont diverses : systémique, formation à l'observation selon E. Bick ou que leur travail se base sur l'expérience du domicile sans formation objectivée à une approche particulière. La littérature précise l'importance de la formation des professionnels à une démarche (ex P.Delion à Angers ou D.Houzel à Caen, tous les deux dans le cas de l'observation selon E. Bick au niveau individuel et de manière globale au niveau institutionnel.)

Il existe différentes formations en France réalisées par des associations : formation à l'observation du bébé, formation systémique. On retrouve aussi des interventions sur le soin à domicile en général avec par exemple l'Afrée sur Montpellier qui a comme programme de définir et d'aider les professionnels à construire une démarche thérapeutique dans le champ des interventions au domicile. A Nantes le professeur Amar anime et supervise un séminaire d'observation du bébé selon Esther Bick et permet la formation de professionnels à cette méthode.

Pour que le travail à domicile soit thérapeutique et que les soins pédopsychiatriques gardent leur spécificité il paraît important que les professionnels puissent être assurés dans leur rôle en ayant un cadre théorique qui les soutienne dans la situation instable que peut être le domicile parfois.

Nous avons aussi vu dans la pratique que ce sont surtout les infirmières et les éducateurs spécialisés ou de jeunes enfants qui vont à domicile en pédopsychiatrie. Dans la littérature on retrouve des différences selon le type de professionnel ou non professionnel va au domicile.

Durant 25 ans Olds(76) et son équipe ont mené des investigations sur les effets des visites à domicile selon l'identité professionnelle du visiteur, il conclut à des effets différents selon que les visites sont pratiquées par une infirmière ou un para professionnel, avec des résultats positifs dans les deux cas mais dans des domaines différents. Les femmes visitées par des para professionnels montrent une meilleure santé mentale et une meilleure préoccupation pour leurs enfants, celles visitées par les infirmières montrent un intervalle plus grand entre la naissance de deux enfants, moins de violence familiale, des enfants avec un meilleur niveau de langage et de conduite. Dans les deux cas il existe une amélioration de l'ambiance propice aux apprentissages.

Une méta-analyse(77) montre que les professionnels ont des effets plus importants sur le développement cognitif de l'enfant par rapport à non professionnel. Les para-

professionnelssont plus effectifs pour changer les comportements parentaux. Il n'y a pas de différence de champ d'efficacité en ce qui concerne la maltraitance.

Ces études montrent l'importance du choix du professionnel allant au domicile. Sa formation a un impact sur les points qui vont être abordés et sur la manière dont il va procéder.

4.13 Limites du soin à domicile

On retrouve différentes limites dans la pratique et la littérature.

Dans l'étude du chapitre 1 les praticiens des Pays de Loire évoquaient un outil de soins couteux en temps et la difficulté du maintien des temps institutionnels de supervision garant de son efficacité.

Les limites retrouvées dans la littérature concernent le coût des campagnes de visites à domicile. La critique est faite sur l'emploi de telle campagne dans une population générale sans cibler une population et sur le nombre de visites effectives.

Le coût reste cependant moins important qu'une hospitalisation ou, sur le long terme, les conséquences de la maltraitance par exemple.

Des études recherchent si l'emploi de non professionnels pourrait être efficace :un projet britannique pionnier « Home start »fait appel à des volontaires pour appuyer des mères sur le réseau social, les interventions plus complexes étant réalisées par des professionnels. En Australie le programme « Good Begining » aidedes familles avec des personnes non professionnelles (78).

Ce qui paraît donc important est de savoir différencier les situations qui ont besoin de soins psychiques, de celles qui nécessitent prioritairement un abord social même s'il est parfois difficile en pratique de séparer les deux.

Les limites du soin à domicile sont donc constituées par ses caractéristiques propres de réalisation. Les différents phases qui le constituent sont indispensables pour son efficacité mais demandent du temps et l'implication de différents professionnels (infirmier, éducateur, psychologue, pédopsychiatre...). Son champ d'intervention s'arrête où le travail socioéducatif commence et où d'autres catégories professionnelles sont amenées à intervenir.

4.14 A l'ère de l'évaluation

4.14.1 La littérature

En étudiant la littérature on peut constater qu'il n'existe pas à proprement parler d'ouvrage s'intéressant aux soins à domicile. Il y a globalement peu de références sur ce sujet. On retrouve, en interrogeant les banques de données (Pubmed, AscoDocPsy, Google scholar) deux types d'articles : les articles des praticiens français qui traitent d'expériences cliniques et de la psychopathologie des soins à domicile, et les articles anglo-saxons provenant des USA, Australie ou Grande-Bretagne qui, eux, tentent d'évaluer de manière statistique le fonctionnement des soins à domicile. Nous avons également trouvé une seule thèse(79) à ce sujet pour les familles à problèmes multiples sous la direction de J. Hochmann à Lyon.

4.14.2 Les études anglo-saxonnes

Dans la littérature internationale, en interrogeant Pubmed avec les mots clés « home care » et « mental disorder diagnosed in childhood », on trouve de nombreux articles et de nombreuses revues de la littérature sur les interventions à domicile pour différentes indications. Beaucoup d'articles concernent l'impact sur les interactions précoces dans les familles à risque psycho-social. D'autres études sont au sujet de : l'accompagnement des mères adolescente, la prévention des abus et de la maltraitance, la prévention des troubles des conduites, le devenir d'enfants avec une grande prématurité...

Plusieurs revues et méta-analyses tentent de comparer ces études et d'étudier la manière dont fonctionne le soin à domicile. Beaucoup d'études sont positives sur l'utilisation des soins et indiquent de meilleur résultat avec les soins à domicile en comparaison à une prise en charge classique en consultation. D'autres ne montrent pas de différence.

Il est compliqué de comparer toutes ces études car elles présentent des méthodologies différentes avec des populations cibles non semblables.

Une étude sud-américaine de 2010(78) fait une revue de la littérature. Les auteurs ont fait la revue des articles publiés entre 1999 et 2009, en interrogeant Psycinfo, Pubmed, Ebsco et Proquest. Ils s'intéressent aux caractéristiques, à l'efficacité et aux enjeux de la visite à domicile dans le cadre des interventions et souhaitent en clarifier les orientations, les limitations et les applications. Les visites à domicile ont montré une efficacité dans plusieurs

domaines en particulier pour le développement des compétences parentales et les interactions parents-enfants. Les programmes les plus efficaces démarrent durant la grossesse, durent plus d'un an, sont constitués pas des professionnels spécialement formés qui sont focalisés sur la construction d'une relation confiante et forte.

Dans une méta-analyse (77) récente qui analyse 60 programmes publiques de visites à domicile avec groupe contrôle depuis 1965, les critères les plus souvent évalués sont l'impact des visites à domicile sur :

- l'éducation donnée par les parents incluant : compétences, attitudes parentales et habiletés d'interaction parents enfants,dans 96.7% des études

- le développement infantile (85%des études)

- la prévention de la santé(30%)

- l' appui social parental (28%)

- la prévention de la maltraitance infantile (18 ,3%)

- l' autonomie parentale (8,3%)

Cette méta analyse montre qu'il n'y a pas d'effet des visites à domicile sur la maltraitance actée ou le stress parental mais des effets sur le développement cognitif, le développement socio émotionnel, la prévention de la maltraitance infantile.

Mac Naughton(80) identifie dans la littérature empirique seize types de service à domicile, il apparait que la visite à domicile n'est pas une technique d'intervention mais bien un contexte écologique approprié pour le déroulement d'interventions spécifiques avec des objectifs variables.

Dans une autre révisionportant sur20 études (81) de programmes de visites à domicile réalisées par des infirmières chez des familles jeunes et vulnérables,des résultats significatifs sont trouvés concernant la santé mentale des mères, le contrôle du nombre de grossesse à répétition, la consommation d'alcool, les interactions mère-enfant.Des résultats mixtes sont retrouvés au sujet des habiletés parentales avec comme indicateurs le nombre de visites aux urgences et les signalements de maltraitance. Il n'y a par contre pas d'effet sur les habiletés sociales, sur la recherche d'emploi ou la rescolarisation.Il existe des

résultats positifs mais moins robustes au sujet de la santé et du développement des enfants, l'utilisation des services de santé, la surveillance de l'enfant, les vaccinations, les blessures.

Lagerberg(82) a analysé les interventions psychologiques des visites à domicile pour les familles vulnérables et conclut au rôle positif dans le développement de conduites pour la santé de l'enfant, la sécurité domestique et la stimulation infantile. Il y a par contre peu d'influence sur la maltraitance.

Dans une révision systématique par méta-analyse (83) d'études expérimentales et quasi expérimentales chez des familles à risque dans lesquelles ont été évaluées l'efficacité des visites à domicile sur la parentalité et la qualité de l'entourage familial, on retrouve un effet positif sur les interactions mère-enfant, la discipline parentale, l'attention des parents sur le développement de l'enfant, les habiletés pour stimuler les apprentissages, la stimulation pour utiliser livres et jeux. Cependant dans 22 % de ces études qui utilisent des mesures pour évaluer la parentalité, on ne retrouve pas d'effet. Dans 12% de ces études qui utilisent l'outil HOME il existe un effet hautement significatif des visites à domicile sur la qualité de l'ambiance familiale.

4.14.3 Un outil d'évaluation environnementale : HOME

Dans la perspective d'une évaluation et d'une formalisation des conditions environnementales du domicile, on retrouve dans la littérature la création et l'utilisation d'un outil de mesure nommé Home.

Home : Home Observation for Measurement of Environment(84) est un instrument de mesure développé par B. Caldwell de l'université de Little Rock dans l'Arkansas durant les années 60. Cet instrument examine la relation entre environnement, soin quotidien et développement de l'enfant. Il permet de mesurer dans un contexte naturel, le domicile, la qualité et la quantité des stimulations et supports disponibles pour un enfant.

Il est utilisé à la fois par les praticiens et les chercheurs. La version initiale « The Infant Toddler- Home » concerne les 0-3 ans. Elle est composée de 45 items auxquels on répond par oui ou non et qui évaluent 6 dimensions : la réponse parentale, l'acceptation de l'enfant,

l'organisation de l'environnement, le matériel d'apprentissage, l'implication parentale, la variété des expériences.

Les items sont comptés sur la base d'informations obtenues pendant un entretien semi-structuré et une observation directe au domicile en présence du parent et de l'enfant.

La présence de l'enfant actif pendant l'entretien permet d'obtenir des informations immédiates sur les patterns d'interactions entre l'enfant et le parent. La passation dure environ 1h.

Il existe également d'autres scores pour les enfants et adolescents : Early childhood, Middle childhood et Early adolescence.

Trois principaux facteurs ont amené à la construction de Home :

- la réalisation de l'importance de la contribution de l'environnement au développement cognitif de l'enfant
- l'inadéquation de l'utilisation de critère comme le statut socio-économique
- le besoin d'une évaluation compréhensive de l'environnement pour planifier des interventions

L'outil reflète les théories occidentales et a été formé sur des échantillons de population concernant les classes moyennes. Il n'a pas été traduit et évalué en français. Dans les études, Home fonctionne comme prédicteur de l'attachement et du développement cognitif.

HOME est utilisé pour mesurer les changements dans l'environnement familial et la qualité de la parentalité qui sont apportés par des programmes d'intervention au domicile par exemple dans le cas des enfants à risque : prématurité, risque psycho-social.

Cet instrument de mesure est facile d'utilisation, acceptable par la famille. Des critiques concernent le manque de procédure standardisée pour la réalisation du test, l'emploi d'un score binaire, obtenu par une personne à un moment donné qui entraîne un manque d'information et ne représente pas la totalité des conditions de vie de l'enfant.

Plusieurs années de recherche ont montré l'importante corrélation entre Home et les mesures du développement cognitif et du langage. Il a prouvé sa validité pour décrire l'environnement à domicile des enfants à risque et révéler les effets des interventions à domicile sur le devenir de ces enfants. Les sous scores peuvent être individualisés pour connaître les besoins particuliers d'une famille et adapter l'intervention.

4.14.4 Limites et critiques, proposition pour les études à venir

Dans le contexte français des accréditations et des évaluations des pratiques professionnelles, il est nécessaire de comprendre ce qui fonctionne ou non dans nos soins et de cibler les populations auxquelles ils s'adressent afin d'améliorer nos pratiques.

L'ensemble des études de la littérature se situe dans le domaine de la prévention primaire ou secondaire et concerne les interactions précoces dans des situations où la parentalité est défaillante ou attaquée (familles à problèmes multiples, prématurité).

Il n'existe à notre connaissance pas d'étude évaluant le soin à domicile dans un contexte curatif par rapport à des soins classiques en structures médico-psychiatriques.

Actuellement dans la littérature on sait que certains problèmes sont plus abordables en visite à domicile et que les résultats sont plus sensibles mais il n'y a pas de consensus sur le niveau méthodologique dans les études.

De nombreux auteurs font des propositions concernant les futures études :

- évaluer au préalable le nombre de cas nécessaire pour obtenir des résultats significatifs, ce qui impliquerait de tester des modèles et des quantités en fonction de thématique spécifique.
- approfondir comment l'agent voit son propre rôle et quelle est sa perception de sa pratique pour contribuer positivement à de meilleurs résultats. Ainsi il serait nécessaire d'indiquer systématiquement les pratiques des visiteurs pour comprendre la relation entre la forme d'exécution et les résultats obtenus ou ceux qu'on cherche à atteindre. On sait d'autant plus qu'un des facteurs les plus significatifs est l'établissement d'une relation collaborative ou d'alliance de travail entre l'agent visiteur et les familles et que cette relation a un pouvoir prédictif sur l'adhésion, la participation et les résultats obtenus.
- évaluer le processus de réussite d'un programme de soin à domicile. Est-ce le contenu abordé ou la référence théorique utilisée ?

Il serait donc fondamentale pour les futures interventions de tester des hypothèses spécifiques de fonctionnement et d'arriver à construire des modèles pertinents et utiles pour le design et l'implantation de nouveaux programmes.

4.15 Une recherche en France CAPEDP

CAPEDP= **C**ompétences parentales et **A**ttachement dans la **P**etite **E**nfance,est une action recherche, débutée en ile de France en 2006 qui a pour objectif la **D**iminution des risques liés aux troubles de la santé mentale et la **P**romotion de la résilience, elle est financée par le protocole hospitalier de recherche clinique national (PHRC) et l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé INPES.(85)(86)(87)

La recherche se base sur des références historiques que nous avons déjà évoquées plus haut et plus particulièrement sur le modèle princeps de la visite préventive à domicile élaborée dans les années 70 par David Olds. Ce pédiatre américain a démontré qu'une intervention précoce durant la grossesse et menée à domicile par des professionnels formés permettait de promouvoir la santé mentale de la mère et de l'enfant et aidait la famille à développer des habiletés sociales.

4.15.1 But de l'étude

Le but de l'étude est de produire un effet tampon sur l'impact des stress sociaux par une action préventive en santé mentale qui s'étend de la proposition d'un lien social à une action de soin.

4.15.2 Matériel et méthode :

440 femmes ont été recrutées sur la base de facteurs de vulnérabilité psychosociale :

- âge inférieur à 26 ans
- isolement social, absence de conjoint
- précarité socio-économique
- faible niveau d'éducation correspondant à moins de 12 années de scolarité

Deux groupes ont été constitués par randomisation :

- 1 groupe qui bénéficie des interventions à domicile par une psychologue au domicile tous les 15 jours d'une durée d'1h à 1H30

-1 groupe témoin

Pour les deux groupes, une visite d'une évaluatrice est effectuée tous les trois à six mois afin de recueillir des données à l'aide d'entretiens de recherche directifs, étayés par des outils d'évaluation et des auto-questionnaires présentés en hétéro évaluation. Les visites d'évaluation ont lieu au 7^{ème} mois de grossesse puis à 3, 6, 12, 18,24 et 30 mois après la naissance.

Les visites sont proposées aux parturientes en leur expliquant que le but est l'étude de la période périnatale et le développement de la relation mère bébé. L'autre objectif est l'accompagnement jusqu'aux deux ans de l'enfant. Parmi les parturientes éligibles il y a eu la moitié de refus.

4.15.3 Cadre des visites à domicile

Le cadre est le terme utilisé pour désigner l'ensemble des dispositions pratiques et des principes qui règlent l'aménagement de la situation de psychothérapie et plus largement la rencontre avec le professionnel.

Il est défini par des modalités spatiales en l'occurrence le domicile, endroit a priori moins anxiogène que l'institution, et des modalités temporelles : début des visites au 7^{ème} mois de grossesse jusqu'aux deux ans de l'enfant. Il y a une visite tous les 15 jours jusqu'au 6^{ème} mois puis tous les 21 jours jusqu'au 12^{ème} mois puis une fois par mois jusqu'aux deux ans de l'enfant.

4.15.4 Objectifs

Les objectifs de l'étude sont, dans une logique préventive et non psychothérapeutique, la création d'une alliance, la continuité et la qualité de l'accompagnement. La présence du bébé mobilisatrice, constitue le levier de l'intervention pour travailler les interactions.

4.15.5 Modalités d'interventions

Les modalités sont ajustées de la réassurance à l'accompagnement thérapeutique, elles comportent :

- une écoute active par une approche centrée sur la personne théorisée par Rogers 1951,
- des techniques « d'empowerment » et de valorisation : à partir de ses compétences réassurance de la mère dans ses capacités parentales et sociales, renforcement de l'estime qu'a la mère de ses propres capacités maternelles. Elle est la mieux placée pour savoir comment s'occuper de son bébé,
- alliance et attachement : empathie, authenticité, non jugement, respect des valeurs et de la culture des familles, respect de la confidentialité pour créer le lien. C'est l'idée qu'une expérience d'une relation stable et cohérente pour la mère lui permette à son tour de prendre soins de son bébé(Guedeney 2006, Lyons Ruth 2005)
- une guidance développementale basée sur des informations concernant le développement des bébés, leurs besoins affectifs et les soins à leur prodiguer en assurant à la mère de trouver elle-même les réponses.Pas de conseils directs pour ne pas disqualifier,
- prise en compte des points forts développés par Brazeltonet du rôle actif du bébé dans le sentiment de compétence parentale,
- observation attentive : parler du lien mère bébé observé dans les interactions quotidiennes pour renforcer la construction de ce lien (Egelandet Erickson 2004). Le regard favorise la capacité de la mère à observer et l'encourage à s'émerveiller de son enfant.Verbaliser ce que peut éprouver le bébé s'avère aussi être une technique particulièrement adaptée pour développer l'attention de la mère aux besoins de son enfant.

Pour les aider, les intervenants au domicile disposent d'un support écrit sous forme de guide qui définit les sujets à aborderconcernat ledéveloppement de l'enfant, ses interactions...Ce manuel est basé sur le travail de Weatherston et du programme STEEP.

4.15.6 Supervision

L'étude rappelle l'importance du cadre interne propre à chaque psychologue, composé de ses références théoriques, d'un travail personnel, du pays dans lequel il exerce et précise l'importance de l'étayage sur l'institution.

Une supervision collective a lieu deux fois par mois et une individuelle une fois par semaine pour permettre le travail du cadre interne.

Les professionnels sont sensibles à la dimension de l'inconscient, au poids de la répétition du trans-générationnel, aux identifications croisées.

4.15.7 Premiers résultats

4.15.7.1 Contexte

Les programmes de visite à domicile sont devenus les plus populaires des interventions en faveur de l'enfance. Ils concernent 500000 familles aux USA et l'intérêt est grandissant en Europe dans les systèmes de prévention.

Cependant seulement la moitié des programmes revus, comme nous l'avons indiqué plus haut, a un impact positif et significatif sur les enfants, sans oublier que ces résultats contradictoires peuvent être attribués à différentes méthodes et critères de recrutement, des protocoles peu clairs ou des références de base peu solides.

L'un des buts principaux des visites à domicile est de réduire l'impact du stress social sur la santé mentale des familles vulnérables.

Typiquement les interventions suivent un programme de visites à domicile qui procure un soutien émotionnel, une psychoéducation et un accompagnement individualisé sur une base hebdomadaire ou mensuelle avec des services démarrant en période prénatale et finissant au plus tard au 5 ans de l'enfant.

Comprendre l'impact des visites à domicile pour les chercheurs est un challenge à cause de la variété des programmes réalisés par le passé. Plusieurs programmes ont utilisé des mesures quantitatives pour les enfants. L'implantation et l'application du programme sont couramment un point de focus pour la recherche afin d'en déterminer l'efficacité.

La question n'est pas est ce que ça marche ? Mais ce qui marche, pour qui et dans quelles circonstances ?

Les premiers résultats de l'étude CAPEDEP permettent d'évaluer l'utilisation des guidelines proposés et identifie les thèmes abordés lors des interventions.(88)

4.15.7.2 En chiffres

Entre 2006 et 2009 s'est effectué le recrutement de 440 femmes de moins de 26ans dont l'âge médian était 22 ans. Elles étaient sans conjoint dans 28,3% des cas et 52,3 % étaient nées à l'étranger. Le groupe intervention comportait 222 femmes et le groupe contrôle 218.

La première partie d'exploitations de l'étude a concerné l'évaluation des notes des observateurs « case notes » réalisées après chaque visite au sujet de la fréquence des thèmes abordés et de la perception subjective de la visite. 105 familles ont été randomisées de juin 2007 à juin 2009 pour l'exploitation des cases notes ce qui correspond à 1058 cases notes.

Deux analyses ont été réalisées : une analyse thématique qualitative par un professionnel de la santé mentale et une analyse assistée par ordinateur.

L'analyse thématique des « cases notes » a été conduite en utilisant le principe de la « grounded theory »¹. C'est une approche inductive par laquelle l'immersion dans les données empiriques sert de point de départ au développement d'une théorie sur un phénomène et par laquelle le chercheur conserve toujours le lien d'évidence avec les données du terrain.

Les lecteurs professionnels de la santé mentale ont donc lu les « case notes » et les ont divisés en 4 catégories d'âge puis les ont analysés pour identifier les principaux thèmes abordés. Le point de saturation des thèmes était obtenu pour 40 à 50 « case notes ».

¹ Glaser B, Strauss A (1967) The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago, IL: Adline Publishing.

Deux éléments ressortent :

- La difficulté de parler des sujets concernant la santé et l'éducation à celle-ci, les auteurs l'expliquent par :
 - la priorité donnée à la situation sociale et matérielle
 - l'insuffisance du nombre de visites prénatales pour introduire l'éducation à la santé
 - la réalisation des visites par des psychologues qui font plus attention à la santé mentale qu'à l'éducation à la santé.

- La priorité aux urgences sociales par rapport au sujet en lien avec la santé qui a comme conséquences de rendre secondaires les thèmes de santé, de relation et d'éducation.

Des thèmes non attendus ont été abordés :

- La relation entre la mère et le psychologue : relation différente de celle dans d'autres études où ce sont des infirmières.
- La position d'évaluateur du visiteur : questionnement sur la parentalité maternelle et le développement du langage
- Les problèmes sociaux et administratifs dus à la population concernée, dans d'autres études ce sont des travailleurs sociaux qui interviennent dans un premier temps
- Les relations familiales

L'étude montre que les visites à domicile ont permis au psychologue de développer des compétences dans un nouveau milieu, mais pose la question de la pertinence d'une équipe composée par une seule catégorie professionnelle.

Les auteurs concluent que plusieurs des objectifs n'ont pas été remplis à cause des besoins sociaux qui ont été prévalents aux autres objectifs. En se confrontant à la pratique ils se sont rendus compte de la malléabilité des structures de visite à domicile. Les visiteurs ont été exposés à la difficulté d'évoquer certains des thèmes ou au contraire en ont abordé d'autres

qui n'étaient pas référencés dans les guidelines de départ. Les visites à domicile ont permis assez de flexibilité pour s'adapter aux besoins des familles.

Pour les programmes futurs les auteurs proposent d'adapter les professionnels à la réalité, aux besoins sociaux, psychologiques et de santé des populations pour s'assurer que l'intervention a un impact sur l'individu et la communauté. Cela nécessite de considérer précisément la catégorie professionnelle qui intervient et les besoins de la population. Il y aurait des bénéfices d'utiliser des équipes comportant des intervenants de champ différents : travailleurs sociaux, psychologues, infirmières.

Conclusion

Le domicile, lieu d'accès aux soins ? Nous pouvons en convenir à l'issue de ce propos en voyant la diversité des modalités thérapeutiques proposées : VAD, SAD, HAD, Équipe mobile et les nombreuses études dans la littérature anglo-saxonne au sujet de programme d'intervention préventive à domicile. Un numéro entier de la revue Dialogue était consacré au soin psychique à domicile en 2011.

Certains se félicitent de cette meilleure accessibilité aux soins, de ce mouvement vers une psychiatrie dans la cité, proche des besoins des populations. D'autres sont plus sceptiques et s'inquiètent des possibilités d'intrusion, de la professionnalisation du registre de l'intime, de la psychiatrisation du quotidien.

« Le soin à domicile, un monstre à trois têtes ? » s'interroge André Carel. La pratique et la littérature nous montrent qu'il se situe à une position charnière dans différents registres : outil à la fois diagnostique et thérapeutique, entre le préventif et le curatif, entre la psychothérapie individuelle et la thérapie familiale, entre l'intérieur et l'extérieur de l'institution...

Il se caractérise par la multiplicité des indications, non pas en fonction d'une pathologie mais en fonction de situations cliniques. Il permet de façon constante l'abord concomitant des dimensions individuelle et familiale en temps réel.

Ces différentes caractéristiques en font un outil riche et complexe qui nécessite réflexion et formation de l'ensemble des professionnels qui souhaitent l'utiliser. Notre démarche de soins dans ce « territoire particulier » doit donc être pensée, étayée et sans cesse remise sur le métier afin que nos interventions produisent des effets thérapeutiques.

Les études réalisées actuellement sont diverses et difficilement comparables mais elles montrent comment des projets de prévention réfléchis en amont et adaptés aux besoins d'une population sont efficaces.

Des études qualitatives sur le ressenti des patients et de leur famille seraient intéressantes pour comprendre, de leur point de vue, ce qui les a aidés.

Le soin à domicile se situe au carrefour d'une démarche empirique basée sur l'expérience sensible et d'un travail de l'imaginaire individuel et familial contrôlé par la fonction « alpha » du groupe de supervision et du thérapeute. Cette articulation permet de donner une position très humaine au soin, entre observation scientifique et travail sur le ressenti de l'expérience. Il peut alors se réaliser une véritable scénographie de cet imaginaire individuel et familial.

« L'objet de la scénographie est de composer le lieu nécessaire et propice à la représentation d'une action, le moyen en est la mise en forme de l'espace et du temps. Autant que la spatialité, la temporalité est un élément constitutif du travail scénographique, et cela toujours en relation avec un texte, entendu comme projet dramatique. Il n'y a pas de scénographie concevable sans dramaturgie : c'est le fondement même de toute scénographie. Inversement il n'y a pas de dramaturgie qui puisse être effective sans scénographie. »(89)

Cette représentation nous aide à penser les troubles, penser la famille, penser les soins afin que les acteurs du drame familial deviennent chacun, sujet de l'action pour une nouvelle dynamique vers un univers plus créatif, moins répétitif et moins enfermé sur le symptôme.

Annexes

Secteur : Médecin référent : Unité :
Intitulé du soin à domicile : Comment est-il nommé ? soin à domicile, visite à domicile, travail à domicile, hospitalisation à domicile, équipe mobile de soin à domicile...?
Cadre général du soin à domicile
-Comment se pose l'indication ? (systématique, situation d'urgence ou de crise, protocole ?)
-Y a-t-il un médecin consultant de l'enfant et un médecin référent de l'équipe des soins à domicile ?
-Lien entre le médecin posant l'indication et le soignant allant au domicile ? (consultation conjointe, réunion de reprise ?)
-Indications : travail mère- bébé ? selon l'âge de l'enfant ou de l'adolescent? selon quels troubles ?...
-Comment les soins sont-ils présentés à la famille ?
-Comment les objectifs de soins sont-ils définis ?
Cadre du soin à domicile en lui- même
-Horaires, fréquence, sur ou hors temps scolaire ?
-Avec qui s'effectue le soin ? (présence d'un ou des deux parents ? place du père ? place de la fratrie ?...)

-Référence soignante : qui va au domicile ? (IDE, éducateur, psychologue, psychomotricien, psychiatre... ?)
-Quel cadre autour des visites ? réunion de reprise ? si oui avec qui ?et à quelle fréquence ?
-Existe-t-il des groupes de travail, une réflexion institutionnelle autour de ce mode de soins ?
-Références théoriques utilisées : (observation du bébé selon E. Bick ? modèle systémique ?...)
Commentaires libres

Références indexées dans le texte

1. Schmit G, Bouvet M, Hincky M-O. Secteur de psychiatrie infantile. EMC. Paris: Elsevier Masson; Psychiatrie/pédopsychiatrie, 37-211-A-05, 2008.
2. Garret-Gloanec N, Pascal J, Simonnot A. Alternatives à l'hospitalisation pour les secteurs de psychiatrie infantile. EMC. Paris: Elsevier Masson; Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-210-A-35 2003.
3. Houzel D. L'aide aux parents dans les traitements à domicile en psychiatrie du nourrisson. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et l'Adolescence*. 1991;39(11-12):567-70.
4. Bick E. Notes on Infant Observation in Psycho-analytic Training. *International Journal of Psychoanalysis* 1964;(45):558-66.
5. Haag M. A propos des premières applications françaises de l'observation régulière et prolongée d'un bébé dans sa famille selon la méthode de Mrs Esther Bick: Des surprises profitables. auto éd. 1984.
6. Bydlowski M. Je rêve un enfant l'expérience intérieure de la maternité. Paris: O. Jacob; 2010.
7. Lebovici S. Interactions fantasmatiques et transmissions inter-générationnelles. *Psychiatrie du bébé*. Eshel, Médecine & Hygiène. 1988. p. 321-35.
8. Stern D. Micro-analyse de l'interaction mère-nourrisson. *La psychiatrie de l'enfant*. 1983;26(1):217-35.
9. Anzieu D. Le corps de la pulsion. La pulsion pour quoi faire? Paris: Association psychanalytique de France; 1984. p. 53-67.
10. L'Escabelle (France), Robineau C. Les jumeaux: 1 fois 2 ou 2 fois 1? Ramonville Saint-Agne: Érès éd.; 2008.
11. Bettelheim B, Carlier T. Psychanalyse des contes de fées. Paris: R. Laffont; 2001.
12. ZeBible: l'autre expérience: Ancien et Nouveau Testament: avec les livres deutérocanoniques: avec introductions, notices, outils de lecture et vocabulaire. Villiers-le-Bel: Bibli'O; 2011.
13. Racamier P-C. L'inceste et l'incestuel. Paris: Dunod; 2010.
14. Kannas S, Robin M. Interventions psychiatriques au domicile et équipes mobiles. In: Tordjman S, Garcin V. Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté. Masson. 2009. p. 11-33.
15. Fraiberg S, Nataf A. Fantômes dans la chambre d'enfants évaluation et thérapie des perturbations de la santé mentale du nourrisson. Paris: PUF; 2007.
16. Jardin F, Detry L. Présentation de l'unité de soins spécialisés à domicile de la fondation de Rothschild du 13ème arrondissement. *Spirale*. 2003;1(25):75-84.
17. Jardin F, Rebillaud B. Une unité de soins spécialisés à domicile pour jeunes enfants. *La psychiatrie de l'enfant*. 2004;1(471):27-57.

18. Jardin F, Rebillaud B. L'unité de soins spécialisés à domicile pour jeunes enfants. *Devenir*. 2006;18(2):139-45.
19. Lagarde F. Prévention précoce au domicile: une revue de la littérature et description d'un service français d'intervention sociale et familiale. *Devenir*. 2011;23:33-68.
20. Carrefour National de l'action éducative en milieu ouvert - CNAEMO [Internet]. [cité 2012 août 1]. Available de: <http://www.cnaemo.com/aemo.html>
21. L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile SESSAD- Recommandations de bonne pratique. Anesm:agence nationale de l'évaluation et la qualité des établissements et services médico-sociaux; 2011 février.
22. Les consultations de la Protection maternelle et infantile (PMI) [Internet]. Disponible sur: http://www.loire-atlantique.fr/jcms/cg_6792/les-consultations-de-la-protection-maternelle-et-infantile-pmi?hlText=pmi
23. Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf
24. Bulletin Officiel n°2004-8 [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-08/a0080584.htm>
25. Guedj M-J, Galois E. La visite à domicile comme réponse à la réclusion de l'adolescent. *Enfances et Psy*. 2006;1(30):43-55.
26. Mauriac F, Zeltner L, Depraz N. Les figures de la mobilité dans le travail avec les adolescents: déplacement, mobilisation, créativité. In: Tordjman S, Garcin V. *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*. Masson. 2009. p. 51-70.
27. Plassard C, Squillante M. Applications de l'observation du nourrisson selon Esther Bick et de l'expérience des visites à domicile dans une pratique d'équipe mobile pour adolescents. In: Tordjman S, Garcin V. *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*. Masson. 2009.
28. Tordjman S, Garcin V. *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2009.
29. Tordjman S. Comment dépasser la non-demande des adolescents en difficulté□: intérêt du bureau mobile et des changements de binômes. In: Tordjman S, Garcin V. *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*. Masson. 2009. p. 35-50.
30. Moralès-Huet M. Psychothérapies mère-bébé à domicile. Traitements de dyades mère-enfant à risques et inaccessibles aux soins en institution. *Devenir*. 1996;8(2):7-41.
31. Greenspan S, Wieder S, Lieberman S. *Infants in Multirisk families. Case Studies in Preventive Intervention*. International Universities Press. Madison; 1987.
32. Stoléru S, Moralès-Huet M. Psychothérapies mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples. *Devenir*. 1990;3:8-28.
33. Delion P. *L'observation du bébé selon Esther Bick□: son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui*. Ramonville-Saint-Agne: Erès; 2004.

34. Weatherston. La santé mentale du nourrisson: une revue de la littérature. *Devenir*. 2003;15(1):49-83.
35. Lierberman A, Weston D, Pawl J. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*. 1991;(62):199-209.
36. Erickson M, Korfmacher J, Egeland B. Attachements past and present: implications for therapeutic interventions with mother-infant dyads. *Development and psychopathology*. 1992;4(4):495-507.
37. Houzel D. Un mode d'approche thérapeutique de l'autisme et des psychoses infantiles précoces □: les traitements à domicile. *Autisme et troubles du développement global de l'enfant*. Expansion Scientifique Française. 1989.
38. Houzel D. Les applications thérapeutiques de l'observation directe dans le champ de la psychiatrie. *Devenir*. 1994;6(2):79-86.
39. Houzel D. Une application thérapeutique de l'observation des nourrissons. In Lacroix M-B, Monmayrant M. *Les liens d'émerveillement. L'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications*. Érès. Érès; 1995.
40. Houzel D. L'observation thérapeutique: une méthode en psychiatrie du nourrisson. *Dialogue*. 2011;(193):125-37.
41. Delion P. Un dispositif d'observation thérapeutique. *L'information psychiatrique*. 2001 janv;(1):19-24.
42. Delion P. La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick. La formation et les applications. In: *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick*. érès. Ed. Érès; 2008. p. 7-11.
43. Mellier D. Transformer le regard du visuel à l'association de pont de vue, le regard comme une tension à contenir. *Cahiers de psychologie clinique*. 2003;(20):169-89.
44. Mellier D. L'observation est un soin. un travail d'attention. In: *Observer un bébé: un soin*. Érès. 2008. p. 7-17.
45. Comby A. L'approche psychanalytique de l'observation du nourrisson dans sa famille, apport à la pratique psychiatrique. *Le nourrisson et sa famille*. Césura. Lyon; 1990. p. 47-66.
46. Prat R. Panorama de l'observation du bébé selon la méthode d'Esther Bick dans les pays francophones. *Devenir*. 2005;17(1):55-82.
47. Houzel D. Observation des bébés et psychanalyse, point de vue épistémologique. *Les liens d'émerveillement. L'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications*. Érès éd.; 1995. p. 107-16.
48. Carel A, Medjahed M. Le traitement à domicile. Une forme de thérapie familiale. *Groupal*. 2000;(6):123-44.
49. Bonnot O. *troubles psychiatriques des parents et santé mentale de l'enfant*. Elsevier Masson SAS. EMC. Paris. Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-204-G-10, 2007.
50. Foucault M. *Naissance de la clinique*. PUF. Paris; 1983.

51. Serfaty-Garzon P. Le chez soi: habitat et intimité. Dictionnaire critique de l'habitat et du logement. Paris; 2003. p. 65-9.
52. Cuynet P. Revisiter son berceau□: habitat et intimité. Dialogue. Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille. Devenir. 2000;(148):3-15.
53. Anzieu D. Cadre psychanalytique et enveloppes psychiques. Journal de la psychanalyse de l'enfant. 1986;(2):12-24.
54. Benghozi P-J. Le spaciogramme en thérapie psychanalytique de couple et de famille. Devenir. 2006;(172):5-24.
55. Worms F. Le moment du soin. A quoi tenons-nous? PUF. Paris; 2010.
56. Worms Frédéric. Vers un moment du soin? Entre diversité et unité. La philosophie du soin. PUF. Paris; 2010. p. 11-21.
57. Lamour M, Barraco de Pinto M. Approche à domicile et travail en réseau dans le traitement des nourrissons à haut risque psychosocial et de leur famille. Spirale. 2003;1(25):117-32.
58. Djaoui E. Intervention au domicile. Gestion sociale de l'intime. Dialogue. 2011;(192):7-18.
59. Marcelli D. Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson. La Psychiatrie de l'enfant. 1992;35(1):57-82.
60. Marcelli D. Entre les microrhythmes et les macrorhythmes: la surprise dans l'interaction mère bébé. Spirale. 2007;(44):123-9.
61. Freud S. Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques. Résultats, idées, problèmes. PUF. 1984. p. 135-43.
62. Bion W. Aux sources de l'expérience. PUF. Paris; 1979.
63. Williams G. Paysages intérieurs et corps étrangers. Edition du Hublot. Larmor Plage; 1998.
64. Hochmann J. Le temps du récit. Information psychiatrique. 1992;(7):667-72.
65. Stern D. Le monde interpersonnel du nourrisson. PUF. Paris; 1989.
66. Vidal J-P. Les « redoublements emboîtés ». Le groupe de supervision comme chambre d'échos. Le Divan familial. 2007;(19):141-52.
67. Vidal J-P. D'un usage du contre-transfert. Des effets analytiques du contre transfert dans les groupes de supervision... à l'objet de l'écoute analytique. Le Divan familial. 2006;(17):69-86.
68. Sandri R. Le groupe d'observation: écoute, rêverie, transformation. In: Lacroix M-B, Monmayrant M. Les liens d'émerveillement. L'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications. érès. 1995. p. 81-97.
69. Kaës R. Groupes internes et groupalité psychique: genèse et enjeux d'un concept. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 2005;(45):9-30.

70. Roman P. La figure du délogement. Vers une métapsychologie des pratiques de soin à domicile. *Dialogue*. 2011;(192):31-41.
71. Lafay-Amado M-A. De l'ingérence bien tempérée. *Clinique du travail à domicile*. *Dialogue*. 2011;(192):51-62.
72. Elkaïm M. *Panorama des thérapies familiales*. [Paris]: Seuil; 2003.
73. Hardy G. De la compétence des familles à la compétence d'intervention. *Les cahiers de l'Actif*. 2004;(332-335):37-46.
74. Ausloos G. La compétence des familles, l'art du thérapeute. *Service social*. 1994;43(3):7-22.
75. Winnicott D. *Jeu et réalité*. Folio essais. 1971.
76. Olds D, Henderson C, Cole R. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior. *JAMA*. 1998;280(14):1238-44.
77. Sweet M, Appelbaum M. Is home visiting an Effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*. 2004;75(5):1435-56.
78. Kotlirencu MA, Gomez E. The characteristics, effectiveness and challenges of home visiting in early intervention programmes. *Revista salud publica*. 2010;12(2):184-96.
79. Titeca M. *Soins à domicile et pédopsychiatrie*. Thèse de doctorat en Médecine. Lyon: Université de Lyon, 1998, 165p.
80. Mc Naughton D. Nurse home visits to maternal-child clients: a review of intervention research. *Public health nursing*. 2004;21(3):207-19.
81. Kearney M, York R. Effects of home visits to vulnerable young families. *Journal of nursing scholarship*. 2000;32(4):369-76.
82. Lagerberg D. Secondary prevention in child health: effects of psychological intervention, particularly home, on children's development and other outcomes variables. *Acta Paediatrica supplement*. 2000;(434):43-52.
83. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M. Does home visiting programs improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*. 2000;82(6):443-51.
84. Totsika V, Sylva K. The Home Observation for Measurement of the Environment Revisited. *Child and Adolescent Mental Health*. 2004;9(1):25-35.
85. Tissier J, Bouchouchi A. Une intervention préventive communautaire en périnatalité. *Pratiques psychologiques*. 2011;(17):107-17.
86. Hok V, Hoisnard G, Simon- Vernier E, Hauchecorne A. Des psychologues à domicile: pratiques, modèles et enjeux d'une intervention préventive. *Pratiques psychologiques*. 2011;(17):119-35.
87. Milliex M, Pintaux E, Guedeney A. Interventions préventives en périnatalité □: illustrations de terrain. *Pratiques psychologiques*. 2011;(17):173-88.

88. Saïas T, Lerner E, Greacen T, Simon-Vernier E. Evaluating Fidelity in Home visiting Programs a Qualitative Analysis of 1058 Home visit Case Notes from 105 families. PLoS ONE. 2012 mai;7(5):1-10.
89. Freydefont M. Petit traité de scénographie. Carnets du Grand T. 2007;

Documents de travail institutionnel

Garret-Gloanec N. Travail à domicile : intérêts et exigences. Journée de formation du Conseil Général. Nantes, 2 Juin 2008.

Aupiais M. Le soin à domicile. Mai 1999.

Simon B. Le soin à domicile avec les adolescents. Centre de consultation pour adolescents « les olivettes ». Mai 2012

Moutarda Y. Service thérapeutique de soins spécialisés à domicile. Secteur Ouest de psychiatrie infanto juvénile de la Sarthe.

Des visites à domicile. Texte de formation continue Secteur Nord de psychiatrie infanto-juvénile de Vendée. Equipe de l'hôpital de jour. Octobre 2007.

« Visite à domicile : secrets partagés ». Texte de formation continue. Secteur Nord de psychiatrie infanto-juvénile de Vendée. Equipe du Centre Winnicott. Mai 2010.

Conférences

Revisiter le travail à domicile en secteur de psychiatrie infanto-juvénile, Bourges, pôle médico psychologique de l'enfant et de l'adolescent, Centre Hospitalier George Sand, 24 mai 2012.

Sites internet

Afrée : association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement
www.afree.asso.fr

Gerpen : groupe d'études et de recherches psychanalytiques pour le développement de l'enfant et du nourrisson
www.gerpen.org

Bibliographie

1. Anzieu D. Le corps de la pulsion. La pulsion pour quoi faire? Paris: Association psychanalytique de France; 1984. p. 53-67.
2. Anzieu D. Cadre psychanalytique et enveloppes psychiques. Journal de la psychanalyse de l'enfant. 1986;(2):12-24.
3. Anzieu D. Le Moi-peau. Dunod. 1995.
4. Ausloos G. La compétence des familles, l'art du thérapeute. Service social.1994;43(3):7-22.
5. Barnett B, Liu J, DeVoe M, Alperovitz-Bichell K, Duggan AK. Home Visiting for Adolescent Mothers: Effects on Parenting, Maternal Life Course, and Primary Care Linkage. The Annals of FamilyMedicine. 2007 mai 1;5(3):224-32.
6. Barraco de Pinto. Présentation de la visite à domicile en psychiatrie du jeune enfant. Dialogue. 2011;2(192):43-50.
7. Benaroyo L. Ethique et herméneutique du soin. La philosophie du soin. PUF. Paris; 2010. p. 23-36.
8. Benghozi P-J. Le spaciogramme en thérapie psychanalytique de couple et de famille. Devenir. 2006;(172):5-24.
9. Bettelheim B, Carlier T. Psychanalyse des contes de fées. Paris: R. Laffont; 2001.
10. Bick E. Notes on Infant Observation in Psycho-analytic Training. International Journal of Psychoanalysis. 1964;(45):558-66.
11. Bion W. Attention and interpretation: A Scientific Approach to insight in Psycho-Analysis and Groups. Tavistock. London; 1970.
12. Bion W. Aux sources de l'expérience. PUF. Paris; 1979.
13. Bion W. Recherches sur les petits groupes. PUF. Paris; 1982.
14. Bonnot O. Troubles psychiatriques des parents et santé mentale de l'enfant. Elsevier Masson SAS. EMC. Paris, Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-204-G-10, 2007
15. Dos Santos Brengard D., Botbol M. Réflexions sur l'expérience d'une unité intersectorielle de soin à domicile en psychiatrie du nourrisson. Devenir. 1992; 4(1) : 49-69

16. Bydlowski M. Je rêve un enfant l'expérience intérieure de la maternité. Paris: O. Jacob; 2010.
17. Carel A. L'intime, le privé, le public. Le secret, la discrétion, la transparence. Essai de topique intrapsychique. L'enfant, la parole et le soin. érès. 2004.
18. Carel A, Medjahed M. Le traitement à domicile. Une forme de thérapie familiale. Groupal. 2000;(6):123-44.
19. Cazenave M. Une thérapie mère bébé dans le XVIII^e arrondissement de Paris□: intervention et prévention dans une famille à difficultés multiples et anciennes. Devenir. 2007;19(4):327-73.
20. Cazenave M, Guedeney A. Elaboration progressive d'une démarche thérapeutique au domicile d'une mère adolescente. La Psychiatrie de l'enfant. 2011;54(1):17-86.
21. Chaussecourte P. Observation et psychanalyses: controverses autour de l'observation des nourrissons. Perspectives Psy. 2006;45(3):274-88.
22. Comby A. L'approche psychanalytique de l'observation du nourrisson dans sa famille, apport à la pratique psychiatrique. Le nourrisson et sa famille. Césura. Lyon; 1990. p. 47-66.
23. Cuynet P. Revisiter son berceau□: habitat et intimité. Dialogue. Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille. Devenir. 2000;(148):3-15.
24. David M, Appell G, Golse B. Lóczy ou le maternage insolite. Ramonville-Saint-Agne: érès; 2008.
25. Delion P. Un dispositif d'observation thérapeutique. L'Information psychiatrique. 2001 janvier;(1):19-24.
26. Delion P. L'observation du bébé selon Esther Bick□: son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui. Ramonville-Saint-Agne: érès; 2004.
27. Delion P. La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick. La formation et les applications. La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick. Ed. érès; 2008. p. 7-11.
28. Djaoui E. Intervention au domicile. Gestion sociale de l'intime. Dialogue. 2011;(192):7-18.
29. Elkaïm M. Panorama des thérapies familiales. [Paris]: Seuil; 2003.

30. Erickson M, Korfmacher J, Egeland B. Attachements past and present: implications for therapeutic interventions with mother-infant dyads. *Development and psychopathology*. 1992;4(4):495-507.
31. Foucault M. Naissance de la clinique. PUF. Paris; 1983.
32. Fraiberg S, Nataf A. Fantômes dans la chambre d'enfants évaluation et thérapie des perturbations de la santé mentale du nourrisson. Paris: PUF; 2007.
33. Freud S. Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques. Résultats, idées, problèmes. PUF. 1984. p. 135-43.
34. Freydefont M. Petit traité de scénographie. Carnets du Grand T. 2007;
35. Garcin V. Concept d'équipe mobile intégrée dans un secteur de psychiatrie infanto-juvénile. In : Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté. Masson. 2009. p. 95-122.
36. Garret-Gloanec N, Pascal J, Simonnot A. Alternatives à l'hospitalisation pour les secteurs de psychiatrie infantojuvénile. Elsevier. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Paris; Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-210-A-35, 2003, 5p.
37. Golse B. Observer, Théoriser: Pour une éthique du cadre. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et l'Adolescence*. 47(10-11):515-7.
38. Gomby D. Promise and limitations of Home visitation. *JAMA*. 2000 sept 20;284(11):1430-1.
39. Greenspan S, Wieder S, Lieberman S. Infants in Multirisk families. *Case Studies in Preventive Intervention*. International Universities Press. Madison; 1987.
40. Guédeney N, Moralès-Huet M, Rabouam C. Le groupe V.A.D. Un exemple de partenariat entre professionnels de la petite enfance. *Devenir*. 1994;6(1):31-53.
41. Guedj M-J, Galois E. La visite à domicile comme réponse à la réclusion de l'adolescent. *Enfances et Psy*. 2006;1(30):43-55.
42. Haag M. A propos des premières applications françaises de l'observation régulière et prolongée d'un bébé dans sa famille selon la méthode de Mrs Esther Bick: Des surprises profitables. auto éd. 1984.
43. Hardy G. De la compétence des familles à la compétence d'intervention. *Les cahiers de l'Actif*. 2004;(332-335):37-46.

44. Hochmann J. Le temps du récit. *L'Information psychiatrique*. 1992;(7):667-72.
45. Hok V, Hoisnard G, Simon- Vernier E, Hauchecorne A. Des psychologues à domicile: pratiques, modèles et enjeux d'une intervention préventive. *Pratiques psychologiques*. 2011;(17):119-35.
46. Houzel D. L'observation thérapeutique: une méthode en psychiatrie du nourrisson. *Dialogue*. 2011;(193):125-37.
47. Houzel D. Un élément du cadre□: l'alliance thérapeutique. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*. 1986;(2):78-94.
48. Houzel D. Un mode d'approche thérapeutique de l'autisme et des psychoses infantiles précoces□: les traitements à domicile. In : *Autisme et troubles du développement global de l'enfant*. Expansion Scientifique Française. 1989.
49. Houzel D. Penser les bébés- réflexions sur l'observation des nourrissons. *Revue de médecine psychosomatique*. 1989;(19):27-38.
50. Houzel D. L'aide aux parents dans les traitements à domicile en psychiatrie du nourrisson. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et l'Adolescence*. 1991;39(11-12):567-70.
51. Houzel D. Les applications thérapeutiques de l'observation directe dans le champ de la psychiatrie. *Devenir*. 1994;6(2):79-86.
52. Houzel D. Une application thérapeutique de l'observation des nourrissons. *Les liens d'émerveillement. L'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications*. érès; 1995.
53. Houzel D. Observation des bébés et psychanalyse, point de vue épistémologique. In : Lacroix M-B, Monmayrant M. *Les liens d'émerveillement. L'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications*. érès; 1995. p. 107-16.
54. Jardin F, Detry L. Présentation de l'unité de soins spécialisés à domicile de la fondation de Rotschild du 13^{ème} arrondissement. *Spirale*. 2003;1(25):75-84.
55. Jardin F, Rebillaud B. Une unité de soins spécialisés à domicile pour jeunes enfants. *La psychiatrie de l'enfant*. 2004;1(471):27-57.
56. Jardin F, Rebillaud B. L'unité de soins spécialisés à domicile pour jeunes enfants. *Devenir*. 2006;18(2):139-45.

57. Kaës R. Groupes internes et groupalité psychique: genèse et enjeux d'un concept. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 2005;(45):9-30.
58. Kannas S, Robin M. Interventions psychiatriques au domicile et équipes mobiles. In : Tordjman S, Garcin V. *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*. Masson. 2009. p. 11-33.
59. Kearney M, York R. Effects of home visits to vulnerable young families. *Journal of nursing scholarship*. 2000;32(4):369-76.
60. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M. Does home visiting programs improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*. 2000;82(6):443-51.
61. Kotlirencu MA, Gomez E. The characteristics, effectiveness and challenges of home visiting in early intervention programmes. *Revista de salud pública*. 2010;12(2):184-96.
62. Lacroix M-B, Monmayrant M. *Les Liens d'émerveillement*: l'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications. Ramonville Saint-Agne (France): Ed. érès; 1995.
63. Lafay-Amado M-A. De l'ingérence bien tempérée. *Clinique du travail à domicile*. Dialogue. 2011;(192):51-62.
64. Lagarde F. Prévention précoce au domicile: une revue de la littérature et description d'un service français d'intervention sociale et familiale. *Devenir*. 2011;23:33-68.
65. Lagerberg D. Secondary prevention in child health: effects of psychological intervention, particularly home, on children's development and other outcomes variables. *Acta Paediatrica supplement*. 2000;(434):43-52.
66. Lamour M, Barraco de Pinto M. Approche à domicile et travail en réseau dans le traitement des nourrissons à haut risque psychosocial et de leur famille. *Spirale*. 2003;1(25):117-32.
67. Lebovici S. Interactions fantasmatiques et transmissions inter-générationnelles. *Psychiatrie du bébé*. Eshel, Médecine & Hygiène. 1988. p. 321-35.
68. L'Escabelle (France), Robineau C. *Les jumeaux*: 1 fois 2 ou 2 fois 1? Ramonville Saint-Agne: érèséd.; 2008.

69. Lierberman A, Weston D, Pawl J. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*. 1991;(62):199-209.
70. Lowell DI, Carter AS, Godroy L. A Randomized Controlled Trial of Child FIRST: A Comprehensive Home-Based Translating Research into early Childhood Practice. *Child Development*. 2011;82(1):193-208.
71. Lyons-Ruth K, Melnick S. Dose-response Effect of Mother-Infant Clinical Home visiting on Aggressive Behavior Problems in Kindergarten. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*. 2004;43(6):699-707.
72. Marcelli D. Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson. *La Psychiatrie de l'enfant*. 1992;35(1):57-82.
73. Marcelli D. Entre les microrhythmes et les macrorhythmes: la surprise dans l'interaction mère bébé. *Spirale*. 2007;(44):123-9.
74. Mauriac F, Zeltner L, Depraz N. Les figures de la mobilité dans le travail avec les adolescents: déplacement, mobilisation, créativité. In : Tordjman S, Garcin V. *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*. Masson. 2009. p. 51-70.
75. McNaughton D. Nurse home visits to maternal-child clients: a review of intervention research. *Public Health nursing*. 2004;21(3):207-19.
76. Mellier D. Transformer le regard du visuel à l'association de pont de vue, le regard comme une tension à contenir. *Cahiers de psychologie clinique*. 2003;(20):169-89.
77. Mellier D. L'observation est un soin. Un travail d'attention. *Observer un bébé: un soin. érès*. 2008. p. 7-17.
78. Mellier D. Narrativité et souffrances primitives: « s'inscrire, décrire et raconter ». *Récit, attachement et psychanalyse. érès*. 2008. p. 103-20.
79. Milliex M, Pintaux E, Guedeney A. Interventions préventives en périnatalité: illustrations de terrain. *Pratiques psychologiques*. 2011;(17):173-88.
80. Moralès-Huet M. Psychothérapies mère-bébé à domicile. Traitements de dyades mère-enfant à risques et inaccessibles aux soins en institution. *Devenir*. 1996;8(2):7-41.
81. Olds D. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*. 1986;78(1):65-78.

82. Olds D. Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics*. 1994;93(1):89-98.
83. Olds D, Henderson C, Cole R. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior. *JAMA*. 1998;280(14):1238-44.
84. Olds D, Robinson J. Effects of home visiting by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up. Results of a randomized trial. *Pediatrics*. 2004;114(6):1560-9.
85. Plassard C, Squillante M. Applications de l'observation du nourrisson selon Esther Bick et de l'expérience des visites à domicile dans une pratique d'équipe mobile pour adolescents. In Tordjman S, Garcin V. *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*. Masson. 2009.
86. Prat R. L'observation régulière d'un bébé dans sa famille selon la méthode d'Esther Bick. *Principes et Applications. Observer un bébé avec attention?* Ed. érès; 2001. p. 39-50.
87. Prat R. Panorama de l'observation du bébé selon la méthode d'Esther Bick dans les pays francophones. *Devenir*. 2005;17(1):55-82.
88. Racamier P-C. *L'inceste et l'incestuel*. Paris: Dunod; 2010.
89. Roman P. La figure du délogement. Vers une métapsychologie des pratiques de soin à domicile. *Dialogue*. 2011;(192):31-41.
90. Saïas T, Lerner E, Greacen T, Simon-Vernier E. Evaluating Fidelity in Home visiting Programs a Qualitative Analysis of 1058 Home visit Case Notes from 105 families. *PLoS ONE*. 2012 mai;7(5):1-10.
91. Sandri R. Le groupe d'observation: écoute, rêverie, transformation. In Lacroix M-B, Monmayrant M *Les liens d'émerveillement. L'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications*. érès. 1995. p. 81-97.
92. Schmit G, Bouvet M, Hincky M-O. *Secteur de psychiatrie infantojuvénile*. EMC. Paris: Elsevier Masson, Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-211-A-05, 2008.
93. Serfaty-Garzon P. Le chez soi: habitat et intimité. *Dictionnaire critique de l'habitat et du logement*. Paris; 2003. p. 65-9.
94. Spittle AJ, Anderson PJ. Preventive Care at Home for Very Preterm Improves Infants and Caregiver Outcomes at 2 Years. *Pediatrics*. 2010;126(1).

95. Stern D. Le monde interpersonnel du nourrisson. PUF. Paris; 1989.
96. Stern D. Micro-analyse de l'interaction mère-nourrisson. La psychiatrie de l'enfant. 1983;26(1):217-35.
97. Stoléru S, Moralès-Huet M. Psychothérapies mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples. PUF. Paris; 1989.
98. Stoléru S, Moralès-Huet M. Psychothérapies mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples. Devenir.1990;3:8-28.
99. Sweet M, Appelbaum M. Is home visiting an Effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children.Child Development. 2004;75(5):1435-56.
100. Tissier J, Bouchouchi A. Une intervention préventive communautaire en périnatalité. Pratiques psychologiques. 2011;(17):107-17.
101. Titeca M. Soins à domicile et pédopsychiatrie. Thèse de doctorat en médecine. Lyon : Université de Lyon, 1998, 165p.
102. Tordjman S. Comment dépasser la non-demande des adolescents en difficulté□: intérêt du bureau mobile et des changements de binômes. In : Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté. Masson. 2009. p. 35-50.
103. Tordjman S, Garcin V. Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2009.
104. Totsika V, Sylva K. The Home Observation for Measurement of the Environment Revisited. Child and Adolescent Mental Health. 2004;9(1):25-35.
105. Vidal J-P. D'un usage du contre-transfert. Des effets analytiques du contre transfert dans les groupes de supervision... à l'objet de l'écoute analytique. Le Divan familial. 2006;(17):69-86.
106. Vidal J-P. Les « redoublements emboîtés ». Le groupe de supervision comme chambre d'échos. Le Divan familial. 2007;(19):141-52.
107. Weatherston DJ. Psychothérapie autour de la table de cuisine. Un support clinique pour le développement précoce des relations. Devenir. 1997;9(4):25-42.
108. Weatherston. La santé mentale du nourrisson: une revue de la littérature. Devenir. 2003;15(1):49-83.

109. Williams G. Paysages intérieurs et corps étrangers. Edition du Hublot. Larmor Plage; 1998.
110. Winnicott D. Jeu et réalité. Folio essais. 1971.
111. Worms Frédéric. Vers un moment du soin? Entre diversité et unité. La philosophie du soin. PUF. Paris; 2010. p. 11-21.
112. Worms F. Le moment du soin. A quoi tenons-nous? PUF. Paris; 2010.
113. L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile SESSAD- Recommandations de bonne pratique. Anesm:agence nationale de l'évaluation et la qualité des établissements et services médico-sociaux; 2011 février.
114. ZeBible□: l'autre expérience□: Ancien et Nouveau Testament□: avec les livres deutérocanoniques□: avec introductions, notices, outils de lecture et vocabulaire. Villiers-le-Bel: Bibli'O; 2011.
115. Anesm : agence nationale de l'évaluation et la qualité des établissements et services médico-sociaux.[Internet].Disponible sur :http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_sessad4_web.pdf
116. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 [Internet].Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf
117. Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008[Internet].Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf
118. Carrefour National de l'action éducative en milieu ouvert - CNAEMO [Internet]. Disponible sur: <http://www.cnaemo.com/aemo.html>
119. Bulletin Officiel n°2004-8 [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-08/a0080584.htm>
120. Les consultations de la Protection maternelle et infantile (PMI) [Internet].Disponible sur: http://www.loire-atlantique.fr/jcms/cg_6792/les-consultations-de-la-protection-maternelle-et-infantile-pmi?hIText=pmi

NOM : DESWERT

PRENOM : PERRINE

Titre de Thèse :SOINS A DOMICILE EN PEDOPSYCHIATRIE.

Du bébé à l'adolescent. Quelle pratique et quels supports théoriques ? A partir d'une étude descriptive en secteurs de pédopsychiatrie des Pays de Loire.

RESUME

A partir d'une étude descriptive en région Pays de Loire et de trois études de cas, nous abordons la pratique du soin à domicile en secteur de pédopsychiatrie depuis le bébé jusqu'à l'adolescent.

Une revue de la littérature permet de préciser l'historique, la place dans la stratégie de soins, les indications, les modèles théoriques et les mécanismes de fonctionnement de cette modalité thérapeutique. Les applications de l'expérience de Selma Fraiberg et de la méthode d'observation selon Esther Bick sont décrites.

L'évaluation de cette méthode de soins est discutée à travers les recherches de la littérature anglo-saxonne, l'utilisation de l'outil d'évaluation HOME et le projet hospitalier de recherche clinique : CAPDEP.

MOTS-CLES

SOINS A DOMICILE, PEDOPSYCHIATRIE, OBSERVATION DU BEBE SELON ESTHERBICK, SELMA FRAIBERG, PSYCHOPATHOLOGIE, APPROCHE SYSTEMIQUE, HOME, CAPEDP, ENFANT, ADOLESCENT, TROUBLES MENTAUX DIAGNOSTIQUES DANS L'ENFANCE.