

L'impact familial sur le développement psychique de l'enfant



Unité d'enseignement 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données
spécifiques et professionnelles

Directrice de mémoire : Madame NICOLAS Séverine

Date de rendu : 19 Mai 2025

Note aux lecteurs et lectrices

« Il s'agit d'un travail personnel ne pouvant faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».

Les prénoms figurant dans ce travail ont été déontologiquement modifiés afin de préserver l'anonymat de ces personnes.

Remerciements

Je remercie dans un premier temps les formateurs du GIPES d'Avignon pour leur accompagnement et leur enseignement durant ces trois années et plus particulièrement ma référente Madame Ruelle, sans oublier Victor et Anne-Lise pour leur bienveillance et leur disponibilité à mon égard.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance aux professionnels de santé qui pendant ces trois années m'ont transmis leur savoir faire et leur savoir-être, et plus spécialement Patricia, infirmière en soins psychiatrique, merci de m'avoir transmis ta passion pour la psychiatrie. Je te suis reconnaissante pour ton investissement et le temps que tu m'as accordé.

Un immense merci à ma directrice de mémoire Mme Nicolas Séverine pour son écoute, sa bienveillance, et ses précieux conseils. Je suis également reconnaissante pour le temps qu'elle a consacré dans la réalisation de ce mémoire.

Merci à ma partenaire de route Wassila, sans qui la reprise de mes études n'aurait pas eu la même saveur, merci pour tout ces fous rires et ton soutien au fil des semestres.

Une pensée à mes amies et plus particulièrement Yseult, qui malgré la distance à été d'un soutien fidèle. Merci d'avoir partagé avec moi mes doutes, mon stress, mes moments de joie comme mes instants de tristesse. Tes encouragements ont été une force durant ces trois années.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers mes parents pour leur soutien dans chacun de mes choix. Merci d'avoir toujours été à mes côtés, tant pour moi que pour mes enfants, merci à mon père pour avoir mis un peu de lui dans ce travail.

Un immense merci à mes enfants pour leur compréhension, leur patience et leurs encouragements, votre amour et votre présence m'ont donné la force d'aller au bout de cette aventure.

Et enfin une gratitude infinie à ma moitié, Romain, véritable pilier de ma réussite. Sans toi rien n'aurait été possible. Merci pour ton soutien, ta motivation et ton amour qui m'ont portée tout au long de ce parcours.

Sommaire

Introduction	7
1. Situation d'appel	9
1.1 Description de la situation d'appel	9
1.2 Questionnement	14
2. Question de départ	15
3. Enquête exploratoire	15
3.1 Le développement de l'enfant	15
3.1.1 Le premier lien parents/enfant	15
3.1.2 Les étapes du développement comportemental et psychoaffectif	18
3.1.3 Le développement psychosexuel	22
3.2 L'adolescence	27
3.2.1 Entre changement physique et quête identitaire	27
3.2.2 La prise de risque	30
3.3 La thérapie familiale	33
3.3.1 L'histoire des thérapies	33
3.3.2 Les différentes thérapies	38
3.4 Le rôle de la famille	41
3.4.1 Représentation et évolution dans le temps	41
3.4.2 La dynamique familiale à travers son système.	45
4. Synthèse du cadre de référence	48
5. Enquête exploratoire	50
5.1 Méthodologie de recherche	50
5.2 Réalisation de l'enquête	52
5.3 Synthèse des entretiens	53
5.4 Analyse des entretiens	57
5.4.1 Le développement de l'enfant	57
5.4.2 L'adolescence	60
5.4.3 Les thérapies	62
5.4.4 La famille	65
6. Problématique	68
7. Conclusion	70

Bibliographie	73
Annexes	I
1. Annexe 1 : entretien avec Apolline, infirmière en CMPEA.....	I
2. Annexe 2 : entretien avec Laura et Aurore (psychologue et éducatrice spécialisée) à l'HDJ.....	XXVI
3. Annexe 3 : entretien avec Clara, Mélanie et Murielle, infirmières à l'hôpital de jour...	XLVI
4. Annexe 4 : entretien avec Clara, Mélanie et Murielle, infirmières à l'hôpital de jour...	XLVI
5. Annexe 5 : Autorisation de diffusion.....	LXV
6. Annexe 6 : Autorisation d'entretien CMPEA	LXVI
7. Annexe 7 : Autorisation d'entretien HDJ.....	LXVII
8. Annexe 8 : Autorisation d'entretien équipe mobile de périnatalité.....	LXVIII
9. Annexe 9 : grille d'entretien CMPEA/ HDJ adolescent/ équipe mobile psy périnatalité	LXIX

Introduction

Mon entrée en école d'infirmière a toujours été un objectif majeur dans mon parcours professionnel. Dès la fin de la 3^e, un stage en hôpital m'a permis de confirmer que je partageais plusieurs valeurs fondamentales de la profession, comme la bienveillance, le respect de l'autre et l'authenticité. J'ai poursuivi mes études dans le domaine sanitaire et social jusqu'au baccalauréat science technique sanitaire et social, puis des choix personnels m'ont poussé à m'orienter vers un parcours indirect jusqu'au diplôme d'infirmière.

J'ai alors exercé pendant 13 ans la fonction d'aide-soignante. Cette expérience a été enrichissante tant sur le plan personnel que professionnel. Empathique et sociable, j'ai toujours été à l'aise dans les relations humaines. Cette expérience m'a permis d'acquérir les bases du métier, elle m'a également donné l'opportunité de développer des compétences et de travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires tout en étant autonome.

J'ai trouvé particulièrement riche l'accompagnement des personnes en fin de vie ou atteintes de maladies chroniques. Ces expériences m'ont donné l'occasion d'écouter et de découvrir les histoires de vie des patients, ce qui enrichissait ma pratique et m'a poussé à m'orienter vers une prise en charge toujours plus personnalisée.

Au cours de ces trois années de formation, j'ai renforcé mon contact avec les patients et leurs entourages. J'ai également pu observer des situations où les familles se sentaient mises à l'écart dans l'accompagnement d'un proche, notamment dans les unités de court séjour ainsi qu'en psychiatrie.

Une situation est survenue lors d'un stage en secteur pédopsychiatrique. Ce service, qui accueille des adolescents âgés de 12 à 17 ans, présente une grande diversité de pathologies.

Avant de débiter ce stage, j'éprouvais une certaine appréhension liée à la tranche d'âge, n'ayant pas encore vécu l'adolescence de mes propres enfants et n'ayant pour seule référence que ma propre expérience.

J'ai eu l'occasion pendant ces 8 semaines de stage, de participer à des entretiens entre les jeunes patients, les psychiatres et l'équipe soignante. Ces échanges m'ont aidé à saisir l'importance d'un environnement sécurisant, essentiel pour le développement de l'enfant mais également son impact sur le parcours de vie. J'ai également pris conscience de l'influence de l'institution sur le patient et me suis interrogée sur l'impact qu'elle aussi pouvait avoir sur l'enfant et son entourage.

Mon statut d'étudiante m'a permis d'observer les dynamiques familiales et m'a éclairé sur les défis auxquels les familles sont confrontées lorsqu'une pathologie psychiatrique occupe une place centrale dans le quotidien.

Je me suis également questionné sur les méthodes utilisées afin d'impliquer les familles dans la prise en charge des enfants.

La fermeture de nombreux services pédopsychiatriques me questionne également sur le devenir de ces jeunes et de leurs parents.

Ainsi, je commencerai par présenter ma situation d'appel, survenue lors de mon premier stage en deuxième année. Je poursuivrai avec la formulation de ma question de départ, puis l'exploitation de mon cadre de référence, que je confronterai ensuite à mes entretiens réalisés auprès de professionnel de terrain et enfin je conclurai ce travail en mettant en avant l'impact qu'il aura eu sur ma futur pratique infirmière.

1. Situation d'appel

1.1 Description de la situation d'appel

Je suis étudiante en soins infirmiers en troisième année à l'Établissement Régional de Formation des Professions Paramédicales d'Avignon. Ma situation d'appel intervient alors que j'effectue mon premier stage de deuxième année en soins infirmiers, le quatrième depuis mon entrée en formation.

Ce stage se déroule dans un établissement psychiatrique, plus précisément dans un service de pédopsychiatrie. Ce service accueille, en hospitalisation à temps plein, des adolescents âgés de 12 à 17 ans présentant des troubles de nature psychotique ou névrotique. L'hospitalisation offre aux adolescents une contenance psychique et les confronte à des limites dans un cadre dont les soignants sont garants.

L'équipe se compose de deux pédopsychiatres, d'un interne, d'une psychologue, d'une assistante sociale, d'une cadre de santé supérieur, d'infirmiers(ères), d'aides-soignants(es), d'éducateurs (trices) de jeunes enfants, d'ASH (agent de service hospitalier) et d'une secrétaire. Les soignants présents ne sont pas affectés selon leurs fonctions, mais selon l'organisation du service, il doit y avoir au minimum deux infirmiers sur un total de cinq agents présents. Les trois autres agents présents peuvent être des infirmiers, des aides-soignants ou des éducateurs. La situation que je vais décrire se déroule lors de ma troisième semaine de stage.

Chaque matin vers 9 heures, l'équipe paramédicale se réunit avec les psychiatres afin de faire le point sur les prises en charge, les rendez-vous et les activités de la journée, puis aux alentours de 10 heures, les psychiatres commencent les entretiens individuels, ou en présence des familles.

Ce jour-là, une jeune fille que je vais appeler Théa a un entretien de prévu. C'est une adolescente de 14 ans connue du service et considérée comme ayant une structure de personnalité dite "état limite". Cela signifie que sa structure peut présenter des traits à la fois névrotiques et psychotiques, mais avec une particularité dans son lien à l'autre, notamment une tendance à la dépendance, une anxiété marquée et une

instabilité de l'humeur. Lors de précédentes hospitalisations, elle a également présenté des troubles alimentaires restrictifs.

Concernant cette pathologie, deux facteurs sont souvent identifiés comme déclencheurs de l'état limite. Un traumatisme dit désorganisateur précoce (chez le bébé ou le jeune enfant) et/ou bien un traumatisme désorganisateur tardif (au cours de l'adolescence).

Théa est hospitalisée depuis plusieurs semaines en raison d'un épuisement psychique, une sensation de vide interne, une recrudescence des idées suicidaires ainsi que des scarifications.

Dans son dossier il est fait mention d'une envie de transition de sexe, choix que ses parents n'approuvent pas estimant que Théa est «*trop jeune*» pour entamer une telle démarche. Ce sujet est sensible au sein du foyer, il arrive que Théa fasse des crises de dysphorie de genre au cours desquelles elle verbalise le sentiment «*d'être un garçon*». Elle exprime à ses parents son désir d'être appelée Léo, ce que ces derniers refusent. Cela provoque chez Théa une recrudescence des angoisses manifestées par des scarifications.

Les comportements et les prises de risque de Théa me poussent alors à m'interroger sur le rôle des différentes phases de développement durant l'enfance et plus particulièrement l'impact de l'adolescence sur la prédisposition à certains troubles psychiatriques ainsi que sur les conduites à risque.

Dans l'histoire de sa maladie, Théa a été victime d'attouchements sexuels lors de sa scolarité en maternelle, elle a par la suite subi du harcèlement scolaire à différents âges et enfin, alors qu'elle était au collège, elle a été victime une nouvelle fois d'agressions verbales, d'agressions physiques, d'agressions sexuelles et d'une tentative d'étranglement. Après plusieurs changements d'établissement, ses parents déscolarisent complètement Théa en 2021, un suivi est alors assuré par un centre médico-psychologique pour enfants et adolescents pendant un certain temps.

Dans le service, Théa est une adolescente calme, souriante et assez renfermée avec les autres adolescents bien qu'elle participe volontiers aux activités du service. Elle

est en contrat “séquentiel”, c'est-à-dire qu'elle est présente dans le service du lundi au jeudi et le reste de la semaine, elle est à son domicile. Ce dispositif vise à permettre une réadaptation progressive de l'adolescente à son environnement familial.

Les séjours chez elle se déroulent généralement bien. Cependant, lorsque le séjour est allongé, à la demande du psychiatre, elle verbalise une recrudescence des angoisses, se manifestant alors par de nouvelles scarifications et un désir prononcé de revenir dans le service. Ces difficultés compromettent alors sa sortie définitive.

Il est alors 10 heures et les parents de Théa sont présents ce jour pour un entretien à la demande du psychiatre afin de faire un point sur la situation. Avant de faire venir l'adolescente, ils sont invités à entrer dans la salle de réunion et à s'installer autour de la table. C'est la deuxième fois que je les rencontre. Je les salue et entre après eux dans la pièce. Ils se tiennent la main et me paraissent soucieux.

Cet entretien a pour objectif de faire une synthèse avec les parents : où en sont-ils avec leur fille? Comment s'organise la vie à la maison? Comment se comporte Théa dans le cadre familial?

Je remarque que la disposition autour de la table est toujours la même, l'installation des soignants et des familles forme un triangle, bien que la table soit rectangulaire. En bout de table s'installe le soignant. Ce jour-là, c'est l'infirmière que j'appellerais Loiza, qui occupe cette place, je m'installe donc à ses côtés. Sur notre gauche, se trouvent le psychiatre et son interne, tandis qu'à notre droite, la famille est assise face aux médecins.

Une fois tout le monde installé, le père prend la parole. Ses yeux semblent remplis de larmes et il serre la main de sa femme, qui, elle, pleure. J'ai eu connaissance, grâce aux dossiers et aux informations partagées par l'équipe, de l'état de santé de Madame qui est atteinte d'une endométriose sévère depuis de nombreuses années provoquant alors de grandes difficultés de déplacement et de violentes douleurs constantes, traitées par morphinique.

Ces problèmes de santé ont entraîné une incapacité pour Madame à s'occuper de Théa depuis sa naissance. Cette situation a ainsi conduit à un vécu d'abandon, verbalisé par Théa et diagnostiqué par un précédent psychiatre, ainsi qu'une certaine culpabilité chez la jeune fille, qui pense être responsable du mal-être au sein du noyau familial. Les problèmes de santé de Madame l'ont également contrainte à cesser son activité professionnelle.

Monsieur, quant à lui, est ouvrier et travaille dans une usine avec un emploi du temps variable (matin, après-midi, nuit). Il explique rencontrer des difficultés à la fois pour s'occuper de sa femme et de sa fille, mais également pour assurer son poste au sein de son entreprise.

Il précise que, comme sa fille n'est pas scolarisée, elle reste parfois seule durant ses périodes de séquentiel, ce qui accentue ses angoisses et entraîne les scarifications. Il explique subir constamment les menaces de sa fille, qui lui demande de rentrer sous peine de se scarifier, sans pour autant verbaliser clairement à son père les raisons de son mal-être. Il confie ne plus avoir de vie sociale, sauf en présence de sa fille, qui n'accepte de sortir que pour de courtes durées. Il souligne la nécessité de sa présence constante au sein du foyer familial, qui semble indispensable pour Théa, mais évoque également les problèmes rencontrés avec son employeur qui ne tolère plus ses absences ou ses retards répétés.

Il demande alors au personnel soignant présent dans la pièce " *Que dois-je faire, comment puis-je protéger ma fille tout en continuant à travailler pour payer mes factures ?*" Il semble vouloir interpeller l'équipe face à toutes ces difficultés. Il verbalise une demande d'aide et se questionne sur l'existence de services pouvant lui permettre de concilier son rôle d'aidant auprès de sa femme et de sa fille, tout en conservant un emploi nécessaire à leurs revenus. Il s'interroge également sur le devenir de sa fille.

Le psychiatre, qui semble étonné de cette sollicitation, regarde le couple et indique à Monsieur que le rôle du service est d'accompagner Théa dans son hospitalisation et lui permettre, dans les mois à venir, une nouvelle inclusion scolaire. Il précise que, pour ce type de démarche, il faut se rapprocher d'une assistante sociale. Le père

prend une nouvelle fois la parole indiquant que l'assistante sociale du service ne lui a guère fourni plus de renseignements puisqu'elle aussi est interne au service. Le psychiatre lui propose alors de rencontrer un psychologue dans le but d'effectuer une thérapie familiale.

À la fin de l'entretien, Monsieur réitère une nouvelle fois la sollicitation en indiquant au médecin être “*épuisé*” par la situation. Il ajoute que le respect des horaires de départ et de retour du séquentiel dans le service ne concorde pas toujours avec ses horaires de travail. Le psychiatre lui rappelle alors qu'il ne peut pas faire d'exception, et que les règles sont dans l'intérêt des adolescents.

Les parents évoquent d'ailleurs les difficultés concernant le maintien du cadre à la maison. L'entretien avec les parents se termine, il est temps pour moi d'aller chercher Théa pour qu'elle participe au reste de l'entretien.

Lors de notre retour dans le service, l'équipe me confie être face à des parents laxistes, ce qui n'aide pas Théa dans son parcours. Le psychiatre me confie qu'il subsiste beaucoup de non-dits au sein de la famille et que, par conséquent, Théa se retrouve submergée par l'angoisse, d'où ses retours permanents dans le service. À ce moment, je me demande comment le thérapeute peut accompagner Théa dans sa guérison si tout ce qui gravite autour d'elle n'est pas également pris en compte et traité.

La situation m'interpelle, je vois cet homme, qui me semble démuni, tant par la santé de sa femme qui semble handicapante au quotidien, que par cet enfant qu'il indique “*ne pas comprendre*”. Il me renvoie un sentiment de solitude dans la gestion du quotidien de sa famille. Il semble essentiel que la famille puisse partager son histoire avec un professionnel, la prise en compte de l'histoire de Théa, de sa famille et de la place de l'institution doit être prise en compte afin d'espérer une éventuelle guérison de Théa. Cela permettrait à chacun de retrouver sa place et de rétablir l'équilibre au sein de la famille.

1.2 Questionnement

Ma situation d'appel a soulevé plusieurs questionnements. Tout d'abord, quelle est la place du développement de l'enfant et quel impact un trouble du développement peut-il avoir sur l'individu ? C'est pourquoi, dans la première partie, je souhaite approfondir mes recherches sur les étapes de développement de l'enfant, qui commence dès la conception et joue un rôle fondamental dans la compréhension et le traitement des pathologies psychiatriques. Les premières années de vie sont particulièrement importantes, car elles établissent les bases du développement de l'enfant tant sur le plan émotionnel, relationnel que cognitif.

Ensuite, dans une deuxième partie j'explorerai la question de l'adolescence, étape souvent redoutée par l'enfant mais également par ses parents. Dans cette partie, je souhaite approfondir la phase de l'adolescence, qui constitue une étape clé de transition dans la personnalité du jeune, accompagnée de changements physiques, émotionnels et sociaux pouvant avoir un impact sur sa santé mentale.

L'adolescent va s'exposer à une grande vulnérabilité et se confronter à des bouleversements hormonaux mais également aux pressions sociales influençant ainsi sa recherche identitaire. C'est durant cette phase que certains troubles ou comportements spécifiques peuvent se manifester, nécessitant une attention et un accompagnement particulier essentiel pour l'adolescent.

Je me suis ainsi questionné sur les méthodes proposées afin de prendre en charge le patient et son entourage. C'est pourquoi dans la troisième partie j'oriente mes recherches vers les thérapies, et plus particulièrement la thérapie familiale. Cette approche considère l'enfant comme un individu à part entière tout en tenant compte de son environnement familial, social et affectif. Elle met en évidence l'impact de l'environnement ainsi que les interactions entre ses membres sur les troubles psychologiques.

L'objectif principal de cette démarche est de créer un cadre de soutien pour la famille, favorisant ainsi le bien-être de l'enfant tout en proposant un accompagnement dans la réflexion des difficultés rencontrées par le système familial, tout cela de manière collaborative entre le thérapeute, la famille et l'enfant.

L'intégration de la famille dans ce processus est essentielle, car elle permet d'adapter la prise en charge en tenant compte des dynamiques relationnelles autour de l'enfant. Elle permet également de ne pas réduire l'enfant à une fonction de symptôme. La thérapie familiale occupe une place centrale et vise à renforcer les liens des membres qui composent cette dynamique mais surtout à accompagner l'enfant et son entourage de manière globale.

Enfin je me suis questionné sur la place qu'occupent les parents de Théa mais également sur celle qu'elle occupe elle-même au sein de sa famille. C'est donc dans la dernière partie que j'aborde le concept de la famille avec ses évolutions au fil du temps. En effet, une famille se compose de membres, chacun ayant sa singularité et une place spécifique, régie par des règles qui sont propres à ce système familial. Lorsqu'une place n'est plus occupée, cela peut perturber l'équilibre du système dans sa globalité nécessitant alors une nouvelle redéfinition des relations intrafamiliales. Les générations précédentes participent activement à la transmission du schéma de la famille, ce qui impacte directement le développement de l'enfant et mes recherches me permettent de mieux comprendre cette systémie.

2. Question de départ

La situation que j'ai décrite suscite une réflexion approfondie amenant ainsi à un questionnement :

Quel impact a la thérapie familiale dans la prise en charge d'un enfant souffrant de pathologie psychiatrique ?

3. Enquête exploratoire

3.1 Le développement de l'enfant

3.1.1 Le premier lien parents/enfant

Le développement affectif de l'enfant commence dès les premiers mois de la grossesse au travers des empreintes sensorielles.

Catherine Dolto, médecin et haptothérapeute, encourage cette première rencontre au travers de la pratique de l'haptonomie.

Cette discipline a vu le jour en 1950 grâce à Frans Veldman, thérapeute.

Elle trouve son origine dans l'observation des soldats au cours de la Seconde Guerre mondiale. Il constata l'importance des gestes de réconfort au-delà du traitement chimique et a ainsi défini la santé comme un équilibre général intégrant les dimensions physiques, psychologiques et émotionnelles et où le contact humain occupait une place essentiel. Il définit ainsi la pratique de l'haptonomie comme la science de l'affectivité.

Toujours d'actualité, cette pratique est aujourd'hui largement reconnue et pratiqué par des sages femmes pendant la grossesse mais également après.

Elle permet aux parents d'établir le premier lien affectif avec le bébé in utéro à travers une communication tactile et verbale procurant à l'enfant confiance, sécurité mais également la sensation d'être désiré et accueilli tel qu'il est.

L'haptonomie contribue également au développement de la confiance en soi en tant que parent mais également en l'autre, favorisant son épanouissement ainsi que la maturation de ses capacités sensorielles et intellectuelles.

Fondée sur le contact humain et l'écoute corporelle, elle met en avant l'importance du toucher et des sensations physiques entre le parent et l'enfant, renforçant ainsi le bien-être psychique et émotionnel.

Pendant la grossesse le parent va tout d'abord s'imaginer l'enfant de ses rêves pour être ensuite confronté après la naissance à un enfant réel projetant de manière inconsciente sur lui des qualités rêvées pouvant favoriser une certaine forme de désillusion pour le parent une fois l'enfant né.

A partir du 5^{ème} mois de grossesse, les organes des sens se développent et permettent au bébé de percevoir son environnement. Les sensations qu'il expérimente in utéro s'enregistrent dans son cerveau et marquent ainsi le début de son histoire. Par exemple, les mains posées sur le ventre de la mère émettent des vibrations auxquelles le bébé va répondre par des mouvements. Il perçoit également

la voix de ses parents ce qui va renforcer le lien affectif. Le contact, l'odeur, l'intonation de la voix et la douceur des gestes offrent ainsi à l'enfant une sécurité affective essentielle à son développement.

Cette pratique joue également un rôle majeur dans la construction de la parentalité. En effet elle permet d'offrir au père, ou tout autre partenaire, une première rencontre avec son enfant à travers le toucher du ventre maternel, permettant au conjoint de s'investir pleinement dans son rôle et participe également à la création du premier lien avec l'enfant.

L'haptonomie continue après la naissance et peut se prolonger jusqu'aux premiers pas de l'enfant, étape clé de son autonomie.

Dans cette première réflexion je me questionne sur les premiers mois de vie de Théa in utéro, alors que sa maman est atteinte d'endométriose.

Cette pathologie pouvant être responsable de difficultés d'accès à la maternité et d'augmentation du risque de fausses couches, je me suis alors questionné sur l'impact qu'elle a pu avoir sur la grossesse. Cela me pousse alors à réfléchir au rôle qu'a joué chacun des membres de la famille durant cette période : Théa était-elle une enfant désirée ? A-t-elle perçu le stress de sa maman, marqué par la crainte de perdre son bébé ?

En 1998, Anne-Marie Rajon, docteur en psychologie et praticienne d'haptonomie, met en avant la question de l'incertitude liée au sexe du bébé dans la relation prénatale. Elle avance l'importance de ne pas fonder la communication avec le bébé au travers d'une projection sur son identité sexuelle.

Selon elle la technique de l'haptonomie doit avant tout favoriser une relation affective et émotionnelle sans l'influence des attentes du parent concernant le genre du bébé. Cette approche va ainsi permettre aux parents de prendre en compte le bébé dans sa globalité en privilégiant le lien émotionnel.

Après la naissance de l'enfant, la psychologue Irène Lézine présente différentes manières dont le parent va s'occuper de son enfant en fonction de son sexe

biologique. Elle va ainsi mettre l'accent sur des stéréotypes de genre tant sur le plan de l'éducation que sur l'interaction de l'enfant avec son parent.

C'est d'ailleurs une observation similaire que va faire Françoise Héritier, anthropologue, lors de son voyage auprès des Samos au Burkina Faso.

Elle remarque que les mères laissent plus facilement pleurer les filles qui selon la culture doivent apprendre à être patiente. En revanche les garçons sont rapidement réconfortés puisqu'ils sont perçus comme ayant un cœur rouge symbole de colère.

Serge Hefez, psychiatre, partage également cette interprétation puisqu'il expose dans un de ses podcast la question du genre et du sexe biologique en fonction des normes sociales et de la culture. En effet la façon de porter le bébé, la manière de le nourrir ou encore les messages conscients et inconscients transférés sur l'enfant impactent la place, le rôle et l'identité de l'enfant tout comme l'impact du milieu social et de l'environnement.

Le lien fusionnel qui va se créer entre la mère et l'enfant va débuter dès le début de la grossesse et va perdurer jusqu'aux 3 mois du bébé, période que Winnicott appellera les 100 jours de folie amoureuse, pendant cette période le bébé va alors se percevoir comme le prolongement de sa maman dont l'un influence l'autre. Il est d'ailleurs essentiel que le père vienne faire tiers dans cette relation fusionnelle.

3.1.2 Les étapes du développement comportemental et psychoaffectif

L'enfant va ainsi franchir des étapes nécessaires au développement comportemental et psychoaffectif et qui impacteront l'émergence de sa personnalité.

Ce développement s'effectuera à travers une succession de séparations, la première étant la séparation du ventre de la mère puis s'en suivra la séparation avec le sein, ou le jouet qui lui permettront d'aller à la conquête de bien d'autres choses.

L'individualité va alors se former à partir de conflits entre pulsions et interdits de manière inconsciente. Diverses étapes pourront ainsi être révélatrices de troubles. Pour faire face l'enfant va avoir besoin de ressentir de la sécurité que lui procurera sa figure d'attachement.

Winnicott décrit 3 étapes essentielles du développement. La première, à la naissance, qui correspond à une phase de dépendance absolue, le bébé ne fait pas

encore de distinction entre le besoin et le manque. Puis entre 6 et 18 mois, l'enfant entre dans une phase de dépendance relative, par exemple lorsqu'il a faim l'enfant pleure, la mère va alors répondre à ce besoin. Cependant arrive un moment où ce besoin n'est plus satisfait totalement, favorisant ainsi l'apparition du désir ce qui aidera l'enfant à se différencier des autres. Enfin à partir de 2 ans, l'enfant intègre mentalement l'image et les soins maternels, lui permettant de conserver l'image de sa mère ce qui va favoriser son indépendance.

Dans les années 1940, le psychiatre et psychanalyste René Spitz va révolutionner le monde de la pédiatrie grâce à ses nombreuses observations dont celle auprès d'orphelinats. Il va mettre en évidence les conséquences de l'absence de figure maternelle sur le développement de l'enfant. Il remarque alors que durant les premières semaines de séparation l'enfant va présenter une tristesse ainsi que des pleurs sans raison apparente puis une recherche de proximité avec l'adulte. A partir du deuxième mois d'absence, les perturbations du développement physique sont alors perceptibles, l'enfant est toujours triste mais semble moins rechercher le contact avec l'autre. A partir de trois mois d'absence, le retard psychomoteur s'installe, l'enfant manifeste de l'anxiété et de l'indifférence, refusant le contact, sont parfois associés des troubles du sommeil, des troubles alimentaires et une baisse du système immunitaire. Enfin après trois mois de séparation, le visage de l'enfant semble figé, il ne sourit plus et manifeste des stéréotypies.

En conclusion plus la séparation se fait tôt plus les troubles peuvent être graves. Ainsi lorsque la séparation apparaît entre 3 et 8 mois (période de relation objectale avec la mère) et qu'elle dure plus de 5 mois, les troubles seront irréversibles. Lorsque l'enfant est âgé de 6 mois, la relation a été établie avec la figure maternelle, cependant, l'identification à l'image stable n'a pas encore été intégrée et favorise alors les troubles du développement psychomoteur, les troubles du comportement et un repli sur soi.

En 1958 le psychiatre et psychanalyste britannique John Bowlby va mettre en avant le concept de caregiving avec la théorie de l'attachement signifiant le lien affectif que l'enfant aura établi avec sa figure d'attachement qui est généralement un parent.

Cette figure d'attachement va être la personne vers qui l'enfant va se tourner pour obtenir du réconfort lors de situation de détresse.

Tout au long de sa vie l'enfant va vivre à travers des séquences interactives avec sa figure d'attachement, ce qui donnera naissance aux modèles internes opérants. Ces modèles internes représentent l'intégration d'expérience répétée avec un questionnement sur la fiabilité de l'autre ainsi que sur sa propre compétence à être aimé, ils sont essentiels puisqu'ils guideront l'enfant dans son comportement et ses émotions avec les autres influençant alors sa vie future sur le plan relationnel.

John Bowlby présente ainsi quatre types d'attachement. Le premier est l'attachement sécure, l'enfant se sent en sécurité en toutes circonstances, il sait que sa figure d'attachement est disponible pour lui ce qui favorise la prise d'initiative de la part de l'enfant et donc son autonomie.

Puis il y a l'attachement insécure (ou évitant), il se caractérise par une indisponibilité de la figure d'attachement soit par abandon soit par négligence, l'enfant a alors peu confiance ce qui provoque chez lui de l'inquiétude, de l'hésitation ou encore une baisse de l'estime de soi. Ce type d'attachement peut être responsable d'une pathologie du lien accompagnée d'angoisse de séparation.

Ensuite il présente l'attachement anxieux ou ambivalent, la disponibilité de la figure d'attachement est incertaine, l'enfant n'est ni apaisé par sa présence ni par son absence. Ce type d'attachement est lui aussi favorable au développement d'une pathologie du lien.

Enfin il présente l'attachement désorganisé qui combine les aspects d'un comportement anxieux et évitant. L'enfant ne va alors pas gérer son stress ce qui pourra favoriser la désorganisation des comportements de type colère ou culpabilité.

Mary Ainsworth, psychologue a ainsi pu faire la même observation avec le comportement d'enfants âgés de 12 à 18 mois face à l'absence de leur mère et constate que pour un enfant sécure, il y aura peu de manifestation d'angoisse suivi d'un retour aux occupations, contrairement à un enfant évitant qui lui manifestera peu de réaction de détresse mais ignorera la mère à son retour, enfin l'enfant ambivalent manifestera de l'angoisse sur toute la durée de l'absence de la mère accompagné également de difficulté à retrouver le calme une fois la mère revenue.

Dans cette seconde approche je fais le lien avec ma situation d'appel. En effet d'après l'histoire familiale, la pathologie de la mère de Théa l'a empêchée de s'occuper de sa fille durant la petite enfance. Il est donc pertinent de se questionner sur la personne ayant représenté la figure d'attachement pour Théa, ainsi que sur le type d'attachement qui a façonné ses schèmes.

Il me semble pertinent de faire le lien avec le service d'accueil d'urgence qui semble être un environnement sécurisant pour elle puisque lorsque les permissions se rallongent, Théa ressent le besoin de revenir au sein du service.

Ces mécanismes se font bien souvent de manière inconsciente mais ils ont un impact déterminant sur le développement de l'enfant impactant ainsi sa vie future et sa personnalité sociale. Il n'y a donc pas de critère pour être un bon parent cependant Donald Winnicott, pédiatre, évoque une mère qui devrait être suffisamment bonne faute de quoi l'enfant pourrait se construire une personnalité d'emprunt.

Ainsi la théorie de l'attachement permet de comprendre les variations interindividuelles dans la façon d'aimer ou de se lier.

Concernant plus précisément les stades de développement de l'enfant, Jean Piaget, psychologue suisse, a développé entre 1920 et 1980 la théorie cognitive chez l'enfant. Il présente ainsi quatre stades de développement par lesquels l'enfant progresse afin d'interagir avec le monde qui l'entoure. Il met en avant différents concepts fondamentaux.

Tout d'abord les schèmes, ce sont des modèles d'action que l'enfant va enregistrer et assimiler pour pouvoir faire face une nouvelle fois à une situation lorsqu'elle se représentera. Elle est définie comme « *la structure ou l'organisation des actions telles qu'elles se transfèrent ou se généralisent lors de la répétition de cette action en des circonstances semblables ou analogues* » (Piaget, 2004, p. 11).

Ces schèmes correspondent donc à une structure mentale et sont la conséquence comme cité plus haut des modèles internes opérant.

Il présente ainsi le concept de l'assimilation, qui correspond à l'intégration des nouvelles informations dans les schèmes déjà existants. Puis le concept d'équilibration qui est un processus par lequel l'enfant stabilise assimilation et accommodation ce qui lui permet d'évoluer dans la compréhension du monde. Enfin le concept de constructivisme, où l'enfant va construire ses connaissances au travers des interactions avec son environnement.

Tous ces concepts influencent ainsi les approches pédagogiques centrées sur l'enfant encourageant son apprentissage par la manipulation et la découverte.

C'est également au travers des jeux que l'enfant va se familiariser avec l'absence, source d'angoisse pour lui, et lui permettre ainsi de mieux appréhender la séparation. L'enfant va alors choisir un objet, comme un doudou qui occupera une place symbolique permettant de surmonter l'absence. Winnicott présente ainsi l'objet transitionnel qui permettra à l'enfant de traverser les étapes de sa différenciation.

3.1.3 Le développement psychosexuel

Je vais maintenant m'intéresser à la théorie du développement psychosexuel développée par Sigmund Freud.

Selon lui l'enfant va construire sa personnalité et son psychisme à travers la succession de cinq stades, chacun étant centré sur une zone érogène particulière, influençant la personnalité future.

L'évolution à travers ces stades doit se faire de manière progressive car lorsqu'une construction ne se fait pas correctement elle empêche la construction des suivantes et pourrait exposer l'enfant à d'éventuels troubles. Par ailleurs la sexualité va servir également de fil conducteur au développement psychique.

Tout d'abord il présente le premier stade comme le stade prégénital qui lui-même se divise en 3 sous-stades.

Tout d'abord le stade oral, il concerne l'enfant de la naissance jusqu'à environ 18 mois. C'est le premier stade du développement de la sexualité et de la personnalité participant également au développement de la confiance, la zone érogène est la bouche, le carrefour aéro digestif, l'estomac ainsi que les organes de la phonation et

les organes sensoriels. C'est par ces zones que l'enfant va faire entrer à l'intérieur de lui ce qui l'entoure. Le sein, ou le biberon, deviennent alors l'objet pulsionnel qui servira de médiateur entre la mère et son bébé, il va se sentir uni à cet objet qu'il avale et à ce niveau, posséder l'objet en soi revient à s'identifier à cet objet. Il va rapidement ressentir une certaine excitation lors de la succion de son pouce ou de ses lèvres, également appelé plaisir auto érotique.

Lors du passage à l'alimentation solide, l'enfant va traverser une phase dite de sevrage entraînant alors un conflit relationnel puisque l'introduction de la cuillère va venir faire barrage entre l'objet (le sein) et la mère.

Donald Winnicott évoque alors l'importance du holding durant cette période, il s'agit pour la mère de soutenir physiquement et émotionnellement son bébé, grâce entre autre, au toucher ou au regard permettant à l'enfant de se sentir en sécurité avec sa figure d'attachement et ainsi de traverser les différentes étapes de son développement. Ce sevrage ne doit cependant se faire ni trop tard, au risque d'entraîner chez l'enfant de la frustration ni trop tôt au risque de fixer l'enfant sur cette relation initiale.

Puis c'est le stade anal, il concerne les enfants âgés de 2 à 3 ans. Durant ce stade c'est l'anus et la vessie qui deviennent les zones érogènes. L'enfant qui a compris au travers de ses expériences qu'il pouvait faire entrer des choses dans son corps va alors s'apercevoir qu'il peut également en contrôler les sorties. L'enfant perçoit ses selles comme une partie de lui-même, en choisissant de les retenir ou de les sortir, il marque la distinction entre le monde extérieur et le monde intérieur.

Le contrôle des matières fécales va alors procurer à l'enfant un plaisir auto-érotique. Les selles prennent alors une valeur symbolique pour l'enfant devenant une sorte de monnaie d'échange dans sa relation avec l'adulte, il prend également conscience que retenir ses selles, c'est refuser de se séparer d'une partie de soi.

Pendant cette phase l'enfant va s'autonomiser et prendre conscience qu'il est un individu à part entière et différent de sa mère, c'est donc parallèlement la construction du narcissisme avec l'amour de soi.

Karl Abraham, psychiatre et psychanalyste allemand, décompose en 1924 le stade anal en deux sous-stades dont le premier, le stade sadique anal, qui se caractériserait par l'expulsion des selles et le second, le stade masochique anale qui lui correspondrait à la rétention. Ce phénomène provoque alors chez l'enfant un sentiment d'ambivalence sur ce qu'il décide de garder ou non consolidant ainsi le dedans et le dehors et donc le soi du non soi.

Enfin, le stade phallique, qui concerne les enfants de 3 à 6 ans, va inciter l'enfant à prendre conscience de la différence des sexes grâce à la zone érogène qui est l'urètre. Cette différenciation va ainsi enclencher le complexe d'Œdipe accompagné de l'angoisse de castration.

L'histoire de vie de Théa et les traumatismes qu'elle a subis tout au long de sa scolarité ont eu un réel impact sur son développement. Ces apports théoriques me permettent ainsi de faire un lien avec les différentes théories freudiennes citées plus haut et plus particulièrement sur les stades du développement psychosexuel.

Concernant les scarifications de Théa elles peuvent être symboliquement associées à sa souffrance psychique. Elle cherche peut-être à symboliser son angoisse en lien avec ses traumatismes durant l'enfance et l'adolescence, mais également une certaine recherche de contrôle puisqu'en se faisant du mal elle contrôle ainsi son corps qui lui a échappé au cours des violences sexuelles.

Je fais également un lien avec le stade oral, où l'absence de sa mère de par sa pathologie, peut avoir procuré un sentiment de vide interne et de manque qui pourrait expliquer le comportement autodestructeur de Théa, symptôme d'une souffrance interne.

Les traumatismes sexuels subis lors de sa scolarité en maternelle ont pu contribuer à la perturbation de la construction de son identité provoquant alors le rejet de son corps ce qui pourrait expliquer sa volonté de changement de sexe.

Les nouveaux traumatismes sexuels subis lors de sa scolarisation en primaire ont favorisé la réactivation d'un trouble émotionnel. C'est d'ailleurs ce qui favorise la personnalité appelé états limites avec ce traumatisme pendant l'enfance appelé

traumatisme désorganisateur précoce, associé à un nouveau traumatisme pendant l'adolescence appelé traumatisme désorganisateur tardif.

Toutes ces blessures ont pu perturber l'évolution normale à travers les différentes étapes freudiennes empêchant ainsi leur résolution et favorisant l'apparition de troubles.

Le refus de son identité se manifeste par un rejet de son sexe biologique. En changeant de sexe, Théa espère peut-être se protéger de futures agressions tout cela de manière inconsciente.

Apparaît ensuite le complexe d'Œdipe, entre 4 et 7 ans qui constitue la deuxième phase du développement psychosexuel. Mais d'où vient le mythe d'Œdipe ?

D'après le livre « *la famille en désordre* » d'Elisabeth Roudinesco, Laïos, roi de Thèbes règne avec sa femme Jocaste. Avant même de concevoir un enfant, l'oracle va leur prédire le meurtre du roi par son propre fils qui épouserait par la suite sa mère. Passant outre cet oracle ils décidèrent d'enfanter. Lors de la naissance de leur fils, et inquiétés de cette prophétie, ils confièrent l'enfant après sa naissance, à un berger afin que celui-ci l'abandonne sur le mont Cithéron.

Pris de compassion, le berger remit l'enfant à un autre berger qui le ramena à Polybos, roi de Corinthe qui ne pouvait concevoir d'enfant avec son épouse stérile.

Œdipe grandit alors avec l'idée que Polybos et Mérope étaient ses véritables parents.

Arrivé à l'adolescence Œdipe eut connaissance de la prophétie. Inquiet, il quitta alors Corinthe afin d'éviter l'accomplissement de cette prophétie sans savoir que Polybos n'était en réalité pas son père biologique.

Lors d'une croisade, Œdipe rencontra Laïos et le tua à l'occasion d'un affrontement tout en ignorant qui était son véritable père. Vainqueur il se rendit à Thèbes où la ville était tourmentée par un Sphinx qui dévorait tout individu qui échouait à résoudre son énigme. Parvenant à en trouver la solution, Œdipe, accueilli en héros, sauva la cité et fut couronné roi de Thèbes. Il reçut en récompense Jocaste, sa mère, qu'il épousa sans savoir qui elle était pour lui. Ils eurent ainsi plusieurs enfants ensemble. Lorsqu'une peste ravagea la ville, l'oracle révéla qu'elle ne cesserait qu'à condition que le meurtrier de Laïos soit découvert et châtié. Œdipe apprit alors qui il était.

Jocaste, remplie de honte et de douleur en apprenant qui il était, se suicida.

Œdipe, fou de chagrin et de culpabilité se creva les yeux avec les agrafes de la tunique de Jocaste avant de partir en exil.

Freud évoque l'importance de cette étape dans la construction de l'identité et des relations interpersonnelles.

Le complexe d'Œdipe présente l'attachement de l'enfant pour le parent de sexe opposé et parallèlement une rivalité avec le parent de même sexe, entraînant alors une angoisse de castration chez l'enfant qui conduira à la construction du surmoi (les interdits) appelé également conscience morale ainsi que la construction de l'idéal du moi qui impactera le développement de la personnalité.

Durant ce stade l'enfant va éprouver, de manière inconsciente, une certaine culpabilité liée à ce désir envers son parent; il n'aura cependant aucun souvenir de cette étape afin de préserver son équilibre psychique que Freud nomme l'amnésie infantile.

Pour faire un lien avec ma situation je vais porter mon attention sur l'angoisse de castration chez la fille. Selon la théorie psychanalytique freudienne ce stade jouerait un rôle important dans la structuration de la personnalité et des relations.

La fille va ainsi prendre conscience qu'elle ne possède pas de pénis tout comme sa mère ce qui va entraîner un déplacement de son attachement pour la mère vers le père dans l'espoir de recevoir un substitut symbolique. Les idées freudiennes concernant le complexe de castration ont été à plusieurs reprises controversées.

C'est le cas de Karen Horney, psychiatre et psychanalyste américaine, qui met en évidence que l'absence de pénis ne serait pas à l'origine du déclenchement de l'Œdipe chez la fille. Idée également critiquée par Mélanie Klein, psychanalyste britannique, qui lie cette angoisse de castration avec des fantasmes inconscients où la mère deviendrait l'objet primaire de l'enfant et que par conséquent l'angoisse ne se limiterait pas au stade phallique.

En effet, le sein maternel, identifié comme l'objet primaire, procure à l'enfant nourriture et réconfort ; cependant, lorsque l'enfant ne serait pas comblé par cet objet cela le conduirait à l'angoisse de castration symbolique. À travers cette hypothèse

elle associe ainsi le concept de castration à la relation entre la mère, l'enfant et l'objet.

La résolution de ce stade va ainsi apporter à l'enfant un équilibre psychologique lui permettant de former une identité de genre mais également renforcer les bases de la moralité et de la reconnaissance des normes sociales.

Puis de 7 à 12 ans arrive la période de latence où l'enfant va mettre de côté ses pulsions sexuelles et porter son attention sur le développement de ses compétences sociales, émotionnelles et intellectuelles.

Son surmoi, qui s'est développé lors du stade œdipien va se structurer davantage et permettre à l'enfant d'intégrer les normes et les valeurs qui l'entourent mais également les interdits parentaux qui contribueront à cette adaptation sociale.

Pour finir, c'est l'apparition de la puberté et de l'adolescence qui viennent clôturer la période précédente. Les zones érogènes qui caractérisent ce stade sont multiples et s'accompagnent d'une réactivation de l'intérêt sexuel, c'est alors une seconde chance de restructuration pour l'enfant.

Pour la théorie freudienne, la névrose serait d'ailleurs une réapparition de conflit non résolu mais également la possible fixation aux stades psychosexuels précédents.

L'adolescence est souvent définie par des périodes dites de crise car en effet l'adolescent va chercher à s'affranchir de l'autorité de ses parents tout en voulant se rapprocher de ses pairs.

3.2 L'adolescence

3.2.1 Entre changement physique et quête identitaire

L'adolescence, qui débute vers 10 ans et qui peut s'étendre jusqu'à la vingtaine, est en effet une étape charnière qui va se caractériser par des transformations importantes tant sur le plan physique, émotionnel, cognitif et social.

Catherine Dolto compare ainsi l'adolescence à la mue d'un homard dans son livre « *le complexe du homard* » lui qui est momentanément vulnérable sans sa carapace. Elle y voit également une seconde naissance, symbolisant la rupture avec l'enfance

et l'acquisition de l'autonomie. Elle écrit : « *Sans le placenta, pas de vie possible avant la naissance, mais à la naissance, il faut absolument le quitter pour vivre* » (Dolto, 2007, p. 13).

Il y a tout d'abord la différence corporelle qui commence dès le plus jeune âge avec la découverte des organes sexuels externes puis d'autres transformations physiques vont suivre tout au long de la période de l'adolescence.

Chez la fille elle est caractérisée par le développement de la poitrine et l'apparition des premières règles tandis que chez le garçon elle se définit par la mue de la voix et le développement de la pomme d'Adam.

Toutes ces transformations proviennent de l'activation de l'hypothalamus et de l'hypophyse qui viennent stimuler les hormones sexuelles (les œstrogènes pour les filles et la testostérone pour le garçon) participant ainsi à l'affirmation de l'identité physique. Cependant ces changements peuvent provoquer une grande angoisse, puisqu'ils vont provoquer un décalage avec l'image que l'adolescent va faire de lui-même depuis son jeune âge, au travers du regard des autres et plus particulièrement celui de l'entourage familial. Cette angoisse pourra alors donner naissance à des mécanismes de défense afin d'aider l'adolescent dans le réajustement de cette image.

Si l'adolescent se sent mal dans sa peau il va alors chercher une image plus acceptable pour lui, qu'il cherchera à faire reconnaître par son entourage.

Parfois, lorsque l'image corporelle ou l'identité paraissent insatisfaisante, elles peuvent encourager l'adolescent à remettre en question son orientation sexuelle ou son sexe d'assignation favorisant alors la réflexion autour d'un éventuel changement de genre.

L'étape de l'adolescence s'accompagne également de transformations cognitives et émotionnelles.

En effet sur le plan cognitif, l'adolescent évolue progressivement en passant d'une pensée concrète à une pensée plus abstraite et rationnelle. Sur le plan social, il va renforcer ses relations amicales et va s'en suivre les premières relations amoureuses

consolidant ainsi la construction de l'identité. La sexualité, bien qu'elle soit déjà existante depuis la petite enfance, va s'intensifier une fois à l'adolescence. Cependant les attentes vont être bien différentes en fonction du sexe biologique, en effet les filles chercheraient plutôt à plaire tandis que les garçons rechercheraient quant à eux une première expérience entraînant ainsi un décalage entre les deux sexes.

Sur le plan émotionnel ses ressentis deviennent plus intenses, il est également en quête d'une autonomie et d'une identité. John Money, psychologue, décrit cette identité de genre comme une construction se basant sur les comportements et les paroles qui révéleraient l'appartenance masculine ou féminine.

Evelyn Hooker, psychologue américaine distingue quant à elle le sexe biologique du genre qu'elle considère comme une construction sociale et psychologique.

Simone de Beauvoir soulève d'ailleurs la question du genre et du sexe à travers sa citation « *on ne naît pas femme, on le devient* » ce qui amène ainsi à se questionner sur ce qui relève du masculin et du féminin.

Serge Hefez amène également à la réflexion dans son podcast de 2024 « *quête d'identité et transitions de genre à l'adolescence* » où il présente le genre comme une interprétation de soi. L'évolution des sociétés et des cultures a ainsi participé à l'acceptation du sexe d'origine, aux travers par exemple du port du pantalon pour les filles ou encore l'accès à des sports à tendance féminins pour les hommes.

Cette période est ainsi marquée par des questionnements constants sur les valeurs, la sexualité ou encore le sens de la vie.

Tous ces changements qui surviennent peuvent favoriser la mise en place de comportements à risque afin de faire face à un sentiment de mal-être. Certains y cherchent une échappatoire afin de combler un vide ou même fuir une société perçue comme hostile. Il est cependant indispensable d'apporter une attention particulière chez des jeunes déjà isolés ou souffrant de trouble dépressif ou encore victime de violence sexuelle qui pourraient renforcer leur exclusion et majorer leur souffrance psychologique.

3.2.2 La prise de risque

En 2001 dans son livre intitulé Psychopathologie de l'adolescence, Grégory Michel, docteur en psychopathologie, définit la prise de risque comme « *une décision impliquant un choix délibéré qui se caractérise par un certain degré d'incertitude quant aux probabilités d'échec ou de réussite* » (Michel, 2001). Il distingue le risque à long terme comme la consommation de substance et le risque à court terme avec le danger immédiat.

En 1994 Jean Adès, psychiatre, va contribuer à l'analyse et à la compréhension des conduites à risque qu'il va définir comme un moyen pour l'adolescent de mettre fin à une tension psychique.

L'adolescent qui a conscience qu'il est encore dépendant de ses parents, va être en quête d'une identité acceptable pour lui et d'une autonomie. Philippe Jeammet appuie d'ailleurs ce paradoxe en écrivant : « *Ce dont j'ai besoin est ce qui me menace.* » (Jeammet, 1999, p.32).

Il est donc essentiel que les parents, les enseignants ainsi que toute autre figure d'autorité trouvent avec l'adolescent un équilibre entre le soutien et le respect de cette recherche d'individualisation permettant au jeune de trouver sa place dans la société et ainsi s'épanouir pleinement dans la préparation de l'entrée à l'âge adulte.

A son entrée dans l'adolescence, le jeune cherche à marquer une rupture avec son passé. Dans cette période propice à la vulnérabilité, ses fragilités préexistantes s'accroissent, réactivant ainsi les blessures des séparations précédentes. Il va alors tenter de l'éloigner de ses parents, qui sont pour lui la principale source de réactivation de souvenirs de la petite enfance.

Jusqu'alors, l'adolescent évoluait à travers des rituels et des répétitions qui le sécurisaient. Cependant il va progressivement s'apercevoir qu'il ne peut contrôler totalement son avenir, c'est en renonçant à cette maîtrise qu'il pourra apercevoir son futur. Il va également devoir faire face à l'absence de sens et de valeur de la société dans laquelle il évolue.

La notion de crise pendant l'adolescence fait alors référence aux aspirations du jeune qui va se confronter aux possibilités de la société. Winnicott conseille alors aux parents de « *survivre* » tout au long de cette période (Rufo, 2007, p.118).

Ce cheminement personnel va alors lui permettre d'accéder à de nouvelles étapes essentielles à son développement, Comme l'indique le professeur Rufo dans son ouvrage *Détache moi, se séparer pour mieux grandir* « *L'attachement au 1^{er} objet d'amour se transforme pour laisser la place à de nouveaux investissements affectifs et amoureux* » (Rufo, 2005, p.191).

Le recours aux conduites à risque peut être influencé par l'absence de repères structurants, elle-même liée aux transformations de la famille traditionnelle et à l'évolution des liens qui unissent ses membres. En effet la famille, qui constitue le premier cadre structurant et protecteur pour l'adolescent, va jouer un rôle essentiel dans sa régulation. L'enquête baromètre santé jeunes (1997-1998), réalisée en France auprès des 12/19 ans, va ainsi mettre en évidence que les adolescents vivant avec leurs parents biologiques ou adoptifs bénéficient d'une meilleure qualité de vie contrairement aux jeunes issus de famille monoparentale ou recomposée. La comparaison avec les 18/75 ans a pu mettre en évidence la fragilité particulière de la période de l'adolescence plus spécialement pour les filles.

La conduite à risque est à différencier de la tentative de suicide, puisqu'elle représente un détour symbolique permettant à l'adolescent de tester et de confirmer la valeur de son existence. La première prise de conscience de la mort apparaît vers 6 ans pour ensuite se réactiver à l'adolescence. C'est à travers les conduites à risque que le jeune va tenter de contrôler la mort afin de questionner le sens de la vie.

Les conduites à risque deviennent alors un chemin de contrebande pour se construire une identité tout en se confrontant aux limites, qu'elles soient sociales ou individuelles. Elles peuvent également être assimilées à de l'addiction. Xavier Pommereau la décrit d'ailleurs comme ceci : « *l'addiction désigne une conduite de dépendance à une substance ou à une pratique dont le sujet devient esclave, avec*

tous les risques que cette aliénation fait peser sur sa vie personnelle, familiale et sociale » (Pommereau, 2002, p.106).

Pour Théa la première conduite à risque est la scarification, cette pratique peut avoir plusieurs significations. Tout d'abord il peut s'agir d'une recherche d'affirmation personnelle, en effet la modification corporelle correspond à l'adolescence et doit être intégrée par le jeune qui doit se l'approprier. La scarification peut également exprimer un trouble de la sexualité, ainsi le fait de se couper pourrait venir remplacer le contact à l'autre, le fait de modifier volontairement son corps incitera l'autre à s'éloigner, qu'il s'agisse d'un amoureux ou d'un parent. C'est d'ailleurs cette distanciation physique que l'adolescent va rechercher afin de se protéger entre autres, des désirs incestueux inconscients qui se réactualisent à la puberté où l'accès à la sexualité pourrait rendre l'acte possible. L'enfant va alors tenter de ne pas plaire aux parents. « *Se couper soi à défaut de réussir à couper un lien pour se séparer et grandir* » (Rufo, 2005, p.216). Le piercing et le tatouage sont à différencier car ils représenteraient davantage une appartenance à un groupe social alors que la scarification elle traduirait quant à elle un mal-être ou la cicatrice en serait une marque de mue.

Théa souffre également de trouble du comportement alimentaire, qui est également assimilé à un comportement à risque. Ce trouble, qui fait partie des addictions, peut traduire une insécurité, qui trouve généralement son origine dans la petite enfance.

Ce comportement va permettre d'apaiser le sentiment d'insécurité éprouvé par Théa mais pourra également être responsable d'une dépendance, c'est-à-dire qu'elle va éprouver un sentiment d'apaisement lors de sa restriction alimentaire, cet effet, qui sera de courte durée va donc l'entraîner à recommencer ce comportement.

Le TCA peut également correspondre à la recherche d'une image qui serait plus satisfaisante pour la jeune fille et qui correspondrait à son groupe sociale, je fais ainsi le rapprochement avec le reste des adolescentes qu'elle fréquente dans l'unité et qui, très souvent, souffre du même trouble. A travers la privation elle contrôle ainsi son corps qui lui est sous l'influence de changement physique qui lui est impossible de contrôler. Lacan a défini l'anorexie comme « *un désir de rien* » (Rufo, 2007, p.151)

A travers toutes ces manifestations le jeune va ressentir une certaine maîtrise sur sa réalité, il va alors tenter de faire passer au second plan sa réalité psychique, et l'opposition en est la forme la plus fréquente. C'est le caractère répétitif et l'isolement de l'adolescent dans ses échanges relationnels qui rend ces situations problématiques favorisant ainsi le renvoi d'une image négative de lui-même.

Ainsi pour faire miroir avec ma première partie l'attachement que le jeune va construire lui permettra de créer du lien mais aussi de se détacher. Ce lien lui permettra d'aller vers de nouveaux horizons tout en ayant conscience qu'il pourra revenir. L'adolescent pourra sortir de cette étape lorsqu'il pourra garder des souvenirs de son présent.

Le parent va ainsi prendre conscience qu'il doit laisser l'amour se transformer pour pouvoir duré, malgré les conflits, les absences ou les ruptures. Cet amour doit pouvoir favoriser l'autonomie de l'adolescent.

3.3 La thérapie familiale

3.3.1 L'histoire des thérapies

La thérapie familiale repose sur le principe que les troubles psychologiques ou comportementaux individuels trouvent généralement leur origine dans les dynamiques et les interactions au sein du système familial.

Cette thérapie peut être proposée dans plusieurs domaines comme les troubles mentaux ou comportementaux, les problèmes relationnels tels que les conflits entre les parents et leurs enfants, les conflits conjugaux, mais également dans les addictions, les traumatismes ou les crises familiales comme la séparation et le divorce.

Cette méthode va favoriser la communication entre les individus d'un système renforçant alors les relations au travers d'espaces d'expression. Elle permet également d'accompagner dans la résolution des conflits en identifiant les tensions familiales et en tentant de comprendre les comportements au sein de la famille pouvant influencer l'enfant, afin d'offrir un épanouissement personnel.

C'est à partir de 1937 que la pratique de la thérapie familiale voit le jour. Elle apparaît à partir des études de Nathan Ackerman, psychiatre et psychothérapeute américain qui met en avant l'impact des interactions sociales sur l'individu. Il écrit ainsi « *the family as a social and emotional unit* » (cité par Ackerman, 2001, p. 27) ce qui signifie la famille comme unité sociale et affective.

D'autres figures suivront le chemin de Ackerman, participant ainsi à l'essor de la thérapie familiale. Parmi elles, le psychiatre et psychanalyste britannique John Bowlby avec sa théorie de l'attachement ainsi que le psychiatre américain Don Jackson au travers de ses recherches sur le rôle des interactions dans les dynamiques familiales et les troubles psychologiques.

Entre 1940 et 1950 le concept de thérapie familiale va s'étendre un peu plus dans un contexte de progrès en sciences sociales, en psychanalyse et en cybernétique. C'est durant ces années que va naître l'approche systémique. Dans une approche principalement centrée sur le malade, c'est aux Etats-Unis que les premières recherches en thérapie familiale voient le jour, à partir de la cybernétique, mais également grâce aux travaux de l'école Palo Alto. Ces recherches, qui soulèvent bon nombre d'opposants, poussent les médecins à faire leurs recherches de façon clandestine.

La cybernétique, introduite par Norbert Wiener, mathématicien américain, a été un élément déclencheur de la recherche à travers l'étude des systèmes autorégulés inspirant ainsi l'idée que la famille fonctionne comme un système où les comportements influencent chacun des membres de ce système. En effet la cybernétique est une sorte de direction de recherche, « *elle rend compte de la façon dont un objet mécanique ou vivant entre en communication avec son environnement matériel ou humain* » (Picard, 2013, p.12) se basant sur l'homéostasie et le feed-back qui est une réaction du récepteur à un message et la façon dont l'émetteur les utilise pour rectifier son comportement et atteindre son but en tenant compte des modifications environnementales. Ainsi l'homéostasie et le feed-back mettent en évidence une inter influence entre l'état interne d'un élément et le contexte physique et /ou psychologique dans lequel il évolue et que par conséquent la communication s'effectue de manière circulaire et non linéaire.

L'anthropologie a également eu un impact, en effet c'est une discipline scientifique qui étudie les comportements humains dans toutes ses dimensions, en tenant compte des aspects biologiques, culturels, sociaux, linguistiques et historiques.

On retrouve par exemple l'anthropologie culturelle, notamment grâce à Gregory Bateson, anthropologue et psychologue américain, qui a exploré les communications humaines sous une vision systémique. A l'aide de son équipe il a mis en avant des schémas relationnels, dont le concept de double contrainte, qui désigne des messages contradictoires dans les relations familiales et leur rôle dans certains tel que la schizophrénie.

Voici un exemple de double contrainte, un adolescent reçoit deux types de messages contradictoires de sa mère. Le premier message qui vient de la mère indique à l'adolescent qu'il peut toujours venir discuter avec elle s'il en ressent le besoin, le deuxième message est celui de la mère qui reproche à l'adolescent de se plaindre lorsqu'il tente d'exposer ses émotions. L'adolescent est alors face à un dilemme, s'il se confie il se risque à recevoir une réponse négative qui va alors annuler ses sentiments mais s'il ne se confie pas il ne répond pas à l'invitation de sa mère au risque de la laisser penser que l'adolescent ne lui fait pas confiance ou qu'il s'éloigne d'elle. Cette situation va alors générer de la confusion puisqu'aucun choix n'est satisfaisant.

Ainsi la double contrainte peut entraîner une incapacité à comprendre ou à répondre aux attentes, elle peut également provoquer un stress psychologique durable ou plus encore provoquer des troubles.

Vers 1942, Bateson, découvre la cybernétique, il va ainsi se consacrer aux processus de communication. Puis à partir de 1950 des institutions voient le jour, c'est le cas de l'école de Palo Alto fondée par Gregory Bateson. Cet établissement, qui a vu le jour au milieu du XX^{ème} siècle, deviendra un centre majeur dans le développement de la thérapie familiale, grâce au travail de divers chercheurs, tous issus d'horizons et d'orientations différentes. Ensemble ils poseront les bases de l'approche systémique des phénomènes humains en bouleversant les modèles antérieurs, la psychiatrie ayant été un des premiers domaines à être bousculé.

Leurs travaux seront influencés par ceux de Milton Erickson, psychiatre américain à l'origine d'approche comme l'hypnose ericksonienne (méthode thérapeutique mettant l'accent sur la souplesse, l'adaptabilité et la collaboration entre thérapeute et patient) la thérapie brève de Palo Alto ou encore la programmation neurolinguistique (observation sur comment les interactions entre la pensée et le langage organisent le fonctionnement du corps et des comportements).

Ce concept sera également porté en 1960 par David Cooper, psychiatre sud-africain et Ronald Laing, psychiatre britannique, qui, à partir de leur expérience, confirment que la famille joue un rôle dans la maladie mentale. Mais également Virginia Satir, psychothérapeute américaine, qui rejoindra l'école de Palo Alto pour y créer en 1959 le mental research Institute of Palo Alto afin d'y étudier les émotions et la communication avec les familles.

C'est ainsi que l'école de Palo Alto deviendra un lieu emblématique de la thérapie familiale systémique en mettant en évidence que la famille agit comme un système où chaque membre influence les autres. Les symptômes d'un individu sont alors vus comme une manifestation d'un dysfonctionnement au sein du système familial.

D'autres concepts émergent comme la théorie des systèmes de Ludwing Von Bertalanffy, biologiste d'origine autrichienne et fondateur de la systémique qui met en avant 3 aspects des systèmes tels que la science des systèmes, la technologie des systèmes (techniques modernes et leur répercussion sur l'organisation des sociétés humaines) et la philosophie des systèmes (vision organique du monde) il présente également les règles qui gouvernent le fonctionnement de tous les systèmes, qu'il décrit ainsi « *c'est un ensemble d'éléments interdépendants, c'est-à-dire liés entre eux par des relations telles que, si l'un est modifié, les autres le sont aussi et que, par conséquent, tout l'ensemble est transformé* » (Bertalanffy, 1973, p. 43).

Cette approche systémique a ainsi débuté dans les hôpitaux psychiatriques au travers de la mise en interaction d'éléments responsables de la schizophrénie. Elle consiste à prendre en compte la famille et son environnement, en se questionnant autour du symptôme. Est-ce l'entourage qui est perturbé par le malade ou est-ce l'environnement qui rend l'individu malade, ce qui va permettre de mettre en avant

les différents aspects de la communication pathologique présente entre ses membres.

Certains auteurs comme Mony Elkaïm, également psychiatre, ont contribué à l'évolution de l'approche en thérapie familiale en intégrant certaines notions comme le hasard ou encore l'éthique et la responsabilité. Il accentue le fait que concevoir une famille comme un système revient à analyser son mode de fonctionnement plutôt qu'à attribuer des responsabilités individuelles à chacun des membres la composant.

Il illustre ces dires avec l'exemple d'une famille parcourant une tension. Si un de ses membres, victime d'une tension, est hospitalisé, la tension va diminuer mais lorsqu'il réintègre son système cette tension réapparaît. Dans ce contexte le symptôme devient alors la solution permettant une régulation de la famille.

En 1956, accompagné de chercheurs comme Jay Haley, thérapeute et théoricien, Bateson publiera un article où il apportera une théorie de la schizophrénie fondée à partir de troubles de la communication dans la famille. Cette théorie sera d'ailleurs reprise par Paul Watzlawick qui la résume ainsi « *tandis que le psychiatre est formé à approcher les phénomènes de la folie avec un modèle scientifique, avec une théorie toute faite a priori, l'anthropologue procède de façon opposée: il entre dans une culture étrangère avec un minimum de préconceptions, il observe objectivement ce qui se passe dans cette culture pour arriver à une compréhension plus juste de la dynamique des processus internes de communication. C'est cette méthodologie que Bateson a appliquée aux phénomènes dits psychiatriques* » (Watzlawick, 1983, p. 40).

Ainsi la thérapie familiale offre des soins au patient mais aussi à sa famille; elle met en évidence que l'ensemble d'un groupe pourrait être à l'origine de symptômes sur l'un de ces membres.

A partir de 1955 le concept de thérapie familiale va s'étendre et se développer en Europe cependant il va rencontrer quelques difficultés pour se faire reconnaître, en effet Roland Jaccard écrit en 1981 « *ce courant se heurte en France tout au moins, à une double résistance : celle des psychiatres organicistes, qui comptent sur les découvertes psychopharmacologiques pour résoudre les problèmes de leurs*

patients, et celle des psychanalystes traditionnellement méfiants à l'égard des innovations de leurs confrères d'outre-Atlantique. Ainsi les divers ouvrages des pionniers de la thérapie familiale traduits en français jusqu'à présent n'ont-ils guère connu d'écho. On préfère les ignorer plutôt que de les discuter » (Jaccard, 1955, p.6).

Le courant systémique et psychanalytique cohabiteront par la suite dans les thérapies familiales à la différence que la psychanalyse met en avant ce lien symbiotique qui fait que la famille reste ensemble qu'elle s'aime ou non contrairement à un groupe social ou un groupe d'individus qui pourront facilement s'en retirer si les pressions y sont trop intenses.

3.3.2 Les différentes thérapies

En fonction de la demande du ou des patients le type de thérapie sera ainsi adaptée. La thérapie de couple par exemple comporte généralement des personnes de même génération, tandis que la thérapie de groupe contient des individus ayant une absence de filiation, enfin la thérapie familiale comprend des individus vivant au sein d'un même système avec ou sans liens de filiation.

Selon l'orientation du thérapeute l'approche sera également différente. Il y a tout d'abord l'approche psychanalytique, à l'initiative de Freud, qui découvre en 1897 l'inconscient. Cette approche est également caractérisée par de l'écoute active du patient ainsi que la reconnaissance de la famille comme lieu de conflit dont le conflit œdipien en serait le paradigme. Pour faire écho avec la situation de Théa ce type de prise en charge permettrait de faire le lien entre des conflits inconscients qui résulteraient des traumatismes ainsi que la perturbation des stades psychosexuels.

Les techniques varient ainsi d'une approche à une autre. Pour la thérapie psychanalytique le thérapeute est non directif et passif favorisant ainsi la libre association par le patient. Parfois la présence d'un autre thérapeute est nécessaire pour la perlaboration qui consiste à répéter, au cours d'une analyse, les mêmes scènes encore et encore jusqu'à ce que le refoulement soit mis en échec et que s'élabore une connaissance consciente de l'histoire du symptôme, qui permette de le supprimer. Il peut également faire appel aux rêves afin de repérer le fonctionnement

de l'appareil psychique de la famille. Dans cette approche la durée de thérapie est variable et peut s'étendre pendant des années.

Puis d'autre thérapeute pratique l'approche dite comportementaliste qui consiste à traiter la persistance d'un comportement acquis dans certaines circonstances. Le comportementaliste va faire disparaître la réponse inappropriée, c'est-à-dire le symptôme et donc la maladie. (Ce qui fonctionne bien dans les phobies) cette méthode a parfois été controversée puisqu'il s'agit la de traiter le symptôme mais pas la cause exacte, favorisant ainsi un risque de la réapparition de ce symptôme sous une autre forme. Marcel Rufo s'oppose d'ailleurs à ce type de prise en charge pensant alors que le symptôme est un compromis entre la pulsion et la défense qui va lutter contre la pulsion. Il analyse ainsi le symptôme pour lui donner un sens.

Enfin l'approche systémique qui se rapporte à la notion de système. Ce système est interprété de différentes façons, Joël De Rosnay, écrivain français dont les travaux ont été influencés par l'école de Palo Alto, a été l'un des premiers à développer la théorie des systèmes en France. En 1975 il définit le système comme un ensemble d'éléments en interaction de manière dynamique, organisée en fonction d'un but.

Edgar Morin, sociologue expose que le système peut également être défini comme une unité globale, organisée, d'interrelations entre les éléments, les actions, ou les individus ne pouvant ainsi être définis que les uns par rapport aux autres en fonction de leur place

Cette approche incite à la réflexion, elle s'intéresse avant tout à la manière dont les communications sont perturbés et pousse à l'analyse du détail permettant ainsi de mieux comprendre le système qui entoure le patient. Elle s'inspire de la philosophie de Bateson, elle-même basée sur la cybernétique dont Von Bertalanffy a été le premier à démontrer que le système ne peut être réduit en des parties.

L'approche systémique va ainsi étudier le système familiale et tenter de découvrir les liens et interactions qui en unis ses membres, parfois invisible à l'œil. Pour cela le thérapeute pourra utiliser divers outils comme l'enregistrement vidéo ou le miroir sans tain.

Dans les sciences infirmières c'est une manière de penser le soin qui n'est pas centré sur un individu mais sur la personne et sa famille à travers l'interrelation

permanente d'un individu et son système. A travers cette approche chacun des membres est amené à la réflexion afin de favoriser le changement. La durée de traitement est variable avec une séance toutes les deux à quatre semaines environ. Ainsi pour mettre en place une thérapie familiale, la demande doit être faite par un individu mais également par son système.

Robert Neuberger, psychiatre et psychothérapeute indique que cette thérapie peut être proposée si le symptôme est le témoin du conflit, si de la souffrance en découle et si ces critères ne correspondent pas à une seule et même personne.

Heinz von Foerster, qui présente la cybernétique de second ordre, se base sur les systèmes de Heisenberg. En effet il met en relation la modification du comportement lorsqu'un système extérieur intervient, ce qui permet de démontrer que le thérapeute fait partie du système et qu'il peut donc intervenir sur le changement en ouvrant un espace relationnel.

Salvador Minuchin, thérapeute familial Argentin, propose deux processus d'intégration du thérapeute au système, dont le premier l'affiliation qui correspond à l'acte du thérapeute pour se brancher au système de la famille et l'accommodation qui permet l'ajustement du thérapeute pour atteindre cette affiliation.

Parfois le thérapeute travaille davantage autour du symptôme en le majorant ou en le réduisant au travers de prescription de symptôme, celui-ci étant l'expression du problème familial

Et enfin certaines approches utilisent la méthode du double lien et de la double contrainte. Le patient n'est alors pas encouragé à changer directement mais plutôt à travers des transformations indirectes. Ce qui le place dans une situation de dilemme difficilement supportable: s'il suit l'ultimatum, il ne peut plus justifier son comportement et à l'inverse s'il s'y oppose il ne peut le faire qu'en faisant disparaître le symptôme.

Afin de relier ces recherches à ma situation initiale il serait pertinent de se questionner sur les apports potentiels des thérapies pour Théa et sa famille.

Elles permettraient d'explorer les traumatismes sous-jacents, la perception qu'elle a de son corps suite à ces violences, mais également l'amener à se questionner sur son identité au travers des nombreuses modifications corporelles.

Cette démarche pourrait permettre de considérer les conflits qui semblent structurer leur dynamique familiale.

Différentes méthodes pourraient alors être utilisées comme la thérapie psychanalytique pour Théa afin de travailler autour des conflits inconscients de l'enfance mais également liés aux traumatismes ainsi que sur une éventuelle perturbation lors des stades psychosexuels.

En pédopsychiatrie, la thérapie familiale est particulièrement intéressante afin de traiter les difficultés d'un enfant tout en tenant compte de son environnement familial. Ainsi l'approche systémique va permettre de considérer l'enfant comme une partie intégrante de son système où les rôles, les interactions et les relations influencent son bien-être.

3.4 Le rôle de la famille

3.4.1 Représentation et évolution dans le temps

Le terme famille est d'origine latine. Mais qu'est-ce qu'une famille ? Elle peut être définie de différentes façons, Claude Lévi-Strauss, anthropologue et ethnologue français l'a décrit ainsi « *La réalité de la famille tient avant tout à sa continuité dans le temps : les parents procréent des enfants ; devenus adultes, ceux-ci feront de même. Considérée comme institution, la famille traduit cette fidélité linéaire qui soude les générations. Source, pour chaque individu, de ses émotions les plus anciennes et les plus profondes, lieu où se forme son être physique et sa personnalité morale, la famille unit par l'amour, l'intérêt et le devoir, des suites plus ou moins longues d'ascendants et de descendants.* » (Goldbeter-Merinfeld, 2011, p.1). Il a d'ailleurs décrit différents types de liens familiaux qui participent à la structuration de la société. Il a démontré que la parenté, au-delà d'un système purement biologique, est également un système social et culturel. Il expose ainsi la conjugalité, qui est un lien reposant sur l'union de deux personnes, destiné à fonder une famille et la filiation, qui est définie comme un lien unissant les enfants à leurs

parents, que ce soit de manière biologique ou à travers une adoption, ces 2 types de lien permettent alors de comprendre la structure sociale et les échanges à l'intérieur des différents groupes.

George Peter Murdock, également anthropologue, en donne une autre définition en 1972 : « *c'est la cohabitation et la coopération socialement reconnues d'un couple avec ses enfants* » (Murdock, 2005, p.7). Pour la psychiatre italienne Mara Selvini Palazzoli il s'agit d' « *un groupe naturel ayant une histoire commune* » (Palazzoli, 2005, p.7). Pour le spécialiste des thérapies familiales Walrond Skinner il s'agit d'un « *système social naturel* » (Skinner, 2005, p.8). Enfin pour les thérapeutes ils définissent la famille comme « *tout groupe qui se considère comme une famille à la condition que ce groupe comprenne des représentants d'au moins deux générations unies par la filiation* » (Neuburger, 1992, p.8).

Ainsi si nous nous basons sur la vision des thérapeutes, la famille agit comme un système qui lui est propre, en fonction de sa propre histoire, de sa culture et de ses transmissions générationnelles. La relation qui va se créer entre les membres va être influencée par les affects, les jeux de pouvoir ou encore les désirs de chacun.

La notion de la famille est retrouvée dans toutes les sociétés, cependant les règles y sont bien différentes en fonction des cultures. Claude Lévi-Strauss écrit « *ce qui différencie l'homme de l'animal c'est que dans l'humanité une famille ne saurait exister sans société* » (Lévi-Strauss, 1987, p.17).

Les premières traces de la famille ont été retrouvées à la préhistoire, la femme récoltait alors la nourriture et éduquait les enfants tandis que l'homme chassait. Aucune distinction n'était faite entre les membres du groupe et chacun était responsable des uns et des autres.

Pendant l'Antiquité, le père avait la distinction de patriarche et possédait donc la pleine autorité sur sa famille. Durant cette période la famille transmettait son patrimoine et ses traditions à ses descendants.

Dans la culture égyptienne ainsi que dans le monde gréco-romain, la famille s'inscrivait surtout dans une dynamique communautaire. A cette période le mariage était le plus souvent arrangé dans un but social et économique.

Puis au Moyen-âge (Ve-XVe siècle) la famille commence à se distinguer à travers les membres qu'elle comporte, en effet elle se compose des parents, des enfants et des grands-parents, parfois certains individus proches, y sont également associés. L'homme est généralement reconnu comme le protecteur de la famille, tandis que la femme prend soin de s'occuper du foyer et des enfants. C'est une période où les familles travaillent principalement sur des terres seigneuriales.

La religion y occupe une place importante et participe à la transmission de certaines valeurs au travers de comportements familiaux. Le mariage y était considéré comme un sacrement.

Arrivée à l'époque moderne (du 16^{ème} jusqu'au 18^{ème} siècle), c'est l'apparition de la famille dite nucléaire, composée des parents et des enfants, dans un contexte d'urbanisation croissante. Durant cette période l'enfant commence à occuper une place centrale, dans une éducation toujours relativement stricte, alors qu'il était jusque-là plutôt perçu comme un petit adulte. Sur le plan religieux, le mariage occupe toujours une place centrale mais plutôt pour des raisons économiques et sociales.

Au 19^{ème} siècle, période de révolution industrielle, la famille va alors quitter ses terres pour se déplacer vers les villes. C'est également une période où la notion de polygamie et de libertinage va faire son apparition, entraînant alors la modification de la structure de la famille. L'homme travaille toujours et la femme continue de s'occuper du foyer. L'autorité du père va disparaître petit à petit entraînant ainsi une égalité d'éducation entre la mère et le père.

C'est également durant cette période que va naître la psychanalyse au travers des observations de Sigmund Freud, neurologue américain, qui va mettre en avant la responsabilité des familles dans les névroses. Cette discipline va permettre également de démontrer l'importance du rôle paternel dans la séparation de la relation fusionnelle de la mère avec son enfant.

Puis arrive la Première Guerre mondiale, au 20^{ème} siècle, où la place de la femme va littéralement changer. En effet de par la mobilisation des hommes sur le front, la femme, pour survivre, va devoir travailler. A la suite de cette guerre, la famille devient exclusivement nucléaire. Cependant durant les années 70 la situation économique se dégradant, les familles vont devenir moins traditionnelles avec une hausse

importante du nombre de divorces, l'apparition de la contraception pour la femme, la législation de l'avortement responsable de la baisse de la fécondité. C'est également une période où la femme va voir évoluer la reconnaissance de ses droits, tout cela participant alors à l'émergence des familles monoparentales et homoparentales.

Actuellement la famille contemporaine est principalement dominante dans les sociétés, familles recomposées, homoparentales, monoparentales mais également les unions libres. Les relations hors mariage se banalisent et la place de la femme dans la société lui permet de concilier vie familiale et vie professionnelle. C'est également une période où le numérique va s'intensifier modifiant ainsi les interactions dans le système familial.

« [...] aujourd'hui, la forme de la vie privée que chacun choisit n'a guère besoin d'une légitimité externe, conformité sociale à une institution, ou encore de la morale. Elle se structure avant tout sur la reconnaissance mutuelle des personnes qui vivent ensemble, sur le respect qu'elles se portent. Un bon partenaire, c'est celui qui sait aider l'autre à être lui-même, à développer ses capacités personnelles, à s'épanouir... » (François de Singly, 1996, p.184).

Ainsi au fil des siècles la famille a évolué à travers les modifications de la société qui la constituait. La famille contemporaine est à présent à la recherche d'épanouissement personnel et relationnel.

Dans ce concept de famille il me paraît bon d'aborder le concept de la parentalité. Paul-Claude Racamier, psychiatre français et Thérèse Benedeck, psychiatre et psychanalyste américaine l'a décrit en 1950 comme « *un processus psychique-ensemble de réaménagements psychiques et affectifs de devenir parent* » (Racamier ; Benedeck, 2001, p.24). En 1993 Didier Houzel, psychanalyste français, va décrire différents axes de cette parentalité avec entre autre l'exercice de la parentalité, la pratique et l'expérience « *il ne suffit pas de produire la chair humaine, encore faut-il l'instituer ; c'est-à-dire faire naître l'enfant à l'humanité à la société, à la temporalité ; l'inscrire dans l'ordre des générations et répondre de lui. Ces fonctions parentales vont autoriser l'enfant à vivre en lui permettant de se différencier en tant que sujet, de s'identifier, de se structurer* » (Legendre, 2007, p.32). Sa pensée est que la famille est à la fois le lieu où l'enfant s'inscrit tant dans

une généalogie que dans une filiation afin de construire son identité et son processus d'humanisation. L'accès à cette parentalité est une étape à traverser au même titre que celle de l'adolescence.

3.4.2 La dynamique familiale à travers son système.

La famille va transmettre aux enfants des valeurs et des normes qui lui permettront de s'intégrer dans la société, qu'elles soient transgénérationnelles (part inconsciente de la transmission) ou intergénérationnelles (part consciente). Cette transmission aura à un impact sur le développement psychologique de l'enfant ainsi que sur la dynamique familiale mais également sur la qualité des premières relations. L'enfant va devoir trouver sa place à travers la dynamique psychique de ses parents.

Elisabeth Goody, anthropologue, présente différentes composantes de la parentalité, comme le fait de concevoir et mettre au monde un enfant, le nourrir, l'éduquer, lui donner une identité à la naissance à travers sa reconnaissance au service civil ou par le choix du prénom. Enfin le parent va garantir à l'enfant son accessibilité au statut d'adulte.

La famille va également transmettre à l'enfant à partir de ce qu'on appelle le mythe familial, qui est décrit par Mony Elkaïm comme " tel est le secret: un vaisseau fantôme qui transporte à son bord le trésor caché des règles familiales". (Allais,2021, p. 63).

Ce mythe va permettre de rassembler les membres autour de croyances communes et ainsi permettre le même fonctionnement pour tous ainsi qu'un partage de valeurs. C'est grâce à des dynamiques psychiques que le mythe va se mettre en place. Il s'agit alors de saisir le conscient et l'inconscient pour le comprendre.

La découverte de la psychanalyse jungienne par le psychanalyste Carl Gustav Jung va mettre en avant le concept de l'ombre. Il s'agit pour l'enfant de mettre de côté des parties de lui-même afin de se conformer aux attentes des parents.

Dans un premier temps tout ce qui pourra être intégré au moi conscient sera refoulé dans l'inconscient c'est cela le concept de l'ombre. L'enfant va alors se construire à

travers les valeurs familiales. Cependant certaines caractéristiques ne disparaissent pas totalement et vont tenter de se manifester sous forme de symptômes corporels. Ainsi il existerait une sorte d'ombre transgénérationnelle destiné à hanter la psyché familiale.

Françoise Dolto ajoute également l'impact de la parole dans la structuration psychique de l'enfant impactant alors son équilibre.

Ce mythe va assurer l'équilibre au sein de la famille et servir d'unificateur dans le groupe familial justifiant en retour la relation d'appartenance, mais pourra également devenir pathologique voir psychotisant, provoquant alors une rupture de communication avec l'extérieur.

L'environnement familial peut ainsi contribuer à l'apparition de troubles. Les dynamiques familiales peuvent accentuer la vulnérabilité de l'enfant en particulier durant la période de l'adolescence.

Dans la situation de Théa, cette dynamique est perturbée. En effet sa mère, en raison de sa maladie, a eu peu l'opportunité de s'occuper de sa fille. De plus, les traumatismes vécus par Théa lors de sa scolarité soulèvent des questions sur le soutien que ses parents ont pu lui apporter lors de ces périodes difficiles ou encore l'héritage transmit par ses parents. Les propos du psychiatre mettent également en avant des non-dits au sein de la famille

La famille à un rôle fondamental auprès de membres souffrant de troubles psychiatriques. Elle offre un refuge, ce lieu où le cadre, qui est familier, devient sécurisant. Pour Françoise de Singly « *la famille quelle que soit sa forme est devenue le lieu où chacun peut construire son identité à travers des liens relationnels électivement choisis* » (Colin, 2007, p.15)

Dans le cas de Théa ses nombreuses hospitalisations dans l'unité soulèvent des questions sur la représentation qu'elle se fait de l'institution. Les professionnels de santé, mais également les autres adolescentes qu'elle côtoie lors de ses séjours mais également à l'extérieur, peuvent ainsi jouer un rôle structurant et apaisant. L'institution pourrait représenter pour Théa une symbolique de famille et les

membres de l'équipe pourraient en être les piliers sur lesquels elle peut s'appuyer, toujours présents pour elle lorsqu'elle appelle ou lors de ses hospitalisations.

Dans le service la place de chacun est clairement identifiée de par la fonction occupée, les règles mais également les habitudes du service apportent du réconfort et un sentiment de sécurité. C'est également un endroit où Théa peut être elle-même sans avoir à subir la pression sociale ou la pression de ses parents.

La pathologie de la maman et les conséquences qu'elle a entraînées m'amènent à me questionner sur la place de chacun des membres de ce système. En effet si la mère n'a pu occuper sa place de parente quand est-il de Théa et de sa place avec ses parents ? Est-elle sur une position d'enfant, de parent ou d'enfant thérapeute afin de prendre soin de ses parents ?

Dans le système familial, le symptôme d'un de ses membres participe à l'homéostasie de tout le système. Les comportements de Théa doivent être perçus comme le signe d'une souffrance familiale et non individuelle.

Lorsqu'un parent est malade l'enfant peut parfois se sentir responsable et possiblement éprouver un désir de mort du parent. La partie précédente évoque le besoin de l'adolescent à s'émanciper de ses parents par tous les moyens possibles, pour cela il peut éventuellement se convaincre de la mort de ses parents.

C'est ce qui a orienté mes lectures sur le texte de la mère morte de Gigard Pirlot de 2012, qui met en avant l'impact psychique d'une mère émotionnellement absente sur le développement de l'enfant.

Dans la situation de Théa il est possible d'émettre l'hypothèse que sa maman est été psychiquement absente de par sa pathologie. Cette absence affective aurait pu provoquer chez Théa une souffrance inconsciente, il est d'ailleurs indiqué dans son dossier qu'elle est victime d'un sentiment de vide interne.

Cette négligence pourra favoriser l'apparition d'une mélancolie chronique, d'un désinvestissement des relations à l'autre ou encore favoriser le manque de confiance et la mésestime de soi.

Le parent qui est malade n'assure plus ce rôle de parent et les responsabilités s'inversent. Ainsi l'enfant va devoir être sûr de la résistance de ses parents pour pouvoir s'éloigner de lui, car s'il se sent coupable il ne sera pas possible pour lui de

se séparer de ses parents. Ainsi le recours à une psychanalyse pourrait permettre à Théa de réactiver certains de ses affects.

L'hospitalisation de Théa en pédopsychiatrie est indiquée lorsqu'elle fait face à des souffrances psychiques perturbant son état ainsi que son équilibre familial.

Cependant dans cette dynamique familiale, un individu va présenter le symptôme, un autre va souffrir et enfin le troisième va profiter de ce symptôme pour demander de l'aide, c'est un peu le schéma qui est retrouvé chez Théa, où elle serait la porteuse du symptôme et son père serait à la recherche d'aide extérieure.

Ainsi certaines théories démontrent la nécessité de séparer le malade de son milieu familial car en effet le trouble serait la principale cause du dysfonctionnement des relations au sein du système. Cependant cette théorie n'est pas partagée par Robert Neuberger, qui présente dans son ouvrage « l'autre demande » l'exemple d'un circuit thermostatique afin d'illustrer ses dires : « *la température ambiante agit sur le thermostat, qui agit sur la chaudière qui agit sur le radiateur qui agit sur la température ambiante. [...] chacun agit et est agi par le précédent* » (Neuberger, 1992, p.38). Tous ces circuits ont alors une fonction régulatrice dans l'homéostasie.

Il présente également un couple, avec un enfant en période de latence, où chacun participe à l'homéostasie du système à travers l'éducation, les relations aux autres, le monde extérieur, puis arrive l'adolescence, le jeune va rechercher de nouvelles exigences en lien avec sa recherche d'individualisation ce qui va alors dérégler l'homéostasie, le système familial va alors devoir redéfinir les relations entre les parents et l'adolescent ce qui va inciter la relation entre les parents à se redéfinir également.

Ainsi la vision psychanalytique ne doit pas exclure la vision systémique.

4. Synthèse du cadre de référence

A travers mon cadre de référence j'ai ainsi pu mettre en évidence les différentes étapes que l'enfant va traverser, accompagné de son entourage, et qui impacteront son développement et sa vie future.

Tout d'abord la construction du premier lien affectif pendant la grossesse puis avec la figure parentale, qui va alors influencer le développement comportemental, psychoaffectif et psychosexuel. Le respect de chacune des étapes est essentiel permettant ainsi d'acquérir de nombreuses compétences ainsi que la confiance en soi et la compréhension des émotions.

Arrivée à l'adolescence, les différentes transformations physiques et psychiques ainsi que le facteur hormonal vont impacter le jeune qui se retrouve dans une période de quête identitaire avec la mise à l'épreuve de l'image de soi. La puberté, qui entraîne des changements corporels, force l'adolescent à repenser sa propre image mais également l'image que les autres perçoivent de lui. Cette étape de la vie peut être accompagnée de prises de risque de la part de l'adolescent en raison de sa quête de liberté et de son besoin d'expérimentation afin de s'affirmer en tant qu'individu à part entière. Ainsi la quête identitaire passe obligatoirement par la quête de l'autre.

Afin d'aider le patient et son entourage différentes thérapies peuvent être proposées en fonction de la demande du patient, de l'entourage et de l'orientation du thérapeute. Parmi ces approches on retrouve plus particulièrement la thérapie psychanalytique, systémique et comportementale, chacune ayant une vision différente de la dynamique familiale.

Les thérapies familiales vont ainsi permettre de restaurer ou de renforcer les liens familiaux mais également permettre de résoudre des problèmes d'ordre relationnel au sein du groupe familial.

Pour comprendre la communication au sein d'un système familial, il est essentiel de saisir le fonctionnement spécifique de celui-ci. Au fil du temps, la structure familiale n'a eu cesse d'évoluer, modifiant ainsi la place de chacun des membres.

La famille, qui fonctionne comme un système, se compose de membres qui s'influencent mutuellement, permettant à la structure de maintenir une homéostasie. Son rôle principal est d'accompagner l'enfant dans son développement en l'aidant à surmonter les défis émotionnels et comportementaux, afin de lui permettre d'acquérir

des compétences, de l'autonomie et une individualisation cependant lorsqu'un symptôme vient dérégler cette homéostasie c'est tout le système qui change.

5. Enquête exploratoire

5.1 Méthodologie de recherche

Dans le cadre de mon travail de recherche de fin d'études, j'ai dans un premier temps exploré les apports théoriques à travers différentes sources telles que les livres et les revues scientifiques. Afin de confronter ces connaissances à la réalité du terrain et des pratiques, je me suis entretenue avec des professionnels de santé afin de me renseigner sur leurs pratiques et leur vision en lien avec mon sujet de recherche.

Pour mener à bien ce travail je me suis appuyé sur la méthode clinique « *il s'agit de mettre en évidence le fonctionnement de l'être humain dans un processus de santé. Cette méthode cherche à rendre compte de la vérité du sujet et non une vérité en soi. Elle participe à la compréhension de certains phénomènes de soin et/ou de santé liés à la singularité de l'Humain* ». (Eymard, 2003, p.58).

Cette méthode a apporté plusieurs choses, tout d'abord elle m'a permis d'interagir directement avec le professionnel rencontré me permettant de saisir ses émotions et ses perceptions et donc de rajouter une dimension qualitative à mon entretien. Elle m'a également permis d'analyser les pratiques sur le terrain afin d'en comprendre le processus dans l'environnement naturel.

C'est une méthode relativement centrée sur l'humain permettant de construire du sens avec autrui et donc d'approfondir la compréhension d'un phénomène dans un contexte concret et vécu.

Une fois sur le terrain j'ai réalisé les entretiens, que j'avais préalablement construits, de manière semi-directive. Cette méthode est « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes* ». (Lincoln, 1995).

Le choix de cette méthode a permis d'obtenir des informations de qualité et de manière détaillée. Elle permet de retenir l'expérience ou les opinions de la personne interrogée, ce qui est impossible par une méthode quantitative.

La flexibilité de l'entretien permet également une multitude d'orientations pour les participants. Elle implique alors « *une dynamique dans la conversation au cours de laquelle le chercheur et le répondant sont en interaction susceptible de générer trois biais : les biais liés au dispositif de l'enquête, les biais associés à leur situation sociale respective et les biais qui sont rattachés au contexte de l'enquête* » (Poupart, 1997).

L'entretien semi-directif permet ainsi de comprendre le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu à la fois par les participants et le chercheur, dans une dynamique de co-construction du sens.

Concernant la population, j'ai d'abord interrogé une infirmière exerçant dans un centre médical infanto-juvénile, accueillant des enfants de 2 à 18 ans. A travers cet entretien mon objectif était de découvrir les problématiques rencontrées chez les enfants accueillis ainsi que les pathologies observées, leur origine et les traitements associés. J'ai également souhaité questionner l'impact des troubles du lien sur le développement de l'enfant. J'ai ensuite voulu découvrir les différents partenaires impliqués dans la prise en charge de l'enfant et de son entourage. Enfin, j'ai tenté de comprendre comment la famille était intégrée dans le processus de guérison de l'enfant.

J'ai ensuite réalisé mon deuxième entretien au sein d'un hôpital de jour accueillant des adolescents âgés de 10 à 18 ans. J'ai tout d'abord rencontré la psychologue, spécialisée en thérapie psychanalytique, puis l'éducatrice spécialisée en jeunes enfants, formée en thérapie systémique. Ces échanges m'ont ainsi permis d'approfondir mes connaissances sur les différentes thérapies proposées aux adolescents et à leurs proches. Lors de cette rencontre j'ai questionné l'interprétation des symptômes ainsi que leurs traitements. Par la suite je me suis entretenue avec trois infirmières ayant une expérience professionnelle diversifiée. J'ai alors cherché à connaître les pathologies les plus fréquemment rencontrées dans le service, leurs

origines et la stratégie mise en place pour le traitement. J'ai ensuite interrogé l'implication de la famille dans la prise en charge de l'adolescent et enfin j'ai tenté de comprendre les raisons sous-jacentes des conduites à risque chez ces jeunes.

Enfin, mon dernier entretien a été réalisé avec une pédopsychiatre intervenant dans une équipe mobile de psy périnatalité. J'ai alors pu l'interroger autour de la souffrance psychique dans le cadre de la parentalité, ainsi que sur les moyens thérapeutiques mis en œuvre par l'équipe pour accompagner les patients, mais également les bébés.

5.2 Réalisation de l'enquête

Afin de réaliser mes entretiens, j'ai tout d'abord rédigé des demandes d'autorisation d'entretien (cf. Annexe 6, 7, 8) que j'ai envoyées par e-mail au coordonnateur des stages d'un centre hospitalier psychiatrique. Il m'a par la suite renvoyé les documents signés, par e-mail également, puis m'a communiqué les coordonnées de la cadre référente.

Ma première demande a été faite auprès d'un centre médical infanto juvénile, la deuxième demande a été faite auprès d'un hôpital de jour pour adolescent et la troisième demande auprès d'une équipe mobile de psy périnatalité.

J'ai par la suite pris contact avec la cadre de santé, qui s'occupe du CMP et de l'hôpital de jour, afin de convenir d'une date et d'un horaire dans le but rencontrer les professionnels de santé dans leur unité. Puis le lundi 10 février, suite à son appel, nous avons donc convenu d'une date.

Le mardi 11 février à 12h00 j'ai alors rencontré l'infirmière du CMP enfant. Après lui avoir présenté rapidement le motif de ma venue je l'ai informé de l'enregistrement de notre conversation, tout en précisant la conservation de l'anonymat, ainsi que sa retranscription dans mon mémoire. L'entretien a duré une heure puis à la fin elle m'a gentiment donné ses coordonnées.

Puis dans la foulée je me suis rendu à l'hôpital de jour adolescent qui se trouve dans la même ville. A mon arrivée il est environ 13h30, je suis accueillie dans une salle de

réunion où se trouve une dizaine de personnes qui terminent de manger. La cadre propose alors un tour de table afin que chacun puisse se présenter. Je me suis ensuite dirigée dans une salle accompagnée tout d'abord de la psychologue qui a par la suite été rejointe par l'éducatrice de jeunes enfants. Au bout de 40 minutes il est temps pour elles de partir en sortie avec les adolescents. Puis après quelques instants d'attente trois infirmières viennent à leur tour me rejoindre dans la salle afin de réaliser la deuxième partie de l'entretien qui lui a duré environ 35 minutes.

Mon dernier entretien s'est déroulé au sein de l'équipe mobile de psy périnatalité où j'effectue actuellement mon stage préprofessionnel d'une durée de dix semaines.

La pédopsychiatre Emilie, qui est présente deux jours par semaine dans la structure, a accepté de me consacrer un créneau afin que je puisse réaliser cet entretien. Nous nous retrouvons ainsi le jeudi 27 mars à 15h30 dans la salle de motricité, disponible ce jour-là.

Je me sens à l'aise puisqu'il s'agit d'une pédopsychiatre avec qui je travaille depuis trois semaines. Elle s'est d'ailleurs montrée réceptive à ma demande d'entretien. Elle connaissait déjà les grandes lignes de mon mémoire, que nous avons évoquées au cours de mon stage.

L'échange dure environ une heure. Une fois l'enregistrement terminé, nous poursuivons notre échange de manière informelle puis ma journée s'achève vers dix-sept heures.

5.3 Synthèse des entretiens

Pour le premier entretien, il s'agit d'Apolline qui est âgée de 35 ans et qui est diplômée depuis 12 ans, elle a d'abord exercé dans les soins généraux pour ensuite se diriger vers la psychiatrie. Elle travaille au cmpea depuis 1 an et accueille des enfants de 2 à 18 ans avec une grande majorité d'enfants âgés de 7 à 10 ans ainsi que des adolescents.

Lors des consultations avec les enfants son travail est de repérer la problématique de l'enfant, faire de la prévention afin d'éviter le trouble psychiatrique. Les premières séances servent généralement à observer l'enfant, pour ensuite permettre aux équipes de s'accorder sur les personnes devant le prendre en charge (psychologue,

psychomotricienne, infirmière) avec par la suite la réalisation d'un projet de soin en présence des parents.

Diverses méthodes sont utilisées pour prendre en charge les enfants afin de travailler (lecture, dessin, sable), partenariat également indispensable afin de prendre en charge l'enfant et son système familial (centre médico psycho pédagogique universitaire, éducateurs, équipe mobile, aide sociale à l'enfant, médecins scolaires, CAMSP).

Chez les enfants les jeux permettent généralement de se faire une première idée du trouble car en effet Apolline précise que l'enfant a besoin de rejouer ce qui se passe dans son psychisme. Les prises en charge sont alors adaptées à chaque enfant.

Concernant le développement de l'enfant, elle met en avant l'impact de l'environnement, la dynamique familiale et la transmission générationnel.

Concernant les adolescents elle évoque une recrudescence des souffrances psychiques qui s'accompagne de conduites à risque comme les tentatives de suicides, les scarifications et les troubles compulsifs alimentaires. Elle évoque différentes sources possibles de ce mal-être comme les écrans, le besoin de la société à montrer des images modifiées du corps humain, ainsi que l'impact de la dynamique familiale sur un individu déjà fragile.

J'ai pu me rendre compte des difficultés pour la structure de prendre en compte la famille afin de traiter de manière générale l'enfant et son système, le manque de temps et surtout de médecin pour mener à bien des thérapies bénéfiques pour tous.

Lors de mon deuxième entretien j'ai commencé par m'entretenir avec Laura, psychologue clinicienne spécialisée en psychanalyse, et Aurore éducatrice spécialisée formée à la systémie. Chacune d'elles a donc une approche différente cependant leurs visions sont très complémentaires dans la prise en charge de l'adolescent.

Elles accueillent sur la structure des adolescents âgés de 10 à 18 ans. Elles m'expliquent que, dès son arrivée, l'adolescent va être observé au sein de groupes thérapeutiques afin d'élaborer un projet de soin.

Lors de notre échange Aurore met l'accent sur quelques éléments essentiels à prendre en compte pour entamer une thérapie familiale. Le premier est d'identifier la personne porteuse du symptôme, puis déterminer celle qui en souffre le plus, et enfin, celle qui fait la demande de la thérapie.

Elles évoquent également l'importance d'un cadre sécurisant afin de prendre en charge l'adolescent et ainsi prévenir les situations miroirs avec la famille. Grâce à leurs formations respectives, elles apportent des perspectives variées sur certains comportements à risque ce qui permet de proposer un accompagnement complémentaire et adapté.

Je suis ensuite rejoint par Murielle, Mélanie et Clara, infirmières sur l'hôpital de jour. Elles ont chacune un parcours différent, tant dans les soins généraux que dans les unités psychiatriques, elles précisent également n'avoir aucune orientation psy spécifique.

Elles indiquent pouvoir accueillir des jeunes jusqu'à 21 ans dans certains projets particuliers type accompagnement professionnel.

Elles relèvent un nombre important de jeune présentant de la dépression plus particulièrement depuis la période covid, ainsi que des troubles du comportement et des conduites à risque telles que l'usage de drogue, les comportements sexuels et les tentatives de suicide. Elles mentionnent également une hausse des troubles du neurodéveloppement, généralement associés à des troubles de l'attachement, des difficultés relationnelles, de l'inhibition mais également un retard des apprentissages et des troubles de l'attention.

Les adolescents accueillis peuvent être scolarisés dans un cursus ordinaire ou dans des dispositifs spécialisés tels que les classes SEGPA (Sections d'enseignement général et professionnel adapté) ou ULIS (unités localisées pour l'inclusion scolaire) ou à l'inverse être en rupture scolaire.

L'équipe évoque le manque de médecin et les contraintes budgétaires impactant alors la prise en charge des jeunes et de leur famille. Des familles qui sont parfois difficiles à mobiliser selon elles. Toutefois, la psychologue Laura ainsi qu'Aurore l'éducatrice tentent d'y remédier à l'aide d'espace dédié.

Elles soulignent ensuite les liens étroits entre la pathologie psychique et l'environnement notamment à partir de l'histoire de vie, la dynamique familiale, la précarité et les relations entre les membres du système parents/jeunes.

Elles abordent également les troubles de l'attachement qui peuvent favoriser certains comportements tels que l'agressivité et l'agitation.

Le travail avec ces jeunes se fait aussi bien en groupe qu'en individuel, avec des jours de présence variables allant de un à plusieurs par semaine. Les principales thématiques travaillées sont la confiance en soi, l'estime de soi et les liens interpersonnels.

Ainsi afin de travailler ces problématiques divers ateliers sont proposés comme le jardinage, l'équithérapie, l'expression créative, les sorties extérieures afin de développer des habiletés sociales et enfin la création du journal de l'hôpital de jour.

Le troisième entretien se déroule au sein de l'équipe mobile de psy périnatalité. Emilie, pédopsychiatre, me présente la composition de l'équipe : psychiatre, pédopsychiatre, infirmières, psychomotricienne et psychologue mais également secrétaire et cadre de santé. Elle m'expose également les différentes missions, qui sont de recevoir les futurs parents en cas de fragilités psychiques détectées durant ou avant la grossesse, d'accueillir les parents et leur enfant jusqu'à 24 mois lorsque subsiste un trouble du lien entre le parent et son enfant dans un contexte de trouble psychique préexistant ou des difficultés apparues dans le contexte de grossesse et post partum et enfin elles interviennent lorsque les parents témoignent de difficulté de régulation chez le bébé.

Emilie souligne l'importance du travail en réseau notamment avec les maternités, la protection maternelle et infantile, les maisons départementales des solidarités ainsi que les professionnels libéraux. Cette collaboration permet de repérer précocement

des difficultés liées à la parentalité mais également d'agir dans une démarche de prévention.

Le service propose des groupes de soutien, qui permettent d'accompagner de manière singulière et offre la possibilité de travailler le lien du parent avec son enfant.

Au cours de l'entretien Emilie exprime sa préoccupation concernant le manque d'orientation de bébé en fonction de signes fonctionnels tels que le reflux ou le trouble de l'endormissement. Elle évoque également la place importante du père, souvent en retrait lors des entretiens probablement en raison de représentations sociétales.

Enfin Emilie mentionne les difficultés d'orientation vers de la thérapie familiale, puisqu'il s'agit d'un système en devenir où chacun cherche encore sa place. Néanmoins, elle précise travailler systématiquement avec les parents.

5.4 Analyse des entretiens

Suite à ces entretiens, j'ai pu effectuer une analyse croisée entre les apports théoriques de mon cadre de référence et le vécu des soignants interrogés. J'ai ainsi constaté que les difficultés observées sur le terrain sont bien réelles, notamment en ce qui concerne la prise en charge des parents, afin de prendre en charge efficacement l'ensemble du système familial.

5.4.1 Le développement de l'enfant

Lors de mon premier entretien avec Apolline, j'ai pu établir un premier lien avec l'haptonomie. En effet, elle évoque, dans ses illustrations, une maman qui a dû interrompre le développement d'un embryon lors d'une grossesse triple, ce qui a pu entraîner un traumatisme pour la mère, notamment en ce qui concerne la projection de ses trois bébés. Bien que je n'aie pas d'informations sur le déroulement exact de la grossesse, je fais ici le rapprochement avec les recherches de Frans Veldman et de Catherine Dolto, qui émettent l'hypothèse que c'est pendant la grossesse que les premiers liens se tissent entre le bébé et sa mère, ainsi que les premières formes de communication et le sentiment de sécurité. Elle indique qu'à la naissance, l'un des enfants a présenté un retard de développement, ce qui m'amène à me questionner

sur l'impact qu'a eu le traumatisme vécu par la maman sur le développement des autres embryons et leur premier lien. C'est d'ailleurs ce lien que travaille l'équipe de psy périnatalité à travers des groupes proposant des ateliers à travers le toucher, le sensoriel, le massage (ligne 307-308). Emilie parle quant à elle d'une éventuelle désillusion de l'enfant rêvé (ligne 237) mais elle insiste sur l'importance des interactions précoces qui vont ainsi permettent de construire et de porter l'enfant (ligne 142-144).

Apolline aborde également le lien établi avec les enfants retirés du milieu familial et placés (ligne 227-229). Elle met en lumière un trouble de l'attachement chez ces enfants, un constat que René Spitz a également formulé en observant les enfants des orphelinats et les conséquences de l'absence d'une figure d'attachement, allant d'une tristesse à un trouble du développement physique et des retards psychomoteurs. Apolline ajoute le besoin d'attention que l'enfant va manifester (ligne 103), c'est un constat que fait également Carla à l'HDJ, qui parle d'enfants adoptant des comportements afin de montrer leur présence (ligne 268-269). C'est également ce que rapporte Emilie la pédopsychiatre lorsqu'elle évoque les inquiétudes des professionnels concernant l'état psychique de la maman ce qui pourrait être à l'origine de troubles chez l'enfant (ligne 46 à 48 ; 57 à 61)

Mélanie quant à elle rejoint la même pensée en évoquant des patients avec des troubles abandonnique, un trouble de l'attachement ou une peur de l'abandon se retranscrivant sur les soignants (ligne 254-256). Ces problématiques, telles que l'estime de soi et la confiance, sont récurrentes et font partie des axes de travail d'Apolline, qui utilise des activités comme les jeux de société pour les aborder (ligne 223-229). Cependant Carla, Mélanie et Murielle semblent associer également les difficultés d'apprentissage, les troubles de l'attention, les difficultés de relation et les troubles cognitifs aux troubles du spectre autistique (ligne 74-80).

Puis Apolline aborde la question de la représentation de la figure d'attachement, en effet John Bowlby présente différents types d'attachement que l'enfant va établir avec sa figure d'attachement, lesquels influenceront son autonomie et ses modèles internes opérants. Apolline partage cette observation et indique que chez les enfants qu'elle suit, des modifications de comportements apparaissent lorsqu'ils identifient le

CMPEA comme un lieu sûr. Elle souligne par exemple « le rapport à l'autre change » (ligne 503) ou encore « il m'a repéré » (ligne 504) et « ils sentent qu'une équipe les portent » aux lignes 507 et 508.

Elle évoque également une maman qu'elle qualifie d'« ambivalente » envers sa fille, entraînant alors des changements de comportements chez l'enfant (ligne 692).

Emilie parle elle aussi de l'importance pour l'enfant d'avoir des figures d'attachement (ligne 148) mais surtout de prendre en compte avant tout l'état psychique du parent afin de limiter un éventuel trouble du lien (ligne 149-152).

A l'inverse lorsque l'enfant n'a pas eu la possibilité de se détacher de sa figure d'attachement, là aussi des troubles peuvent se développer. Dans ce cas, c'est souvent le père qui intervient en tant que tiers dans cette relation fusionnelle. Apolline confirme cette hypothèse avec un exemple d'une petite fille qui, en raison de son incapacité à se dissocier de sa maman, va imiter ses comportements notamment en se dessinant avec les mêmes vêtements ou de la même taille (ligne 656-658 ; 698) dans une situation où le père semble effacé. Emilie regrette cependant que certains pères, peut-être pour des raisons culturelles, ne se sentent pas toujours intégrés au travail avec les professionnels (ligne 155-156).

Concernant les méthodes utilisées par Apolline au sein du CMPEA, un lien peut être établi avec les théories de Jean Piaget, selon qui l'enfant évolue à travers différentes étapes, et qui insiste sur l'importance du jeu dans le processus d'assimilation. Ce concept est également repris par Winnicott, qui évoque l'importance de l'objet transitionnel afin d'aider l'enfant dans sa différenciation. Le développement psychosexuel, tel que décrit par Freud, joue également un rôle clé dans la construction de l'enfant. Apolline peut ainsi travailler sur certaines étapes non intégrées par l'enfant (lignes 287-292), à travers la stimulation, les jeux de construction ou encore le travail sur l'imagination (ligne 306-308). Elle laisse ainsi l'enfant s'exprimer à travers diverses activités, permettant à l'enfant de rejouer ce qu'il vit (lignes 203-212 ; 750-758).

Le comportement de l'enfant lors des séances avec Apolline lui apporte de précieux indices (ligne 59-64), ce qui lui permet également d'orienter sa prise en charge (ligne 283-286). Elle remarque par exemple que les enfants victimes de violence tendent à

rejouer les scènes violentes à travers le jeu (ligne 648-649). Elle observe aussi que certains de ces enfants expriment souvent leurs symptômes par leur corps, ce qui se traduit par des comportements comme se cogner (ligne 489-495).

A travers ces apports théoriques démontrant l'impact de l'environnement sur le développement de l'enfant, Apolline complète cette réflexion en soulignant que l'enfant est en constante évolution. Elle insiste sur le fait qu'il est essentiel de ne pas poser trop rapidement un diagnostic pour l'enfant mais plutôt de se laisser le temps d'analyser l'enfant et d'examiner son histoire de vie (ligne 95-98).

Pour conclure cette première partie voici les mots d'Apolline et Emilie qui, selon moi, résume parfaitement l'essence de ce mémoire : « les enfants sont le produit de leur environnement » (ligne 723-724). Ainsi que le concept de Winnicott sur le fait qu'un enfant seul n'existe pas (ligne 364) repris par Emilie.

5.4.2 L'adolescence

Lors de mon premier entretien Apolline m'indique qu'actuellement elle perçoit une hausse des problématiques suicidaires avec de nombreux passages à l'acte, de plus en plus précoces, dès 10-11 ans (lignes 149-150). Elle souligne également que l'origine de ces comportements est multifactorielle, l'adolescent étant particulièrement sensible à son environnement (ligne 157-159), elle rencontre également des jeunes présentant des scarifications et des tentatives de suicide mais également des adolescents victimes de harcèlement ainsi que de violences sexuelles de type inceste. C'est un constat similaire que fait l'équipe de l'hôpital de jour. Mélanie expose ainsi des problématiques de type dépression et conduite à risque (drogue et sexualité) mais également de nombreuses tentatives de suicide, des troubles du comportement, de l'agitation et de plus en plus de troubles du neurodéveloppement. Laura quant à elle reprend la notion de l'inceste chez les jeunes (lignes 96-101), elle associe également les passages à l'acte avec une coupure de la pensée (ligne 196).

Catherine Dolto décrit l'adolescent comme un être vulnérable, qui dans la période de l'adolescence, pourrait chercher une seconde naissance ce qui symboliserait alors pour lui une rupture avec son enfance. C'est d'ailleurs ce que relève Aurore de la

ligne 385 à 386, elle indique qu'à travers la scarification l'adolescent cherche à se mettre à distance du milieu familial. Laura vient appuyer également cette notion en indiquant que le jeune se retrouve dans un mouvement de séparation avec la séparation des premiers objets d'amour et donc de ses parents (ligne 378-380).

C'est également ce qu'expose le professeur Rufo à travers cette phrase « *L'attachement au 1^{er} objet d'amour se transforme pour laisser la place à de nouveaux investissements affectifs et amoureux* » (Rufo, 2005, p.191).

La scarification peut également être un moyen de couper le lien avec le système familial, c'est ce qu'explique Laura, qui m'indique que selon l'orientation la scarification peut être perçue très différemment (ligne 393-396), ainsi travailler autour de la séparation permettrait d'éviter la scarification.

Cependant Aurore met en avant que le symptôme que va présenter le jeune a une fonction (ligne 374-376) et qu'il faut ainsi tenter de l'analyser et de le comprendre.

L'adolescent est également à la recherche d'une image plus acceptable pour lui, c'est également un constat que fait Apolline (ligne 159-163), elle ajoute l'impact des écrans et des réseaux sur l'image du corps devant toujours être parfait. C'est une image qu'il va d'ailleurs chercher à faire accepter à son entourage pouvant alors favoriser le conflit au sein du système familial. C'est alors que les services peuvent avoir la fonction de tiers.

Carla évoque d'ailleurs des jeunes qui préfèrent être à l'hôpital plutôt qu'à la maison, Murielle rajoute que cela est parfois plus sécurisant pour eux (ligne 430-432), ils peuvent également être à la recherche d'un endroit où ils peuvent s'exprimer et vivre leurs émotions (ligne 438-440).

Mon cadre de référence rejoint ces propos en indiquant que les conduites à risque peuvent être influencées par l'absence de repères structurants que représente généralement la famille.

Ainsi afin de prendre en charge ces jeunes, Apolline présente le CMPEA comme un lieu d'échange, où elle accueille la parole du jeune. Elle met également en avant la connotation du psychologue pour le jeune qui va alors plus facilement avoir accès à l'infirmière pour se confier (ligne 341-345).

L'hôpital de jour, lui, va travailler avec le jeune à partir du groupe ou de l'individuel. Mélanie présente ainsi un travail principalement autour de la confiance en soi, l'estime de soi et le lien à l'autre (ligne 311-312).

Enfin, pour relier à ma situation Laura propose une hypothèse : Théa pourrait ressentir le besoin de revenir régulièrement dans son service d'hospitalisation afin de répéter le processus et ainsi trouver une issue (ligne 459-460). Elle décrit ainsi les murs de l'hôpital comme ayant une fonction de contenance psychique (ligne 556-557). Un constat similaire a été formulé par Jean Adèse, qui explique que l'adolescent cherche à apaiser une tension psychique à travers les conduites à risque.

5.4.3 Les thérapies

Afin de prendre en charge un enfant et un adolescent, il est essentiel de prendre son entourage en considération. Lors de mes entretiens, j'ai pu confronter les observations des différents professionnels avec mes lectures. Ainsi Apolline souligne l'importance de qui fait la demande d'entretien (ligne 73-75 ; 80-81) mettant en avant que lorsque la demande provient de quelqu'un d'autre, elle permet parfois d'identifier d'autres éléments. Elle mentionne également que le symptôme est parfois attribué à une personne et que par conséquent cette personne est perçue comme problématique (ligne 379-380). Parfois c'est un problème relationnel qui sous-tend la situation (ligne 670-672). Laura reprend cette même idée (ligne 89-91) en expliquant qu'un patient est souvent désigné par son symptôme. Aurore vient rejoindre cette réflexion (ligne 323-329) en insistant sur la nécessité que la demande en thérapie familiale soit portée par l'ensemble du système et non un individu, une notion également évoquée par Laura lorsqu'elle rappelle la nécessité de la reconnaissance d'une souffrance familiale par le système familial.

Aurore mentionne aussi la question de qui porte le symptôme (ligne 340) et comment comprendre ce qui se passe au sein du système pour qu'il perdure mais aussi qui porte la souffrance (ligne 343) et qui fait la demande (ligne 346-347), cette distinction permettra alors de différencier le type de thérapie (individuelle ou familiale). Robert Neuberger, psychiatre et psychothérapeute précise que la thérapie familiale peut être

proposée lorsque le symptôme est le témoin du conflit, si de la souffrance en découle et si ces critères ne correspondent pas à une seule et même personne. Pour l'école de Palo Alto, les symptômes d'un individu sont alors perçus comme des manifestations d'un dysfonctionnement au sein du système familial.

Concernant la prise en charge de l'enfant Apolline va privilégier le jeu, en soulignant que l'enfant a besoin de rejouer ce qui se passe psychiquement (ligne 215-216). Elle précise qu'elle intervient non pas en tant que thérapeute mais en tant que soignante, en accueillant ce qui se présente sur le moment. De son côté, Laura, à travers sa formation, aide le patient à identifier le problème en partant du principe qu'il est toujours extérieur au patient (ligne 25-32) ce qui lui permet de différencier l'identité de la personne et l'identité du problème. Elle adopte ainsi une relation d'asymétrie (ligne 43-54).

Laura souligne qu'à l'adolescence, période en construction, le jeune se confronte aux valeurs transmises par les parents et celles transmises par la société et que son rôle de thérapeute consiste à soutenir le jeune dans ses choix rejoignant ainsi Nathan Ackerman, psychiatre et psychothérapeute, qui insiste sur l'impact des interactions sociales sur l'individu, tout comme les travaux de David Cooper, et Ronald Laing, psychiatres, qui affirment que la famille joue un rôle crucial dans la maladie mentale.

Laura souligne l'importance de différencier les lieux, pour le jeune et la famille, c'est également ce que soutient Aurore (ligne 276-277).

Aurore ajoute que selon l'orientation du thérapeute, les concepts travaillés varieront : en thérapie analytique le thérapeute va se concentrer sur l'inconscient tandis que dans le système sera plutôt traité les interactions, la communication, les relations entre les membres, c'est également ce que le psychiatre Don Jackson met en lumière à travers ses recherches, le rôle des interactions dans les dynamiques familiales et les troubles psychologiques.

Apolline exprime également les difficultés que rencontre l'enfant lorsqu'il retourne dans son environnement, rendant la prise en charge complexe (ligne 363-367). Elle confirme toutefois que le travail familial peut parfois débloquer des situations (ligne 370-373). Elle souligne aussi l'importance pour le jeune d'entendre ses parents partager leur propre histoire (ligne 385-388) ce qui met en évidence l'intérêt de la

thérapie familiale. Ainsi, le symptôme d'un parent peut devenir celui de l'enfant (ligne 402-404).

Apolline met en avant que le CMPEA pourrait être un espace propice pour que le parent échange facilement avec le professionnel, cependant elle déplore que le manque de temps et de personnel empêche cette dynamique (ligne 567-572 ; 584-586 ; 590-594).

Murielle évoque des difficultés similaires notamment le manque de pédopsychiatre, de structures et de formations. Mélanie constate, quant à elle, les difficultés de travailler avec les familles au sein de l'HDJ, en particulier lorsque certaines familles se mobilisent peu (ligne 203-205) mais également de par leur posture d'infirmière (ligne 214-216) mais elle reconnaît qu'un travail auprès des familles peut permettre des évolutions (ligne 225-226).

Laura présente la thérapie familiale comme un espace où la parole peut circuler librement entre chacun des membres (ligne 112-115), elle insiste sur l'importance de poser un cadre sécurisé dans cet espace. Elle précise que le but de la thérapie n'est pas de rejouer les événements, mais plutôt de prendre du recul. Aurore ajoute que cette thérapie permet de prendre en charge tout le monde simultanément dans le même espace temps (ligne 280-282), confirmant ainsi mes recherches sur cette approche, qui favorise la communication entre les individus d'un système et renforce les relations par des espaces d'expression. Cette approche permet également de traiter les conflits en identifiant les tensions et en tentant de comprendre les comportements au sein de la famille pouvant influencer l'enfant, afin de favoriser son épanouissement personnel. Ce concept qui a émergé à l'école de Palo Alto, considère la famille comme un système où chaque membre influence les autres. Mony Elkaïm a également développé cette conception de la famille, en analysant son mode de fonctionnement, plutôt qu'à attribuer des responsabilités individuelles.

Enfin Aurore aborde la place du thérapeute dans le système familial, précisant qu'il fait partie intégrante de ce système (ligne 474-476). Heinz von Foerster, en se basant sur les systèmes de Heisenberg, met en relation la modification du comportement lorsqu'un système extérieur intervient, ce qui permet de démontrer

que le thérapeute, faisant partie de ce système, peut provoquer un changement en créant un espace relationnel.

Emilie, quant à elle précise qu'il qu'en périnatalité il n'est pas possible d'orienter vers une thérapie familiale puisque le système est en pleine construction. Elle indique également qu'il s'agit d'une thérapie ayant un cadre particulier et défini (ligne 339-340). Elle précise l'absence d'individuation de l'enfant afin d'occuper pleinement sa place en thérapie (ligne 341-342 ; 485-487).

Elle travaille néanmoins comme lors d'une thérapie familiale car lors de notre entretien elle indique l'importance d'un travail en binôme afin que l'une observe le parent et l'autre le bébé (ligne 133-134). Elle précise cependant l'importance de travailler avec les parents (ligne 333-334).

5.4.4 La famille

Devenir parent nécessite un réajustement du système familial déjà en place. Emilie souligne l'importance de la place du père, qui vient soutenir sa compagne dans le processus psychique lié à la parentalité, ce qui impactera l'ensemble de la dynamique familiale (lignes 164-166). C'est d'ailleurs ce que permet de travailler l'haptonomie. Cette pratique offre au père la première rencontre avec son enfant, impactant ainsi la création du lien initial.

Dans cette dernière partie d'analyse concernant le système familial, Apolline souligne l'impact d'un contexte économique difficile pouvant fragiliser de nombreuses familles ; elle y associe également la présence de violence (ligne 157-159) et d'inceste (ligne 187). C'est une observation que fait également Carla en évoquant, lors de l'entretien, des familles en difficultés (ligne 374) ce qui suggère que l'environnement a une influence sur le fonctionnement du système familial.

Emilie évoque une certaine vulnérabilité chez les parents (lignes 283-285). Ils se retrouvent confrontés à des mécanismes de défense mis à l'épreuve. Elle souligne également une vision nouvelle portée sur leurs propres souvenirs, désormais réinterprétés à travers l'expérience parentale (ligne 280-285).

Afin de pouvoir accompagner efficacement les parents dans leur rôle Apolline souligne l'importance des nombreux partenaires (ligne 278-282), point également souligné par Emilie, la pédopsychiatre. Laura fait écho à cette idée en soulignant l'indifférenciation possible au sein des familles qui n'occupent pas pleinement leur rôle. Elle évoque la nécessité de séparer les espaces de prise en charge de l'adolescent afin d'éviter l'infiltration des parents (ligne 71-76).

Apolline indique, quant à elle, avoir recours au dessin pour comprendre la perception de la famille par l'enfant (ligne 653-655) ce qui permet une meilleure prise en charge du système.

Afin d'accompagner au mieux les parents il est essentiel de différencier le concept de la famille du concept de la parentalité que distinguent d'ailleurs Paul-Claude Racamier et Thérèse Benedeck. Ainsi être parent, nécessiterait un processus psychique et affectifs. Chaque système va ainsi évoluer à travers son environnement et Apolline ajoute qu'il aura un impact sur le développement de l'enfant (ligne 315-316). C'est également ce qu'observent Mélanie, Murielle et Carla (ligne 236-250), en ajoutant l'importance de l'histoire de vie, de la dynamique familiale et de la précarité, ce qui rejoint les travaux d'Elisabeth Goody sur les éléments de la parentalité influençant le développement de l'enfant. Cet accompagnement à la parentalité est une des missions de l'équipe mobile de psy périnatalité, notamment à travers l'entretien prénatal, l'entretien postnatal. D'ailleurs, Emilie souligne (ligne 214-216) que l'expérience parentale vient questionner les propres liens d'attachement du parent.

Murielle et Carla abordent aussi les relations et les liens entre l'enfant et ses parents qui peuvent influencer son comportement, par le biais du laxisme ou à l'inverse de la rigidité (ligne 240-250). Cela rejoint les réflexions de Girard Pirlot sur les conséquences d'un parent absent émotionnellement.

Apolline mentionne également la présence possible de schémas de répétition (ligne 377-378 ; 396-399) pouvant influencer le comportement de l'enfant. Elle partage ses expériences, soulignant que discuter avec l'enfant de sa propre histoire peut débloquer des situations conflictuelles.

La famille va pouvoir transmettre à l'enfant de manière, transgénérationnelle et intergénérationnelle certaines caractéristiques. Apolline donne comme exemple la violence ou les traumatismes. Elle confirme ainsi à travers son expérience l'impact de l'environnement sur le développement de l'enfant. Elle précise également que la non-prise en compte du contexte familiale peut conduire à un mauvais diagnostic de l'enfant (ligne 609-616 ; 632-643 ; 687-688) et par conséquent une mauvaise prise en charge.

Aurore rejoint cette analyse en abordant le concept d'inconscient familial (ligne 580-582), essentiel dans une prise en charge analytique. Selon elle, c'est en partie à travers le mythe familial que l'équilibre familial va être maintenu.

Elle évoque aussi l'homéostasie du système familial, soulignant la nécessité d'analyser cet équilibre, de reconnaître le système en tant que tel et de prendre du recul afin d'élaborer de nouvelles alternatives de fonctionnement (ligne 487-490 ; 494-495). Ses propos confirment mes lectures qui mettent en lumière le symptôme porté par un membre du système familial, lequel participe à l'homéostasie de l'ensemble du système.

Aurore rappelle que l'adolescent peut remplir la fonction de symptôme et que ce symptôme joue un rôle déterminé dans l'équilibre du système, ainsi changer le symptôme revient à changer l'homéostasie du système (ligne 288-292 ; 312-316).

Comprendre le fonctionnement du système familial est donc indispensable. Pour cela, il est nécessaire d'accéder à l'ensemble du système, mais ce n'est pas toujours facile. Murielle évoque lors de l'entretien certaines difficultés pour pénétrer dans le domicile familial. Elle établit un lien entre le signalement d'une famille et la rupture de lien entre l'adolescent et la structure (ligne 389 ; 391), cela fait ainsi écho avec les paroles de Claude Lévi Strauss qui qualifie la famille d'institution unie par une fidélité infaillible, renforçant alors l'idée de la solidité du lien familial, quels que soient les événements se déroulant au sein de celle-ci.

6. Problématique

Mes lectures m'ont permis de prendre conscience de l'importance de prendre en charge le plus tôt possible les mères se trouvant en détresse psychique. Afin de repérer et limiter l'impact d'un trouble du lien entre le parent et l'enfant il est essentiel d'offrir un accompagnement dès la conception. Le lien affectif qui va se construire déterminera le sentiment de sécurité de l'enfant ce qui influera sur son autonomie de développement et sa vie future.

Les professionnels rencontrés sur le terrain confirment ce constat, cependant ils soulignent le manque de personnel médical notamment de psychiatres et de pédopsychiatres, afin de compléter cette prise en charge. Ils évoquent également des difficultés quant à l'intégration des familles dans le processus d'accompagnement.

La famille fonctionne comme un système qui maintient son équilibre à travers la composition de ses membres. Lorsqu'un événement vient perturber cette homéostasie c'est tout le système qui est affecté.

L'adolescence, qui est marquée par un ensemble de modifications physiques et psychiques mais également d'une quête d'individualisation, entraîne une modification du système ce qui nécessite un réajustement des membres pouvant engendrer des conflits.

C'est pourquoi je me suis intéressée aux thérapies familiales. Pour comprendre les liens et les interactions qui unissent les membres d'un système, il est essentiel de l'analyser et de le reconnaître ce qui permettra un accompagnement à la réflexion afin de favoriser le changement.

Cependant les professionnels partagent la difficulté de prendre en charge l'environnement familial. Elles évoquent la nécessité de séparer les lieux pour que l'enfant puisse se sécuriser. Elles pointent aussi l'absence de formation aux thérapies familiales afin de prendre en charge l'ensemble du système.

C'est pourtant à travers son environnement familial que l'enfant va se construire, cependant lorsque les parents sont peu impliqués, ou si l'enfant a été peu porté et reconnu, cela peut favoriser l'apparition des troubles du neurodéveloppement. Les violences intra familiales sont un problème de santé publique et le rapport de l'Assemblée nationale de décembre 2024 relève une progression de 570% depuis 2007 concernant les hospitalisations pour tentatives de suicide et auto agressions chez les filles de 10 à 19 ans.

Je me suis donc questionnée sur les TND. Certains articles et textes inter collectif mettent en avant la fermeture de nombreuses structures telles que les CMP, IME, CAMPS réduisant l'offre de soin alors que le nombre d'enfants en souffrance ne cesse d'augmenter, impactant la prise en charge des enfants. C'est un constat également partagé par les professionnels rencontrés.

La politique actuelle vise une désinstitutionalisation afin de favoriser la consultation en libéral. Les professionnels sont incités à se former aux TND sous peine de voir diminuer les financements des institutions. L'expertise du Haut Conseil de la Famille de 2023 relève aussi une surmédication des enfants. Les professionnels de santé sont remplacés par des neuropsychologues formés aux TND, les termes TND doivent apparaître dans les rapports sous peine de perte de financement.

Le soin psychique ne peut être efficace sans un environnement protégé, d'où l'importance de travailler avec la famille mais également en réseau de professionnels.

Concernant le diagnostic des TND qui serait neurologiques et biologiques, la stratégie TND 2023-2027 ne fait pas mention de la souffrance psychique.

Enfin, bien que la prise en charge des enfants ait été initiée par la psychanalyse, la délégation interministérielle TND interdit en 2024 la pratique de la psychanalyse au profit des thérapies comportementales et cognitives. Les enseignants, eux aussi impliqués, sont encouragés à remplir des fiches de diagnostic afin d'orienter l'enfant ce qui amène une réflexion quant à la souffrance de ces jeunes.

7. Conclusion

Pour conclure, ce travail de recherche m'a permis d'approfondir des connaissances tout en développant de nouvelles. La réalisation de mon stage préprofessionnel ainsi que les entretiens menés m'ont donné l'opportunité de comparer les savoirs théoriques issus de mes lectures aux expériences des professionnels de santé, enrichissant ainsi ma réflexion.

Chacun des cadres de référence travaillé a été une richesse tant sur le plan personnel que professionnel car quelle que soit la spécialité vers laquelle je souhaite m'orienter, il me semble essentiel de considérer le patient dans sa singularité afin d'offrir une prise en charge adaptée.

J'ai également pris conscience que les premiers liens d'attachement commencent dès la conception. Ces liens influencent le développement de l'enfant ainsi que sa personnalité future. Cependant j'ai pu constater un manque de structure afin de prendre en charge ces enfants le plus tôt possible et ainsi éviter les hospitalisations à l'âge adulte.

Mon stage auprès de l'équipe mobile de psy périnatalité m'a ainsi confronté à des parents en grande souffrance psychique dans leur nouveau rôle de parent. Leur prise en charge précoce permet alors de limiter l'impact de cette souffrance sur le développement de l'enfant. J'ai également pu m'enrichir des témoignages de patients qui sont venus compléter mes apports théoriques, et plus particulièrement les transmissions intergénérationnelles.

La composition pluri professionnelle de cette équipe permet également un suivi global du développement facilitant la détection précoce de retard tant sur le plan motrice que cognitif.

J'ai pu observer comment la place occupée par le parent pouvait influencer le comportement de l'enfant. J'ai également pu observer une suspicion de dépression chez un bébé né sous X se manifestant par un effacement total de cet enfant ce qui est venu illustrer et enrichir mes lectures.

Les progrès en neurosciences confirment l'origine multifactorielle des troubles psychiques (biologique, psychologique et environnementale). Cependant une vulnérabilité familiale prédisposant à des maladies peut être observée. Cette composante génétique peut être renforcée ou atténuée par des facteurs psychologiques et environnementaux.

Ainsi chaque individu se construit à travers son histoire, son environnement, ses relations et l'héritage qu'il va recevoir. Comprendre la manière dont fonctionne un système familial est donc indispensable pour prendre en charge et en soin un individu dans sa globalité.

La famille constitue le premier cadre structurant et protecteur influençant directement et plus particulièrement l'adolescent. Cette étape composée de modifications physiques, cognitives et émotionnelles peut mettre à mal le jeune et son entourage. Dans tous les contextes de soins, qu'il s'agisse d'unité psychiatrique ou de soins généraux la prise en considération de tous ces facteurs impactera la prise en charge et l'adhérence aux soins.

Mes lectures m'ont permis d'approfondir ma réflexion sur ma situation d'appel me permettant alors d'émettre des hypothèses.

J'ai également découvert que la thérapie familiale offre des soins au patient et à sa famille. Cependant le manque de structure et de moyens peuvent rapidement être un frein à sa mise en place. Ma rencontre avec les professionnels permet alors de voir que même si la thérapie familiale formelle n'est pas toujours réalisable, le travail avec la famille reste indispensable, quelle que soit la structure de soins. En effet un groupe pourrait être à l'origine de symptômes sur l'un de ces membres.

Certaines pratiques utilisées par les thérapeutes m'ont particulièrement intrigué, comme celle du miroir sans tain. J'aimerais pouvoir participer à une séance afin de mieux comprendre les dynamiques en jeu au sein du système. En sciences infirmières c'est une manière de penser le soin qui ne se limite pas à l'individu mais inclut ses interactions familiales ce qui me paraît fondamental.

J'ai souvent eu l'occasion lors de mes stages de m'apercevoir que la souffrance psychique pouvait être parfois compliquée à prendre en charge par les professionnels de santé. Pourtant, depuis Freud, la puissance et le rôle de l'inconscient dans la vie sont reconnus comme des évidences dont on ne peut ignorer.

En psychiatrie, le soignant n'est pas celui qui va mettre de l'ordre dans le psychisme du patient, il va aider le patient à apprivoiser son propre désordre ce qui fera toute la singularité du soin.

Bibliographie

Allais, J. (2008). *Au coeur des secrets de famille*. Paris: Eyrolles.

Ancelin Schutzenberger, A. (2009). *Aïe, mes aïeux!* Paris: Desclée de Brouwer.

Ascodocpsy. (2017). *La pédopsychiatrie*. Récupéré sur Ascodocpsy: <https://www.ascodocpsy.org/trouvez-de-linformation-psychiatrie-sante-mentale/dossiers-documentaires/la-pedopsychiatrie/>

Bonnet, A., & Fernandez, L. (2017). *23 grandes notions de psychopathologie*. Malakoff: Dunod.

Charron, D. (2012). *Approche systémique familiale*. Récupéré sur Cairn: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-75.htm>

Chiland, C. (2014). *La construction de l'identité de genre à l'adolescence*. Récupéré sur Cairn: <https://www.cairn.info/revue-adolescence-2014-1-page-165.htm>

Delannoy, G. (1995). *Normal ou conventionnel?* Récupéré sur Institut Gregory Bateson: <https://www.igb-mri.com/normal-ou-conventionnel/>

Delannoy, G. (s.d.). *Normal ou conventionnel? Don D. Jackson et les débuts de la thérapie familiale*. Consulté le Novembre 2024, sur Institut Gregory Bateson: <https://www.igb-mri.com/normal-ou-conventionnel/>

Dominique, P., & Edmond, M. (2013). *L'école de Palo Alto*. Paris: Puf.

Golse, B. (1992). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Paris: Masson.

Guilbaud. (2019). *Du complexe d'oedipe féminin*. Récupéré sur cairn: <https://shs.cairn.info/revue-journal-de-la-psychanalyse-de-l-enfant-2019-1-page-85?lang=fr>

Guilbaud, O. (2019). *Du complexe d'Oedipe féminin*. Récupéré sur Cairn: <https://shs.cairn.info/revue-journal-de-la-psychanalyse-de-l-enfant-2019-1-page-85?lang=fr>

Jeammet, P. (1997). *Adolescences*. Paris: La découverte et Syros.

Klein, M. (1945). *Le complexe d'Oedipe*. Récupéré sur Mélanie Klein Trust: <https://melanie-klein-trust.org.uk/fr/theory/le-complexe-doedipe/>

L'approche systémique de Palo Alto: qu'est-ce que c'est. (s.d.). Consulté le Novembre 2024, sur Epsilon Melia: <https://www.epsilonmelia.com/ressources-pedagogiques/approche-systemique-palo-alto-definition/>

Le Goff, J.-F. (2005). *Thérapeutique de la parentification: une vue d'ensemble.* Récupéré sur Cairn: <https://shs.cairn.info/revue-therapie-familiale-2005-3-page-285?lang=fr>

Maisondieu, J., & Métayer, L. (2001). *Les thérapies familiales.* Paris: Puf.

Mélia, E. (s.d.). *L'approche systémique de Palo Alto: qu'est ce que c'est.* Récupéré sur Epsilon Médiade quel : <https://www.epsilonmelia.com/ressources-pedagogiques/approche-systemique-palo-alto-definition/>

Mony, E. (2006). *Comment survivre à sa propre famille.* Paris: Seuil.

Murat, P. (2006). *Les enjeux d'un droit de la filiation.* Récupéré sur Cairn: <https://shs.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-3-page-6?lang=fr>

Neuburger, R. (1992). *L'autre demande- Psychanalyse et thérapie familiale systémique.* Paris: ESF éditeur.

Ragot, M. (2022). UE1.1 psychologie, sociologie, anthropologie. *Psychologie du développement* .

Roudinesco, E. (2002). *La famille en désordre.* Saran: Fayard.

Rufo, M. (2005). *détache moi! Se séparer pour grandir.* Paris: Anne Carrière.

Trappenier, E., & Boyer, A. (2005). *Thérapie systémique: individus en interaction ou sujets en relation?* Récupéré sur Cairn: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2004-2-page-161.htm>

Trappeniers, E. (2020). *Psychothérapie du lien couple, famille, institution2.* Toulouse: érès.

Trappeniers, E., & Boyer, A. (2004, Février). Récupéré sur Cairn: <file:///C:/Users/orlan/OneDrive/Documents/M%C3%A9moire/th%C3%A9rapie%20syst%C3%A9mique.pdf>

Veldman, F. (s.d.). *CIRDH-FV.* Consulté le Janvier 2025, sur Haptonomie pré et post natale: <https://haptonomie.org/haptonomie-pre-et-post-natale/>

Weiss, D. (2010). *Evolution sociohistorique de la famille.* Récupéré sur Cairn: <https://shs.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2010-2-page-23?lang=fr>

Cécile guéret (animateur). (06 décembre 2024). Du bébé à l'adolescence : entre énigmes, crises et créativité [Podcast audio]. Cairn.info. https://stm.cairn.info/rencontre/CRNRENC_005?lang=fr&term=podcast

Cécile Guéret (animateur). (08 novembre 2024). Les enjeux psychiques des séparations [podcast audio]. Cairn.info. <https://podcasts.apple.com/lu/podcast/les-enjeux-psychiques-des-s%C3%A9parations/id1761381631?i=1000676196739&l=fr-FR>

Cécile Guéret (animateur). (27 septembre 2024). Quête d'identité et transitions de genre à l'adolescence [podcast audio]. Cairn.info <https://shs.cairn.info/rencontre-Serge-Hefez-quete-d-identite-et-transitions-de-genre-a-l-adolescence?lang=fr>

Annexes

1. Annexe 1 : entretien avec Apolline, infirmière en CMPEA

- 1 **Apolline** : tu bosses sur de la thérapie familiale systémique
- 2 **Orlane** : oui
- 3 **Apolline** : je connais pas trop je suis plutôt analytique du coup je sais pas trop pour
- 4 la systémie mais je sais que c'est en lien avec les places de chacun
- 5 **Orlane** : oui c'est ça
- 6 **Apolline** : là je ne pourrais pas trop t'aider
- 7 **Orlane** : de toute façon j'interviens là au CMP, je vais faire l'HDJ et après l'équipe
- 8 mobile de périnatalité
- 9 **Apolline** : d'accord
- 10 **Orlane** : donc voilà je pourrai avoir des apports de chaque...
- 11 **Apolline** : en plus à l'HDJ il y a des thérapeutes familiales enfin qui font, qui
- 12 accompagnent les familles donc heu, je pense qu'elles sont des deux formations
- 13 donc elles pourront bien te ...
- 14 **Orlane** : d'accord. Donc déjà est-ce que tu peux bah te présenter et me parler de ton
- 15 parcours professionnel ?
- 16 **Apolline** : Bien sûr, je m'appelle Apolline, j'ai 35 ans, je suis infirmière depuis 12 ans
- 17 bientôt (sourire). J'ai un parcours vraiment plutôt du côté somatique alors j'avais fait
- 18 un stage en pédopsychiatrie ça m'avait énormément plu. Et puis finalement n'arrivant
- 19 pas après mon diplôme à trouver un travail dans cette branche-là, c'était assez
- 20 fermé, enfin moi je viendrai parisienne et voilà il y avait de la psychiatrie adulte, ça
- 21 m'intéresse moins, je voulais vraiment de la psychiatrie de l'enfant et de l'ado. Je suis
- 22 parti du côté somatique, je fais de la cancéro, j'ai fait de la cardio, j'ai de la réa, du
- 23 bloc. Enfin voilà hyper technique sans jamais oublier le stage que j'avais fait. Et bah
- 24 tout ce qui touche au psychisme du patient. C'est vrai que j'étais, je me plaisais
- 25 beaucoup en réa et en même temps j'étais très malheureuse d'avoir des patients
- 26 intubés, ventilés. Voilà et je pensais toujours au réveil, à leur parler, leur parler,
- 27 même quand ils étaient endormis. Donc voilà et j'ai commencé à mûrir un projet de
- 28 de bah je voulais revenir vers la psychiatrie, hum voilà ça, ça m'a jamais quitté et et

29 du coup, je suis descendue dans le Sud, j'ai continué à travailler en cardio et puis j'ai
30 quitté l'hôpital et je suis partie travailler à la maison des adolescents. C'était un
31 premier pas on va dire vers la, la psychiatrie, même si c'est pas vraiment de la
32 psychiatrie, il y en a un petit peu quand même et du coup hyper spécialisé avec les
33 ados avec des problématiques adolescentes donc très intéressant avec beaucoup de
34 social, beaucoup de tout ce qui est en lien avec le juridique aussi tu vois tout ça je ne
35 connaissais pas et comment on accompagne un adolescent tout simplement. Et puis
36 les parents, parce qu'on se pose pas mal, les parents. Et Ben connaissant la
37 pédopsychiatre qui travaille là-bas, qui est de cette structure-là aussi il y avait une
38 place d'infirmière, du coup j'ai basculé ici. Voilà

39 **Orlane** : d'accord

40 **Apolline** : et donc là j'accueille des enfants alors le plus petit a 2 ans et demi, la plus
41 grande a bientôt 17 ans donc c'est très large. On a des enfants où il y a du trouble du
42 développement trouble du comportement. Mon travail, c'est d'essayer de comprendre
43 ce qui se passe pour cet enfant. Est-ce que c'est un enfant qui vit des violences, est
44 ce que c'est un enfant qui a vécu du Trauma, donc par exemple ces parents en
45 parlent mais est-ce que c'est un enfant qui est sur les écrans ? Beaucoup. Où est-ce
46 que c'est un enfant qui a vraiment quelque chose lié aux neuro neurodéveloppement,
47 ou psychiatrique quoi. Nous on essaie de faire de la prévention, éviter que les
48 enfants basculent dans les problématiques psychiatriques. Voilà

49 **Orlane** : d'accord

50 **Apolline** : j'accueille les enfants en individuel et je fais pas mal de consultations
51 aussi avec la pédopsychiatre. C'est intéressant de faire à 2 pour avoir des regards
52 différents.

53 **Orlane** : Du coup de ce que j'ai pu voir tu es seule infirmière.

54 **Apolline** : Oui

55 **Orlane** : avec 5 psychologues, c'est ça ?

56 **Apolline** : c'est ça

57 **Orlane** : d'accord

58 **Apolline** : En fait, quand on reçoit un enfant, on voit de quoi il peut avoir besoin.
59 Quand c'est des enfants qui parlent volontiers, peut-être un petit peu plus grand, ça
60 peut être plutôt pour des psychologues quand c'est des enfants qui sont très dans le

61 mouvement il y a un peu pas d'hyperactivité mais tu vois où ça passe vraiment par
62 l'agitation motrice, ça peut être peut être un enfant qui peut être suivi en
63 psychomotricité. Moi je travaille avec beaucoup avec les jeux, les activités
64 manuelles.

65 **Orlane** : Donc déjà rien qu'à ce premier entretien, tu peux déjà orienter un petit peu
66 ton euh

67 **Apolline** : oui c'est ça et puis je fais des périodes d'observation aussi, c'est-à-dire je
68 vais prendre un enfant sur plusieurs séances pour essayer de voir de quoi il pourrait
69 avoir besoin quand c'est pas clair comme ça en première consultation médicale ou
70 enfin voilà. Et on accueille aussi en première intention, c'est-à-dire que tous les
71 patients vont pas avoir tout de suite la pédopsychiatre on peut être un binôme de
72 soignants, donc. une psychologue, une infirmière, l'assistance sociale, la psychomot
73 sur 3 rendez-vous et donc on accueille l'enfant d'abord et ensuite l'enfant et ses
74 parents pour voir la demande parce que donc des fois la demande vient de l'école,
75 ça peut venir du médecin de la PMI, ça peut venir aussi des parents et dire Bah
76 (c'est bon ça enregistre bien ?)

77 **Orlane** : oui je vérifie

78 **Apolline** : c'est bon ?

79 **Orlane** : oui

80 **Apolline** : Ça peut être les parents qui vont dire bah voilà, il y a tel problème, on
81 pense que c'est ça. Et puis nous on va voir autre chose

82 **Orlane** : d'accord

83 **Apolline** : Donc on fait 3 rendez-vous, 3 rendez-vous avec avec l'enfant et les
84 parents et ensuite on en parle en équipe, on fait un retour à la pédopsychiatre. On dit
85 un petit peu nos hypothèses, ce qu'on pense nous et ce qu'on pense qui serait bien
86 pour cet enfant, ce qui serait bien pour cet enfant pardon et donc là ensuite, les
87 parents sont rencontrés, sont vus en consultation avec la pédopsychiatre qui pose le
88 projet de soin

89 **Orlane** : d'accord.

90 **Apolline** : Donc voilà, il y a pas mal de, c'est assez riche, puis c'est très intéressant
91 de voir l'enfant tout petit. Les différents stades, voilà qu'est ce qui t'amène

92 **Orlane** : ha ouais, d'accord, Bah du coup t'as un petit peu répondu j'avais mis avez-
93 vous une orientation particulière bah voilà dans le milieu psy bah plus neuro
94 psychanalytique

95 **Apolline** : on essaie de pas de pas poser de diagnostic trop rapide pour l'enfant, on
96 l'a vu déjà hein des enfants qui sont diagnostiqués en une consultation et en fait on
97 se rend compte que c'est des enfants qui vivent des violences à la maison donc
98 forcément ils sont très agités. Nous, on essaie de lutter contre ça, on veut vraiment
99 prendre le temps de voir ce qui se passe pour cet enfant, qu'est ce qu'il a vécu,
100 pourquoi il est comme ça avant de coller une étiquette et d'aller dans une voie trop
101 rapidement et du coup, l'enfant évolue tellement vite en fait.

102 **Orlane** : Et de lui du coup le mettre dans une case qui sera pas forcément en fait.

103 **Apolline** : Voilà, on sait qu'il a il a besoin de soins, d'attention et on voit des
104 évolutions très rapides et vraiment des basculements dans du positif très vite

105 **Orlane** : d'accord

106 **Apolline** : donc on ne veut pas coller une étiquette tout de suite

107 **Orlane** : et oui

108 **Apolline** : parfois quand il faut, il faut

109 **Orlane** : oui quand c'est flagrant et que vous êtes tous d'accord.

110 **Apolline** : Voilà on fait pas de rééducation, vraiment le CMP ici on, c'est vraiment du
111 diagnostic et on va dire du suivi, traitement voilà ça c'est pas mal aussi sur le
112 traumatisme, on a pas mal d'enfants qui viennent de qui ont des parcours
113 migratoires. Tu sais qui ont vécu des traumatismes sur la route.

114 **Orlane** : D'accord

115 **Apolline** : on prend en charge charge pardon mais quand c'est de la rééducation,
116 quand il y a des grosses heu difficultés dans les apprentissages ou tu vois, il faut la
117 remédiation cognitive, où il faut de la psychomotricité, de la rééducation pour les
118 enfants qui ont des des problèmes dans la motricité, nous on fait moins ça

119 **Orlane** : ha oui d'accord. Du coup, pas vraiment comme un CMP adulte ou c'est un
120 suivi, voilà où les gens viennent bein voilà, échanger, discuter.

121 **Apolline** : Alors nous on peut avoir des suivis qui durent depuis très longtemps

122 **Orlane** : ok

123 **Apolline** : voilà. Mais par contre tous les enfants qui peuvent avoir tu vois des des
124 retards dans les dans, dans la motricité, des choses comme ça nous on traite pas ce
125 genre de chose

126 **Orlane** : d'accord. Ensuite donc j'avais marqué. Quelles tranches d'âge rencontrez-
127 vous le plus souvent ? Donc tu m'as dit de 2 ans, 2 ans et demi

128 **Apolline** : c'est très large nous on accueille de 0 à 18 ans

129 **Orlane** : d'accord

130 **Apolline** : Après y a la périnat qui prend quand même les enfants petits, il y a le
131 CAMSP qui prend, tu vois jusqu'à ça dépend des fois ils nous orientent des enfants
132 qu'ont 4 ans d'autres qui ont 6 ans ça dépend

133 **Orlane** : donc ça peut être eux du coup qui orientent l'enfant vers le cmp

134 **Apolline** : oui souvent y a des suites de prise en charge. Le CAMSP c'est jusqu'à 6
135 ans, je crois maximum nous on prend en charge ensuite. Je pense que la plupart des
136 enfants ici doivent avoir autour de 7 ans. Voilà, si on compte les sorties de CAMSP,
137 2 ans et demi c'est vraiment petit hein, c'est pas c'est pas habituel on va dire.

138 **Orlane** : D'accord oui parce que du coup j'avais eu ben un entretien avec l'équipe
139 mobile pour mon pré pro et effectivement elle me disait que jusqu'à 2 ans, 2 ans et
140 demi grand max ils accompagnaient.

141 **Apolline** : C'est ça oui

142 **Orlane** : après, heu donc j'ai marqué quelles sont les problématiques rencontrées le
143 plus souvent chez les enfants et adolescents que vous prenez en charge

144 **Apolline** : alors actuellement on a de nombreux ados dans des problématiques
145 suicidaires, c'est assez terrible, c'est toutes les semaines. Enfin voilà, c'est en ce
146 moment, c'est un gros problème

147 **Orlane** : d'accord

148 **Apolline** : les urgences sont saturées. Il y a des CMP ADO qui ferment, hum il y a
149 très peu de structures qui accueillent ces adolescents là qui sont dans des états de
150 souffrance assez avancé et de plus en plus jeune, même pré-ado.

151 **Orlane** : D'accord,

152 **Apolline** : des passages à l'acte heu à 10/11 ans, en ce moment, c'est voilà si tu
153 demandes à la secrétaire, c'est toutes les semaines, plusieurs fois par semaine, des
154 des, des enfants, des ados avec des idées suicidaires

Orlane : et à quoi vous vous arrivez à le relier au harcèlement ?

Apolline : c'est multifactoriel, en fait l'ado il est sensible à tout ce qui tout son environnement, que ce soit l'environnement proche, la famille qui peut être en souffrance parce que y a un contexte économique qui est terrible en ce moment pour les familles donc il y a beaucoup de violence, il y a des écrans avec bah du coup heu à l'adolescence y a une fragilité, vraiment l'ado se construit et est très sensible à tout ce qui touche bha au corps et du coup avec les réseaux, avec des images de corps parfait, ça a toujours été, mais là c'est vraiment plus fois 1000 hein, ils sont tout le temps à voir des corps parfaits, des visages parfaits et du coup bha déprime énormément. Enfin y a des études qui montrent un lien, donc la dépression avec l'utilisation des écrans. Les gens sont très exposés.

Orlane : Ouais

Apolline : il y a les phénomènes de phénomènes de harcèlement qui du coup est est majoré enfin vraiment par les réseaux, ça s'arrête jamais quoi. Avant c'était à l'école, maintenant c'est tout le temps

Orlane : c'est ça ! J'ai fait un stage au *** à ***. Et Tik Tok je me suis aperçue de l'impact de Tik Tok chez les adolescents justement qui déjà étaient fragiles et sujets aux tentatives de suicide ou et du coup j'avais fait un atelier autour de ça et des de du du de la manière dont dont le logiciel stop en fait amenait certains types de vidéos a bah certaines personnes, en l'occurrence bein les tentatives de suicide les anorexies les et en fait voilà, on avait mis en avant que ben plus on regarde la vidéo le temps, et plus en fait le le je sais plus comment on appelle ça le

Apolline : l'algorithme.

Orlane : l'algorithme voilà, n'enverra que ça en fait, et c'était incroyable.

Apolline : il me semble qu'il y a même des challenges tu sais, y a toujours eu ça hein, le jeu du foulards comme ça. Et là y a des challenges ça passe très vite avec le avec le avec les les réseaux sur bah voilà celui qui fera je sais pas le plus de passage à l'hôpital ou voila on a vraiment des jeunes qui qui vont très mal, scarif, TS et des suicidaires victimes de harcèlement, beaucoup. Et on a eu pas mal là ces derniers temps mais je je sais pas si c'est partout comme ça, mais pas mal de violence sexuelle entre intermédiaires

Orlane : ha d'accord

187 **Apolline** : type inceste qui se sont révélés. Peut-être que ça vient aussi de ce qui se
188 passe aujourd'hui, on en parle plus et du coup ouais, c'est révélé.

189 **Orlane** : Et plus des catégories plus que d'autres ou pas forcément

190 **Apolline** : j'ai pas l'impression d'ailleurs les TS c'était beaucoup plus c'est plus les
191 filles qui passent, passages à l'acte qui ont des idées suicidaires. Voilà, il y a aussi
192 des garçons.

193 **Orlane** : D'accord ouais donc quand même plus de filles.

194 **Apolline** : Ouais, plus majorité de filles.

195 **Orlane** : D'accord

196 **Apolline** : J'ai pas tellement de TCA là enfin j'ai pas l'impression qu'il est tellement
197 TCA en ce moment trouble compulsif alimentaire

198 **Orlane** : Ouais

199 **Apolline** : enfin souvent ça va avec aussi c'est pas spécifique à ici, en tout cas,

200 **Orlane** : d'accord. Ensuite donc, j'avais mis sur quoi repose de manière générale le
201 traitement du symptôme ou voilà qui se présente.

202 **Apolline** : hum alors déjà on repère le symptôme. Alors moi, dans mon espace, ça
203 va être de laisser l'enfant jouer ce qu'il a envie de jouer souvent, enfin on va dire
204 souvent tout le temps, ça parle de lui. Typiquement, voilà un enfant qui avec du
205 trauma sur un parcours migratoire, ben je pense à lui parce que le dessin c'est c'est
206 ça, donc ça c'est un petit garçon voilà qui a été probablement à Lampedusa, qui a
207 probablement voyagé par la mer, donc lui, ça va être beaucoup de jouer autour du
208 sable, autour d'enfants, dans le sable, l'eau, les départs, les départs, l'abandon et ça,
209 c'est dans tous les jeux, ça tourne autour de ça. Moi c'est pas de venir lui dire est-ce
210 que c'est ce que t'as vécu ? Ou de venir chercher ? Juste de le laisser jouer ça voilà
211 ce côté. Bah ce côté, ce trauma en fait il a besoin de le jouer, il a besoin de de le
212 répéter, le répéter et puis un jour il passe à autre chose

213 **Orlane** : parce que s'il ne travaille pas ce sera refoulé d'une certaine manière, ça
214 reviendra ?

215 **Apolline** : Je je je pense que oui, il a besoin de, il a besoin de le jouer pour le
216 processer pour quelque chose qui se passe au niveau psychique

217 **Orlane** : d'accord

Apolline : et que quelqu'un l'accueille brut, comme ça vient, et cetera sans sans aller gratter lui parce que ça reste un enfant et ça, c'est une manière de de de traiter le traumatisme même chez l'adulte en fait, c'est un peu pareil hein, chez l'adulte tu viens pas tout de suite questionner le trauma. Tu viens juste accueillir ce qui peut sortir, ce qui peut, ce qui peut amener le patient. Donc là les enfants, voilà c'est ça, je les laisse jouer pour certains enfants par exemple ou il y a des des enfants où il y a problématique, un peu de l'estime de lui-même ou des enfants, voilà qui manquent de confiance, je vais avec le jeu, je vais les faire par exemple gagner, les valoriser leur faire faire des activités où ils vont retrouver confiance ensuite les faire perdre, voir comment, qu'est ce que ça leur fait à eux de perdre, tu vois , hum des enfants, pas mal d'enfants aussi qui sont placés, qui ont des petits troubles de l'attachement., hum bah moi je suis une personne qui est là et je suis toujours là pour ce pour cet enfant et je suis pas quelqu'un qui disparaît et qui réapparaît tu vois donc ça c'est des suivis très longs c'est des enfants que je peux suivre, que je vais suivre très longtemps et juste ma présence, ce moment privilégié et le fait que je suis là et Ben ça les rassure parce que c'est des enfants qui ont vu leur parents, bah qui sont séparés de leurs parents, des parents qui qui sont pas vraiment là qui sont défaillants, voilà donc des fois c'est des enfants qui vivent dans des milieux sociaux voilà, c'est très très compliqué il y a des mesures d'AEMO, il y a des éducateurs et moi je suis juste là pour ba être une personne sur qui on peut compter qui va leur renvoyer des choses, comment dire, par exemple j'ai une jeune fille tu vois, elle a une maman qui est très enfant et donc cette petite fille elle devient adulte tu vois elle devient la un peu la maman de sa maman et donc moi je suis là pour lui montrer ce que c'est une relation équilibrée entre une adulte et une enfant et toujours la remettre en position d'enfant

Orlane : D'accord

Apolline : Donc c'est des choses, c'est très subtil en fait. Je fais pas, j'ai pas des méthodes, j'ai pas des outils particuliers. On va dire que j'essaie de de répondre en tant que en tant que thérapeute, en tant que soignante je suis pas thérapeute mais je suis soignante mais en tant que soignante à ce qu'à besoin l'enfant en fait sur le moment voilà donc voilà cette cette jeune fille enfin petite fille, je dis cette jeune fille parce qu'elle se comporte comme une jeune fille mais quand elle va me questionner

250 à chaque fois je vais elle va s'inquiéter pour moi donc elle a un comportement un peu
251 de maman et à chaque fois je vais je vais lui dire Bah non tu vois t'as pas à t'inquiéter
252 pour moi voilà ou dans les jeux de de toujours la repositionner.

253 **Orlane** : D'accord

254 **Apolline** : un enfant, voilà

255 **Orlane** : c'est-à-dire dans les jeux, comment tu procèdes ?

256 **Apolline** : alors par exemple, elle peut me dire alors elle va essayer de faire en
257 sorte que je perde pas parce qu'elle veut pas que ça me fasse de la peine

258 **Orlane** : ha d'accord

259 **Apolline** : ça c'est un comportement très maternel je trouve.

260 **Orlane** : Ouais, parce que quel âge elle a ?

261 **Apolline** : Ah bah elle a 9/10 ans

262 **Orlane** : D'accord

263 **Apolline** : voilà donc c'est une enfant. Alors les enfants normalement ils veulent
264 absolument gagner. Voilà. Donc elle elle fait en sorte de me laisser volontairement
265 gagner. Donc tu vois par le jeu, je verbalise hein je lui dis

266 **Orlane** : Ouais Ouais

267 **Apolline** : Elle a un côté parfois très bébé et parfois elle va choisir des jeux qui sont
268 pas trop son âge donc tu vois c'est la replacer c'est assez c'est assez subtil parfois,
269 puis des fois on est complètement à côté de la plaque mais heu sinon qu'est-ce que
270 je peux proposer d'autre.

271 **Orlane** : Et comment t'arrives à parce que là du coup tu prends en charge cette
272 petite fille mais pour que du coup ça suive au niveau des de la maman

273 **Apolline** : c'est c'est compliqué là, hier, j'ai rencontré les éducateurs de l'AEMO
274 renforcée et en fait c'est une c'est une enfant bah qui est un peu esseulée donc voilà
275 y a eu beaucoup de loupés, elle vient pas vraiment en suivi, ça fait longtemps que je
276 la suis et elle vient pas

277 **Orlane** : d'accord

278 **Apolline** : Et c'est la maman qui arrive pas qui se mobilise pas qui voilà donc c'est
279 vraiment le travail avec les partenaires qui viennent en fait, étayer beaucoup la
280 maman, l'accompagner, accompagner la petite et heu plus la maman pourra faire,
281 plus l'enfant arrivera à retrouver sa place d'enfant aussi elle, elle vient combler

quelque chose, qui est pas, qui est pas soutenu qui n'est pas suivi par la maman.
Hum Qu'est ce que je peux dire d'autre, bein des enfants où on sait pas trop si y a tu
vois j'en sait rien moi des troubles psychiatriques, enfin des troubles autistiques, des
choses comme ça moi je peux proposer des activités manuelles, du sable, du
toucher pour voir où il en est euh nous on a un petit garçon, là, de 2 ans et demi,
trouble du heu retard de développement global donc lui, on repasse par toutes les
étapes, tu sais on se cache, coucou caché la permanence de l'objet en fait
disparaître un objet est ce qu'il sait qu'il est toujours là ou pas , on propose
différentes activités, la pâte à modeler, alors lui il aime pas trop toucher les textures,
il est-il doit passer par des objets plutôt durs donc voilà. On propose plein d'activités
comme on pourrait proposer un tout petit en fait

Orlane : et ça t'a été formé du coup a ces techniques là

Apolline : non pas avec les petits-enfants, j'ai pas, j'apprends pas mal avec ma
collègue, psychomotricienne et puis de ce que je peux lire et et en fait après c'est
c'est c'est naturel en fait tu vois ce petit garçon, il va toujours se diriger vers le même
type de jeu et donc toi en tant que professionnel, t'as envie de voir ce que ça donne
avec d'autres types de jeux donc hum j'ai des petits enfants, j'ai un petit garçon aussi
il y a eu beaucoup de carence. Il y a un univers imaginaire très pauvre, un imaginaire
très pauvre. Il est incapable d'imaginer quelque chose qui voit pas en image. Tu vois

Orlane : d'accord

Apolline : Par exemple, si tu lui lis un livre, c'est insupportable pour lui, il peut pas, il
a besoin de voir alors c'est un enfant qui est sur les écrans et qui par exemple moi
mon travail ça va être de lui montrer des cartes avec des des situations dessus et
d'essayer de voir alors lui il en est encore à décrire et d'essayer qui puisse faire des
suppositions que ce qui peut se passer après ou voilà. Donc je le laisse faire ces
jeux qu'il aime bien qu'il rassure des jeux de construction, des trucs très tu vois très
géométrie et après j'essaie de l'amener côté un peu imaginaire, voilà le faire travailler
un peu l'imaginaire.

Orlane : Et ça, vous arrivez à à savoir d'où ça peut venir

Apolline : ah oui c'est un enfant qui a pas du tout été stimulé

Orlane : d'accord

313 **Apolline** : au niveau familial c'est très pauvre aussi bien au niveau des moyens que
314 des des ressources et des réflexions, voilà, c'est des parents qui font de leur mieux
315 mais qui sont en difficulté aussi. Un papa qui a fait de la prison, un papa qui ne savait
316 pas trop lire, voilà, donc c'est un enfant qui est très en difficulté à l'école. Il a, il arrive
317 pas encore à lire, et voilà quand il voit un livre il devient presque enfin c'est c'est
318 insupportable pour lui c'est presque violent quoi. Ouais là ça c'est pas vraiment du
319 ressort du CMP, c'est plutôt du coup c'est de la rééducation ça serait plutôt un cmpp,
320 donc là on est en train de travailler l'orientation y a une demande qui a été faite

321 **Orlane** : CMPP c'est quoi

322 **Apolline** : CMPPU, alors c'est c'est au niveau préventif et rééducatif en fait, ça va
323 être des prises en charge beaucoup plus conséquentes avec orthophonie

324 **Orlane** : d'accord

325 **Apolline** : psychologue où là ils vont vraiment

326 **Orlane** : c'est une grosse équipe

327 **Apolline** : ouais là ils vont travailler les les les carences enfin les difficultés au niveau
328 des retards et donc il y a il y en a très peu, il y en a pas ici à Salon. Du coup on a
329 beaucoup d'enfants qui sont orientés dans ce but-là et nous on peut pas faire ça. Moi
330 je suis en difficulté avec cet enfant tu vois moi j'ai pas beaucoup d'outils pour l'aider
331 et puis c'est c'est dur pour lui voilà mais il continue quand même à venir et c'est
332 important il peut aussi par le, il arrive un tout petit peu à jouer avec des Playmobil, ce
333 qui était pas gagné quoi.

334 **Orlane** : Oui voilà, s'imaginer une histoire avec des Playmobil c'est pas possible pour
335 lui

336 **Apolline** : ouais il me regarde et il fait comme ça (gestuelle) et il sait pas quoi faire
337 avec.

338 **Orlane** : c'est fou

339 **Apolline** : Ouais ouais donc ça, voilà, c'est des fois c'est vraiment très subtil, mais
340 nous on s'tâche à ça parce que bon, c'est que l'enfant il peut évoluer très vite et.
341 voilà, après je réfléchis à autre chose. Après les ados, c'est plutôt un espace de
342 parole on va dire, certains ados sont un peu, on pas très envie de voir un
343 psychologue parce que c'est connoté donc une infirmière, c'est peut-être plus simple

344 pour eux, voilà, je les écoute, ils parlent de ce qu'ils ont envie. J'accueille ce qui ce
345 qui les traverse à ce moment-là, et puis heu

346 **Orlane** : et tu peux après t'orienter plus vers la psychologue si tu sens que t'es en
347 difficulté avec ces ados là ?

348 **Apolline** ; Des fois on fait fais des prises en charge double

349 **Orlane** : d'accord

350 **Apolline** : parce que c'est intéressant de croiser les regards et d'avoir différentes
351 manières de de de de travailler et ça, ça, ça peut être très intéressant.

352 **Orlane** : Oui ok d'accord

353 **Apolline** : voilà et puis sinon là j'ai fait un tout petit peu, on a accompagné une
354 famille donc c'était un peu ouais, la thérapie familiale parce que je suis pas
355 thérapeute, on en a une ici qui est formée en thérapie familiale. Donc voilà, on
356 accueille la famille.

357 **Orlane** : et vous pouvez discuter avec la famille autour de de difficultés que eux
358 rencontrent.

359 **Apolline** : C'est ça

360 **Orlane** : Oui parce que finalement si eux, si les parents évoquent des difficultés mais
361 que il y a pas de de discours avec l'adolescent, c'est difficile d'avancer quoi.

362 **Apolline** : C'est vrai que souvent cette réflexion là, c'est-à-dire qu'on accueille enfant
363 45 Min par semaine, mais l'enfant retourne dans son environnement et du coup tu
364 rames hein, alors que le travail familial ça peut débloquent beaucoup de choses. On a
365 aussi une psychologue ici, qui fait beaucoup de qui accueil beaucoup les parents en
366 tout cas dans le lien parent-enfant. Mère/fille par exemple et ça peut, sur quelques
367 séances, débloquent les choses.

368 **Orlane** : D'accord

369 **Apolline** : Là, pour cette famille qu'on accueille, c'est que l'enfant nous a été orienté
370 par la famille. Un enfant qui a déjà vu plein de psychologues, franchement, il a piouf
371 plusieurs orientations et on se rend compte qu'il y a quelque chose dans la famille
372 qui fait enfin, oui, on peut venir aider cet enfant, mais il y a un travail familial à faire
373 avant fin

374 **Orlane** : ben c'est-ce que je lisais là dans un bouquin, c'est que, on identifie l'enfant
375 comme le symptôme, mais finalement ce symptôme, il est en lien avec tout ce qui
376 gravite autour de lui. Quoi ?

377 **Apolline** : exactement, finalement, on voit là, on a réussi à mettre en lumière un
378 schéma de répétition en fait, dans la famille de ce qu'on pu vivre les parents, et
379 cetera. Ouais et donc effectivement Ben ce garçon c'est on peut le symptôme, c'est
380 celui qui pose problème, enfin, qui pose problème ils sont quand même bienveillants
381 les parents, mais ce qui pose problème. Mais en fait il y a plein d'autres choses.
382 C'est intéressant

383 **Orlane** : oui, quand tu grattes un petit peu finalement, et puis des fois c'est
384 inconscient de même les parents de se dire Ben oui, peut-être que effectivement

385 **Apolline** : oui et cet enfant le fait d'entendre ses parents parler de choses qui
386 n'avaient jamais entendu avant, de souffrance qu'ont pu vivre les parents quand ils
387 étaient, donc quand ils avaient son âge, des choses un peu similaires et ben les
388 parents ont observé un changement chez l'enfant.

389 **Orlane** : Et oui, ça c'est pareil. J'avais lu quelque chose dans un bouquin où il parlait
390 justement de la place des grands-parents qui était assez importante parce que, en
391 tant que parent, Ben on n'avait pas dit envie de dire à nos enfants, bah moi à ton
392 âge, je faisais des bêtises à l'école alors que le grand parent va avoir ce rôle de dire
393 Ben Ta mère quand elle était jeune, elle m'en a fait voir aussi et du coup finalement
394 ça replace l'enfant dans un contexte où ben les parents aussi, ils ont fait ça quoi.
395 Donc c'est hyper intéressant

396 **Apolline** : Mais oui parce ce que les parents en plus il se plaignait de d'une altitude
397 et en fait les parents vont dire oui, mais c'est vrai que moi aussi j'étais comme ça, ha
398 et là, je peux dire que l'ado qui faisait genre ça l'intéresse pas là il écoute (rire) et ça
399 l'apaise vachement en fait

400 **Orlane** : oui j'imagine. Ouais, ça doit être intéressant.

401 **Apolline** : A la MDA aussi, moi je voyais des parents qui arrivaient avec des ados, je
402 comprenais pas bien où était le problème. En fait, tu te rends bien compte qu'il y a
403 des trucs au niveau famille qui a quelque chose de l'angoisse des parents et ils
404 amènent leur enfant, mais.heu

405 **Orlane** : faut traiter les parents (rire)

406 **Apolline** : un petit suivi pour vous c'est ça (rire)

407 **Orlane** : et comment assurez-vous le suivi en dehors de l'hospitalisation ?

408 **Apolline** : Alors un ado qui est suivi ici et qu'on hospitalise parce qu'il va pas bien ?

409 **Orlane** : oui ou qui sort d'hospitalisation, vous faites un peu le lien pour la reprise ?

410 **Apolline** : Ouais, y a la passerelle, alors à l'hôpital de salon, il y a l'équipe de la

411 passerelle

412 **Orlane** : d'accord. C'est une équipe de psy ?

413 **Apolline** : oui c'est ça qui est dans les murs du CH de salon et qui va avoir les

414 souvent les ados qui sont hospitalisés en pédiatrie, on essaie de les hospitaliser en

415 pédiatrie.

416 **Orlane** : Tant bien que mal.

417 **Apolline** : tant bien que mal et qui fait le lien il y a une psychomotricienne, il y a une

418 infirmière, une psychologue, un éducateur spécialisé et il y a la pédopsychiatre en

419 fait aussi, en fait du coup il voit le jeune et en fait, après, il prépare sa sortie donc

420 c'est des jeunes qui sont soit à la MDA, soit qui sont suivis au CMP, souvent CMP.

421 Donc moi je suis en lien avec l'infirmière, la pédopsychiatre avec la pédopsychiatre

422 **Orlane** : D'accord, donc vous êtes facilement en lien, vous rentrez en contact

423 facilement. **Apolline** : Je sais qu'avec la MDA, la MDA fait des réunions tous les

424 lundis, des réunions cliniques où ils parlent des jeunes qui ont été rencontrés, des

425 situations et donc l'équipe de la passerelle, envoie une personne chaque fois là-bas

426 pour faire du lien pour dire bah voilà, telle une a été hospitalisée, c'est le suivi de

427 intel, voilà ce qu'on a préconisé. La passerelle, je sais pas si c'est toujours le cas

428 mais en tout cas pourrait faire des suivis sur un certain temps

429 **Orlane** : un peu comme une équipe mobile qui intervenait

430 **Apolline** : oui tout à fait c'est ça, mais je ne pense pas que les suivis sont très longs

431 et là je pense qu'ils sont débordés. Il y a je pense qu'il y a de la communication c'est

432 vrai que ça manque un petit peu quand même, mais parce que parce que voilà, c'est

433 toujours pareil hein la pédiatrie veut vite qu'ils sortent, il n'y a pas de place, l'équipe

434 mobile est certainement sous l'eau, nous a pas de place non plus, des fois on a des

435 enfants qui passent par les urgences et les urgences nous appellent pour nous

436 demander qu'on les reçoive nous en urgence, mais on n'est pas un service

437 d'urgence. La passerelle nous dit bah il faudrait le recevoir tout de suite mais nous on

438 a pas de place, est-ce que vous pouvez faire un peu de suivi le temps que .. Parce
439 que les les jeunes sortent. Un jeune suicidaire va sortir assez rapidement mais il est
440 pas stabilité enfin il peut refaire une tentative très rapidement. Il y a il y a je sais pas
441 si tu connais le dispositif ASMA

442 **Orlane** : non

443 **Apolline** : le dispositif Asma, c'est une veille téléphonique pour les jeunes, ados.
444 Alors, qui sont passés à l'acte qui ont fait une tentative de suicide. Donc ça se met en
445 place par téléphone, ils peuvent choisir le moyen de communiquer, soit par texto
446 donc ça va être un psychologue par exemple, qui va prendre des nouvelles du
447 jeune par message et auprès de la famille et va faire comme un travail de
448 coordination auprès des du CMP ou la maison des adolescents par exemple ou des
449 psycho, psycho libéral, et qui va en fait des échéances par exemple ça va être très
450 rapproché après la tentative de suicide petit à petit ça va s'éloigner parce qu'on sait
451 que il y a des tentatives, les récidives plus de chances d'arriver tu vois un peu en
452 salve, à 3 mois et après ça se comment dire

453 **Orlane** : ça s'espace

454 **Apolline** : ça s'espace merci, je trouve pas les mots, donc, après ils vont rappeler ça
455 peut être à 6 mois ça peut être des textos, des appels, des lettres, c'est le jeune qui
456 choisit comment il veut être contacté et ça peut être déclenché par exemple par un
457 jeune qui a été hospitalisé c'est l'équipe qui va l'inscrire. Alors regarde sur ASMA, tu
458 pourras regarder sur ASMA CARE, prévenir le risque de récurrence suicidaire chez
459 l'adolescent et il me semble que pour un jeune qui a des idées suicidaires assez
460 importantes, on peut même le mettre dans le dispositif alors qu'il n'y a pas eu de
461 passage à l'acte ou de TS vraiment, il me semble que c'est possible

462 **Orlane** : D'accord, peut-être si il ya le scénario tout ça.

463 **Apolline**: ouais c'est ça Association pour la prévention du suicide et du mal-être
464 adolescents ça c'est très intéressant voilà donc a fait vraiment quelqu'un de plus
465 pour accompagner le jeune.

466 **Orlane** : comment tu travailles avec les autres professionnels de la structure. Du
467 coup chacun voilà fait son observation, toi tu peux du coup faire appel au
468 psychologue quand tu te sens en difficultés ou simplement pour avoir un autre avis.

469 **Apolline**: oui oui on est une équipe qui communique beaucoup, ben on fait toute
470 manière des réunions toutes les semaines on a la supervision aussi. En fait on
471 essaye de faire un peu au cas par cas. Ça arrive qu'on soit deux sur les situations,
472 des situations qui nécessitent ça. Moi, quand j'ai mes observations, je suis
473 régulièrement en lien, je peux même en dehors des réunions, tu vois interpellé mes
474 collègues, dire, voilà j'ai observé ça voilà qu'est-ce que tu en penses et puis penser
475 d'autres types de prise en charge ou en plus hum voilà, la on a le petit garçon de 2
476 ans et demi où il y a un gros retard, c'est un petit garçon qui est très éparpillé, il a
477 besoin quelque chose de très contenant donc c'est vrai que c'est pas simple. Moi je
478 le vois une fois par semaine seul et une fois avec ma collègue psychomotricienne
479 donc à deux.

480 **Orlane** : D'accord

481 **Apolline** : tu vois, c'est intéressant sa vision à elle aussi, elle propose voilà des, des,
482 des supports, des des, des jeux, des choses au niveau du corps donc c'est très bien
483 pour lui aussi.

484 **Orlane** : Vous avez une salle de motricité pour

485 **Apolline** : oui oui , voilà après ouais, c'est c'est dans les réunions, même en dehors
486 des réunions, on communique beaucoup, on se on s'interpelle.

487 **Orlane** : Ouais

488 **Apolline** : je sais qu'il y a des, par exemple des enfants qui sont suivis bah par ma
489 collègue en psychomotricité, où il y a des choses qui concernent le corps, mais plutôt
490 le corps, le corps qui souffre, tu vois des enfants qui, qui se font très mal, souvent y a
491 eu des des violences déjà avant et c'est des enfants qui se font très mal et qui
492 toujours se cognent, ont des bleus, des enfants qui ont du mal à ce qu'on les touche
493 vraiment qu'on les soigne vraiment et cetera, donc elle peut me les envoyer en tant
494 qu'infirmière alors pour bien séparer les espaces, tu vois

495 **Orlane** : d'accord

496 **Apolline** : Donc tu vois c'est un petit enfant à qui j'ai mis de la pommade pour les
497 bleus et c'est un enfant qui était un petit peu sauvage, tu vois c'était compliqué de
498 s'approcher de lui et donc ça c'est une autre manière aussi de travailler avec lui, c'est
499 de l'introduire à quelqu'un d'autre. Il me repère, moi je suis celle qui va lui mettre des
500 pansements dinosaures tu vois

501 **Orlane** : Ouais

502 **Apolline** : et donc il a un rapport à l'autre qui change. Avant il ne disait pas bonjour, il

503 ne regardait pas dans les yeux donc là maintenant c'est bonjour il m'a repéré, et

504 quand il a mal, il vient me voir, voilà, donc ça c'est très intéressant, moi j'ai des

505 enfants qui aiment beaucoup rester dans la pièce c'est un petit peu difficile pour eux

506 de sortir et donc petit à petit je les présente ils commencent à repérer, ils sentent

507 qu'il y a une équipe qui les portes aussi

508 **Orlane** : D'accord

509 **Apolline** : Je sais pas tu avais posé une question sur le lien avec les partenaires,

510 c'est ça quand je t'ai dit pour la passerelle ?

511 **Orlane** : Oui

512 **Apolline** : Mais après ça, c'était pour les ados, c'est pour les enfants aussi. Tu

513 demandes les enfants ?

514 **Orlane** : oui

515 **Apolline** : Les enfants, on est vraiment en lien. On fait des réunions très

516 régulièrement avec les médecins de la PMI, les médecins scolaires, les comment

517 dire, MMO, l'ASE on fait beaucoup de réunion on essaie de faire du lien, avec le

518 CAMSP et cetera le plus souvent

519 **Orlane** : pour que vous puissiez prendre en charge bah les parents, enfin toute la

520 famille quoi.

521 **Apolline** : c'est ça on croise les regards. Ça a des effets sur les situations quand on

522 est bien en lien entre partenaires, quand on reçoit ensuite une famille, je pense, ça

523 se passe dans un niveau un peu inconscient, mais ils sentent qu'il y a quelque chose

524 de solide derrière

525 **Orlane** : que vous êtes là et qu'ils peuvent compter sur vous

526 **Apolline** : et qu'on a de quoi les soutenir aussi.

527 **Orlane** : Ouais

528 **Apolline** : écoute, il se passe des choses très intéressantes dans ces moments-là.

529 On peut rencontrer aussi les équipes du SESSAD parce qu'on a des enfants qui sont

530 en SESSAD donc voilà c'est le lien principalement.

531 **Orlane** : D'accord. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez le plus

532 concernant la prise en charge ben, des enfants et des adolescents est-ce qu'il y a

533 des choses qui sont un frein justement à votre prise en charge, l'absence de
534 formation, l'absence de moyens ?

535 **Apolline** : C'est l'absence de médecin, alors nous on a de la chance d'avoir une
536 pédopsychiatre qui est très mobilisée, qui va partir à la retraite, donc une retraite
537 progressive, elle a de moins en moins de temps ici, ça, c'est un vrai problème parce
538 que, parce que on en a besoin. Les fermetures des structures qui accueillent des
539 CMP. Là, je ne sais plus ce qui a fermé à Aix mai voilà, dans la région, c'est... la à
540 Berre il n'y a plus de médecins, donc ils peuvent plus recevoir de nouveaux patients.

541 **Orlane** : C'est catastrophique.

542 **Apolline** : C'est catastrophique. Les gens savent plus où aller, c'est un vrai souci, je
543 dirais plus au niveau des formations parce que je trouve que à Montperrin, moi j'ai eu
544 la chance de faire des super formations, je peux pas être formé sur tout tu vois, il y a
545 des choses qui me manquent, ça c'est clair. Mais petit à petit, au niveau des locaux,
546 c'est vrai que ça craint un peu on a pas vraiment l'espace qu'il nous faudrait, par
547 exemple, on fait des groupes, on fait des groupes pour les enfants, on a pas
548 vraiment de salle pour faire des groupe. Je pense que c'est vraiment le souci, c'est
549 l'absence de médecin et qui va continuer comme ça pendant un petit moment parce
550 que personne veut être pedopsy dans le dans le public quoi, c'est pas attractif hum
551 voilà après qu'est-ce qui manque, je sais pas là comme ça, enfin il manque des trucs
552 mais excuse-moi je réfléchis un petit peu

553 **Orlane** : vas-y. Tu penses que ce serait un plus si par exemple il y avait plus
554 d'infirmières. Parce que j'étais en stage à l'hôpital de jour à Saint-Rémy, adulte, et
555 c'est vrai que j'ai été étonnée de voir autant de psychologues et peu d'infirmières,
556 parce que là-bas, en tout cas pour les adultes, c'était que des infirmières et il y avait
557 2 psychologues.

558 **Apolline** : Le fonctionnement de l'adulte, il est très différent, on a eu une réunion
559 avec la directrice de l'hôpital et qui arrêtais pas de me regarder en disant oui la
560 formation d'IPA en psychiatrie mais en psychiatrie de l'enfant je trouve que c'est pas
561 pertinent en fait tu vois parce que c'est des... les enfants ont très peu de traitement
562 donc l'IPA oui elle va renouveler les ordonnances mais on remplace pas un
563 psychologue, on remplace pas un pédopsychiatre, les enfants enfin voilà moi je je je
564 vois pas trop IPA là comme ça, je je je sais pas si il manquerait des, il manque du

personnel, il manquera toujours du personnel à l'hôpital de toute façon pour pouvoir accueillir. Nous, ce qui nous manquerait ici, mais c'est qu'on est un CMP enfants et ados on n'est pas un centre de thérapie familiale, mais ce serait d'accueillir peut-être un peu plus les familles, de pouvoir leur proposer plus. Parce que des fois ils amènent leurs enfants, ils sont en sécurité ici, ils sont en confiance et ils seraient prêts à déposer ici des choses de l'ordre de la, enfin tout ce qui touche à la famille et nous, on les envoie ailleurs et ailleurs, c'est compliqué. Ouais, y a pas, c'est déjà, c'est cher la thérapie familiale, il y a des à Montperrin des possibilités de de la thérapie familiale où c'est gratuit mais il faut aller à Aix et on a quand même un public et une partie du public sont très précaires, ils ne peuvent pas aller à Aix. Donc oui je pense qu'il manque, il manque des des, des des structures qui puissent qui puissent prendre en charge la santé mentale de manière gratuite. Alors ouais mais je sais pas si il faudrait plus d'infirmiers pour nous, tu vois je pense que oui, il faudrait plus de médecins. Mais ouais je sais pas si en tout cas nous la manière dont on ne travaille ici, je vois pas une infirmière remplacer du temps médical, ou il faudrait repenser le fonctionnement

Orlane : Après j'ai mis c'est ce qu'on disait un petit peu. Pouvez-vous me parler de la place de la famille dans la prise en charge un peu compliquée ,bein ce que tu disais.

Apolline : oui oui bein c'est quand même une volonté aussi ici, c'est que on on a envie d'accompagner les familles et en même temps, en fait, on a tellement pas de place et tellement d'enfants qui vont mal, que notre priorité, ça reste les enfants toujours. Docteur ***, la pédopsychiatre quand elle travaillait plus et que y avait moins de patients elle pouvait recevoir les familles régulièrement et du coup bah accompagner et faire un travail familial tu vois. Là c'est tendu mais du coup bah les familles on les voit tous les 5 mois, enfin tu peux pas travailler comme ça donc nous on les reçoit sur quelques séances, parfois on propose vraiment pour des familles où on sent qu'il a une grande détresse, ils sont en demande et il n'y a pas de possibilité d'aller ailleurs mais on on peut pas vraiment, c'est vrai que c'est dommage de bloquer ce créneau là alors qu'il y a des enfants qui attendent quoi

Orlane : ouais.Ouais

595 **Apolline** : Et puis après voilà, c'est la formation. C'est une formation assez
596 conséquente hein thérapeute familiale, c'est pas rien. Enfin en tout cas systémique je
597 sais pas, je pense que c'est au moins 4 ans.

598 **Orlane** : J'ai aucune idée

599 **Apolline** : mais c'est pas ... et psychanalytique c'est c'est, c'est, c'est c'est. Je crois
600 que c'est 5/6 ans

601 **Orlane** : ah oui c'est énorme

602 **Apolline** : Tu as 3 gros modules. C'est pas vraiment financé par l'hôpital donc c'est
603 enfin ma collègue, elle le fait, je crois que c'est. De sa poche

604 **Orlane** : Ha oui d'accord

605 **Apolline** : Ouais, Ouais, donc voilà

606 **Orlane** : Et après, en dernière question, j'avais mis, quel lien faites-vous entre
607 l'environnement familial et la pathologie psychiatrique ?

608 **Apolline** : C'est très large, hein là , c'est un lien direct en fait tu as l'aspect
609 héréditaire, malheureusement, il y a des choses qui se transmettent vraiment, il y a
610 ben tout l'environnement où il y a beaucoup de violence, des parents qui ont vécu
611 des traumatismes terribles, qui ont pas été accompagnés, et il y a des choses qui se
612 jouent clairement au niveau de l'enfant hein on va avoir des enfants qui sont très
613 agités ou qui subissent des violences de leurs parents, qui ont eux-mêmes subi des
614 violences, des, des, des, des beaucoup de précarité, des conduites addictives, je
615 saurais pas répondre précisément en fait, mais oui ça a un impact c'est évident

616 **Orlane** : t'arrives à le voir rapidement donc quand ça va être par exemple un trouble
617 du développement voilà chez un enfant, ou s'il y a réellement un traumatisme au
618 niveau de la famille, t'arrives à le à le repérer rapidement ça ?

619 **Apolline** : ouais j'ai une petite fille en suivi, tu vois, elle a 7 ans, elle a le niveau de
620 d'expression verbale d'un enfant de 4 ans, quand tu fais la l'anamnèse, quand tu
621 vois un peu ce qui s'est passé, il y avait un retard de croissance in utero. La maman,
622 elle avait 3 bébés, ils ont dû en enlever un, enfin ya du trauma mais du côté de la
623 maman il y a de la pathologie aussi parce que la maman, elle a des parents qui ont
624 un retard aussi. Un enfant qui était un tout petit pois qui a fait beaucoup de réa avec
625 un trouble du langage, un gros retard. Je suis en lien avec l'orthophoniste, avec la
626 psychomotricienne, on suppose quand même qu'il y a quelque chose depuis, depuis

627 la grossesse, un retard qui, la maman est persuadée que son enfant est autiste,
628 nous, on pense, parce qu'il y a quand même beaucoup d'évolutions chez cette petite
629 fille, mais il y a un gros retard

630 **Orlane** : d'accord

631 **Apolline** : Il y a une jeune fille qui a un parcours migratoire hyper traumatisant et il y
632 a eu des tests fait, c'est vrai que comme ça tu pourrais dire ouais là peut-être qu'il y a
633 des troubles autistiques et en fait, je l'ai vue vraiment changer complètement quand
634 je l'ai en suivie depuis quelques mois et en fait non, il y a pas d'autisme et en fait, et
635 y a même pas de retard en fait, c'est c'est qu'il y a un traumatisme tel que en fait, elle
636 est en difficulté pour parler, elle est en difficulté, même pour se poser sur un jeu tu
637 vois elle est très rigide. Et là, maintenant que le trauma s'apaise pour les parents
638 parce que ils ont une situation stable ici, ils ont une reconnaissance, ben ils ont leurs
639 papiers eh ben elle commence à se poser et je découvre une petite fille une jeune
640 fille qui c'est sur je ne pense pas qu'elle fera des très longues études tu vois mais
641 voilà pour dire clairement mais qui est quand même intelligente et qui qui n'a pas de
642 retard. Enfin voilà. Alors qu'au début, c'est vrai qu'elle ne parlait pas, on se posait
643 plein de questions, c'est enfin moi je me demandais est-ce qu'il y a pas un gros
644 retard, est-ce qu'il y a des des des troubles du spectre autistique, est-ce que limite il
645 n'y a pas une psychose en fait, je savais pas, moi ça me questionnait beaucoup
646 voilà, donc là prend du temps en fait donc si tu lui poses un diagnostic à cette
647 gamine en fait après en fait non elle va faire sa scolarité. Des enfants qui qui vivent
648 des violences tu le vois dans le jeu hein c'est des jeux très violents

649 **Orlane** : ha ouais d'accord

650 **Apolline** : oui très très violent

651 **Orlane** : tu travailles avec les dessins aussi ?

652 **Apolline** : oui oui. Alors ils dessinent. Je leur demande souvent de faire le dessin de
653 la famille. C'est très intéressant. Ils dessinent leur famille comment il se dessine par
654 rapport à leurs parents. Il y a une jeune fille là elle a fait un dessin de la famille voilà il
655 y a quelque chose dans le lien avec sa maman qui est très compliqué. Elle se
656 dessine complètement collée à sa maman, même taille, même vêtement, voilà et
657 papa et petit frère, loin

658 **Orlane** : Et ça, ça, ça t'oriente. Par exemple, on dit que dans la psychose y a cette
659 incapacité à à l'individualisation, est-ce que du coup déjà enfin c'est des des des
660 choses que auxquelles tu penses quand tu analyses le genre de dessin ?

661 **Apolline** : Oui bah moi ce que je pense c'est qu'elle elle a 7 ans et que elle a une
662 relation à sa maman qui est pas, qui est problématique et la maman a une relation
663 avec elle qui est particulière et donc là ce que j'aimerais proposer à la prochaine
664 consultation, c'est un espace pour la maman et pour elle, juste pour elle toutes les 2
665 et de pouvoir discuter de cette relation qui est, qui est collé et en même temps qui
666 est tellement collée que du coup ça en devient agressif tu vois vraiment des
667 difficultés de se positionner

668 **Orlane** : d'accord

669 **Apolline** : et en fait les les parents amènent leur fille en disant qu'il y a un problème,
670 leur fille pose problème et en fait moi je vois un problème plutôt dans la relation tout
671 en regardant l'espace avec moi, tu vois, elle peut déposer des choses et où elle joue
672 ça avec moi aussi tu vois où elle va essayer de contrôler tout ce que je fais, elle est
673 très envahissante, elle essaie de de on dirait qu'elle essaie de me phagocytter en
674 permanence tu vois, si elle pouvait me manger elle ferait (rire) , enfin dans les
675 dessins, tu vois elle me dessine comme elle ou elle veut que je sois sa fille. Tu vois
676 c'est très collé.

677 **Orlane** : D'accord

678 **Apolline** : Donc voilà, moi mon travail c'est aussi de en douceur

679 **Orlane** : et ça t'arrive à le relier à quoi du coup ?

680 **Apolline** : moi je pense que c'est fortement lié à sa relation avec sa maman. Après je
681 sais pas trop dans l'histoire de cette maman, une maman

682 **Orlane** : ouais qui elle est trop maternante aussi trop couvrante

683 **Apolline** : oui elle a pas le la bonne distance je pense, elle a pas la bonne distance
684 sans vouloir la juger hein.

685 **Orlane** : Oui oui oui et avec son fils non ?

686 **Apolline** : Alors le fils je le vois pas moi je sais pas. C'est une maman qui a je pense
687 vécu des choses très difficiles. Elle a eu sa fille et en fait c'était dedans avec moi elle
688 se séparait pas en fait c'est une petite fille je crois pas qu'elle ait été gardée par
689 quelqu'un d'autre que sa mère. Et puis bah la maman a le deuxième et hop elle a

remplacé sa fille, elle a pris le garçon donc la petite elle est tu vois, elle est pas bien tu vois. Je pense que c'est une maman qui est très ambivalente. Tu vois elle est très, elle peut être très douce et faire plein de choses avec sa fille et après être très rejetante, alors est-ce que la maman enfin qu'est-ce que c'est son histoire à elle aussi. On a des enfants, ils sont dans cette dans ce problème-là que la maman elle est elle est psychotique hein, des parents aussi qui sont psychiatriques, donc voilà donc on travaille aussi avec ça, là je sais pas vraiment mais en tout cas dans la relation, et puis y a un papa qui vient pas séparer non plus. Peut-être que nous on avait proposé, on a proposé aux parents, ils ont fait une demande d'aide éducative

Orlane : ok

Apolline : C'est qu'ils arrivent pas en fait à mettre un cadre. En fait, il laisse faire et ensuite il réprimande de manière violente. Et c'est pas bon hein enfin voilà c'est pas, et papa je pense qu'il a du mal à se positionner donc ça, et moi j'aimerais bien proposer aussi le lien enfin travailler, le lien entre elle et sa fille parce que cet enfant, moi, me fait vivre des choses difficiles hein des fois moi j'ai vraiment envie de la rejeter et du coup je me dis que la mère, elle doit vivre ça aussi avec elle

Orlane : elle cherche à te faire reproduire ce que elle

Apolline : ouais et puis elle va venir me provoquer et voir comment moi je vais lui mettre des limites en fait aussi et elle a fait elle un voilà elle me, elle rejoue, elle rejoue dans dans cet espace-là, mais moi du coup je peux l'amener en équipe et on le travaille ensemble et voilà. Voilà on peut pas faire, voilà mon travail avec elle, c'est de c'est de la laisser à sa place et faire lui aussi prendre conscience que j'ai mes propres désirs et qui peuvent être différents des siens, et que les siens sont différents des miens, et ce.ce différencier, on travaille ça

Orlane : d'accord.

Apolline : Et c'est 45 minutes par semaine.

Orlane : Et ouais, c'est compliqué.

Apolline : Ouais mais voilà, il y a eu du progrès je trouve.

Orlane : Ok.

Apolline : je sais plus pourquoi on est venu à parler de ça

Orlane ben c'était le lien. Quel lien fais-tu entre l'environnement familial et la pathologie Psy ?

722 **Apolline** : Ouais, je pense que les enfants sont vraiment les produits de leur
723 environnement, ils sont impactés directement. On le voit même tu vois quand qui
724 amène l'enfant, en fonction de qui amène l'enfant en séance, ça n'a rien à voir après
725 la séance

726 **Orlane** : d'accord à ce point-là en fait.

727 **Apolline** : ouais on a un petit garçon, le petit garçon de 2 ans et demi. La maman,
728 c'est très compliqué. C'est une maman qui est très ado dans sa tête, quand l'enfant
729 est emmené par sa mère il est très agité, quand l'enfant est emmené par la TISF, il
730 est beaucoup plus calme.

731 **Orlane** : C'est quoi la TISF ?

732 **Apolline** : Ah, c'est des aides, c'est quelqu'un qui vient aider, par exemple une
733 maman qui est un petit peu seule ou qu'elle va aller pour faire les courses-là par
734 exemple elle l'aide pour les accompagnements. Tu vois, il vient deux fois par
735 semaine et puis la TISF elle travaille beaucoup aussi sur son positionnement, le
736 positionnement de la maman en tant que maman qui va cadrer, voilà en fait elle
737 l'aide dans le quotidien quoi.

738 **Orlane** : D'accord

739 **Apolline** : Et donc elles amènent parfois les enfants en séances, elles vont faire les
740 courses, elles vont ça. C'est une maman qui est très jeune et qui a 2 enfants en bas
741 âge, qui est très seule et qui a beaucoup de mal à....L'autre jeune fille dont je te
742 parlais, qui a une maman qui est très enfant et du coup elle qui a du mal à se
743 positionner en enfant et ben quand c'est l'éducatrice de AEMO qui l'amène ou sa
744 grand-mère elle arrive en enfant et quand c'est sa maman qui l'amène, elle arrive en
745 parents, mais même habillée comme une maman et les séances sont très difficiles à
746 ce moment-là parce qu'elle est complètement défensive et fermée et elle a pas du
747 tout envie que je je m'approche

748 **Orlane** : d'accord

749 **Apolline** : je sais pas si tu vois le deuxième dessin là c'est une forêt avec une
750 pancarte en gros là elle a marqué lac je sais pas quoi, mais elle m'avait dit défense
751 d'entrée, on voit pour pas que je commence à lui poser des questions et des
752 animaux derrière parce qu'elle adore les animaux donc c'est son petit jardin secret tu
753 vois et à chaque fois elle va me faire au sable magique des forteresses, et quand

754 c'est sa grand-mère qui l'emmène, vraiment elle a sa place d'enfants avec elle. Ou
755 l'éducatrice qui l'emmène à chaque fois comme un enfant et ben le jeu c'est
756 beaucoup plus fluide avec elle, elle me confie des choses, je la vois changer
757 spontanément, c'est vraiment l'environnement
758 **Orlane** : ouais c'est incroyable
759 **Apolline** : c'est incroyable ouais ouais bien sûr, voilà et ça ouais c'est super
760 intéressant
761 **Orlane** : ha ouais
762 **Apolline** : et ça dès la salle d'attente
763 **Orlane** : ça doit être génial de voir tous ces tous, tous ces changements
764 **Apolline** : des fois c'est très subtil hein on s'en rend même pas compte. Et c'est
765 après qu'on le voit
766 **Orlane** : ouais mais du coup c'est intéressant de se questionner sur qu'est ce que
767 amène finalement sur heu, qu'est ce que qui se joue pour elle dans ces moments-là
768 **Apolline** : la dernière fois c'est sa maman qui l'a emmenée, la maman était avec
769 deux couettes, un maquillage franchement ta peur et la jeune fille, enfin la jeune fille
770 qui a 10 ans était en tailleur jupe et donc après la tu rames en séance.
771 **Orlane** : ha ouais j'imagine
772 **Apolline** : voilà la comme ça je pense pas à d'autre chose
773 **Orlane** : ben déjà tu as abordé plein de points
774 **Apolline** : ha ouais ben cool
775 **Orlane** : ah oui oui complètement et ça fait «écho avec ce que je lis et ce que j'ai pu
776 écrire dans mon mémoire
777 **Apolline** : ha ben super
778 **Orlane** : vraiment merci
779 **Apolline** : ben si tu veux je te donne mon adresse email
780 **Orlane** : ah ben ouais je veux bien
781 **Apolline** : comme ça si tu as des questions tu n'hésites pas
782 **Orlane** : merci beaucoup pour ton temps
783 **Apolline** : mais je t'en prie

2. Annexe 2 : entretien avec Laura et Aurore (psychologue et éducatrice spécialisée) à l'HDJ.

1 **Orlane** : Du coup, dans un premier temps, ma question, c'était de vous présenter et
2 de présenter votre parcours professionnel.

3 **Laura** : [semble étonnée de l'enregistrement] D'accord. OK.

4 **Orlane** : Comme ça, je peux resituer, en fait, comme je dois retranscrire mes
5 entretiens.

6 **Laura** : OK, d'accord.

7 **Orlane** : Voilà, c'est une petite introduction au professionnel que j'interroge, en fait.

8 **Laura** : bah je vais faire ça très rapidement parce que c'est vrai qu'il faut que je fasse
9 attention à l'heure. Mais du coup, moi, je suis psychologue clinicienne. J'ai été
10 formée dans un master intégratif, bon, j'ai une licence de psychologie, mais j'ai fait un
11 master centré psychothérapie au pluriel, donc, où il y avait plusieurs approches
12 cognitives, psychanalytiques, humanistes aussi. Après, c'est vrai que moi, j'ai fait
13 mes études à Aix, qui est un bastion de la psychanalyse. Enfin, je ne sais pas si vous
14 le savez, mais il faut être un peu du milieu, mais c'est vraiment un bastion de la
15 psychanalyse, donc j'ai quand même un prisme au niveau de la psychopathologie qui
16 est vraiment quand même psychanalytique, avec tout ce qui est inconscient, etc.
17 Donc, c'est ça le socle de ma pratique, mais moi, je pratique, j'ai une posture un peu
18 plus humaniste, c'est-à-dire que je ne vais pas être un thérapeute en retrait et heu
19 laisser les choses se dérouler. J'ai une posture beaucoup plus active parce que je
20 suis formée en thérapie narrative. Je ne sais pas si vous connaissez.

21 **Orlane** : non

22 **Laura** : Heu c'est assez peu développé en France, mais c'est vrai qu'il y a un petit
23 bastion à Aix. Il y en a un peu plus vers Lyon aussi, mais c'est une approche qui,
24 enfin qui comment est-ce que je pourrais vous décrire ça très rapidement, heu on va
25 aider le patient à identifier un problème qui entre dans sa vie, enfin, problème qu'il
26 constate dans sa vie. On va lui donner une identité à ce problème-là. Heu on part du
27 principe que le patient n'est pas le problème, que le problème est toujours extérieur
28 au patient, heu même si c'est une maladie chronique, même si heu c'est quelque
29 chose qu'on pourrait, à première vue, identifier comme vraiment heu accroché à la

30 chair du patient j'ai envie de dire, on va toujours considérer que c'est à un moment
31 donné, c'est quelque chose qui est entré dans la vie du patient, mais que ça vient
32 toujours de l'extérieur.

33 **Orlane** : d'accord

34 **Laura** : heu et le but, c'est déjà de faire le distinguo entre l'identité de la personne et
35 l'identité du problème qu'ils rencontrent, donc bien faire cette séparation-là. Et on va
36 essayer de venir soutenir heu d'autres histoires que celle de l'histoire du problème.
37 Par exemple, si vous avez une ado qui est anorexique, on va identifier l'anorexie
38 comme problème alors on peut l'appeler, on peut donner des petits noms avec les
39 patients enfants et adolescents.

40 **Orlane** : ok

41 **Laura** : Par exemple, heu ça c'est un cas clinique qui est très connu, du thérapeute
42 qui a développé ça, mais ça peut être anorexia, l'anorexie par exemple. Une jeune
43 fille qui avait décidé d'appeler son anorexie anorexia. Quand est-ce qu'elle est
44 rentrée dans ta vie ? Quel impact ça a sur ta vie ? On va dresser un peu comme un
45 enquêteur, un petit profil, on va enquêter avec le patient et on part du principe qu'on
46 est heu dans une relation d'asymétrie, c'est-à-dire que même si le thérapeute a un
47 savoir, on va beaucoup poser de questions, on va vraiment se concentrer sur le point
48 de vue du patient et on ne va pas se positionner comme un sachant. On va vraiment
49 être deux heu collaborateurs qui enquêtent ensemble sur ce problème-là, et ensuite,
50 on va essayer de soutenir d'autres histoires que celles qui viennent alimenter le
51 problème et on va aller chercher tout ce qui a été oublié par le patient du côté des
52 ressources, du côté hum hum de toutes les petites choses qu'il a pas forcément
53 retenues, mais qui pourraient faire qui se raconte son identité autrement, et
54 autrement que par le prisme du problème.

55 **Orlane** : d'accord

56 **Laura** : Je sais pas si c'est clair, vous me dites.

57 **Orlane** : Si si si ouai ouai

58 **Laura** : [tousse] Alors là, c'est vraiment un trait condensé, mais voilà en gros, y a
59 cette phase où on identifie le problème. Ensuite, hum on va chercher un peu les
60 histoires alternatives et on va aussi, en parallèle, chercher les valeurs importantes
61 pour le patient, heu tout ce qui vient nourrir son identité. Alors à l'adolescence, c'est

très intéressant parce que du coup, comme le patient est en construction, y a les valeurs transmises par les parents, les valeurs transmises par la société et ça, on va venir le déconstruire ou pas, en fonction voilà du positionnement du patient, enfin de lui, ses envies, heu enfin venir le soutenir à dire « je ». Et ce que lui voilà ce qui lui parle, ce que lui veut vraiment, on va venir soutenir tout ça et déconstruire ce qui y a à déconstruire.

Orlane : Et du coup, vous arrivez à travailler avec les parents au sein de l'HDJ ?

Laura : Alors justement, enfin moi j'ai beaucoup de contact avec les parents, mais c'est vrai qu'en fonction des problématiques, je me mets plus ou moins à distance. Parce que quand il y a des problématiques où y a beaucoup d'indifférenciation dans la famille, où y a beaucoup heu ou tout est au même niveau, tout est très poreux, où les parents heu n'ont pas forcément une position de parent et y a des mouvements, pour le coup, très symétriques dans les rôles dans la famille, j'essaye de préserver au maximum l'espace de l'adolescent pour pas qu'il soit heu infiltré justement par les parents qui veulent tout savoir et cetera, malgré eux hein, inconsciemment bien sûr. Mais j'essaye de préserver cet espace-là, et du coup, ça peut se jouer dans d'autres espaces, via les référents, etc. Mais heu pour le coup, moi j'interviens dans la heu l'espace famille, où là, c'est les familles qui viennent tous toutes ensemble autour de l'adolescent heu pour remettre la parole en circulation, reprendre des choses tous ensemble, toujours autour de l'ado, mais heu l'idée, heu ça va être vraiment de pouvoir mettre quelque chose au travail au niveau familial.

Orlane : d'accord

Laura : Donc ça, c'est un espace différent, parce que moi je vois les adolescents en individuel, et après j'interviens en co-thérapie, enfin, c'est pas de la thérapie familiale, c'est heu plus un accompagnement vers la thérapie familiale, vu qu'on a un centre de thérapie familiale à Montperrin

Orlane : ok

Laura : parce que en thérapie familiale, quand on vient consulter, heu c'est pas forcément autour de l'ado, même si y a toujours un patient désigné, comme vous disiez tout à l'heure, désigné symptôme, mais là, vu que c'est dans le parcours de soins de l'adolescent et que l'HDJ c'est le lieu de soins de l'adolescent, heu on

137 présente cet espace comme un espace quand même autour de l'adolescent, ce qui
138 est pas le cas quand on va consulter comme ça d'un coup en thérapie familiale.

139 **Orlane** : Qu'ici ce soit identifié pour lui et que ses parents ne viennent pas impiéter ?

140 **Laura** : Tout à fait. Donc on essaye vraiment de baliser les espaces pour faire en
141 sorte que ce soit pas poreux, heu que le cadre puisse heu tenir et qu'on soit pas
142 dans une confusion, dans une indifférenciation, alors que souvent dans les familles
143 ben des patients qui viennent consulter, il y a ces mouvements d'indifférenciation,
144 heu des climats parfois incestuels, et là on essaye quand même de proposer un
145 cadre qui est contenant, qui identifie bien des espaces différents et heu voilà. Après
146 c'est vrai que heu heu voilà moi je me positionne dans cet espace-là et là je suis pas
147 la psy mais je suis effectivement psychologue, mais là dans l'espace familial, là où
148 dans mon bureau oui je suis la psy qui fait les psychothérapies.

149 **Orlane** : d'accord

150 **Laura** : Donc on va dire que c'est deux places différentes.

151 **Orlane** : ha oui, et du coup quand heu y a justement la la la famille

152 **Laura** : ouais

153 **Orlane** : comment vous arrivez à garder cette enfin cette place on va dire neutre,
154 sans incriminer la famille sans ?

155 **Laura** : Alors justement, hum et ça c'est enfin c'est tout le regard de la thérapie
156 familiale hein, de toute façon qu'on soit du côté systémique ou psychanalytique,
157 l'idée ça va être de faire circuler la parole et effectivement de se dire que chacun a
158 un point de vue, chacun a vécu, chacun a des ressentis, et qu'on fait toujours les
159 choses, alors ça c'est ma collègue systémicienne qui dit beaucoup ça, qu'on fait les
160 choses pour des bonnes raisons, moi j'aime pas trop le mot bonne mais j'ai plus
161 envie de dire qu'on fait les choses pour des raisons, et qu'on fait jamais les choses
162 sans raison, c'est à dire que même quand il y a des comportements qui peuvent
163 paraître violents de la part des parents, ou heu c'est qu'il se passe quelque chose et
164 à moins que heu on est rarement face à des gens qui sont simplement pervers et là
165 pour faire souffrir les autres parce que ça leur fait plaisir quoi, on va se dire que tout
166 le monde a des raisons d'agir comme il le fait, et heu que chacun a son point de vue,
167 et c'est ça qu'on va venir interroger, on va essayer de faire circuler la parole, donc
168 c'est un peu un jeu de ping-pong, c'est à dire que quand on les reçoit tous ensemble,

125 bah heu sur une question ou un sujet qui va être amené, si c'est l'ado qui parle en
126 premier, à un moment donné on va dire, et vous monsieur, qu'est-ce que vous en
127 pensez, et vous madame, et on va essayer de faire circuler pour que chacun ait un
128 temps de parole, s'il le souhaite, parce qu'on n'est pas obligé de parler non plus, ils
129 ont le choix de ne pas rebondir, de pas parler s'il le souhaite, mais souvent c'est
130 assez fluide, mais on va venir comme ça, vraiment, où il faut imaginer un bâton de
131 parole imaginaire, que nous on va manier, faire circuler, ça se fait aussi
132 spontanément, mais on vient dans cette posture-là d'acceptation, de se dire, chacun
133 a son point de vue, chacun a son vécu, et heu tous les points de vue sont légitimes
134 et ont le droit d'être entendus, en tout cas

135 **Orlane** : d'accord

136 **Laura** : mais y a un cadre, on pose un cadre sécure, c'est à dire que on va pas , on
137 n'a pas le droit de se faire du mal dans cet espace-là, on n'a pas le droit, oui, de se
138 faire du mal psychologiquement ou physiquement, en tout cas,

139 **Orlane** : d'accord

140 **Laura** : voilà, donc ça, ça fait partie du cadre aussi qui permet ça, parce que c'est sûr
141 que si, dès qu'on disait quelque chose, y en a un qui prend une casserole et le lance
142 sur l'autre [rire], le but c'est pas de rejouer ce qui se passe à la maison, c'est de venir
143 décaler, justement.

144 **Orlane** : D'accord, et de soulever des problématiques hum?

145 **Laura** : Alors, pas forcément, on fait avec ce qui nous apporte, c'est à dire que hum
146 on fait avec ce qui nous apporte et là où ils en sont à l'instant T, hum l'idée c'est
147 quand même de respecter la temporalité et pas heu on va pas faire lever les
148 défenses, c'est comme en psychothérapie, on va, on va faire avec ce qu'ils amènent
149 et là où ils en sont, et c'est eux qui amènent spontanément des choses et on travaille
150 avec. Après, entre chaque séance, on réfléchit quand même à comment on peut
151 mettre ça au travail sans que ce soit trop violent, mais il faut quand même que des
152 choses, qu'on tente des choses, parce que sinon, ça c'est le but aussi de faire
153 bouger des choses, mais hum c'est vrai que c'est un travail minutieux.

154 **Orlane** : ouais

155 **Laura** : C'est vrai que c'est peut-être vous avez du mal à vous représenter hum
156 sans le vivre.

157 **Orlane** : Ben oui, c'est vrai que du coup, quand on n'a jamais participé, oui, il y a
158 des...

159 **Laura** : Mais pour ce que vous faites, je pense que ce serait intéressant que vous
160 fassiez un petit tour au CTF, il y a un miroir sans teint

161 **Orlane** : au CTF ?

162 **Laura** : ouais au centre de thérapie familiale, mais vous allez peut-être pouvoir voir
163 avec ma collègue, qui va arriver, parce que elle

164 **Orlane** : c'est à Aix ?

165 **Laura** : oui c'est sur l'hôpital Montperrin.

166 **Orlane** : [prise de note] Ah oui, je l'ai lu, ça, dans un des bouquins, justement, sur les
167 thérapies qu'ils utilisaient des miroirs.

168 **Laura** : Alors ça, c'est en systémie, pour le coup, et en fait, oui, y a un miroir sans
169 teint, enfin, c'est une pièce avec un miroir sans teint, et y a des observateurs qui
170 peuvent être derrière le miroir.

171 **Orlane** : D'accord.

172 **Laura** : Donc je me dis que pour vous, ce serait une super expérience de pouvoir...

173 **Orlane** : C'est clair.

174 **Laura** : Je vais demander à ma collègue, là [envoi d'un texto], la c'est elle que je
175 répons parce qu'elle me dit, je suis en bas, je fume une clope, elle me demande si
176 je viens [rire] mais je vais demander si elle peut monter.

177 **Orlane** : Oui, après, ce sera peut-être, vu que vous devez partir, plus les questions,
178 plutôt les poser, du coup, à l'infirmière.

179 **Laura** : Oui, après, pour le coup, effectivement. Hum

180 **Orlane** : Parce qu'après, c'est des

181 **Laura** : Sur le versant de la famille et de la thérapie familiale, je pense qu'on est les
182 deux personnes qui peuvent le mieux vous répondre sur ces questions-là.

183 **Orlane** : Ouais

184 **Laura** : Parce que mes collègues sont un peu moins heu enfin, elles sont pas
185 formés à ces questions-là et sont un peu moins enfin pas sur ces espaces-là non
186 plus, même si, évidemment, ils peuvent vous parler, par contre, dans le quotidien de
187 hum des liens avec la famille. Ça, par contre, oui.

188 **Orlane** : Et vous, vous arrivez, par exemple, voilà, s'il y a une des infirmières qui
189 estime que y aurait besoin de passer voilà avec vous ou faudrait plus impliquer la
190 famille, comment ça se passe ? Comment vous arrivez à...

191 **Laura** Alors, en fait, ça, c'est pensé toujours en équipe. Tout ce qui est décision, tout
192 ce qui est clinique, axe thérapeutique, c'est toujours pensé en équipe. Alors,
193 évidemment, au quotidien, y a beaucoup d'interstitiels. On se dit des choses entre
194 des couloirs, etc. Mais avec les adolescents, c'est une clinique bah les adolescents,
195 comme vous l'avez dit y a beaucoup de passage à l'acte, donc beaucoup de
196 coupure de la pensée où y a plus de pensée, on n'est vraiment que dans l'agir. Et
197 nous, on essaye de ne pas fonctionner en miroir avec ça parce que c'est vrai que
198 hum y a toujours une homologie en fonction des patients qu'on reçoit, c'est-à-dire
199 que les professionnels se mettent à fonctionner en miroir avec les patients. C'est un
200 peu le transfert qui fait ça. Du coup, on essaye toujours de faire un pas de côté et
201 pour baliser à ce niveau-là, on essaye de repenser ces choses très importantes en
202 réunion, là où on est à peu près tous ensemble comme ça, y a toujours un garde-fou,
203 toujours quelqu'un qui peut dire... Bon, ça, c'est souvent notre boulot à nous, les
204 psys, mais de dire, ah, là, qu'est-ce qui est en train de se passer ? Peut-être qu'on
205 prend la décision un peu vite. Qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce que ça vient dire
206 cliniquement ? Et du coup, on va se dire, ah, alors là, voilà ce qui se passe avec
207 l'ado. Est-ce que ça ne pourrait pas être intéressant de proposer qu'un travail avec la
208 famille ? Voilà, après, pour les suivis individuels, nous, spontanément, ça fait partie
209 de la période d'observation parce qu'on a une période d'observation. On va faire des
210 observations sur des groupes thérapeutiques et y a toujours une évaluation psycho,
211 enfin un entretien. J'aime pas ce mot évaluation, mais un entretien, voilà, une
212 observation. Et spontanément, y a toujours souvent un suivi qui se met en place.
213 Mais pour l'espace famille, c'est en fonction des difficultés... [toc à la porte] Ah, ben,
214 là, voilà. Voici ma collègue thérapeute familiale.

215 **Orlane** : bonjour

216 **Aurore** : bonjour

217 **Laura** : voici ma collègue thérapeute familiale

218 **Orlane** : Orlane, étudiante infirmière, troisième année.

219 **Aurore** : enchantée

220 **Orlane** : Je suis venue faire des entretiens dans le cadre de mon mémoire, on doit
221 réaliser

222 **Aurore** : je suis désolée je mange

223 **Orlane** : pas de souci

224 **Laura** : Je me suis dit que c'était dommage qu'on parte sans qu'elle ait un petit mot
225 de ta part parce que quand même elle se concentre sur le travail avec la famille.

226 **Aurore** : pour le mémoire ?

227 **Orlane** : Oui.

228 **Aurore** : C'est sur quoi ?

229 **Orlane** : ben en fait, je suis partie d'une situation que j'ai rencontrée en stage avec
230 des enfants

231 **Aurore** : Le Galoubet ?

232 **Orlane** : Alors non, justement, le Galoubet a fermé et le service s'appelle le ***

233 **Aurore** : Ah oui, d'accord.

234 **Orlane** : Et c'est vrai que j'ai pris la situation d'une jeune fille qui avait eu des
235 violences dans la petite enfance, qui se sont re manifestées à l'adolescence. Et
236 j'avais été assez interpellée dans les entretiens où, en fait, on clairement, on disait
237 aux parents qu'on traitait la jeune fille, mais que pour tout ce qui était la famille, il
238 fallait s'adresser avec des thérapies familiales, ou, et du coup bein, c'est vrai que ça
239 m'a interpellée parce que je me suis dit qu'on la traite, elle, dans le service. Et en fait,
240 à chaque fois qu'on me faisait des... Elle retournait chez elle en progressif, en fait,
241 avec un contrat progressif. Et en fait, à chaque fois que ce contrat s'allongeait, et
242 bein elle refaisait des scarifications. Donc, je me suis dit pourquoi elle tient tant à
243 revenir, en fait... Enfin, elle tient tant... Pourquoi ce besoin de revenir constamment,
244 en fait, dès que la sortie, elle s'allonge un peu, qu'est-ce qui fait qu'est-ce qu'elle
245 vient chercher, en fait, dans le service ? Qu'est-ce qui la sécurise ? Qu'est-ce que...
246 Et finalement, quand on avait eu les parents en entretien, ben... C'est vrai que ça m'a
247 interpellée parce que je les ai sentis, eux, démunis. Et ils verbalisaient clairement
248 qu'ils n'arrivaient pas à tenir le cadre à la maison. Et je me suis dit, ben, en fait, on...

249 **Aurore** : Parce que y a pas de travail des suites d'hospit temps plein.

250 **Orlane** : Alors, c'est un accueil crise.

251 **Aurore** : De temps plein.

252 **Orlane** : Voilà.

253 **Aurore** : Et du coup, y a pas d'entretien familiaux régulier ?

254 **Orlane** : Non. En fait, de temps en temps, ils font des entretiens avec les enfants.

255 **Aurore** : Ouais.

256 **Orlane** : Et de temps en temps, des entretiens où ils font venir les parents.

257 **Aurore** : D'accord. Mais ce n'est pas hebdomadaire.

258 **Orlane** : Non.

259 **Aurore** : selon le besoin.

260 **Orlane** : C'est ça. Et ils font le point. Ben, voilà comment ça se passe à la maison.

261 Qu'est-ce que vous mettez en place ?

262 **Aurore** : D'accord.

263 **Orlane** : Mais y a un questionnement. Mais c'est vrai que ça m'a manqué de me dire,

264 ben, on les laisse repartir. Mais finalement, comment on les accompagne ? Voilà ils

265 disent clairement qu'ils arrivent pas à tenir le cadre donc, ben, en fait, je fais le lien.

266 Je me dis, si elle revient, c'est que ben ici, elle a un cadre qu'elle n'a pas chez elle et

267 ben comment ils peuvent accompagner les parents finalement

268 **Aurore** : et oui, ben c'est vrai que déjà, si y a des entretiens un peu plus réguliers,

269 avec un hum enfin hebdomadaire ou y a un espace de parole possible au sein de

270 l'hôpital. Déjà, ça permet de pouvoir un peu réfléchir autour de vous et les

271 observations cliniques que vous pouvez avoir à l'intérieur de l'hospitalisation, eux à la

272 maison, et de pouvoir un petit peu faire du lien avec tout ça.

273 **Orlane** : Ouais

274 **Aurore** : Ça, c'est vrai que la le fait que ce soit qu'ils aient des entretiens plus

275 réguliers, ça permet de une mise au travail plus intense. Après hum, c'est vrai que le

276 cadre de la thérapie familiale, forcément, en hospitalisation, le cadre, il est différent.

277 Donc, c'est ça ne peut pas être le même cadre qu'une thérapie familiale, parce que

278 vous avez d'un côté l'ado que vous voyez dans le quotidien, que vous suivez, et

279 après, vous recevez la famille. La thérapie familiale, c'est tout le monde est là, au

280 même moment, dans le même espace-temps et y a pas ces deux ces deux moments

281 où y a l'ado d'un côté et les parents de l'autre. Là, c'est vraiment le cadre de

282 l'hospitalisation fait que c'est autour du patient.

283 **Orlane** : Oui.

284 **Laura** : C'est ce que je vous disais sur l'HDJ.

285 **Orlane** : Oui.

286 **Aurore** : Déjà ça ça met le cadre, du coup, il est différent. Mais par contre,
287 effectivement, on peut se dire que l'adolescente, elle fait symptôme et que sa
288 fonction, enfin c'est mon regard systémique qui heu me fait le voir de cette façon,
289 c'est que ce symptôme, il a une fonction. Là, en l'occurrence, elle mobilise sa famille
290 et elle la mobilise à se dire, tiens, on n'arrive pas à être assez cadrant. Et du coup a
291 ce à pouvoir peut-être mobiliser des ressources pour arriver à l'être davantage. C'est
292 une hypothèse.

293 **Orlane** : ouais ouais

294 **Aurore** : On pourrait se dire, tiens, est-ce que les symptômes de machin hum hum
295 permettent à la mère de se remobiliser dans sa fonction de maternelle, éducative je
296 connais pas la situation.

297 **Orlane** : ben surtout que c'est une maman qui a eu une endométriose sévère et qui a
298 très longtemps enfin, qui est traité par morphinique. Et en fait, dans le dossier, c'était
299 indiqué que ben elle a eu beaucoup de difficultés depuis que la jeune fille est petite à
300 s'en occuper.

301 **Aurore** : elle est fille unique ?

302 **Orlane** : Oui. Et hum voilà des grosses difficultés.

303 **Aurore** : et les parents sont ensemble ?

304 **Orlane** : Oui. Donc, la maman a dû cesser son activité professionnelle. Dans le
305 dossier,

306 **Aurore** : du fait des symptômes ?

307 **Orlane** : oui

308 **Aurore** : donc ça aussi, les symptômes permettent à madame de ne plus travailler.
309 C'est des hypothèses.

310 **Orlane** : Oui.

311 **Aurore** : hum Si cette jeune fille, elle est mieux, du coup, peut-être que madame, elle
312 serait obligée de retourner travailler ou peut-être que ça mettrait en avant que
313 finalement, elle va très mal. C'est un peu hum c'est un peu l'idée de la fonction du
314 symptôme et que c'est là, cette jeune fille qui va venir récolter un petit peu les
315 symptômes de la famille.

316 **Orlane** : D'accord.

317 **Aurore** : C'est des hypothèses.

318 **Orlane** : ouais ouais ouais, mais oui, c'est vrai que voilà, cette façon de penser hum

319 **Aurore** : Mais c'est vrai qu'après, tout est question du cadre en fait. Moi, j'avais
320 travaillé pendant 13 ans sur une hospit en plein à Oxalis, je sais pas si ca vous parle

321 **Orlane** : Le nom me parle, oui.

322 **Aurore** : Et j'avais fait mon mémoire donc de thérapie familiale heu sur comment
323 heu, un regard systémique sur l'accompagnement d'adolescents en hospitalisation
324 de temps plein et de leur famille. Et j'avais justement réfléchi à, est-ce qu'on fait la
325 thérapie familiale en hospitalisation de temps plein? Et ce qui était ressorti, c'était
326 vraiment la question déjà de la demande. Quand il y a une thérapie familiale, c'est la
327 famille, une demande de la famille, en tout cas initiée par un membre de la famille
328 qui se déplace. Quand c'est un entretien familial à l'hôpital, c'est heu le patient est
329 hospitalisé, donc on rencontre la famille. Donc déjà, la demande, elle n'est pas
330 adressée de la même façon.

331 **Laura** : Puis ça ne leur renvoie pas les mêmes choses. Quand on se dit notre famille
332 va mal, on va aller consulter. On reconnaît une souffrance familiale, alors que quand
333 enfin c'est les parents qui peuvent dire notre ado va mal, heu c'est lui qui va mal
334 enfin ça ne vient pas à leur renvoyer les mêmes choses aussi.

335 **Orlane** : C'est vrai que je l'avais lu ça dans le bouquin thérapie familiale, qu'il fallait
336 que cette demande vienne d'un des membres. Il ne fallait pas que ce soit le médecin
337 qui dise faites une thérapie familiale.

338 **Aurore** : Ben en tout cas, il faut qu'il y ait un engagement. Souvent, quand il y a une
339 demande de thérapie familiale, il y a souvent ben qui porte le symptôme? Il y a
340 toujours une porte d'entrée quand même. Qu'est-ce qui va faire que le système
341 familial va se dire tiens là, il faut qu'on aille consulter. Il y a sûr quelque chose qui va
342 faire symptôme. Qui porte la souffrance? Des fois ça peut être tous, des fois ça peut
343 être deux. Parce que ce qui peut être un problème pour un n'est peut-être pas un
344 problème pour l'autre. Peut-être que pour la maman c'est un problème que sa fille et
345 peut-être que pour son père pas tant. Et la question de la demande, qui fait la
346 demande? Et souvent, d'ailleurs c'est un peu la différence qu'on fait hein de quand
347 c'est porté par plusieurs membres du système, la question du symptôme, de la

348 souffrance et de la demande, ça montre la bonne indication familiale. Quand c'est
349 porté par une même personne, c'est à dire si on reçoit une famille et qu'on se rend
350 compte que c'est porté que par une personne, le symptôme, la souffrance, la
351 demande, c'est une thérapie individuelle.

352 **Orlane** : D'accord, ok.

353 **Aurore** : Ça c'est pas moi qui l'invente.

354 **Orlane** : Oui, oui. Parce que vous du coup vous êtes psychologue?

355 **Aurore** : Non, moi je suis éducatrice spécialisée de formation et après j'ai fait la
356 formation à l'IPEC sur les thérapies familiales systémiques.

357 **Orlane** : D'accord, ok.

358 **Aurore** : Voilà, mais oui, moi je pense que la régularité, surtout en temps plein parce
359 que c'est quand même du soin intensif, c'est un moment particulier dans la famille.
360 Quand son enfant va voir un psychologue ou à une consultation en HDJ, ça mobilise,
361 mais quand son enfant va à l'hôpital temps plein, quitte la maison, souvent c'est
362 parce qu'il y a eu quand même quelque chose d'assez bruyant, c'est un moment
363 particulier de la famille. Ça vient du coup résonner encore autrement.

364 **Orlane** : D'accord.

365 **Laura** : Et puis comme je vous disais

366 **Aurore** : C'est pour ça que c'est important d'occuper le terrain.

367 **Laura** : C'est ça. C'est bien que les choses soient pas dans l'indifférenciation, qu'on
368 ne fonctionne pas en miroir avec des familles où tout est indifférencié, mais c'est bien
369 qu'on ne soit pas non plus en vase clos et que y ait aucune communication possible
370 pendant ces moments-là quoi, parce que les deux extrêmes ne sont pas forcément
371 bons.

372 **Orlane** : Ouais.

373 **Aurore** : Et puis pour le coup, vous l'avez bien repéré, que ben le symptôme de cette
374 adolescente, et ben il a une fonction, puisqu'à chaque fois qu'elle va manifester les
375 scarifications, hop, retour à l'hôpital. Donc il y a aussi...

376 **Orlane** : C'est ça.

377 **Laura** : Et puis à l'adolescence, on est quand même dans des mouvements de
378 séparation individuation et de qui on se sépare de ses premiers objets d'amour, donc
379 c'est toute la question des parents ou de ceux qui nous élèvent, et ce serait un peu,

380 un peu difficile d'envisager cette séparation et de venir soutenir ce processus sans
381 prendre en compte les objets d'attachement.

382 **Orlane** : Oui.

383 **Aurore** : Après, ce qui peut être intéressant, mais encore là hypothèse, c'est heu on
384 peut se dire que peut-être se scarifier permet de se mettre à distance du milieu
385 familial

386 **Laura** : c'est pour ça que je parle de séparation

387 **Aurore** : de commencer à activer la séparation, et le travail serait de pouvoir
388 travailler cette séparation pour que cette adolescente puisse se séparer sans avoir
389 besoin de passer par cette case-là

390 **Laura** : tout à fait

391 **Aurore** : de se faire du mal, et que ce soit l'hôpital qui vienne faire tiers.

392 **Laura** : D'ailleurs, au niveau des théories psychanalytiques, pour le coup, on voit pas
393 du tout la scarification comme une tentative de suicide ou une envie de mourir, mais
394 c'est plus la question de venir couper la peau pour couper le lien à l'autre aussi, pour
395 tenter justement, mais bon, ça c'est théorique très psychanalytique, mais il y a toute
396 cette réflexion autour du pourquoi on se scarifie. On se scarifie pour venir se contenir
397 par le corps, mais aussi pour tenter de couper quelque chose, ça interpelle toujours
398 l'autre quand on se scarifie. D'ailleurs, souvent les parents ça les met dans des
399 états...

400 **Aurore** : Ou dire ce qu'on ne peut pas dire avec des mots. Montrer quelque chose
401 parce qu'on n'arrive pas à dire.

402 **Laura** : Ça vient faire violence en tout cas, la scarification à l'autre.

403 **Orlane** : ouais. Surtout que là, c'est vrai que dans le dossier voilà, il y avait quand
404 même des violences sexuelles et verbales à la maternelle qui se sont reproduites au
405 collège. Du coup, elle a été déscolarisée. Il y a eu une période où elle souhaitait
406 changer de sexe. C'est vrai que ça m'a interpellée parce que j'avais vraiment
407 l'impression ben d'avoir l'adolescente, les parents et

408 **Aurore** : et comment on fait le lien de tout ça.

409 **Orlane** : c'est ça. Vraiment de voir les parents en entretien ben seuls quoi, seuls et
410 qu'est-ce qu'on fait ?

411 **Aurore** : Et pourquoi seuls ?

412 **Orlane** : Seuls parce que du coup, quand ils interpellaient les psychiatres ou
413 l'équipe, ben comment est-ce qu'on peut nous aider ? Qu'est-ce qu'on peut mettre en
414 place ? Je sais que c'est toujours évident parce que nous étudiants, on arrive quand
415 même ponctuellement et je sais que voilà par exemple, l'équipe me disait, on avait
416 essayé de mettre en place le téléphone, pas de téléphone le soir. Ils arrivent pas à
417 tenir ce cadre-là. Donc, je pense que l'équipe en avait peut-être marre de mettre des
418 choses en place et ce n'était pas tenu à la maison. Mais du coup, c'est vrai que moi
419 arrivant derrière et j'avais l'impression que les parents demandaient de l'aide et qu'on
420 ne leur fournissait pas de piste en tout cas à pouvoir explorer.

421 **Aurore** : hum hum

422 **Orlane** : Donc voilà, c'est ça qui m'a... Y a l'histoire de cette jeune fille et puis de la
423 famille, la maladie de la maman enfin mais c'est vrai que j'ai trouvé que ça tournait
424 en rond parce qu'elle revenait...

425 **Aurore** : Mais c'est avec les familles en général ou c'est avec cette famille ?

426 **Orlane** : C'était quand même de manière générale, j'ai trouvé.

427 **Aurore** : Le travail avec les familles dans cet hôpital.

428 **Orlane** : Ouais, ça a manqué, je trouvais.

429 **Aurore** : et oui

430 **Orlane** : On prenait l'adolescent sur le moment de crise et puis après ben

431 **Aurore** : Il n'y avait pas de lien qui était fait par rapport à ça avec la famille.

432 **Orlane** : Et c'est vrai que j'ai trouvé qu'il y avait énormément de contrats séquentiels,
433 mais qui revenaient en fait constamment. Et c'est vrai qu'en ayant eu des stages
434 ailleurs où j'entendais il n'y a pas de place au ****, il n'y a pas de place. J'avais
435 l'impression que ça tournait en rond au **** et qu'il n'y avait pas d'issue, enfin ça a
436 été la vision que j'ai eue. Peut-être que j'ai eu cette impression que ça manquait de
437 lien à l'extérieur.

438 **Aurore** : et oui. Oui. Après, c'est vrai que le temps plein, ça peut un peu avoir un
439 côté quand on est dedans, comme si c'était un peu fermé.

440 **Orlane** : ouais c'est ça

441 **Aurore** : Avec quelque chose... L'hospit et puis comme si c'était quelque chose d'une
442 bulle.

443 **Orlane** : Oui, c'est ça.

444 **Laura** : oui

445 **Aurore** : et qu'on ne laisse pas trop l'extérieur.

446 **Laura** : C'est le but aussi quelque part

447 **Aurore** : Et en même temps, c'est ce que j'allais dire, c'est que d'arriver à pouvoir

448 doser avec ça.

449 **Orlane** : Oui, parce que justement, j'ai vu des adolescents appeler parce qu'ils

450 étaient mal. Et d'être au téléphone avec l'équipe, ça désamorçait. Et ce qui est

451 étonnant aussi, je trouve, pour un accueil crise où souvent il y a quand même un

452 turnover, là, non.

453 **Laura** : Après, des fois, c'est aussi la temporalité qui veut ça. Il y a des personnes,

454 souvent quand en plus il y a des problématiques complexes comme du trauma, des

455 violences, il y a besoin de répéter pour trouver une issue. Et petit à petit, la répétition

456 se modifie jusqu'à ce qu'un jour, ça ne fasse plus souffrance.

457 **Orlane** : ah d'accord

458 **Laura** : Mais il y a besoin de répéter, répéter, répéter pour tenter de trouver d'autres

459 modalités, d'être en lien avec les autres, enfin de faire différemment. Et là où on peut

460 se dire, en fait, c'est toujours la même chose si on observe plus finement, on peut

461 repérer qu'en fait y'a des toutes petites choses qui bougent et ca c'est et c'est vrai

462 que des fois, en tant que soignant, on peut être un peu fatigué de se dire mais c'est

463 toujours la même chose, elle revient toujours, mais peut-être que ça a du sens dans

464 sa problématique. Qu'elle revienne à cet endroit là et que c'est pas juste. Vous voyez

465 quelque chose qui se fait en vain. Et il y a pas d'issue

466 **Orlane**: d'accord.

467 **Laura**: Des fois aussi c'est juste la temporalité. Faut être patient.

468 **Aurore** : C'est vrai que du coup, et après c'est vrai que ça aussi c'est un regard très

469 systémique hein, mais de se dire qu' à partir du moment où on reçoit un ado et sa

470 famille, on est pris dans un système. Dans leur système familial et du coup, nous

471 aussi on va être agi par ce qu'il se passe et. Peut-être que nous aussi et c'est tout

472 l'idée, Ben après les supervisions de de réfléchir du travail clinique. Et Ben peut être

473 que nous aussi on va, on va, on va rejouer des choses qui vont permettre à la famille

474 de ne surtout rien changer.

475 **Orlane**: D'accord

476 **Aurore** : c'est à dire que, on va nous aussi être pris dans les mécanismes des uns
477 des autres, pris dans le dans le transfert avec l'ADO et de comment du coup on va
478 être aussi nous à une place et où du coup parfois, Eh Ben sans, sans évidemment
479 sans le vouloir et malgré nous et ben on va venir répéter, on va, on va compléter ce
480 que tu dis, on on va, on va faire que les choses se répètent sans cesse et l'idée,
481 justement, de prendre du recul de réfléchir, c'est de se dire attends une fois qu'on l'a
482 identifié, cette histoire de ben en fait, on maintient, on parle de l'homéostasie hein, on
483 maintient l'homéostasie dans le système une fois qu'on a identifié, bah du coup on
484 peut du coup faire un pas de côté et là proposer d'autres alternatives à la famille pour
485 pouvoir imaginer d'autres paradigmes possibles, d'autres façons. Mais ça, ça prend
486 du temps parce que cette histoire là, elle a une fonction pour la famille et et souvent,
487 ils fonctionnent comme ça depuis très longtemps
488 **Orlane**: et le fait de modifier le fonctionnement de chacun...
489 **Aurore** : on va dire que avant chaque heu avant qu'il y ait un changement, Ben y a la
490 crise..Donc ça veut dire qu'il faut déjà valider le système tel qu'il est peut être être
491 aussi dans l'homéostasie pour voilà pour pas renforcer les défense et après pouvoir
492 pouvoir faire un pas de côté pour pouvoir proposer d'autres alternatives à la famille.
493 **Orlane**: ok d'accord
494 **Aurore** : si eux sont bloqués et si nous on se retrouve aussi bloqués, on peut pas
495 leur proposer d'autres choses ?
496 **Orlane**: ah ouais
497 **Aurore** : je sais pas si tu comprends
498 **Orlane**: oui oui oui je comprends.
499 **Aurore** : Mais bon, on tâtonne hein même si hein
500 **Laura**: c'est ce qu'on dit tout à l'heure C'est vraiment minutieux, c'est qu'il faut pas
501 aller trop vite mais mais il faut pas rien faire non plus. Enfin faut que des qu'on essaie
502 d'initier du mouvement.
503 **Aurore** : des fois on se trompe des fois ça fonctionne, des fois ça fonctionne pas
504 **Laura**: c'est ça, on se réadapte, on repense les choses
505 **Aurore** : et dans ton mémoire, tu as à parlé donc du travail avec les familles donc si
506 j'ai bien compris, et tu as un peu à apporté plusieurs approches psychanalytique,
507 systémique

508 **Orlane:** ben en fait je présente alors, donc c'est ce que je disais dans ma première
509 partie, je présente le premier lien parent enfant avec l'haptonomie voilà j'enchaîne
510 avec le le développement de l'enfant, les phases, voilà les phases de l'attachement
511 pour ensuite arriver à l'adolescence. Donc avec tous les changements de
512 l'adolescence, les conduites à risque, voilà les scarifications. Ensuite, j'arrive sur les
513 thérapies familiales, donc bah là je suis en plein dans les lectures donc du coup ben
514 je j'ai pris, j'ai commencé à présenter les différents,
515 **Aurore :** les différents courants
516 **Orlane:** Voilà, les différentes approches pour ensuite terminer avec ben, la famille,
517 les places de chacun dans la famille. Bah le système en lui-même et ce sur quoi ben
518 ça peut déboucher quoi, toujours en lien avec ma situation,
519 **Aurore :** oui d'infirmier, de rôle propre Mais je pense que vraiment, cette histoire de
520 cadre, c'est essentiel de pouvoir situer le cadre, parce que quand tu es infirmier dans
521 un temps plein ou infirmier dans un CMP ou un infirmier dans un HDJ, du fait que le
522 cadre n'est n'est pas le même, ça vient forcément du coup dans ton rôle propre,
523 influencer dans l'accueil des familles, dans comment les familles sont pensées, la place
524 qu'on peut faire nous commencer.
525 **Orlane:** d'accord, ouais.
526 **Aurore :** La question du cadre, elle est
527 **Laura:** d'ailleurs, d'une structure à l'autre, même dans des structures à peu près
528 similaires, il y a pas le même positionnement forcément hein par rapport aux familles
529 **Orlane:** Oui, et j' imagine que du coup, en tant qu'individu aussi, vous avez pas la
530 même approche avec la famille
531 **Aurore :** après c'est l'idée de, c'est que on est tous différents et après on a un socle
532 commun de référence et par exemple, ben il Laura est plutôt du courant
533 psychanalytique, moi plus systémique. Mais n'empêche que ça fait une
534 complémentarité, ça fait encore plus de ben, de d'alternative, d'hypothèse et et et ça
535 crée une identité d'équipe, c'est toute la richesse de l'équipe.
536 **Laura:** ben oui, et et on va devoir y aller
537 **Aurore :** Ouais, ouais, Ambre va avoir du retard.
538 **Laura:** Ah ok

539 **Aurore** : mais heu Après ces lieux là de soin euh peuvent être aussi une préparation
540 vers la thérapie familiale, vers des consultations d'un cadre purement de thérapie
541 familiale puisque quoi qu'il en soit, à chaque fois que tu vas recevoir dans une
542 structure, c'est forcément autour du patient désigné, la porte d'entrée, c'est toujours
543 autour de lui

544 **Orlane**: oui

545 **Aurore** : Donc c'est pas on reçoit tout le monde. [toc à la porte]

546 **Laura**: Oui ça y est c'est bon, merci Mélanie,

547 **Aurore** : On se voit parce qu'il y a un patient désigné, le patient désigné c'est aussi
548 très systémique comme

549 **Laura**: mais c'est c'est quand même important, c'est pour ça que des fois aussi, les
550 structures d'hospit, elles ont l'air un peu fermées, et cetera, mais ça a aussi une
551 fonction quand y a une crise, crise suicidaire, et cetera, les murs font fonction de
552 contenance, psychiques aussi.

553 **Orlane**: ouais

554 **Laura** : C'est important que ce soit pas trop poreux. Donc en fait, c'est aussi pour ça
555 que des fois on peut se dire c'est un peu rigide, et cetera, mais c'est aussi pour ça
556 c'est parce que ça, c'est pas pour rien qu'on a besoin d'un temps plein, mais en
557 même temps, comme on est dans ces processus à l'adolescence de séparation, il
558 faut bien qu'on tienne quelque chose autour de l'ado, qu'on vienne soutenir ça. Donc
559 que ce soit pas trop poreux aux parents non plus. Enfin, c'est vraiment un travail
560 d'équilibriste, quoi.

561 **Orlane**: et ouais.

562 **Laura**: C'est pas pour rien à la base que c'est pensé comme ça aussi

563 **Aurore** : et d'ailleurs nous

564 **Laura**: C'est pour protéger le lieu de soin du patient, c'est important aussi.

565 **Aurore** : d'ailleurs à oxalis Je me dis peut être aujourd'hui, on ferait différemment,
566 c'est peut être un peu rigide mais ce n'était ouvert qu'aux parents biologiques.

567 **Orlane**: Ah d'accord,

568 **Aurore** : et les beaux pères les belles mères non, Alors c'est peut-être un peu,
569 aujourd'hui je pense qu'on aurait un regard plus, mais en tout cas quand j'avais
570 démarré en 2010 ce n'était que les parents biologiques.

571 **Orlane:** Mais surtout que là je vois dans ma ma partie famille. Bon j'ai pas encore
572 développé mais il y a différentes définitions justement pour tout ce qui est
573 psychanalyste, enfin c'est des des définitions complètement différentes de la famille
574 quoi.

575 **Aurore :** C'est vrai que les thérapies familiales, analytiques, elles elles forcément
576 c'est les concepts, elles vont parler d'inconscient familiaux, familial, de heu qu'est ce
577 ce qui se joue sur la, dans l'inconscient de la famille, sur la, les fantasmes, les, heu
578 tout ce qui va se déployer à ce niveau-là.

579 **Orlane:** d'accord

580 **Aurore :** ils vont plus être à l'écoute de tout ça où en systémie on est plus sûr ici
581 maintenant les interactions, comment on communique, comment on est en relation
582 heu tiens quand la sœur elle s'agite et ben le frère il s'énerve où quand la mère elle
583 parle et ben tout le monde écoute enfin plus la l'observation des interactions.

584 **Orlane:** d'où l'intérêt c'est ce que tu disais l'observation avec le miroir ,de pouvoir
585 observer en recul celui qui intervient ne voit pas forcément

586 **Laura:** je lui disais que ça pouvait être intéressant dans le cadre de son mémoire si
587 elle avait l'occasion de pourquoi pas tu vois

588 **Aurore :** ouais, après tu as besoin de lecture assez accessible ou est ce que tu as
589 tout ce qu'il faut ?

590 **Orlane:** alors ben j'en veux bien, là j'ai lu alors je l'ai pas, j'ai lu la thérapie familiale
591 qui était un un bouquin très accessible et d'ailleurs que j'ai lu très vite là pareil, on
592 m'a donné ça [sortie du livre du sac]

593 **Aurore :** Ah Ben oui Neuburger bah c'est ce dont je te parlais, voilà la la la la
594 demande, la souffrance est

595 **Orlane:** OK voilà après on on voilà on m'a, on m'a donné 4 ou 5 livres là

596 **Aurore :** moi je pense si on te l'a pas donné, vraiment celui qui est accessible et qui
597 va vraiment te te te illustrer tout ce regard c'est la compétence des familles de Oslo
598 et lui vraiment ce bouquin il est incroyable, tu es à l'ifsi de Salon?

599 **Orlane:** non Avignon

600 **Aurore :** ha parce que j'allais te dire à la bibliothèque de Montperrin il doit y être

601 **Orlane:** je pense qu'ils doivent l'avoir aussi

602 **Aurore :** dans ce bouquin tu va trouver des choses

603 **Orlane:** ah ben je regarderai
604 **Aurore :** et après tu as Mony Elkaïm à fait la résonnance
605 **Orlane:** ah je regarderai, j'en avais eu un
606 **Aurore :** je fais des raccourcis mais bon lui la il fait la résonnance
607 **Orlane:** j'avais commencé à lire heu si je
608 **Aurore :** si tu m'aimes ne m'aimes pas ?
609 **Orlane:** oui piouf il est dur à lire [rire]
610 **Aurore :** parce qu'en fait
611 **Orlane:** j'ai eu du mal à la lire
612 **Aurore :** parce que si tu as pas intégré ce concept de résonance ca peu pas te
613 parler
614 **Laura:** si on a pas les bases
615 **Orlane:** oui c'est ca
616 **Aurore :** mais il est, forcément Mony Elkaïm il est tellement, il a tellement impulsé
617 **Orlane:** d'accord ben je regarderai alors
618 **Aurore :** et puis il est toujours plein d'images
619 **Orlane:** ouais
620 **Aurore :** c'est pertinent Mony Elkaïm pour venir illustrer les choses
621 **Orlane:** ok ca marche ben merci en tout cas d'avoir pris le temps
622 **Laura:** de rien, bon courage, on va dire au collègue de venir, bonne continuation
623 **Orlane:** oui d'accord, merci à vous aussi

3. Annexe 3 : entretien avec Clara, Mélanie et Murielle, infirmières à l'hôpital de jour

1 **Orlane** : Donc du coup, est ce que vous pouvez commencer par vous présenter et
2 me dire votre parcours professionnel?

3 **Clara** : Alors moi, Clara, infirmière, j'ai eu mon diplôme en 2018. J'ai travaillé
4 quelques mois en MAS, en maison d'accueil spécialisée. Après, j'ai travaillé en intra,
5 en psychiatrie adulte et là depuis quelques mois en hôpital de jour, adolescents.

6 **Orlane** : Ok.

7 **Mélanie** : Moi c'est Mélanie, je suis infirmière, j'ai été diplômée en 2020, j'ai
8 commencé à faire de l'intra en pédopsy donc le service temps-plein qu'il y avait sur
9 Montperrin et après je suis de suite venue à l'hôpital de jour et j'y suis depuis quatre
10 ans et demi.

11 **Orlane** : Ok

12 **Mélanie** : donc avec les ados

13 **Murielle** : Moi je suis Murielle donc je suis diplômée de 1984 donc je vais faire vite
14 pour les services parce que sinon ça va être un peu dur. Alors j'ai fait réa cardiaque,
15 pneumo, endoscopie, bloc opératoire, dialyse, pédopsy, psy adulte. Endoscopie. Je
16 l'ai dit déjà.

17 **Orlane** : C'était l'ancien diplôme en plus soin gé et psy ?

18 **Murielle** : heu oui tout à fait

19 **Orlane** : Et donc vous, vous avez fait lequel?

20 **Murielle** : Alors moi j'ai fait, j'ai pas fait le psy, j'ai fait le DE, mais j'ai eu une
21 dérogation, déjà en 1985 pour aller travailler en psy, donc j'ai travaillé très vite en psy
22 et après en fait je n'ai fait que psy et des très gros services.

23 **Orlane** : D'accord.

24 **Murielle** : Service très technique.

25 **Orlane** : D'accord, ok.

26 **Clara** : Et du libéral

27 **Murielle** : et du libéral (rire), elles savent mieux que moi

28 **Orlane** : Ouais, une belle, une belle expérience dans plein de domaines. Est ce que
29 là, au niveau psy, vous avez une orientation particulière? Tout ce qui est
30 psychanalytique, comportementaliste?

31 **Clara** Non, ca c'est au psychologue, pas trop.

32 **Mélanie** : Nous en tant qu'infirmière, c'est pas vraiment, après vraiment.

33 **Murielle** : Moi j'ai travaillé dans des services à visée psychanalytique et j'ai travaillé
34 aussi en thérapie dans un service de thérapie comportementale à Marseille, à
35 Sainte-Marguerite.

36 **Orlane** : D'accord. Avec des enfants aussi.

37 **Murielle** : Non. Des adultes.

38 **Orlane** : Des adultes, Ok. Après, donc, quelle est la tranche d'âge que vous
39 accueillez ici?

40 **Mélanie** : 12/18, mais ça arrive qu'ils arrivent plus tôt.

41 **Clara** : 10/11

42 **Mélanie** : 10/11 Ouais. Et des fois, on a pu en garder jusqu'à 21. S'il y a un projet
43 d'accompagnement vers un projet professionnel ou voilà

44 **Murielle** : Une scolarité.

45 **Mélanie** : Un projet de vie heu

46 **Orlane** : d'accord

47 **Mélanie** : Qui mérite que, entre guillemets, qu'on les garde encore même après 18
48 ans, c'est quelque chose de construit et qu'ils ont vraiment besoin de de cette aide là
49 encore de notre part et pas les basculer chez les adultes alors que enfin ils
50 arriveraient un peu de façon inopinée, qui les connaît pas forcément les soignants,
51 etc. Donc ça arrive qu'on accompagne au delà de 18 ans.

52 **Orlane** : D'accord, ok. J'avais mis donc, quelles sont les problématiques que vous
53 rencontrez le plus chez les adolescents que vous prenez en charge?

54 **Carla** : le plus ?

55 **Mélanie** : Alors le plus, ça dépend un peu les périodes. On a une période où c'était
56 beaucoup des adolescents et des problématiques plus sur un versant dépressif au
57 niveau heu les conduites à risque, donc que ce soit la drogue, la sexualité.

58 **Carla** : les tentatives de suicide.

59 **Mélanie** : ouais les tentatives suicidaires, suicidaires importants

60 **Carla** : Et après le passage à l'acte, plutôt agitation non ? C'est les deux difficultés ?
61 **Murielle** : Ouais et troubles du comportement, agitation. On a TSA ancien TED
62 comme on dit. Voilà. Disons qu'on a beaucoup eu de patients après le covid avec un
63 profil différent, c'est à dire beaucoup plus de dépressifs, voilà qu'on a pu avoir ou
64 avant ou maintenant, ça s'est un peu calmé. Mais les années post-covid, on a
65 beaucoup reçu d'enfants dépressifs en fait.
66 **Mélanie** : Et là on reçoit beaucoup plus d'ados avec des TND troubles du
67 neurodéveloppement plutôt.
68 **Orlane** : Qui se caractérisent comment du coup ?
69 **Mélanie** : Ben alors des fois ils sont juste caractérisés tnd et troubles du
70 neurodéveloppement avec ou sans, hum au niveau cognitif conservée ou préservée,
71 souvent préservée quand même.
72 **Orlane** : Enfin je connais pas du tout les TND. Et du coup c'est dû à quoi?
73 **Mélanie** : Souvent après c'est des enfants, c'est des enfants TSA mais c'est très
74 large quoi.
75 **Orlane** : C'est d'accord.
76 **Carla** : C'est à cause de quoi en tout cas on sait pas. Mais en tout cas.
77 **Murielle** : Des fois ça peut être des troubles de l'attachement.
78 **Carla** : Dans la relation à l'autre.
79 **Mélanie** : Très inhibé pour certains, des troubles cognitifs quand même, Un retard au
80 niveau scolaire.
81 **Orlane** : D'accord.
82 **Murielle** : Une difficulté d'apprentissage aussi. Voilà. Les troubles de l'attention.
83 **Carla** : Repli.
84 **Murielle** : Repli.
85 **Orlane** : Tout ce qui était du coup, moi je connais sous le terme un trouble
86 envahissant du développement ?
87 **Mélanie** : oui voilà c'est ça c'est pareil.
88 **Murielle** : oui le TED
89 **Orlane** : Ok.
90 **Murielle** : On ne le dit plus maintenant.
91 **Orlane** : ah D'accord, ok

92 **Mélanie** : Mais oui, c'est ça.

93 **Orlane** : Ok, ça marche. Après, j'avais marqué. À quels défis et difficultés êtes vous
94 confrontés dans la prise en charge des adolescents?

95 **Murielle** : Alors nous, en hôpital de jour quand même, on a un défi, c'est le scolaire.
96 Parce qu'en fait, bon chez les adultes par exemple, ça se raconte, ça ne se rencontre
97 pas le scolaire. Donc on peut les traiter. Il n'y a pas de scolaire. Les enfants, c'est
98 aussi différent quand ils sont petits. Les parents sont moins attachés au scolaire.
99 Mais nous par contre, c'est vrai que les parents sont très attachés au scolaire. Donc
100 on doit jongler avec l'école parce qu'on ne veut pas aussi. Puisque ma collègue vous
101 a dit que c'était préserver le cognitif était préservé. Donc en fait, c'est vrai qu'on
102 essaye quand même de maintenir le plus de scolaire possible.

103 **Orlane** : D'accord, c'est des enfants qui sont toujours scolarisés

104 **Murielle** : souvent scolarisés. Alors pas tous.

105 **Carla** : et pas toujours dans des classes heu

106 **Murielle** : oui pas toujours dans des classes ordinaires.

107 **Carla** : Mais ils sont beaucoup scolarisés quand même.

108 **Murielle** : Ouais, ils sont en SEGPA, en ULIS

109 **Mélanie** : Micro-lycée CNED

110 **Murielle** : Mais c'est très différent.

111 **Orlane** : Et vous? Enfin, est ce qu'il y a assez? Je pense pas. Est ce qu'il y a assez
112 de structures pour justement ces ados là qui ne peuvent pas être en cursus
113 ordinaire?

114 **Murielle** : Si y a beaucoup de structures ? les IME heu

115 **Carla** : Non Souvent ils attendent longtemps pour avoir une place.

116 **Murielle** : Même une classe ULIS, ils attendent un moment. Il y en a très très peu.

117 **Orlane** : Et donc vous, du coup, vous faites le lien?

118 **Murielle** : Alors nous, justement, on a une enseignante ici avec nous, une
119 enseignante spécialisée, voilà

120 **Carla** : De l'éducation nationale

121 **Murielle** : éducation nationale qui est détachée et qui travaille avec les adolescents.

122 **Orlane** : D'accord. Ok. Et après? Au niveau médecins, psychiatres, pédopsychiatres,
123 est ce que vous avez des difficultés? Vous en avez un attiré au service ?

124 **Mélanie** : on a de grandes difficultés
125 **Murielle** : oui de grandes difficultés
126 **Mélanie** : Comme tout le monde. On en a enfin, on n'en a pas.
127 **Carla** : Non, en fait, elle est, c'est le médecin psychiatre qui est sur cinq services,
128 donc elle vient une demi-journée par semaine des fois une journée.
129 **Murielle** : elle fait ce qu'elle peut
130 **Mélanie** : ouais c'est ça. Mais on a eu pendant six mois, on a eu la chance d'en avoir
131 heu d'avoir une pédopsychiatre qui est venue dans le Sud pour raisons personnelles.
132 **Murielle** : Et avant, on avait eu une pédopsychiatre qui est restée un an, à peu près
133 un an et demi.
134 **Carla** : Mais normalement oui il devrait y en avoir une.
135 **Murielle** : normalement y devrait avoir pour un hôpital de jour, normalement l'ARS
136 préconise 80 %.
137 **Mélanie** : Et donc pendant six mois, on a eu ce 80 et on a vu, c'était, enfin, c'était
138 merveilleux.
139 **Orlane** : ouais j'imagine
140 **Murielle** : Maintenant, on a un peu changé notre mode de fonctionnement. C'est à
141 dire qu'avant, par exemple, tous les patients étaient pris en charge par le
142 pédopsychiatre qui était référent de l'unité. Maintenant, ce n'est plus du tout le cas.
143 Ils ont souvent un référent en dehors, c'est à dire en libéral. Donc on travaille de plus
144 en plus avec des pédopsychiatres libéraux.
145 **Carla** : Mais c'est une difficulté.
146 **Murielle** : Mais pour nous
147 **Carla** : par ce qu'on a pas de retour, On n'arrive pas trop à les joindre, on n'a pas
148 toujours les ordonnances et en fait, on n'arrive peu à travailler
149 **Murielle** : ils changent le traitement ils nous le disent pas, donc on la prend comme
150 ça.
151 **Orlane** : Oui, c'est une difficulté pour la prise en charge, du coup, c'est pas uniforme.
152 **Murielle** : il faut aller à la pêche aux informations.
153 **Carla** : Oui, ça et autre chose. Il y a plus de temps plein sur l'hôpital Montperrin, il y a
154 plus d'hospitalisation temps plein donc ça aussi du coup ils sont en pédiatrie sur
155 l'hôpital général

156 **Mélanie** : si y'a de la place

157 **Carla** : s'il y a de la place. Et ça pose des problèmes parce que les soignants de la

158 pédiatrie n'ont pas l'habitude de prendre en charge ce genre de pathologie.

159 **Orlane** : Et c'est un service qui a fermé pour des raisons.

160 **Mélanie** : Parce que y a plus de médecin. Le médecin est parti, il n'y a plus d'autre

161 médecin qui a voulu venir.

162 **Murielle** : C'est vrai qu'en pédiatrie, ça peut poser problème. Les infirmières sont, je

163 peux dire, pour la pédiatrie. Donc la pédiatrie, c'est vrai que c'est des 0/18 ans, on

164 est d'accord. Mais pour eux, quand il y a un patient agité, ça les inquiète pour les

165 nourrissons qui sont sur place.

166 **Carla** : Et même pour les passages à l'acte, tout ça c'est pas fait pour.

167 **Orlane** : Oui.

168 **Murielle** : même pour les occuper aussi parce que nous on fait pas mal d'ateliers et

169 des activités, mais là-bas il n'y a pas ça. Alors ils ont, je crois qu'ils ont un professeur

170 hein

171 **Mélanie** : oui, ils ont

172 **Murielle** : du scolaire mais pas beaucoup d'activités.

173 **Orlane** : Oui elle m'en a parlé l'infirmière du CMP de la passerelle.

174 **Murielle** : voilà

175 **Orlane** : mais bon, comme elle me disait, ils sont aussi en pénurie eux, pour prendre

176 en charge les ados quoi. C'est compliqué. Et après, au niveau matériel, je veux dire,

177 vous avez, vous rencontrez pas de difficultés ?

178 **Mélanie** : (rire) si on rencontre des difficultés financières et du coup ben on c'est le

179 strict minimum entre guillemets.

180 **Murielle** : on calcul bien nos budgets, on fait un atelier, c'est bien, c'est bien, c'est

181 bien calculé,

182 **Mélanie** : on est restreint.

183 **Orlane** : Parce que du coup ça peut impacter ce que vous voulez mettre en place.

184 **Murielle** : Par exemple oui, l'autre fois moi je vois, on avait beaucoup plus

185 d'intervenants extérieurs et plus ça va et moins on a d'intervenants extérieurs, étant

186 donné que bon c'est de plus en plus cher puisqu'ils ont augmenté. Mais nous, notre

187 budget, il n'a pas bougé.

188 **Mélanie** : mais même au niveau du matériel pour un groupe, même un groupe
189 jardinage bricolage, une fois dans l'année, on peut avoir 200 € pour aller à Weldom.
190 Sauf que pour une amplitude d'une année avec beaucoup d'ados ou
191 **Murielle** : et puis non on fonctionne qu'en atelier. Donc il y a un atelier jardinage, un
192 atelier, ce qui demande le matériel en règle générale, expression créative, tout ça,
193 c'est des ateliers qui demandent du matériel. On est obligé de travailler, on ne peut
194 pas travailler qu'avec rien, quoi. Mais oui, voilà. Donc on est parfois très inventif,
195 mais quand même.

196 **Orlane** Oui, ça impacte beaucoup votre prise en charge

197 **Carla** : on s'adapte beaucoup au budget et ça impacte

198 **Mélanie** : et puis après c'est une autre histoire, mais il y a aussi, il y a beaucoup de
199 choses qu'on fait où on avance nos propres sous. En fait, on est remboursé par la
200 suite. Mais si on veut faire des choses pour les ados, il faut qu'on avance. C'est une
201 association qui nous rembourse, mais il faut quand même

202 **Murielle** : pour les sorties ont fait les avances voilà.

203 **Orlane** : Oui, quand même, c'est pas rien. Je veux dire, la vie elle est dure aussi
204 pour les soignants, donc ouais. Ok. Après j'avais mis comment est ce que vous
205 arrivez à travailler avec la famille? Donc ça j'en ai un petit peu discuté, enfin j'en ai
206 discuté donc avec la psychologue et l'éduc, est ce que vous, voilà, vous avez
207 d'autres manières de travailler avec la famille, Est ce que c'est un peu plus
208 compliqué en HDJ?

209 **Mélanie** : Alors on a on peut travailler avec la famille, mais c'est oui, c'est aussi la
210 famille, c'est aussi une grande difficulté. Il y a des familles avec qui on va être très en
211 lien et il y a la plupart et c'est très difficile de les mobiliser.

212 **Carla** : ils sont d'accord pour que leur enfant soit pris en soin. Mais eux se mobiliser
213 et c'est moins évident je trouve.

214 **Mélanie** : ouais, mais c'est vrai qu'on essaye de, il y a des, il y a des référents, donc
215 c'est vraiment les référents qui vont faire le lien avec la famille. Et puis il y a aussi,
216 elles ont dû vous en parler, On a mis en place un espace famille, donc Laura et
217 Aurore qui font ça. Et c'est vrai que c'est un mais c'est un plus.

218 **Murielle** : oui un plus un plus, c'est un plus.

219 **Carla** : Et du coup y a peu d'entretiens médicaux avec les parents.

220 **Mélanie** : Et puis depuis qu'il y a moins de médecins aussi, on a du mal à s'autoriser
221 à nous prendre l'initiative de se dire on est deux référents, on va faire un entretien
222 quand même avec les parents même si c'est pas un entretien médical. Et c'est vrai
223 que ça, on essaye de le faire un peu plus. Mais c'est vrai qu'on est un peu, enfin on
224 se sent un peu restreints parce que du coup c'est notre place, est ce que ?

225 **Murielle** : C'est pas notre place

226 **Mélanie** : mais on essaye de mettre ça en place quand même pour un peu se,
227 comment dire. Se sentir légitime aussi. Tu travailles auprès des familles

228 **Orlane** : bien sûr. Mais surtout aussi, voilà, la pénurie de médecins fait que.

229 **Mélanie** : Et on le voit de.

230 **Orlane** : ca vous impact.

231 **Mélanie** : Plus, on travaille avec les familles et plus il y a des choses qui peuvent
232 émerger, qui aillent mieux et qui il y a moins de couacs et moins de quiproquos.
233 Enfin, c'est.

234 **Murielle** : Mais l'accroche n'est pas facile.

235 **Mélanie** : non c'est pas facile.

236 **Carla** : Surtout quand du coup c'est pas un médecin. Enfin, si tu veux un rendez
237 vous médical, c'est pas pareil que je trouve ça, enfin ça mobilise pas pareil

238 **Murielle** : non ca apporte autre chose.

239 **Orlane** : Oui oui, si c'est mené par une infirmière, une psychologue, un psychiatre et
240 oui j'imagine. Après donc, j'avais mis quel lien faites-vous entre l'environnement
241 familial et la pathologie psychiatrique.

242 **Mélanie** : (rire) Je pense qu'il y a beaucoup de lien

243 **Murielle** : (rire) bien sur

244 **Carla** : l'histoire de vie, la dynamique familiale c'est liés

245 **Murielle** : la précarité. Il y a des tas de choses qui rentrent en ligne de compte, je
246 veux dire, je ne sais pas moi même le lien qu'ils ont avec leurs parents. Voilà un
247 enfant qui n'a pas été. On voit bien qu'il n'a pas été porté, qu'il n'a pas été dans son
248 enfance.

249 **Carla** : qui a pas eu beaucoup d'attention.

250 **Murielle** : Je veux dire, on voit bien ce que ça donne des parents qui sont très
251 laxistes. Peut être.

252 **Carla** : ou très rigides.

253 **Murielle** : oui très rigides.

254 **Orlane** : Vous le repérez au niveau du comportement de l'adolescent. Par rapport à
255 quoi? Par exemple?

256 **Murielle** : Des fois, on a des enfants qui ont aucune frustration, mais vraiment
257 aucune. C'est à dire les parents leur laissent tout faire et ils répondent à tous leurs
258 besoins. On a eu même une patiente, sa fille avait demandé un cheval, elle a eu un
259 cheval, je me rappelle, le pédopsychiatre lui avait demandé c'est dommage qu'elle
260 vous a pas demandé un avion mais bon voilà.

261 **Mélanie** : Si on peut le voir, les patients qui ont le un peu le trouble on va dire
262 abandonnique par exemple, un trouble de l'attachement ou peur de l'abandon qui se
263 retranscrit sur nous où il faut vraiment tenir un cap particulier.

264 **Orlane** : C'est ça va être par exemple un adolescent qui va avoir un certain lien avec
265 le soignant, vous voulez dire par exemple qu'il peut, qu'il va s'attacher.

266 **Carla** : Ou à l'hôpital de jour.

267 **Mélanie** : Ou à l'hôpital ouais

268 **Orlane** : Et à l'inverse du coup ces enfants qu'on qu'on pas cette barrière de
269 frustration, vous retrouver plutôt quoi, chez l'adolescent?

270 **Murielle** : Des fois de l'agitation.

271 **Mélanie** : ouais

272 **Murielle** : souvent de l'agressivité.

273 **Mélanie** : Auto ou hétéro.

274 **Orlane** : d'accord

275 **Carla** : Ou alors des enfants qui veulent exister à tout prix et du coup qui sont qui
276 mettent tout en place pour montrer qu'ils sont là et qu'ils existent encore.

277 **Mélanie** : Avec des mises en danger.

278 **Murielle** : Des enfants qui aussi rejouent la même chose que dans leur famille, c'est
279 à dire par exemple du clivage entre leur père et leur mère. Je veux dire, ils vont faire
280 pareil avec des soignants, ils vont essayer. Et si nous, on n'est pas.

281 **Orlane** : Vigilants à ça.

282 **Murielle** Vigilants, ils rentrent dans la faille et ça pose problème parfois dans les
283 équipes même. Parce que ça peut créer quelque chose. Bon, nous on est assez
284 soudés là, enfin en tout cas en ce moment, je veux dire, on tient.

285 **Carla** : puis y a beaucoup de supervision, de réunion on peut échanger sur ça.

286 **Orlane** : Et puis est ce que le fait d'être, voilà, vous êtes nombreux dans le sens où
287 vous n'êtes pas que deux et vous avez quand même divers corps de métier. Est ce
288 que du coup, ben on est complémentaires, voilà. Et ça permet d'avoir cette
289 supervision justement et un recul derrière.

290 **Mélanie** : Oui.

291 **Murielle** Oui, et d'avoir d'avoir une vision globale en fait, au lieu d'avoir simplement
292 une vision, un infirmier, le psychomotricien nous apporte des choses. Chacun ici peut
293 dire ce qu'il a à dire. Voilà.

294 **Orlane** : Ok.

295 **Murielle** : Et en fait, je peux dire qu'il y a des équipes où, si on est beaucoup jugé au
296 niveau du travail, ça, nous, ça porte préjudice aussi. Voilà. Il faut quand même que
297 l'équipe, parce que l'adolescent, il remarque tout ça et il est beaucoup plus que
298 l'adulte en fait. C'est très poreux, ils comprennent très vite.

299 **Orlane** : Ouais

300 **Carla** : Même les enfants, je pense.

301 **Mélanie** : Oui.

302 **Murielle** : oui

303 **Orlane** : Oui, finalement, comme des éponges et inconsciemment, ça capte. Oui. Et
304 oui. Et après du coup, qu'est ce que vous mettez en place pour aider l'adolescent à
305 faire face à des difficultés? Les ateliers que vous pouvez proposer, qu'est ce que
306 vous travaillez à travers ces ateliers? En fonction de l'adolescent et de sa
307 problématique?

308 **Carla** : Ils ont tous un projet de soin personnalisé dont ils ont tous des objectifs de
309 soin et un planning de soins adapté à ça. Et après, suivant comment ils vont, on peut
310 soit.

311 **Murielle** : on proposer tel atelier ou tel atelier.

312 **Carla** : Et on peut faire plus de prises en charge quand ils vont moins bien, un peu
313 allégé quand quand ils en ont moins besoin.

314 **Mélanie** : Du groupe, de l'individuel.

315 **Murielle** : Ils ne sont pas reçus tous de la même manière. Il y a des patients qu'on va
316 recevoir une seule fois par semaine, donc c'est vrai que ça leur permet quand même
317 de suivre une scolarité et de ne pas. Mais par contre, il y en a, on va les recevoir
318 trois ou quatre fois par semaine, donc c'est beaucoup plus intensif.

319 **Orlane** : D'accord.

320 **Mélanie** : Et souvent les objectifs qui reviennent le plus, c'est quand même le travail
321 sur la confiance en soi, l'estime de soi, le lien à l'autre.

322 **Murielle** : Le lien à l'autre ouais

323 **Mélanie** : C'est vraiment des choses qui reviennent le plus souvent.

324 **Orlane** : Avec beaucoup, beaucoup d'enfants, la plupart des enfants. Et du coup,
325 qu'est ce que vous? Quels ateliers vous mettez en place de manière générale?

326 **Mélanie** : Ben là on a atelier jardinage, bricolage, un atelier équitérapie, je je JE
327 slash JEUX.

328 **Carla** : Je m'exprime,

329 **Murielle** : Expression créative.

330 **Mélanie** : ouais Expression créative.

331 **Carla** : Sortie habiletés sociales.

332 **Mélanie** : Box Gazette. C'est le journal de l'HDJ.

333 **Murielle** : Et ça change selon les années. Oui, on décide en fonction des patients
334 que nous avons, les ateliers que nous allons faire pour l'année.

335 **Mélanie** : Souvent, c'est un peu il y a du corporel et du créatif. C'est vrai que.

336 **Carla** : Dehors dans le jardin.

337 **Murielle** : C'est diversifié en fait.

338 **Orlane** : Ouais, d'accord. Bon, c'est toutes les questions que j'avais mis. Est ce que
339 vous vous avez.

340 **Carla** : C'est quoi ton ta question de mémoire? Enfin, ton problème.

341 **Orlane** : C'est la place. Mais quel impact a la thérapie familiale dans la prise en
342 charge d'un enfant souffrant de pathologies psychiatriques?

343 **Murielle** : ah oui d'accord.

344 **Carla** : Ok.

345 **Orlane** : C'était une situation que j'avais vécu d'une jeune fille où en fait, voilà, par
346 rapport à son histoire des violences sexuelles verbales qui a été déscolarisé, une
347 maman voilà qui avait une une pathologie donc elle n'a pas pu s'occuper de sa fille
348 depuis petite, un papa un petit peu dépassé par tout ce qui se passe, des
349 scarifications, tentatives de suicide, TCA. Et en fait c'est vrai qu'en entretien ben j'ai
350 j'ai été confronté en fait où j'avais l'impression qu'il y avait la jeune fille dans le
351 service et les parents qui cherchaient un petit peu à s'en sortir enfin mais il y avait
352 pas du coup de

353 **Murielle** : de passerelle entre eux ?

354 **Orlane** : Ouais, c'est ça.

355 **Mélanie** : C'était deux trucs bien cloisonné ouais

356 **Orlane** : C'est ça. Et c'est vrai que alors, c'est toujours compliqué parce que quand
357 on est étudiant, on a cette place où on est observateur, et c'est vrai que voilà, après,
358 quand j'ai échangé avec l'équipe, elle me disait mais tu sais, voilà, on a voulu mettre
359 des choses en place, les parents ne tiennent pas le cadre, à chaque fois, ça ne tient
360 pas, donc c'est compliqué. Voilà, le téléphone, ça avait été un travail où bah pas de
361 téléphone le soir, finalement, ça ne tient pas elle avait le téléphone le soir, enfin,
362 donc elle regarde des vidéos sur le suicide, sur tout ça. Donc c'est un peu le chat qui
363 se mord la queue. Et c'est vrai que je me suis dit comment ils peuvent réussir à
364 travailler en réseau en.

365 **Mélanie** : et oui en étant soutenus aussi.

366 **Orlane** : C'est ça, parce que je me dis voilà, là on prend en charge cette jeune fille,
367 mais finalement

368 **Murielle** : et oui une fois qu'elle rentre chez elle

369 **Orlane** : et c'est ça. Et en fait, à chaque fois que le séquentiel était allongée, elle
370 retournait, enfin, elle se scarifiait pour revenir à la à la à la au service quoi.

371 **Murielle** : Au service ouais

372 **Orlane** : Donc je me dis c'est qu'il y a quelque chose qui se joue à la maison. Enfin,
373 qu'est ce qui fait qu'elle, elle revient constamment comme ça, donc c'est ça qui m'a
374 interpellé. Et voilà.

375 **Mélanie** : ah c'est très intéressant.

376 **Orlane** : Et c'est vrai que je me rends compte que ben voilà, il y a énormément.

377 **Carla** : en fait il faut beaucoup de moyens je pense, pour pouvoir faire ca, faut
378 pouvoir faire des VAD et avoir des équipes qui peuvent aller dehors.

379 **Mélanie** : on le voit c'est comme nous ici.

380 **Orlane** : c'est ca et je m'aperçois en fait toutes ces structures enfants qui ferment.

381 **Mélanie** : et oui.

382 **Orlane** : Et je me dis ben alors que finalement, prendre en charge le plus tôt
383 possible, ben en fait on va libérer des places adultes.

384 **Carla** : Je pense qu'il y a beaucoup de familles qui vont mal.

385 **Orlane** : Mais oui.

386 **Carla** : Mais oui ce travail y en a besoin

387 **Mélanie** : Tout à fait.

388 **Murielle** : Et qui en plus ne souhaitent pas des VAD. C'est-à-dire, il est très difficile
389 de rentrer chez les gens. Ça c'est un point. Mais quand on fait une AEMO, quand on
390 met des mesures de judiciaire, ils n'arrivent pas à rentrer chez les familles donc.

391 **Carla** : Alors que chez les adultes, ils n'ont pas trop le choix en fait. Et voilà.

392 **Murielle** : Alors que

393 **Mélanie** : ca c'est vrai que c'est une chose aussi difficile. Il y a des ados ici qui ont en
394 fait, on n'a pas accès aux parents et on voit l'ado qui est en grande souffrance. Et en
395 fait on peut, on a l'impression qu'on.

396 **Orlane** : que vous pouvez rien faire ?

397 **Mélanie** : ouai qu'on peut rien quoi. Et des choses très graves en plus.

398 **Murielle** : Et par mon bloc en plus

399 **Mélanie** : Et que si on lance un signalement.

400 **Orlane** : Oui voilà, j'allais dire.

401 **Mélanie** : et ben ça coupe le lien à chaque fois

402 **Murielle** : ouais ca coupe le lien

403 **Orlane** : Et puis en plus, j'avais vu un reportage justement où c'était une juriste. Elle
404 disait qu'elle avait des signalements à n'en plus, à n'en plus finir et qu'en fait des fois
405 des signalements mais grave pouvait mettre jusqu'à 18 mois avant de.

406 **Mélanie** : ah mais oui , Il y a eu des situations comme.

407 **Murielle** : mais c'est ça et ne pas aboutir parfois.

408 **Orlane** : Et ne pas aboutir exactement. Je trouve que c'est compliqué la prise en
409 charge de l'enfance. Et là je vais faire mon pré pro avec l'équipe mobile de
410 périnatalité

411 **Murielle** : ah oui d'accord

412 **Carla** : ca dépend de qui ?

413 **Orlane** : De Montperrin.

414 **Mélanie** : Ah ouais ils ont une équipe à Lançon ?

415 **Carla** : parce que qu'il y en avait une à Aix ?

416 **Orlane** : oui il y en a deux. Oui, c'est ça. C'est ça ouais, ils sont situés à Lançon, ils
417 couvrent. Miramas, salon.

418 **Murielle** : ah mais Gwendoline non ?

419 **Orlane** : Oui, c'est ça. Madame G****.

420 **Mélanie** : ah mais oui voilà, je savais pas qu'ils étaient sur Salon heu sur Lançon

421 **Murielle** : ben ils font les deux en fait. Ils ont une antenne sur le salon et une
422 antenne sur Aix. Et en fait ils font tout le secteur

423 **Orlane** : Oui, c'est ça. Ils ont chacun leur secteur bien délimité.

424 **Mélanie** : mais les locaux sont à Lançon ?

425 **Orlane** : Oui.

426 **Mélanie** : ah ok. Je savais pas que c'était à Lançon.

427 **Carla** : Mais c'est nouveau, non?

428 **Orlane** : Ah oui, c'est récent.

429 **Carla** : oui parce qu'avec la périnat à Aix déjà c'est récent

430 **Murielle** : avant ils étaient dans l'hôpital général il me semble et ils sont partis de
431 l'hôpital général parce qu'en fait, les locaux, ça allait plus du tout. Voilà.

432 **Mélanie** : ah ok

433 **Orlane** : Oui. Puis c'est vrai que madame G****, elle me disait qu'ils avaient monté
434 quand même un dossier béton pour. Voilà qui était très accrocheur.

435 **Murielle** : C'était une de nos anciennes cadres.

436 **Orlane** : D'accord

437 **Mélanie** : oui elle était cadre ici

438 **Orlane** : Mais c'est vrai que voilà, c'est un, c'est un parcours du combattant comme
439 vous le disiez, pour pouvoir entrer dans le milieu vraiment

440 **Mélanie** : ouais c'est compliqué, c'est compliqué.

441 **Carla** : Après, il y a des ados qui préfèrent être à l'hôpital que la maison et ils font
442 des passages à l'acte pour être à l'hôpital et parce que c'est

443 **Murielle** : c'est plus sécurisé, c'est plus contenant, chez eux c'est pas contenant
444 Quand ils ont pas de limite chez eux c'est pas contenant

445 **Orlane** : Ils viennent chercher dans la structure ce qu'ils n'ont pas.

446 **Murielle** : Ce sont des fois on voit bien qu'ils viennent chercher même quand ils sont
447 agités et tout, ils viennent chercher une contenance. Ils veulent vraiment qu'on les
448 arrête. Ils peuvent aller très très loin pour qu'on puisse les arrêter.

449 **Mélanie** : Puis ils cherchent un lieu où ils peuvent s'exprimer, s'exprimer aussi,
450 s'exprimer tout court quoi. C'est ben tu veux crier? Tu veux pleurer? Ben oui, tu peux.
451 Ici c'est autorisé et c'est vrai que des fois ça les rassure.

452 **Orlane** : Ouais.

453 **Murielle** : Et tu veux aller travailler dans quel service sinon?

454 **Orlane** : Ben j'ai dit ben alors j'aimerais aller dans la pédopsy mais c'est vrai que je
455 sais que c'est compliqué ça manque de place, toutes ces structures qui ferment.

456 **Carla** : C'est compliqué partout dans tous les cas

457 **Orlane** : Oui c'est sur mais voilà, c'est vrai que la pédo-psy me plaît beaucoup.

458 **Murielle** : Parce qu'en fait, en psy, les infirmières restent longtemps, en réa elles
459 restent pas longtemps. Voilà, les gros services, c'est les services techniques. Ca, tu
460 peux y aller très facilement parce qu'il y a un turn over qui fait que tu ne restes pas
461 cinq ans en réa. T'as pas envie quoi.

462 **Orlane** : D'ailleurs, l'hôpital vient recruter à l'IFSI. Ils nous présentent les postes à
463 pourvoir.

464 **Murielle** : et oui voilà, alors qu'en psy surtout en pédo psy quand même, quand on
465 travaille en hôpital de jour, il faut dire la vérité, on a les horaires, c'est 9 h, 17 h, c'est
466 un confort quand même, il faut le dire. Moi j'ai travaillé en intra longtemps. C'est
467 différent quand même. Je veux dire, voilà. Bon.

468 **Orlane** : C'est sûr que c'est maintenant, c'est des choses qui sont quand même
469 recherchées. Et d'ailleurs on le voit, on le voit, je trouve au niveau des mêmes, des
470 médecins ou cet accès, je veux dire on veut aller chez le médecin, nous

471 **Murielle** : ah oui à 18 heures c'est fermé. Donc c'est donc c'est bon pour nous aussi.

472 **Orlane** : C'est ça, c'est quelque chose qui tend à.
473 **Carla** : Ça change en tout cas, ça change
474 **Orlane** : C'est ça.
475 **Murielle** : Et c'est vrai que, en fait, de plus en plus, les gens ne se tournent pas vers
476 des métiers où on est occupé le samedi et le dimanche, il faut le dire. Alors
477 qu'infirmière. C'est vrai qu'en début de carrière, on est vraiment souvent samedi,
478 dimanche, même dans des services, dans des gros services, n'en parlons pas. Et
479 après bon, même quand on est dans des services d'endoscopie, je veux dire, c'est
480 pas facile non plus, on fait il y a des gardes, voilà.
481 **Mélanie** : Ils sont tous en 12h
482 **Carla** : oui ils sont tous en 12h
483 **Murielle** : Donc c'est ça
484 **Orlane** : oui, c'est un autre rythme. C'est vrai que moi quand j'étais aide-soignante,
485 j'ai toujours été en 10 ou 12 h, je suis rentrée à l'école, je me suis dit mais mon dieu,
486 tous les jours de la semaine, enfin, c'était hyper compliqué pour prendre le rythme.
487 Même dans mon organisation de famille. Non mais c'est ça. Moi je faisais mes
488 courses le mardi et là je me suis retrouvée (rire). Mais c'est ça en plus avec la route.
489 J'arrivais chez moi à 19 h, je me disais mais mon dieu, les devoirs, les repas et
490 d'avoir été à l'école pendant trois ans.
491 **Carla** : et tu étais aide-soignante ou avant.
492 **Orlane** : J'ai fait beaucoup de gériatrie. J'ai fait Avignon, Nîmes et Saint-martin-de-
493 crau. Voilà.
494 **Murielle** : oui c'est vrai que c'est une vie où tu peux te lever à 5 h du matin, mais tu
495 peux rentrer chez toi à 22 h aussi. Donc c'est vrai que voilà, c'est ça. Après libéral,
496 c'est pareil, il faut le savoir, c'est que tu travailles que le matin et que le soir et l'après
497 midi si tu as des enfants, ça ne sert à rien. Mais toi, tu es chez toi. Voilà.
498 **Carle** : En tout cas, à l'hôpital, Montperrin recrute à fond.
499 **Mélanie** : ah oui (rire) mais c'est chouette que tu veuilles faire de la pédopsy, il en
500 faut.
501 **Murielle** : Tu habites où?
502 **Orlane** : J'habite Saint-martin-de-crau.

503 **Mélanie** : c'est les soignants qui tiennent un peu aussi, ça tend vers ça. Parce que
504 là, les médecins, Ils sont tous proches de la retraite. Il n'y en a pas de nouveaux qui
505 arrivent. C'est certain. On ne sait pas trop comment ça va.

506 **Carla** : En tout cas, à l'hôpital Montperrin, ils recrutent à fond.

507 **Murielle** : Ah oui.

508 **Orlane** : Alors c'est vrai que là, du coup, madame G****, elle m'avait présenté aussi
509 L'hdj Parents-bébés.

510 **Mélanie** : Ah oui!

511 **Orlane** : Et elle m'avait dit ou tu préfères faire ton stage? J'ai dit bah franchement,
512 les deux ça me plait et tout. Et donc du coup on s'est arrangés. Je vais faire mon pré
513 pro donc avec l'équipe mobile et il y a cinq semaines ça s'appelle du libéral, je le ferai
514 du coup à l'hdj parents-bébés. Donc c'est vrai que c'est cool quoi.

515 **Murielle** : qui ya comme infirmière à l'équipes mobiles.

516 **Orlane** : Elles sont que deux. Je les ai pas rencontrées pour l'instant.

517 **Murielle** : Parce que Morgane il me semble qu'elle est partie

518 **Carla** : Je sais pas si c'est pas le docteur Sanchez qui.

519 **Murielle** : Il me semble qu'il y a Morgane

520 **Mélanie** : A y a un pédopsy ?

521 **Carla** : non elle est partie psychiatre

522 **Murielle** : **elle est** partie du CMP pour aller en pédo en périnatalité.

523 **Orlane** : Voilà, voilà. Bon, merci en tout cas d'avoir pris du temps pour me répondre.

524 **Murielle** : Bonne chance pour la suite.

525 **Orlane** : Ouais ouais, merci.

526 **Murielle** : Bon, c'est un métier qui est varié. On peut , on peut, C'est vrai, on peut
527 faire plein de choses. Oui, parce que entre un service de cardio et un service de de
528 psy, un autre service, le bloc opératoire et tout, tout est différent. Moi j'y ai trouvé
529 mon compte

530 **Orlane** : Oui moi c'est vrai que en faisant mon stage à l'HDJ, j'ai beaucoup tourné
531 avec une infirmière qui est de l'ancien diplôme. Donc voilà.

532 **Carla** : ah c'est c'est assez rare.

533 **Orlane** : ah ben il y en a plus beaucoup non plus.

534 **Murielle** : y'en à plus beaucoup des vieilles (rire)

535 **Orlane** : Ouais, c'est ça

536 **Orlane** : Et elle est très psychanalyse, et en fait je me suis épanoui et dans mon

537 mémoire, bah elle m'a donné des lectures, elle m'a aidé enfin et je me dis ça n'a rien

538 à voir. C'est vrai les les les apports qu'elle a eu, elle.

539 **Mélanie** : ah oui nous y'a rien.

540 **Carla** : ah oui ce que non ce qu'on a nous.

541 **Murielle** : Et si on s'y intéressait pas, il n'y avait rien

542 **Carla** : moi ils étaient quand même assez axé dessus

543 **Murielle** : ah ben vous parce que nous non! Alors nous, c'était pire parce que

544 comme il y avait les psy d'un côté et ben Il y avait un mec qui venait comme ça en

545 après midi et puis c'était bon.

546 **Carla** : Nous il y avait beaucoup de formateurs qui étaient issus de la psy.

547 **Murielle** : Voilà. Alors là c'était différent.

548 **Carla** : mais c'était pas non plus.

549 **Murielle** : Comme si on s'intéressait pas. Ça passait à l'as.

550 **Mélanie** : Nous on a eu deux cours. Un cours de psy adulte et un cours de pédopsy.

551 Et vraiment à la rache, on était 500 dans l'amphi avec un intervenant et c'est tout.

552 **Orlane** : Nous c'est vrai qu'on a voilà, on a mis la moitié des formateurs psy, la

553 moitié soins G. Mais le temps accordé à l'apport théorique psy, il est il est trop léger.

554 **Mélanie** : nous sur une promo on est 4 à avoir choisi psy

555 **Orlane** : Alors que je me dis tu vas en soins g, tu rencontreras forcément des

556 patients de psy. Et finalement c'est des patients qui sont pas pris en charge de la

557 même manière. Parce que moi je me souviens quand j'étais en traumatologie, les patients

558 que j'avais en plus après j'ai retrouvé quand j'étais à ***** C'est des patients qui

559 dérangent malheureusement, parce que voilà, on n'arrive pas à les prendre en

560 charge.

561 **Murielle** : Et même en libéral, quand tu rentres chez les gens, il y a quand même

562 pas mal de patients, il y en a beaucoup. Moi je me suis aperçu que j'avais fait psy,

563 mais je voyais bien que quand même, je rentrais chez eux et tout et je voyais bien

564 que quand même, il y en avait quelques uns qui étaient qui avaient des grosses

565 pathologies quand même. Donc voilà. Donc en fait si, c'est bon, un peu de partout.

566 Voilà. Et puis dans notre société, parce que maintenant c'est à la fois c'est le social

567 qui est entremêlé avec la psy, faut dire ce qui est, ce qu'on n'avait pas au départ
568 parce qu'au départ c'était vraiment des maladies bien définies. Les psys, on n'avait
569 que des gros malades, on n'avait pas cette socio psychiatrie comme j'appelle. Voilà,
570 c'était différent.

571 **Mélanie** : Oui, c'est vrai.

572 **Orlane** : Bon bah merci en tout cas.

573 **Mélanie** : Merci à toi

574 **Carla** : Au plaisir.

4. Annexe 4 : entretien avec Clara, Mélanie et Murielle, infirmières à l'hôpital de jour

1 **Orlane** : Donc du coup est ce que tu peux te présenter et me dire ton parcours.

2 **Emilie** : Alors je suis Emilie *** pédopsychiatre sur l'équipe mobile de psy périnatalité
3 j'en suis le médecin responsable, je suis donc sur cette équipe depuis la création de
4 cette unité qui a commencé, qui a été ouverte en avril 2021 voilà, je travaille aussi
5 sur d'autres structures du secteur ouest de pédopsychiatrie de l'hôpital de *** donc je
6 travaille notamment sur deux autres CMP *** et ***, et dans un IME voilà sinon avant
7 donc en 2020 parce que je suis arrivée à l'hôpital de *** en 2020, je travaillais à la
8 réunion à l'hôpital spécialisé de *** à La réunion, en CAMSP et en ITEP, en IME
9 j'avais un travail de liaison dans le médico social, c'était vraiment un poste particulier
10 et ensuite avant ça je travaillais à Marseille dans le médico social CMPP et ITEP
11 voilà donc en gros j'ai à peu près 16 ans de pratiques en tant que médecin
12 pédopsychiatre voilà.

13 **Orlane** : Ok et est-ce que tu as des orientations particulières, psychanalytiques ou
14 plutôt en systémie ?

15 **Emilie** : Alors j'ai, je me suis formée on va dire au travers de mes stages, de mes
16 lectures et de mes, comment dire et moi de mes idées, je m'appuie pas mal sur les
17 concepts psychanalytiques un peu comme la pédopsychiatrie en France, un peu
18 comme tous les pédopsychiatre en France mais bien sûr j'ai quand même une
19 approche très intégrative c'est à dire neurosciences, cognitivo comportementales
20 voilà, donc j'ai mis en tout cas la réflexion autour des situations cliniques, je m'appuie
21 beaucoup sur les concepts psychanalytiques en tout cas moi ça m'aide bien à
22 réfléchir et voilà mais j'ai pas une formation spécialisée je suis pas psychanalyste j'ai
23 pas de formation à côté particulière.

24 **Orlane** : D'accord.

25 **Emilie** : Donc voilà.

26 **Orlane** : Et du coup est ce que tu peux présenter un peu la spécialité de l'équipe
27 mobile de psy périnatalité ?

28 **Emilie** : Alors l'équipe mobile est une équipe vraiment pensée comme étant une
29 équipe qui vient, enfin qui va vers les mamans les futures mamans ou les futurs

parents qui ont des difficultés, donc soit des difficultés autour du bébé, des parents ou du lien, effectivement et surtout du lien parent/enfant et on a cette spécificité d'aller vers donc on est mobile donc on peut, on travaille bien sur avec une demande de la part des parents mais des fois la demande elle est beaucoup portée par les professionnels sages femmes voilà et les parents n'ont pas forcément de demande très très claire donc ça demande à aller vers eux à vraiment leur faire émerger ces demandes, les demandes personnelles qu'ils puissent s'approprier les choses.

Orlane : Oui parce que du coup moi si j'ai bien compris c'est eux qui doivent faire la démarche ?

Emilie : Alors, ils appellent effectivement, on est obligé, on a besoin de leur consentement mais souvent c'est « on m'a dit d'appeler », « on m'a dit », « ma sage femme m'a pas trouvé très bien », le bébé oulala il dort pas beaucoup voilà donc les inquiétudes viennent souvent de la maman surtout, c'est vrai qu'il y a beaucoup maintenant les professionnels sont très sensibilisés sur la dépression du post partum donc c'est vrai qu'il y a beaucoup beaucoup beaucoup d'adresses qui partent d'inquiétude de l'état psychique de la mère, et encore peu sur le bébé moi je trouve mais voilà sur les signes fonctionnels du bébé ça peut être des trouble des reflux, trouble de l'endormissement, voilà des choses, le tonus c'est complexe encore.

Orlane : Qui serait en lien avec la dépression de la maman ?

Emilie : Non ou autre chose, des bébés on va dire qui dorment mal des choses comme ça c'est vrai que c'est souvent l'état psychique de la maman qui inquiète, l'observation du bébé voilà quand il n'y a pas forcément d'inquiétude ou en tout cas d'écroulement des parents parce qu'ils sont épuisés à cause de cet enfant de ce bébé qui est difficile on va dire s'il n'y a pas cet effondrement, il n'y a pas

Orlane : D'investigation ?

Emilie : On nous adresse pas tu vois juste sur des signes fonctionnels du bébé on nous adresse pas ou sur des interactions des difficultés d'ajustement on nous adresse pas tu vois en fait ça vient souvent par le mal être des parents et après en creusant on voit qu'il y a effectivement difficultés dans les interactions il y a aussi un bébé qui en je sais pas moi qui peut avoir des signes fonctionnels, des reflux on le sent douloureux, il est en hypertonie, voilà Il a des difficultés aussi dans son corps.

61 **Orlane** : Et est ce que du coup tu penses qu'ils sont moins orientés parce que du
62 coup les parents sont déjà pris en charge en amont ? Parce que du coup qui
63 pourrait le repérer ça ?

64 **Emilie** : Et bien c'est ça qui est compliqué parce qu'il y a peu de professionnel
65 finalement, après ça pourrait être des infirmières puéricultrices mais il y en a peu,
66 c'est souvent l'infirmière de la PMI mais qui fait vraiment des choses très on va dire,
67 qui va pas prendre le temps de se poser sur l'observation des mouvements du bébé
68 tout ça et c'est encore très peu comment dire développer et connue par les
69 professionnels toutes ses études sur les mouvements.

70 **Orlane** : Et elle, elle se base peut être sur ce que dit aussi ce que fait remonter les
71 parents.

72 **Emilie** : Voilà et donc effectivement les inquiétudes à, effectivement si par exemple
73 la mère dit « Oh là là j'en peux plus c'est difficile la tétée, c'est difficile les biberons »
74 et que vraiment elle n'en peut plus elle va peut être penser à nous, mais il faut
75 vraiment que ça vienne d'elle et c'est plus rare, ouais c'est plus rare, j'aimerais bien
76 qu'on nous adresse plus de bébés directement.

77 **Orlane** : Ah oui d'accord.

78 **Emilie** : Ouais je trouve que ça veut dire que bon c'est pas encore faire dans
79 l'observation du tout bébé.

80 **Orlane** : Ouais.

81 **Emilie** : C'est encore très très très très spécialisé, c'est pas encore démocratisé dans
82 les services tu vois de mater, tout ça c'est des choses très simples je veux dire c'est
83 l'examen du nouveau né comme on fait depuis toujours mais voilà c'est très global.
84 Après bon en tout cas on a de quoi faire on a beaucoup d'indications effectivement
85 c'est assez incroyable et il y avait vraiment un besoin de prise en charge comme ça
86 d'accompagnant autour de la périnatalité donc voilà.

87 **Orlane** : Moi je m'attendais pas à avoir autant de dépression de post partum.

88 **Emilie** : Et ouai presque 20% de dépression dans les nouvelles études mais eh ben
89 oui mais parce que maintenant il y a des entretiens pré prénatal aussi en poste et du
90 coup avec des échelles donc en fait effectivement les sages femmes tout le monde
91 est très sensibilisé à ça.

92 **Orlane** : Et le lien que vous avez aussi peut être avec la maternité de salon fait
93 bouger un peu les choses ?

94 **Emilie** : Pas forcément parce que c'est vraiment souvent des sages femmes
95 finalement, ah oui les liens tu veux dire finalement avec les réunions D3P ?

96 **Orlane** : Oui.

97 **Emilie** : Oui bien sûr, bien sûr, ah oui oui ça c'est sûr effectivement ouais non je
98 pensais plus dans la suspicion de dépression c'est souvent les sages femmes en
99 libéral du coup quand elle passe un mois après deux mois après là tu vois où elles
100 sentent voilà elles font l'échelle avec la mère en pleurs et donc il y en a énormément
101 j'ai l'impression beaucoup beaucoup beaucoup comme ça, et voilà donc voilà c'est
102 une équipe qui va vers et qui vient en renfort de situation aussi de périnatalité pour
103 venir renforcer par exemple renforcer les CMP ça a été pensé aussi comme ça les
104 CMP sont aussi du secteur sont aussi habilités à avoir des enfants de zéro à 18 ans
105 donc aussi des bébés donc c'est vrai que ça se fait très peu puisque la population a
106 pas ça en tête, qui voit des bébés même les professionnels voilà donc ils adressent
107 plutôt vers la PMI je pense et du coup cette équipe est vraiment, si il y a des
108 situations de périnatalité sur les CMP, ils peuvent faire appel à nous pour qu'on
109 vienne et qu'on fasse de l'intensif un peu dans cette période cette période précoce
110 voilà donc elle est pensée comme ça et puis ça a été créé dans un un mouvement
111 national dans les 1000 premiers jours sur le plan politique je sais pas si tu connais
112 ça ?

113 **Orlane** : Le plan politique tu veux dire ?

114 **Emilie** : Ouai les 1000 premiers jours.

115 **Orlane** : Les 1000 premiers jours je l'ai lu, période de développement de l'enfant.

116 **Emilie** : Donc effectivement il y a tout un projet pour soutenir, accompagner,
117 renforcer, la prévention et l'accompagnement, et donc a été créé beaucoup
118 d'équipes mobiles sur cette période sur le plan national je pense une vingtaine au
119 final, un peu dans toutes les régions après avec hôpital de jour, l'idée était de fournir
120 un peu une offre de soins similaires un peu partout sur le plan national donc
121 effectivement il y a plein d'équipes mobiles qui ont été créées entre 2021 ouai 2020
122 et maintenant sur cinq ans il y en a plein ouais.

123 **Orlane** : Et du coup comment vous, parce que du coup vous avez différentes, il ya
124 différentes fonctions dans l'équipe mobile, comment vous accompagner les parents
125 dans cette parentalité, les parents que vous pouvez recevoir ou chez qui voilà
126 l'équipe se déplace, par quels moyens les on accompagne les parents dans cette
127 parentalité en fait ?

128 **Emilie** : Alors ouais on a des moyens à disposition, donc oui des fonctions
129 différentes, infirmières, psychologues, médecins psychiatres, psychomotriciennes
130 secrétaire, cadre de santé, et puis donc moi en tant que pédopsychiatre. On fait
131 souvent des binômes, on travaille beaucoup en binôme pour vraiment avoir des
132 regards croisés ça permet vraiment de pouvoir observer l'un les parents, l'autre le
133 bébé, voilà le changer si besoin, mais quand on va, on va vers, on va souvent à
134 domicile et du coup beaucoup donc il y a le bébé, les parents, il y a beaucoup de
135 monde et d'être à deux c'est quand même, ça nous permet de prendre un peu de
136 recul aussi et de voilà, d'observer plus finement la situation et rapidement j'ai envie
137 de dire parce que si on a deux appareils psychiques voilà on peut on peut faire
138 beaucoup de choses et voir des choses voilà c'est quand même assez riche que si
139 on est seul voilà on n'a pas du tout la même posture on peut pas gérer la même
140 chose voilà donc il ya ça aussi. Il ya ça donc on travaille beaucoup en binôme et
141 autour effectivement on travaille le lien entre les parents et les enfants le lien donc
142 ces interactions précoces qui sont quand même très importantes pour le
143 développement d'un bébé qui vont venir l'étayer, le porter, le construire, je pense que
144 dans toutes les théories que tu as dû préciser voilà ça te parle.

145 **Orlane** : Oui mais n'hésite pas à le redire.

146 **Emilie** : Et donc voilà, c'est important qu'il puisse avoir une mère et un père, en tout
147 cas des figures d'attachement disponibles qui peuvent renvoyer aussi certaines
148 choses au bébé donc c'est pour ça que c'est important de prendre en compte l'état
149 psychique des parents, la dépression parce qu'effectivement.

150 **Orlane** : Ca va retentir sur l'enfant ?

151 **Emilie** : Ca retenti obligatoirement sur le lien parent/enfant voilà c'est un lien
152 relationnel c'est comme ça, donc bien sûr on culpabilise pas les parents, mais on fait
153 avec ça et bien sûr quand il y a deux figures d'attachement c'est super parce que du
154 coup il peut se rattacher aussi au père donc là on travaille beaucoup avec les pères

peut être pas encore assez systématiquement mais on essaie parce qu'effectivement sur le plan sociétal les pères n'osent pas encore s'impliquer dans ce suivi c'est ça c'est incroyable mais aussi de voir à domicile quand on va voir, je pense que tu as dû assister à des entretiens, je sais pas si c'est des entretiens comment dire, des premiers entretiens on voit la maman, le bébé et souvent le père est dans une pièce à côté où le père est voilà, alors que voilà il pense que c'est centré sur la mère donc parce qu'elle va pas bien mais comment aussi le père peut venir.

Orlane : Occuper sa place

Emilie : Voilà occuper sa place et par cette place occupée venir aussi soutenir son épouse bon bref voilà et la mère et avoir comme ça un retentissement sur la dynamique familiale et qu'elles se sentent aussi moins seules avec ces problèmes là. Bon voilà donc on peut, on compose l'accompagnement parental on le compose on va dire on le co-construit avec eux en fonction de là où ils en sont de leur vécu voilà donc c'est vraiment très, des prise en charge très singulière, ne se ressemble pas, voilà c'est je me dirais se ressemblent pas parce que du coup vraiment on fait avec où ils en sont on peut proposer des espaces, des fois des entretiens parent seul, entretien mère seule, père seul, voilà il y a vraiment en fait tout est possible.

Orlane : Vous vous adapter en fonction de la demande.

Emilie : Voilà de voir effectivement qu'est ce qui voilà leurs besoins, leurs attentes, s'ils en ont s'ils ont déjà pensé voilà. Ils ont déjà élaboré tout ça ou sinon pour le grand bouleversement on travaille plutôt ensemble voilà tous ensemble et pour essayer d'individualiser peut être les espaces s'il y a besoin voilà donc c'est vrai que on n'a pas de, on a ces temps là en binôme, en individuel, il y a aussi des groupes pensés sur l'équipe mobile pour les parents et les enfants avec différents médiations aussi.

Orlane : Le binôme va être décidé du coup j'ai pu un peu m'apercevoir vous en parler en réunion et ensuite c'est à ce moment là que le binôme est décidé.

Emilie : Voilà si par exemple il y a une maman qui est plutôt dans le mal être on suspecte un peu un état dépressif quelque chose vraiment de ça, c'est inquiétant voilà il faut bien sûr évaluer quand même le risque, le risque d'idées suicidaires qui est finalement le risque avec la tentative de suicide en fait dans ces situations, donc il y a souvent une infirmière qui travaille plutôt du qui vient de la psychiatrie adulte qui

187 va peut être là voire avec le médecin, avec le médecin psychiatre directement si on
188 sent vraiment que c'est très préoccupant ou si c'est un peu centré sur le bébé il y a
189 peut être par exemple un syndrome génétique des choses qui inquiètent sur le sur le
190 comportement du bébé il y aura peut être la psychomotricienne qui viendra, ou des
191 plaintes autour du bébé ou moi voilà c'est vrai qu'on a un peu un pôle comme ça
192 adulte enfant et par contre on peut aussi soutenir ce qui vraiment comment dire
193 travaille en pédopsy que ce soit psychomotricienne, une psychologue ou pédopsy
194 cette sensibilité là mais peuvent aussi travailler avec les adultes mais bon c'est vrai
195 que s'il y a des inquiétudes plutôt mère, d'emblée ça sera plutôt le pôle adulte et
196 après on peut mixer et faire infirmière/ pédopsy si on voit que finalement il y a des
197 inquiétudes des deux ou alors tu vois voilà donc c'est vrai qu'on le on le voilà par
198 exemple s'il y a des craintes vraiment sur une dépression évidente on met plutôt
199 infirmière on met pas forcément moi si c'est arrivé mais soit la psychomote par
200 exemple va pas la mettre d'emblée.

201 **Orlane** : Et comment sont décidés par exemple les ateliers thérapeutiques on va dire
202 si par exemple voilà vous allez chez une maman qui a un diagnostic psychotique par
203 exemple ou chez une maman qui a une dépression du post partum qu'est ce que
204 vous allez travailler voilà en fonction de la problématique rencontrer quoi.

205 **Emilie** : Et ben de l'améliorer donc sur le plan elle de son humeur tu vois donc c'est
206 individuel après c'est comment lui proposer un soin aussi mère/enfant et comment le
207 lien mère/enfant peut aussi venir la soutenir elle sans la culpabiliser parce qu'elle
208 n'arrive pas à faire voilà donc vraiment c'est là j'ai envie de te dire c'est au cas par
209 cas de voir où elle en est parce qu'il y a différents stades différents donc

210 **Orlane** : Ca va vraiment être un soutien dans la parentalité pour l'accompagner dans
211 le développement de son bébé à repérer des choses.

212 **Emilie** : Ouai après c'est vrai c'est comment voilà le passage à la transition une
213 parentalité souvent ça vient remuer beaucoup de choses donc très personnel, très
214 ancienne et sur elle ses premiers liens finalement sur les premiers liens
215 d'attachement très ancienne donc même par ses propres parents donc c'est vrai qu'il
216 y a beaucoup beaucoup de choses souvent à déblayer beaucoup de choses qui
217 remontent et beaucoup de choses à déblayer finalement.

218 **Orlane** : Ca rejoint un peu là quand on parle de transmission un peu des limites qui
219 sont un peu transmis tu vois des romans familiaux qui sont transmis des fois
220 inconsciemment ce que elle a vécu avec sa maman peut le reproduire et vous vous
221 venez un petit peu étayer ça du coup ?

222 **Emilie** : Oui voilà c'est ça on étaye ça c'est à dire qu'on n'essaie pas de
223 effectivement de venir donner des conseils mais être dans l'écoute, de
224 l'accompagner dans ce cheminement de pensée voilà de la border quoi.

225 **Orlane** : Mais c'est ce que me disait Pauline la dernière fois avec un petit bébé où
226 elle me disait que voilà son rôle c'était pas ben par exemple de jouer qu'avec le petit
227 bébé mais de plutôt ramener la maman à comment elle peut faire pour interagir avec
228 son bébé finalement.

229 **Emilie** : Oui c'est ça, souvent aussi il y a aussi une réassurance qu'on fait finalement
230 de manière très naturelle de restauration narcissique, souvent il y a un effondrement
231 un peu je sais pas faire moi avec tout qui se remet en question c'est vrai qu'aussi
232 dans tous ces espaces qu'on propose ça pour le coup ça vient les restaurer ça vient
233 faire sens tranquillement mais ça vient les rassurer sur leurs compétences qu'elles
234 peuvent faire autrement c'est pas parce que il y a tous les idéaux qui ont été qu'elles
235 peuvent avoir je voulais faire voir ci, je voulais avoir un accouchement comme ça je
236 voulais avoir ça je l'imaginais comme ci et puis d'un coup il y a la désillusion et puis
237 d'un coup voilà donc tout ça.

238 **Orlane** : Ca je l'ai lu, quand j'ai lu autour de l'haptonomie que justement ce qui est
239 travaillé souvent avec la sage femme ça va être de se projeter avec son bébé et pas
240 de si c'est une fille si c'est un garçon et si c'est ça et ils expliquent que c'est hyper
241 important dans le 1^{er} lien déjà avec le bébé de se projeter au niveau de ces
242 échanges là tu vois du toucher, de l'audition et pas de tout ce qui peut arriver à
243 l'accouchement voilà comme tu dis je veux un accouchement comme ci, comme ça.

244 **Emilie** : Ouai très matériel.

245 **Orlane** : Oui et qui finalement vient entraîner je pense un effondrement de la maman
246 par désillusion.

247 **Emilie** : Oui en tout cas voilà c'est pas comme ça qu'elles avaient rêvé où on m'a
248 volé mon accouchement et c'est vrai que bon on entend beaucoup ça, on a volé
249 parce que voilà Il y avait effectivement eu pour le coup une projection sur très forte

250 quoi on sent qu'il n'y avait pas de c'était pas voilà comment dire, c'était pas possible
251 que ça se passe autrement et c'est vrai que non mais ça interroge, c'est très
252 intéressant moi je trouve la périnatalité parce que du coup il y a vraiment l'enveloppe
253 culturelle de notre voilà de notre population de notre pays sociétal et même la
254 civilisation parce que finalement voilà tout ce qu'on vit voilà ça vient individuelle
255 familiale voilà ça fait comme un peu des tu vois des des enveloppes un peu comme
256 des poupées russes là tu vois et c'est vrai que du coup l'accouchement il est ouais il
257 est quoi en tout cas la grossesse, la maternité s'il y a une place il y a beaucoup de de
258 comment dire de il y a beaucoup de

259 **Orlane** : D'exigence ?

260 **Emilie** : Ouais d'exigence et de semblable, et du coup chaque mère à une idée
261 différente complètement différente par rapport à son parcours voilà c'est vrai que
262 nous dans le secteur on voit aussi beaucoup de mamans il y a pas mal aussi de
263 mamans qui font un parcours, qui ont vécu un parcours d'exil je sais pas si tu en as
264 vu.

265 **Orlane** : Oui au D3P

266 **Emilie** : il y a pas mal de foyer, de cada (*Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile*)
267 ici et tout ça donc c'est vrai que chaque, finalement chaque histoire est vraiment très
268 singulière et tout ce qu'il y a derrière à chaque fois il faut se remettre en voilà Il faut
269 toujours le

270 **Orlane** : Le penser ?

271 **Emilie** : Le penser, le repenser avec eux.

272 **Orlane** : Comme tu dis les femmes qui sont en exil au niveau de leur coutume de
273 tout ça, ça n'a rien à voir.

274 **Emilie** : Ça n'a rien à voir, mais voilà c'est très très intéressant parce que dans ce
275 moment là il y a beaucoup de choses qui est réunie, qui est convoquée à ce moment
276 là donc dès 0/2 ans même grossesse/2ans voilà l'accès à la parentalité waouh ça
277 reste ça ouais ça fait croiser pas mal de choses.

278 **Orlane** : Toutes les étapes que va passer l'enfant tu veux dire ?

279 **Emilie** : Oui et puis l'impression que ce soit les parents qui revoient leur passé qui
280 reprennent leurs souvenirs qui revoient tout avec leurs yeux de parents maintenant
281 donc tout est modifié c'est assez incroyable cette période et puis c'est vrai que du

coup la mère et les parents sont vraiment très fragiles à ce moment très vulnérable dans le sens où c'est comme si les défenses qu'ils avaient construit ils avaient volé en éclats donc c'est très riche au niveau des entretiens et c'est pour ça que ça va très vite parce qu'en fait les choses sont très rapides bref il y a vraiment limite il n'y a plus de défense elles sont plus trop là, ils ont vraiment accès à des choses qu'ils avaient bien refoulées, volontairement donc voilà c'est compliqué.

Orlane : Ca vient mobiliser des choses pas toujours évidentes pour les parents ?

Emilie : Ah ouai ouai pas toujours évidente pour les parents et à leur insu parce que bon personne ne le dit que c'est pas dit voilà c'est un moment merveilleux c'est que du bonheur voilà donc effectivement après il y a un peu...

Orlane : De la désillusion ?

Emilie : Voilà un peu de la désillusion que c'est l'accouchement c'est une aventure, c'est risqué mais tout ça on le balaye avec la surmédicalisation tout ça on n'en parle pas trop voilà donc c'est pour ça aussi que les collègues voudraient et qui voudraient faire un groupe vraiment de prévention de la dépression du post partum et que ça soit vraiment dans des ateliers qui sont proposés aux femmes enceintes un peu comme pour l'allaitement voilà un peu aussi une information sur les bouleversements psychiques la santé mentale sans trop affoler mais en tout cas donner cette information qui est moins de réticence ou en tout cas de « ah bein qu'est ce qui m'arrive quoi » donc voilà il ya des groupes après plus sur les liens parent/enfant autour de médiations différentes donc voilà on avait un groupe sur le massage bébé qui marchait bien mais c'est vrai qu'on l'a pas reproposé parce qu'on a changé de locaux tout ça mais je pense que c'est des choses qui étaient intéressantes aussi

Orlane : Qui va venir travailler ce lien du coup ?

Emilie : Ouai voilà c'était bien de travailler sur le physique vraiment le toucher sensoriel ça aidait beaucoup les mamans, même les mamans les plus déprimées finalement les plus dépressives elles accrochaient elles arrivaient à venir sur des groupes comme ça.

Orlane : D'accord

Emilie : C'est très intéressant donc à voir, j'espère qu'on pourra remettre ça avec la psychomotricienne.

Orlane : Et est ce que, comment tu arrives à faire des liens entre la pathologie psy et l'environnement familial ?

Emilie : La pathologie psy et l'environnement familial alors bien sûr qu'il n'y a pas de lien de causalité directe c'est sûr on peut pas dire directe c'est à cause de mes parents que je suis malade mentalement ou des trucs comme ça c'est impossible mais je pense que on se construit, on a quand même, on naît avec comment dire de l'inné, on a tous notre patrimoine génétique voilà qu'on a hérité qui a été modifié au gré des générations et des interactions aussi comme on a pu le savoir maintenant avec l'épigénèse, l'épigénétique voilà et donc il y a des traces de tout ça déjà dans nos gènes et après effectivement on est quand même bien façonné par l'environnement moi je le vois un peu comme ça on est façonné au gré de nos rencontres, de nos interactions surtout de nos figures d'attachement aussi et nos premières relations d'amour voilà il y a plein de choses et effectivement qui peut être substitué mais en tout cas l'environnement familial fait partie des environnements plus global et donc du coup effectivement il y a une place importante dans la construction importante dans la construction.

Orlane : Ouais.

Emilie : Et après qu'elle est la cause exacte, ben non ça on peut pas le savoir dans la pathologie psychique, on parle de multiples facteurs c'est multifactoriel mais moi je ne conçoit pas ne pas travailler avec les parents en CMP enfant, en CAMSP moi quand je travaille avec les enfants je travaille avec les parents.

Orlane : Du coup c'est ce qu'on disait un peu tout à l'heure avec la thérapie familiale ou justement tu disais qu'avec les enfants c'était pas envisageable de faire de la thérapie familiale mais plutôt un travail avec les parents tout au long de la prise en charge.

Emilie : Oui effectivement parce que la thérapie familiale c'est un cadre très particulier, un cadre bien défini et c'est vrai qu'ici sur l'équipe mobile c'est pas arrivé encore qu'on adresse vraiment vers une thérapie familiale parce que c'est compliqué, c'est encore très englué l'individuation ne sait pas encore faite donc c'est vrai que c'est pas possible. L'accompagnement c'est beaucoup d'entretien familiaux mais effectivement après quand l'enfant grandit vers 2 ans 3 ans c'est vrai que si

344 besoin avec les fratries par exemple on peu orienter mais c'est pas encore arriver
345 ouai, je crois de mémoire, peut être voir avec Céline.

346 **Orlane** : Et les familles elles adhèrent ? C'est quand même une démarche qui vient
347 d'elles normalement, elles adhèrent bien à la prise en charge des professionnels,
348 des conseils qui peuvent être donnés ?

349 **Emilie** : Oui, alors ouai c'est vrai qu'on n'est pas trop conseil, on se décale un peu
350 de la pratique de la PMI, vraiment, oui bien sur on peut donner des conseils, la
351 psychomotricienne peut dire, elle peut proposer des postures, mais voilà on évite
352 vraiment le conseil.

353 **Orlane** : Du style il faut faire ça ?

354 **Emilie** : Ouai du coup voilà ça c'est plutôt la puéricultrice qui va donner des choses
355 très concrètes, mais nous on va plutôt essayer de travailler plutôt sur laisser la place
356 à chacun, chaque membre de la famille mais essayer de relier tout ça, voir comment
357 faire autrement si besoin, essayer de faire émerger les vécus, des observations,
358 sensibiliser, voilà c'est vrai qu'on évite les conseils mais des fois on peut être
359 interventionniste selon les pathologies. Quand il faut du cadre et des choses très
360 concrètes ça peut nous arriver de le faire mais on essaie de le faire le moins
361 possible. Voilà, je sais plus ce que je te disais il y avait la phrase je sais pas si tu va
362 la reprendre de l'enfant seul n'existe pas.

363 **Orlane** : Ah ça me parle c'est de

364 **Emilie** : De Winnicott , il dit un enfant seul ça n'existe pas, c'est ce qui revient
365 souvent chez les pédopsychiatre donc c'est vrai que surtout en périnatal avec les
366 bébés c'est compliqué de travailler sans les parents.

367 **Orlane** : Mais est ce que du coup c'est difficile de travailler sans ? Est ce que du
368 coup ça vous arrive d'avoir des parents qui refuse par peur qu'on leur enlève leur
369 enfant ?

370 **Emilie** : Ah qu'on les place ?

371 **Orlane** : Oui.

372 **Emilie** : Ah oui oui c'est arrivé, qu'on nous mette dans une position de si, vous n'y
373 êtes pas y a un risque de placement, que ce soit un peu pour le juge, une obligation,
374 alors que pour nous y a pas d'obligation de soin en pédopsy, une injonction de soin.
375 Notre position de renfort, d'aller vers tout ça c'est vrai qu'on a pu aller dans des

situations très compliqué avec beaucoup de précarité, sociale et psychique et effectivement un risque de placement, il y en a eu pas mal et c'est vrai que les parents qui sont en demande, parce qu'on peut pas le faire sans leur consentement et ben je pense que dans certaines situations l'adhésion des parents à notre équipe je pense que ça à quand même, on pourra jamais savoir, mais je pense que ça a permis de, d'éviter des passages à l'acte ou des ruptures je pense. On pourra pas savoir mais il y a vraiment des situations ou ça a du bien faire pencher dans la balance pour les, sa sécurise de toute façon.

Orlane : oui de savoir qu'il y a une équipe, qui accompagne et qui soutient.

Emilie : Voilà donc ça permet une surveillance un peu plus lointaine et ils adhèrent assez bien, et souvent les parents au départ un peu sceptique un peu méfiant parce qu'ils n'arrivent pas à différencier trop la place de chacun, est ce que vous vous êtes l'aide sociale à l'enfance, vous travaillez ensemble et tout ça, et rapidement je trouve que la confiance se met en place et les choses peuvent se travailler de manière plus apaisé donc voilà dans ces situations la ouai ouai ça peut aider, après des fois quand la situation est trop compliquée trop difficile.

Orlane : On peut vous demander votre avis à vous ?

Emilie : Alors oui on nous a déjà demandé mais on essaye de se décaler de ça on n'est pas, on ne veut pas rentrer dans une certaine vigilance on n'est pas la pour, quand je dis vigilance c'est-à-dire on est toujours des professionnels bien sur que si y a quoi que ce soit on est obligé de

Orlane : Vous allez alerter.

Emilie : On va signaler voilà, mais on n'est pas placé avec une vigilance constante on est la pour surveiller voilà donc on se décale de ça. Si on est dans la surveillance et la vigilance on ne peut pas travailler autre chose en faite, on ne peut pas librement associer.

Orlane : Il y aura un intérêt derrière ?

Emilie : Ouai pis ça met une barrière, ça donne une relation très verticale donc voilà c'est des questions très fermées on peut pas, ça donne pas, ça permet pas à la personne d'associer librement et dire que cet enfant il, en plus tu vois, donc voilà ça met des barrières donc on c'est toujours décalé de ça, ça a toujours été entendu parce qu'après c'est le rôle des travailleurs sociaux qui évaluent la situation, parfois il

408 nous demande un petit écrit on leur dit ben non on est des soignants on est pas à
409 cette place la et ils entendent.

410 **Orlane** : Et au niveau difficultés qu'elles sont les plus grandes difficultés rencontrées
411 dans la prise en charge des parents, que ce soit matériel, l'adhésion des parents ou
412 manque de professionnel.

413 **Emilie** : ben je sais pas, je pense que la difficulté c'est ça, c'est de mobiliser les
414 papas, c'est compliqué encore.

415 **Orlane** : Alors qu'ils sont tout aussi importants, dans mes lectures j'ai pu
416 m'apercevoir qu'ils viennent faire tiers dans cette relation avec la mère et donc une
417 place importante dans la séparation avec la maman.

418 **Emilie** : Ah ouai ouai, alors ils peuvent le faire dans la pratique mais dans les
419 entretiens ils se mettent eux même de côté, des fois c'est nous qui sommes obligé
420 d'aller les chercher et des fois c'est même trop intrusif ils ne veulent pas.

421 **Orlane** : Ah d'accord.

422 **Emilie** : Ah ouai.

423 **Orlane** : Tu penses que c'est quoi, peur du jugement ?

424 **Emilie** : Non je pense que déjà sur le plan sociétal bon ben c'est la maman, la reine,
425 voilà le père on s'en fiche un peu on a jamais trop, comment dire, incorporer les
426 papas dans les ateliers voilà,

427 **Orlane** : D'ailleurs on parle souvent, quand on parle du lien d'attachement on dit
428 mère/enfant.

429 **Emilie** : Voilà c'est vrai maintenant on dis parent/ enfant mais on se reprend et donc
430 voilà, les papas à ****, le psychologue de la maternité voulait faire un groupe de
431 papa, alors y a des papas qui ont envie mais c'est très rare, qui disent vous ne
432 prenez pas soin de moi, moi j'aimerais bien mais c'est très rare, sinon ils disent ben
433 non, ils savent pas ou se mettre. Moi j'ai l'impression quand on arrive chez eux ils ne
434 savent pas quoi faire, des fois ils servent le café et ils s'en vont, qu'ils ont des choses
435 à dire des fois ils sont étonné quand on leur demande, c'est très particulier je trouve,
436 on en a jamais parlé en équipe mais ouai, alors après y en à d'autre, des pères qui
437 sont toujours dans le jardin, la question c'est est ce qu'on fait comme ça, on respecte
438 ça ou on dit écoutez c'est la périnatalité donc venez.

439 **Orlane** : Oui venez vous êtes vous aussi concerné.

440 **Emilie** : Oui, c'est quand même assez dur donc souvent c'est tendu, c'est trop dur
441 donc on force pas mais ça se parle après un peu tranquillement. Mais c'est vrai que
442 quand le père s'assoit après c'est quand même une petite victoire. Mais voilà oui il y
443 a de plus en plus de demande, on est bien repéré maintenant dans le réseau de
444 soin, on a que ce soit médecin généraliste ou sage femme, maternité, PMI ça
445 fonctionne très très bien et donc oui effectivement il faudrait un peu étoffer l'équipe,
446 assistante sociale, psychomotricienne car effectivement on a pleins d'idées et les
447 parents sont quand même en demande. Voilà et c'est vrai que ça prend pas trop
448 encore dans les CMP.

449 **Orlane** : D'être en lien avec l'équipe périnatalité ?

450 **Emilie** : Non c'est-à-dire que les adresses de bébé de 0 à 3 ans il y en a très peu
451 donc finalement ça vient dans l'équipe mobile et des fois moi je répartis quand les
452 parents sont vraiment, on vraiment déjà identifier beaucoup de chose tout ça des fois
453 j'oriente directement sur les CMP.

454 **Orlane** : Et qu'est ce qui serait travaillé du coup au CMP ?

455 **Emilie** : Le lien parent/enfant et aussi la problématique peut être après de l'enfant je
456 ne sais pas quand je vois que c'est bien repéré avec une demande très claire,
457 concrète, ils sont bien repéré dans qui fait quoi ils peuvent aller sur le CMP de
458 proximité, je propose ce lieu car c'est des lieux plus agréables que de venir ici voilà.

459 **Orlane** : Mais qu'est ce qui changera du coup ?

460 **Emilie** : Y'a souvent dans les CMP de secteur, une psychologue, quelqu'un de
461 l'équipe qui est sensibilisé à la périnat, donc c'est pour ça aussi que je fais ça, la
462 psychologue du CMP de *** qui a été formé dans ce domaine la peut les recevoir
463 aussi.

464 **Orlane** : Donc en fait tu veux dire qu'il y a une famille qui pourrait être pris en charge
465 par l'équipe de périnat le long de la grossesse et de l'accouchement et après plutôt
466 par le CMP pour continuer la prise en charge?

467 **Emilie** : Ouai, si on voit qu'il y a des besoins, qu'il y a des difficultés du côté de
468 l'enfant aussi, je sais pas à réguler ses émotions, hop on peut se dire là c'est plus du
469 travail de CMP, puisqu'ils adhèrent, ils viennent régulièrement et qui mobilise ses
470 pensées pour aller vers, pour travailler le lien

471 **Orlane** : Donc des gens plutôt dans la précarité tu veux dire ?

472 **Emilie** : Et ben c'est vrai que du coup on a une population aussi un peu plus
473 précaire, puisque du coup moins de demande moins de voilà c'est sur que c'est vrai
474 qu'on a beaucoup plus.

475 **Orlane** : Toutes les personnes qui ne peuvent pas se déplacer ?

476 **Emilie** : Oui voilà, qui non pas forcément accès aux soins facilement ils ne sont pas
477 véhiculé, voilà isolé, dans la campagne, voilà.

478 **Orlane** : Bah j'ai plus de question.

479 **Emilie** : Ouai.

480 **Orlane** : Tu m'as parlé de plein de chose donc c'était cool.

481 **Emilie** : Ouai j'ai peut être pas redis ce que je t'avais dis avant sur les entretiens
482 familiaux ça va ou je l'ai dis trop brièvement ?

483 **Orlane** : Oui la thérapie familiale que c'était moins utilisé dans ce domaine la ?

484 **Emilie** : En tout cas en périnatal, c'est vrai que j'adresse plutôt quand je suis en CMP,
485 mais c'est vrai qu'en équipe mobile c'est trop tôt, ils viennent à peine de faire famille
486 souvent et c'est trop complexe je pense.

487 **Orlane** : oui c'est une organisation familiale qui se met en place que vous pouvez
488 accompagner.

489 **Emilie** : Et c'est les premiers liens, c'est difficile d'un coup.

490 **Orlane** : Ou tu orienteras plus sur une thérapie de couple peut-être ?

491 **Emilie** : Exactement, tu as raison ça nous est arrivé plus fréquemment de proposer
492 des thérapies de couple à l'extérieur, alors on peut pas donner de nom mais
493 effectivement il y a beaucoup de cette problématique la et la aussi on essaie de s'en
494 décaler on peut pas rentrer, en fait des fois les parents nous ramènent dans leur
495 problématique à eux et des fois hou.

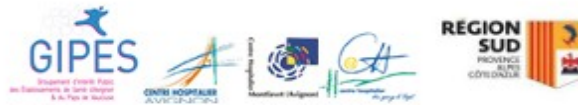
496 **Orlane** : Oui c'est ce que me disait Laetitia que c'était parfois compliqué de rester
497 dans le lien parentalité et pas de faire de la thérapie individuelle du parent.

498 **Emilie** : Effectivement, il passe de couple à famille et des fois c'est compliqué, voilà

499 **Orlane** : Ben écoute merci en tout cas.

500 **Emilie** : Bon ben c'est bon, merci à toi parce que c'est bien d'en parler ça fait cogiter,
501 réfléchir.

5. Annexe 5 : Autorisation de diffusion



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : **DAILY Orlane**

Promotion : **2022/2025**

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le **07/03/2025** Signature :

6. Annexe 6 : Autorisation d'entretien CMPEA



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. DAILY ORLANE
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse :
11 rue Valentin Jaume
13310 Saint Martin de Crau
Téléphone : 06.21.04.43.17
Mail :
orlane.daily@hotmail.fr

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le 05/02/2025

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)
service(s) : centre médico- psychologique enfants adolescents

auprès de la(des) population(s) : enfants et adolescents

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

L'impact des troubles du lien dans le développement de l'enfant et de l'adolescent

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

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

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Autorisation délivrée à la lecture du protocole de recherche.
Le 05/02/25



Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse
740 chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

7. Annexe 7 : Autorisation d'entretien HDJ



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. ...DAILY. ORLANE.....

Étudiant(e) en soins infirmiers

Adresse :

11 rue Valentin Jaume
13310 Saint Martin de Crau

Téléphone : 06.21.04.43.17

Mail :

orlane.daily@hotmail.fr

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le 05/02/2025

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)

service(s) : Hôpital de jour

auprès de la(des) population(s) : Enfant / Adolescent

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

L'impact des troubles du lien dans le développement de l'enfant et de l'adolescent

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

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

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Autorisation délivrée à la lecture du protocole de recherche.

Le 05/02/25



Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse
740 chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

8. Annexe 8 : Autorisation d'entretien équipe mobile de périnatalité



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. DAILY ORLANE
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse :
11 rue Valentin Jaume
13310 Saint Martin de Crau
Téléphone : 06.21.04.43.17
Mail :
orlane.daily@hotmail.fr

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le 05/02/2025

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)

service(s) : équipe mobile de périnatalité



auprès de la(des) population(s) : ... parents / enfants

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

l'impact des troubles du lien dans le développement de l'enfant et de l'adolescent

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Autorisation délivrée à la lecture du protocole de recherche.
Le 05/02/25



9. Annexe 9 : grille d'entretien CMPEA/ HDJ adolescent/ équipe mobile psy périnatalité

Structure : Centres médicaux psychologique pour enfant et adolescent

Professionnel : Infirmière

Questions :

- Quelle tranche d'âge rencontrez-vous le plus souvent ?
- Quels sont les problématiques rencontrez vous le plus souvent chez l'enfant?
- Sur quoi repose de manière générale le traitement
- Comment assurez-vous le suivi en dehors de l'hospitalisation ?

Structure : Hôpital de jour pour adolescent

Professionnels : Infirmières, psychologue, éducatrice jeunes enfants

Questions :

- Quel âge ont les enfants accueillis ?
- A quels défis êtes-vous principalement confronté dans la prise en charge de l'adolescent ?
- Comment travaillez-vous la famille ?
- Que mettez-vous en place pour aider l'adolescent à faire face ses difficultés ?

Structure : équipe mobile de psy périnatalité

Professionnel : Pédopsychiatre

Questions :

- En quoi consiste la spécialité ?
- Comment accompagnez vous les futurs parents?
- Quels sont les moyens mis en place pour travailler de manière thérapeutique avec les parents